

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

INTRODUCCION

La ventilación pulmonar independiente (VPI) es una técnica poco habitual, utilizada para pacientes con fístula broncopleurales (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 *Pseudomonas* 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/FiO₂ 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 cmH₂O 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/FiO₂ 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 O₂ 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.

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. Sanatorio Anchorena, Argentina.

INTRODUCCION

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 distrés 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 METODOS

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 bimararia 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 Δ EELI (Changes of end expiratory lung impedance). Los cambios en la impedancia se registraron durante maniobras de reclutamiento y curvas decrementales 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_2 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	Δ 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 decrementales 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.

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

P Ezcurra^{1 2 3}, G Plotnikow^{1 2 4}, V Feld^{1 2}, D Villalba^{1 2 5}, C Quiroga^{1 2 4}, V Leiva^{1 2}, M Scrigna^{1 2}, F Puchulu^{1 2}, E Distéfano^{1 2 4}, L Rapela^{1 2}, R Pratto^{1 4}, L Moretti¹, A Aprea Rudella¹, JL Scapellato⁴, D Intile⁴, F Planells¹, D Noval¹, P Buñirigo¹, R Jofré¹, E Díaz Nielsen¹.

1 Clínica Basilea, Argentina. 2 Grupo A.I.R.E., Argentina. 3 Hospital Italiano, Argentina.

4 Sanatorio Anchorena, Argentina. 5 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 METODOS

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.

CONCLUSION

El cambio rutinario de las cánulas de TQT esta recomendado por los fabricantes alrededor de los 30 días, sin embargo en la literatura no se encuentra 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.

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

F Puchulu^{1,2}, L Rapela^{1,2}, G Plotnikow^{1,2,3}, V Feld^{1,2}, D Villalba^{1,2,4}, C Quiroga^{1,2,3}, V Leiva^{1,2}, M Scrigna^{1,2}, E Distéfano^{1,2,3}, P Ezcurra^{1,2,5}, R Pratto^{1,3}, L Moretti¹, A Aprea Rudella¹, JL Scapellato³, D Intile³, F Planells¹, D Noval¹, P Buñirigo¹, R Jofre¹, E Díaz Nielsen¹.

1 Clínica Basilea, Argentina. 2 Grupo A.I.R.E., Argentina. 3 Sanatorio Anchorena, Argentina.

4 Hospital de Chivilcoy, Argentina. 5 Hospital Italiano, Argentina.

INTRODUCCION

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 METODOS

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 CO₂ ($p=0.002$). Sin embargo, solo la CO₂ 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.

CONCLUSION

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 CO₂ a las 12hs de comenzada la PRE.

0079 MEDICION DE PRESION SUBGLOTICA CON Y SIN INSUFLACION DE AIRE POR CATETER SUBGLOTICO DURANTE LA DEGLUCION.

M Clarett, M Rodriguez, MF Andreu, R Adarves , A Baez, MC Villafa ne, J Anselmo, I Salvati , MC Donnianni, M Cataldo , GS Montes, MB Ibanez, M Cotignola, CE Aguirre, AS Occhiuzzi, S Borello, AR Leoz, M Bezzi.Hospital D. F. Santojanni, Argentina.

INTRODUCCION

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.

MATERIALES Y METODOS

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 H₂O para el total de la muestra (Wilcoxon, $Z = -3,078$; $p = 0,002$).

CONCLUSION

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

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

LP Maskin, M Setten, PO Rodriguez, I Bonelli, S Attie, SL Frosiani, R Valentini.
Instituto Universitario CEMIC, Argentina.

INTRODUCCION

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 colistín aerosolizado. Secundario evaluar efectos adversos.

MATERIAL Y METODOS

Se enrolaron pacientes consecutivos con criterios de TAV, definida por secreciones mucopurulentas 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 colistín metasulfonato nebulizado 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 5o-7o 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: >106 ufc de *Pseudomonas aeruginosa* 92% (11 pacientes), y *Acinetobacter* spp 8% (1 caso); sensibles solamente a colistín 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/mm³(6.825-13.250) vs 7.900/mm³ (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 colistín aerosolizado es efectiva para la erradicación de gérmenes multirresistentes en pacientes con TAV.

