

rión de either D-penicillamine (750 mg/day) or N-acetylcysteine (1.8 g/day). Patients were followed on a daily basis to assess the elimination of mercury in urine and the frequency of adverse effects of each treatment.

RESULTS: 32 patients completed 10 days of drug treatment. Averages of mercury elimination in 24 hours urine, before and after treatment with D-penicillamine and N-acetylcysteine, were not different (211.96 mcg \pm 190 and 262.15 mcg \pm 305 and 232.85 mcg \pm 248 and 218.65 mcg \pm 240, respectively, $P > 0.05$ for all comparisons). Evaluation of the frequency of adverse effects showed a significant difference between the two groups: D-penicillamine (50%) and N-acetylcysteine (11%) $p = 0.0079$.

CONCLUSION: this study did not reveal any significant differences between the chelating capacity of D-penicillamine and N-acetylcysteine in patients with mercury poisoning, from a mining population at the northeastern part of Antioquia, Colombia. However, there were significantly less adverse effects with the N-acetylcysteine treatment.

14. Utilización de tubo laríngeo S[®] en pacientes sometidas a cirugía laparoscópica ginecológica, Clínica Del Prado, Medellín, Colombia

Élmer Gaviria Rivera¹, Juan Diego Marín Gaviria², Andrés Mauricio Ángel Arango³, David Andrés López García³, Juliana María Mendoza Villa³.

INTRODUCCIÓN: se ha utilizado con éxito el Tubo Laríngeo Succión (TLS) en muchos procedimientos quirúrgicos, incluyendo cirugías con riesgo mayor de broncoaspiración. Con el objetivo de corroborar la eficacia de este dispositivo para prevenir la broncoaspiración di-

.....
¹ Decano, Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia. Profesor de Anestesiología, Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia y Hospital Universitario San Vicente de Paúl. Anestesiólogo de la Clínica del Prado. Coordinador del Grupo de Vía Aérea, Universidad de Antioquia - Hospital Universitario san Vicente de Paúl (Medellín, Colombia). Miembro de la Society for Airway Management.
² Profesor de Anestesiología, Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia y Hospital Universitario San Vicente de Paúl. Miembro del Grupo de Vía Aérea, Universidad de Antioquia y Hospital Universitario san Vicente de Paúl (Medellín, Colombia).
³ Residentes de III año de Anestesiología, Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia (Medellín, Colombia). andresmauricioangel@yahoo.com; dlopezg@une.net.co.

ñamos un estudio descriptivo, observacional y prospectivo utilizando dicho tubo en pacientes sometidas a cirugía laparoscópica ginecológica.

POBLACIÓN Y METODOLOGÍA: se utilizó el TLS en pacientes ASA I - II sometidas a cirugía ginecológica laparoscópica que cumplieron los criterios de inclusión. Se realizó fibrobroncoscopia por el tubo de drenaje y por el tubo ventilatorio del dispositivo luego de la inducción del neumoperitoneo y al finalizar la cirugía, para determinar la presencia o no de secreción de origen gástrico.

RESULTADOS: un total de 110 pacientes ingresaron al estudio. No se presentó ningún caso de regurgitación o de broncoaspiración. El éxito en la inserción del dispositivo fue de 94,5% (104 de 110).

CONCLUSIONES: en el presente estudio encontramos que el uso del TLS adecuadamente posicionado en pacientes sometidas a cirugía laparoscópica electiva no favorece la aparición de broncoaspiración y, por el contrario, facilita la detección y la aspiración de secreciones a través de su tubo de drenaje. Debido a la ausencia de casos de regurgitación no es posible determinar una asociación entre ésta y la edad, el número de intentos para insertar el TLS, el índice de masa corporal o la duración de la cirugía.

PALABRAS CLAVE: Broncoaspiración, Cirugía laparoscópica, Fibrobroncoscopio, Regurgitación, Tubo laríngeo succión.

15. Comparación del riesgo de infección del sitio operatorio en pacientes politraumatizados transfundidos con sangre autóloga vs. heteróloga

María Isabel Villegas Lanau¹,
Carlos Hernando Morales Uribe², Andrés Ochoa Hoyos³

.....
¹ Cirujana general, Profesora del Departamento de Cirugía, Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia. Máster en Epidemiología clínica.
² Cirujano general, Profesor del Departamento de Cirugía, Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia, Cirujano general del Hospital Universitario San Vicente de Paúl, Medellín. Máster en Epidemiología clínica.
³ Residente de Cirugía general, Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia. Grupo Trauma y Cirugía, Universidad de Antioquia, Hospital Universitario San Vicente de Paúl Medellín, Colombia.

