

Suplemento 1 - Año 2024

RESÚMENES



REVISTA ARGENTINA DE TERAPIA INTENSIVA

ÓRGANO DE LA SOCIEDAD ARGENTINA DE TERAPIA INTENSIVA

ISSN 2591-3387

34° Congreso Argentino e Internacional de Terapia Intensiva

16 al 18 de octubre de 2024

"Innovación en cuidados críticos. Implementando ciencia, seguridad y calidad"

- 27° Congreso Argentino e Internacional de Enfermería en Terapia Intensiva
- 26° Congreso Argentino e Internacional de Kinesiología en Terapia Intensiva
- 25° Congreso Argentino e Internacional de Terapia Intensiva Pediátrica
- 20° Jornada Nacional de Bioquímicos en Terapia Intensiva
- 17° Jornada Nacional del Comité de Neonatología Crítica
- 11° Jornada de Farmacéuticos en Terapia Intensiva
- 11° Jornada de Licenciados en Nutrición en Terapia Intensiva
- 8° Jornada Nacional de Enfermería Neonatal

Organizado por:



SOCIEDAD ARGENTINA DE TERAPIA INTENSIVA

www.sati.org.ar

Sociedad Argentina de
Terapia Intensiva

Personería Jurídica N° 2481

Cnel. Niceto Vega 4615/17
C.P. 1414 Buenos Aires, Argentina
Tel./Fax: (54-11) 4778-0571/0581

REVISTA ARGENTINA DE TERAPIA INTENSIVA

Suplemento 1
Año 2024



ÓRGANO DE LA SOCIEDAD ARGENTINA DE TERAPIA INTENSIVA ISSN 2591-3387

E-mail
info@sati.org.ar

Web SATI
www.sati.org.ar

Web Revista
revista.sati.org.ar

E-mail Comité Editorial
revista@sati.org.ar

SOCIEDAD ARGENTINA DE TERAPIA INTENSIVA

COMISIÓN DIRECTIVA (2023-2025)

Presidenta

María Cristina Orlandi

Vicepresidente

Fernando Ríos

Secretaria

Mónica Viviana Romero

Prosecretaria

Judith Isabel Sagardía

Tesorero

Gustavo Adolfo Benavent

Protesorero

Alejandro Daniel Duarte

Director de Publicaciones

Ramiro Gilardino

Directora de Docencia

Adelina Badolati

Vocales Titulares

Matias Accoce

Pilar Arias

Carina Balasini

Jorgelina María Guyon Araujo

Daniela Olmos Kutscherauer

Sofía Putruele

Juan José San Emeterio

Leandro Ismael Tumino

Vocales Suplentes

Marcos José Las Heras

Estefanía Minoldo

Matias Ezequiel Olmos

Juan Carlos Pendino

Ruth Gloria Shocron

Carlos Stoltzing

Carina Fernanda Tolosa

Mariela Alejandra Velásquez

Revisores de Cuentas Titulares

Cecilia Inés Loudet

Fernado Palizas (h)

Mónica Isabel Quinteros

Revisores de Cuentas Suplentes

Héctor José María Alvarez

Natalia LLanos

Alejandro Miguel Risso Vázquez

EX-PRESIDENTES

1972-1973:

Aquiles Roncoroni

1973-1975:

Miguel Herrera

1975-1976:

Juan Carlos Figueroa Casas

1976-1977:

Ernesto Maña

1977-1979:

Héctor De Leone

1979-1980:

José Petrolito

1980-1982:

Roberto Apra

1982-1983:

Roberto Padrón

1983-1985:

Gustavo Marino Aguirre

1985-1987:

Antonio Gallesio

1987-1989:

Carlos Lovesio

1989-1991:

Juan Pacin

1991-1993:

Mario Santamarina

1993-1995:

Fernando Pálizas

1995-1997:

Roberto Bastianelli

1997-1999:

Jorge Neira

1999-2001:

José L. do Pico

2001-2003:

Daniel Ceraso

2003-2005:

Francisco José Criado

2005-2007:

Eduardo San Román

2008-2009:

Elisa Estenssoro

2009-2011:

Ignacio Previgliano

2011-2013:

Cayetano Guillermo Galletti

2013-2015:

Néstor Omar Raimondi

2015-2017:

Rolando Alfredo Gimbernat

2017-2019:

José Luis Golubicki

2019-2021:

Rosa Reina

2021-2023:

Guillermo Ricardo Chiappero

Reservados todos los derechos. Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida en ninguna forma o medio alguno, electrónico o mecánico, incluyendo fotocopias, grabaciones u otros sistemas de información, sin autorización por escrito del titular del Copyright.