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 Busico¹, D Intile², N Irastorza², A Alvarez³, S Depaoli¹, A Jarque¹, J Quintana¹, A Morena¹, J Armelino¹, L Barcena³, C Foster¹, A Palmieri¹, L Vasquez³, G Plotnikow², A Leoz², P D`Annunzio², V Rienzi², M Heidenreich², V Leiva², C Quiroga², F Palizas³, F Villarejo¹, P Desmery². 1 Clinica Olivos SMG, Argentina. 2 Sanatorio Anchorena, Argentina. 3 Clinica Bazterrica, Argentina.

INTRODUCCION

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 METODO

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.

0344 CARACTERISTICAS Y EVOLUCION DE LOS PACIENTES LIBERADOS DE LA VENTILACION MECANICA.

M Ojeda, M Bosso, S Fredes, G Avaca , A Goldberg, A Quijano, G Nahmias, P Gimenez, D Noval , A Santa Maria, M Bert e, A Palazzo, S Ilutovich, N Tiribelli. Sanatorio de la Trinidad Mitre, Argentina.

INTRODUCCION

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.

OBJETIVO

El objetivo de este trabajo es describir la incidencia, las características y la evolución de los pacientes de acuerdo a estas categorías.

MATERIALES Y METODOS

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, %)	128/143 (89.5)	45/58 (77.6)	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

CONCLUSION

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.

0337 VALORES DE REFERENCIA DE PARAMETROS NO INVASIVOS DE CAPNOGRAFIA VOLUMETRICA EN HUMANOS DESPIERTOS Y ANESTESIADOS

E Gogniat¹, G Tusman², F Suarez-Sipmann³, S Bohm⁴, A Santos⁵, E San Roman¹.

1 Hospital Italiano - Buenos Aires, Argentina. 2 Hospital Privado de Comunidad - Mar Del Plata, Argentina. 3 Uppsala University. Dept of Surgical Sciences - Uppsala, Suecia. 4 Swisstom AG - Landquart, Suiza. 5 Fundacion Jimenez Diaz Capio-Madrid, Espana.

OBJETIVO

La capnografía volumétrica (VCap), que es la representación grafica del CO₂ 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 aun. El objetivo de este estudio es determinar valores de referencia de los parámetros de VCap en individuos despiertos y en individuos anestesiados.

MATERIAL Y METODOS

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 cmH₂O, I:E 1:2 y FiO₂ 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 CO₂ 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, SpO₂ 97-100 %, presión arterial media 65-80 mmHg y frecuencia cardiaca 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 periodo 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

calculo de los parámetros de VCap se obtuvo de este periodo un ciclo respiratorio promedio representativo, y se utilizo una técnica basada en una Aproximación Funcional utilizando el Algoritmo de Levenberg-Marquardt. Para el análisis estadístico se utilizo el test de Student. Un valor de $P < 0.05$ se considero 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 CO₂ 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 ($0.30 \pm .04$ vs $0.21 \pm .03$, $P < 0.05$). Entre los voluntarios, se observo 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 aun 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 ayudaran en la interpretación de condiciones patológicas condiciones patológicas.

0172 KINESIOTERAPIA RESPIRATORIA DE RUTINA EN EL POSTOPERATORIO DE CIRUGIAS O DE ABDOMEN SUPERIOR COMO PROFILAXIS DE COMPLICACIONES RESPIRATORIAS.

M Manago¹, G Musso², J Robles², A Ramos³, A Dogliotti⁴, L Lovesio⁵, C Lovesio⁶.

1 Coordinador del Servicio de Kinesiología del Sanatorio Parque, Argentina. 2 Kinesiólogo de Planta del Sanatorio Parque, Argentina. 3 Medico Residente de Terapia Intensiva Sanatorio Parque, Argentina. 4 Unidad de Epidemiología Clínica y Estadística del Grupo Orono, Argentina. 5 Medico Intensivista e Infectólogo del Sanatorio Parque, Argentina. 6 Director del Servicio de Terapia Intensiva y Clínica Medica 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 METODOS

Se analizo 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 comparo 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 realizo 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 mas frecuente en la cohorte prospectiva. Se observo una tendencia en la reducción de complicaciones: OR=0,43; IC 95% 0,17-1,08; $p = 0,07$. La estadía se relaciono 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 limítrofe la tasa de complicaciones. Nuestro estudio, dada su naturaleza observacional, no puede descartar el sesgo de selección.

0202 MORTALIDAD DEL SINDROME 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
Instituto Universitario CEMIC, Argentina.