Las transfusiones sanguíneas se han convertido en uno de los pilares del manejo del paciente politraumatizado; sin embargo su uso, algunas veces injustificado, implica un alto costo para las instituciones de salud.

OBJETIVO: determinar la asociación entre infección del sitio operatorio profundo (ISO) y el tipo de transfusión (autóloga o heteróloga).

MATERIALES Y MÉTODOS: el estudio se realizó en pacientes que ingresaron al HUSVP entre el 1 de noviembre de 2000 y el 31 de agosto de 2002, que requirieron laparotomía urgente por trauma abdominal y que habían recibido transfusión de cualquier tipo.

RESULTADOS: cuando se encontró un índice de trauma abdominal (ATI) menor de 24 los riesgos relativos de presentar ISO según el tipo de transfusión, autóloga, heteróloga o mixta, fueron de 1, 2.52, y 4.1 respectivamente. Con un ATI mayor de 24 fueron de 1, 2.53 y 2.33.

Al analizar según la contaminación abdominal, los riesgos relativos fueron de 1, 1.33 y 4.82 en quienes no la presentaron y de 1, 7.7 y 6.67 en aquellos que sí la presentaron.

En cuanto a la presencia de una lesión de víscera hueca, los riesgos relativos fueron de 1, 1.56 y 3.12 en aquellos que no presentaron lesión alguna y de 1, 7.3 y 9 en aquellos que sí la sufrieron.

Al analizar el ingreso a la unidad de cuidado crítico (UCI), los riesgos relativos de presentar ISO fueron de 1, 3.35 y 0 en quienes no ingresaron y de 1, 3.24 y 1.94 en quienes sí fueron hospitalizados en la unidad.

CONCLUSIONES: existen cuatro variables determinantes de la aparición de ISO en los pacientes politraumatizados que son transfundidos: el ingreso a UCI, la contaminación de la cavidad abdominal, la presencia de lesión de víscera hueca y el ATI.

No encontramos diferencias estadísticamente significativas, pero sí las hubo de importancia clínica, según el tipo de transfusión; de esta forma se concluye que en el paciente politraumatizado el hecho de transfundir con sangre autóloga, tomada directamente del campo quirúrgico, no aumenta la incidencia de ISO y es

un arma invaluable en el tratamiento del paciente en choque.

Se requieren estudios adicionales con un tamaño de muestra mayor, incluyendo variables no tomadas en cuenta en el presente estudio como el tiempo de almacenamiento de los hemoderivados.

16. Estudio descriptivo de los casos de síndrome de Guillain-Barré atendidos en el Hospital Universitario San Vicente de Paúl, de Medellín, entre los años 2001 y 2005

Sandra Patricia Isaza Jaramillo¹, Ángela Beatriz Pérez Salazar²
Carlos Santiago Uribe Uribe³

Estudio descriptivo, tanto retrospectivo como prospectivo, llevado a cabo desde marzo de 2004, en el Hospital Universitario San Vicente de Paúl, de Medellín. Se buscó describir las características y la evolución con la inmunoterapia de los pacientes de 15 años o mayores con síndrome de Guillain-Barré que ingresaron al hospital entre 2001-2005. Se encontraron 54 pacientes, pero solamente se obtuvo información en 46 de ellos: 54,3% de mujeres y 45,7% de hombres, con edad promedio de 39,4 años (DE: 17,6). La principal causa de retraso en la atención fue iniciar el tratamiento en un nivel inferior de atención. Predominaron los pacientes con las formas ascendente y desmielinizante. Aquellos con la variedad axonal permanecieron hospitalizados por más tiempo. La disociación albúmino-citológica se dio en el 71,1% de los pacientes. Recibieron inmunoterapia 60,8%, tipo plasmaféresis, 39% e inmunoglobulina, 61%. Requirieron ventilación mecánica 45% de las personas que recibieron plasmaféresis y 75% de quienes recibieron inmunoglobulina; el puntaje de Hughes fue más alto en el grupo de

¹ Neuróloga clínica. Sección de Neurología clínica, Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia y Hospital Universitario San Vicente de Paul. sandraisazaneuro@yahoo.com

² Neuróloga clínica. Sección de Neurología clínica, Universidad de Antioquia y Hospital Universitario San Vicente de Paul. angelapereza@yahoo.com

³ Neurólogo clínico, Profesor honorario y de cátedra, Sección de Neurología clínica, Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia y Hospital Universitario San Vicente de Paul, Medellín, Colombia.

Correspondencia: Ángela Beatriz Pérez Salazar, Cra. 82 # 35-39. Medellín, Colombia.