INTRODUCCION

Se discute si la mortalidad del SDRA disminuyo con la implementación de la ventilación mecánica (VM) protectora y el impacto en mortalidad a mas 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 METODOS

Durante el periodo 1/6/2008 a 1/8/2011 se incluyeron pt con SDRA (definición AECC 1994) y gravedad definida por $PaO_2/FiO_2 \leq 200$ mmHg con $PEEP \geq 10$ cmH₂O y $FiO_2 > 0.5$ luego de 12 hs de VM y dentro de las 72 hs. Se aplico el protocolo de VM del Servicio: V_t 4-8 ml/k peso predictivo, PEEP según ensayo Express, y sucesivamente si $PaO_2/FiO_2 < 200$ mmHg, maniobra de reclutamiento hasta 50 cmH₂O y PEEP según presión transpulmonar. Si $PaO_2/FiO_2 < 100$ mmHg, decúbito prono y/o oxido 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 solo se considero 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) anos; 57% varones; comorbilidades 38 pts (39%); con

cáncer (24 pts), trasplante renal (5 pt), leucemia /trasplante medula ósea (4pt) y otra inmunodepresión (5 pt). Etiología primaria (46%) y extrapulmonar (54%); Tuvieron shock séptico 53%. Se uso VM prona en 25 pts Uso de rescates especiales: oxido nítrico en 12 y ECMO en 1 (13% total).

	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 (cmH2O) (media-DS)	28 ± 10	28 ±3	28 ±4	0.90
PEEP (cmH2O) (media-DS)	13 ± 3	13 ±3	13±3	0.70
PaO2/Fio2 (mmHg) (media-DS)	146 ± 40	148 ±41	130 ±40	0.56
PaCO2 (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 (median- 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).

CONCLUSIONES

Se observo baja mortalidad en pt con SDRA grave, especialmente en el grupo sin comorbilidades mayores. Solo 2 pt murieron luego del alta hospitalaria en seguimiento hasta 6 meses. La utilización de terapia de rescate especiales ante hipoxemia o acidosis hipercapnica refractaria se acompañó asimismo de baja mortalidad (31%).

0253 EPIDEMIOLOGIA DE PACIENTES CON VENTILACION MECANICA 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. Pinero, Argentina.

OBJETIVO

Conocer las características epidemiológicas y la prevalencia de pacientes que reciben VM por más de 12 hs, durante el periodo de un año, en la Unidad de Terapia Intensiva (UTI) de un Hospital General de Agudos de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

MATERIAL Y METODOS

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 analizara en subgrupo a los pacientes adictos a drogas ilícitas.

RESULTADOS

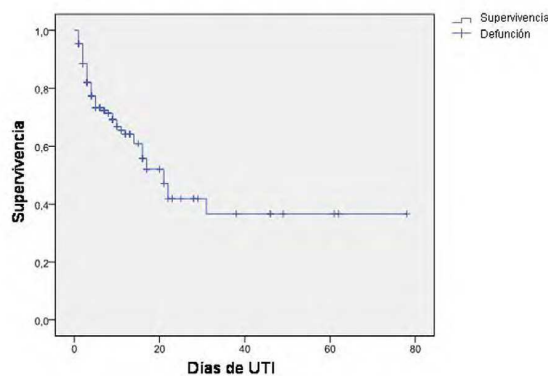
Ingresaron a UTI 373 pacientes, 153 (41,02%) requirieron VM por más de 12 hs. El 35,29% fueron mujeres. La media de edad fue de 49,56 >20 años y la de APACHE II de 19 >9,6 puntos. Los motivos de VM fueron Insuficiencia Respiratoria Aguda (IRA) 72,5% (n=111), Coma 22,8% (n=35), Insuficiencia Respiratoria 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±13,2. La media de APACHE II 15,3±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%.

CONCLUSION

El trabajo posibilitó conocer el perfil evolutivo y epidemiológico de nuestros pacientes. Es el primer paso para el que nos permitan de atención.

diseño de estrategias mejorar a la calidad

Gráfico 1. Supervivencia según tiempo de VM



0313 INCIDENCIA DE FRAGILIDAD Y DELIRIUM EN PACIENTES CRITICOS.

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 Clinicas "Jose de San Martin", Argentina.

INTRODUCCION

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 si, con el numero de reinternaciones y con la tasa de mortalidad en UCI y hospitalaria.

MATERIAL Y METODOS

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 periodo 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 etéreo 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 (p0.00). Los pacientes frágiles y prefrágiles tuvieron un mayor numero 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: 0.00). Los pacientes frágiles sufrieron mas delirium que los no frágiles 26 (30.59%) versus 4 (6.56%) (p: 0.00). 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 si con el delirium (p: 0.00). Además se observó mayor tasa de mortalidad hospitalaria en los pacientes frágiles (p: 0.006).

CONCLUSIONES

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 numero de reinternaciones, la mortalidad hospitalaria y la aparición de delirium. Mientras que el delirium con la mortalidad en UCI.

0315 EVALUACION DE LA FRAGILIDAD EN PACIENTES CRITICOS.

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.

INTRODUCCION

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.

MATERIAL Y METODOS

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%) prefragiles 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.

CONCLUSION

Cualquiera de las escalas utilizadas en este trabajo pueden aportar información para predecir la mortalidad hospitalaria.

0321 CARACTERISTICAS Y RESULTADOS DE PACIENTES QUE REQUIEREN ASISTENCIA VENTILATORIA MECANICA 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 METODOS

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 periodo 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% SDRA, 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%.

CONCLUSION

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.

0329 CAPACIDAD INSPIRATORIA DURANTE LA VENTILACIÓN MECANICA: RELACION CON VOLUMEN CORRIENTE, PEEP Y PRESION PLATEAU.

S Fredes¹, M Bosso¹, M Ojeda¹, G Avaca¹, A Goldberg¹, A Quijano¹, G Nahmias¹, P Gimenez¹, S Torres¹, S Camerlingo¹, D Noval¹, A Santa Maria¹, M Berte¹, A Palazzo¹, G Converso², A Marino³, S Ilutovich¹, NTiribelli^{1,3}.

1 Sanatorio de la Trinidad Mitre, Argentina. 2 Universidad de Buenos Aires, Argentina.

3 CMPFA Churruca Visca, Argentina.

OBJETIVO

Evaluar la capacidad inspiratoria (CImed) en pacientes en VM, compararla con la predicha (CIpred), describir la proporción de CImed que representan el volumen corriente (VC) y el de PEEP (PEEPvol) utilizados habitualmente, y relacionar estas variables con la presión plateau (PPI).

MATERIAL Y METODOS

Se evaluaron pacientes en VM <48 hs por distintas causas, >18 y <75 a · s, hemodinámica mente estables, sin esfuerzos respiratorios. Se solicito consentimiento informado.

Se calculo CIpred según f · mula. 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 CImed (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 expreso en litros y la presión en cmH2O. 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) a · s, SAPS II 43.2 (17). La CImed fue 2.01 (0.73, 1.74-2.29). La CIpred 3.06 (0.93, 2.71-3.41). Diferencia de medias 1.04 (0.93, 0.69-1.39, p= 0.00). La relación CImed/CIpred fue 0.68 (0.24, 0.59-0.77). El VC6 fue 0.40 L (0.07, 0.38-0.43). La relación VC6/CImed fue 0.22 (0.07, 0.19-0.25). El VC8 fue 0.52 L (0.09, 0.48-0.55). La relación VC8/CImed fue 0.28 (0.09, 0.25-0.32). El VC10 fue 0.64 L (0.11, 0.59-0.68).La relación VC10/CImed fue 0.35 (0.11, 0.31-0.39). El PEEPvol5 fue 0.25 L (0.13, 0.2-0.3). La relación PEEPVol5/Comed fue 0.13 (0.06, 0.10-0.15). El PEEPVol10 fue 0.63 L (0.23, 0.54-0.71). La relación PEEPVol10/ CImed 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
%CImed	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 %CImed (VC6+PEEPVol5/CImed, VC8+PEEPVol5/CImed, VC10+PEEPVol5/CImed) y PPI fueron $r = 0.6, 0.68$ y 0.82 ($p = 0.00$). Entre %CImed (VC6+PEEPVol10/CImed, VC8+PEEPVol10/CImed, VC10+PEEPVol10/CImed) y PPI fueron $r = 0.62, 0.68$ y 0.81 ($p = 0.00$).

CONCLUSIONES

La CImed es menor que la CIpred. Los volúmenes (VC+PEEPVol) utilizados en la práctica habitual tienen baja correlación con la PPI.

Dichos volúmenes, relacionados con la Comed (VC+PEEPVol/CImed), tienen buena correlación con la PPI.