Diseño gráfico e hipervinculado: Estudio Fernández & Martínez. E-mail: estfernandezmartinez@gmail.com

[Inicio](#)

[Trabajos Orales](#)

[Discusión de Posters
Electrónicos](#)

[Premios](#)

[Resúmenes](#)

[Índice
de Autores](#)



COMITÉS CIENTÍFICOS

Asuntos Laborales

Gustavo Benavent

Bioética

Analía Occhiuzzi

Certificación y Revalidación

Alejandro Siaba Serrate

CODEACOM

Cristina Orlandi

Ecografía en el Paciente Crítico

Fernando Ariel Sosa

Emergentología y Respuesta Rápida Intrahospitalaria

Anatilde Díaz

Enfermería en Cuidados Críticos

Darío Bejarano

Ética en Investigación

Monica Capalbo

FCCS

Pablo Pardo

Género y Diversidad

Analía Occhiuzzi

Gestión, Control de Calidad y Datos

María Elena Ratto

Infectología Crítica

Miriam Blanco

Nefrología Crítica

Nahuel Rubatto Birri

Neonatología Crítica

Liliana Roldán

Neumonología Crítica

Emiliano Gogniat

Neurointensivismo

Nicolás Ciarrochi

Obstetricia Crítica

Mariana Kirschbaum

Oncología Crítica

Nicolás Pérez Murua

Reanimación Pediátrica

José Lozano

Patología Crítica Cardiovascular

Karina Lozano

Patología Digestiva en Pacientes Críticos

Elvis Salcedo Noriega

Pediátrico de Neumonología Crítica

Matías Herrera

PFCCS

Silvio Torres

Reanimación y Recuperación Cardio Cerebral

Germán F. Gutiérrez Luna

Recuperación Cardiovascular Pediátrica y Neonatal

Antonio Avila Vera

Residentes

Soledad Larramendi

Sedación, Analgesia y Delirium

Adela Goldberg

Seguimiento y Rehabilitación

Darío Villalba

Shock Pediátrico

Luis H. Llano López

Shock y Sepsis

Bernardo Lattanzio

Soporte Nutricional y Metabolismo

Victoria González

Soporte Vital Extracorpóreo

Rafael Fraire

Terapia Intensiva Neonatal

Gustavo Sergio Villalba

Trasplante y Procuración de Órganos y Tejidos

Nicolás Rocchetti

Trauma

Ricardo Carmona

Vía Aérea e Interfaces Respiratorias

Gustavo Benavent

CAPÍTULOS, CONSEJOS Y DEPARTAMENTOS

Capítulo Bioquímico

Diego Martín Roselló

Capítulo Enfermería

José Lozano

Capítulo Farmacéutico en Medicina Crítica

Agustina Luconi

Capítulo Fonoaudiología

Cecilia Romero Peralta

Capítulo Kinesiología Intensivista

Emiliano Gogniat

Capítulo Nutrición

Julieta Locatelli

Capítulo Pediatría

Sandra Chuchuy

Capítulo Veterinario

M.V. María del Carmen La Valle

Consejo de Investigación

Elisa Estenssoro

Departamento Docencia

Adelina Badolati

AUTORIDADES

34° Congreso Argentino e Internacional de Terapia Intensiva

PRESIDENTE

Guillermo Chiappero

PRESIDENTE HONORARIO

Cayetano Galletti

CONSEJO ACADEMICO

Julio Bartoli

Jorge Leiva

Rodolfo Buffa

Cristina Orlandi

Elisa Estenssoro

COORDINADOR NACIONAL

Fernando Ríos

COMITÉ EJECUTIVO

Presidente

Andrés Peñaloza

Vicepresidente

Ezequiel Manrique

Secretarios

María José Montes

Anatilde Díaz

Tesorero

Gustavo Benavent

Protesoreros

Hernán Nunia

Ana Nisnik

Vocales

Analía García

Manuel Ferreyra

Gonzalo Rostagno

Natalia Llanos

Carina Tolosa

Erica Simes

José Arroyo

COMITÉ CIENTÍFICO

Presidenta

Daniela Olmos Kutscherauer

Vicepresidente

Leonardo Uranga

Secretarios

Martin Isa

Cornu Emiliano

Vocales

Matías Brizuela

Matías Guereschi

Jonathan Pagliaroni

Marcela Bono

Emiliano Cornu

Jessica Arturi

Roberto Gianone

JURADO DE PREMIOS

Guillermo Chiappero

Rosa Reina

Fernando Pálizas

Julio Bártoli

Cayetano Galletti

REVISIÓN DE TRABAJOS

Fernando Ríos

Cecilia Pereyra

Cecilia Loudet

Rosa Reina

Daniela Olmos Kutscherauer

Marcela Castro

27° Congreso Argentino e Internacional de Enfermería en Terapia Intensiva

Presidente

César Mancilla

Vicepresidente

Ricardo García

Coordinador Nacional

Marcelo Fabio Morales

Vocales

José Lozano

Mariana Torre

Fabiana Ciccioli

Ana Díaz

Rodrigo Rivero

26° Congreso Argentino e Internacional de Kinesiología en Terapia Intensiva

Presidenta

Marina Bursico

Vicepresidente

Matías Accoce

Coordinador Nacional

Pablo Galíndez

25° Congreso Argentino e Internacional de Terapia Intensiva Pediátrica

COMITÉ EJECUTIVO

Presidenta

Sandra Chuchuy

Vicepresidente

Carlos Dávila

Coordinadora Nacional

Analia Fernández

Vocales

Marisa Abregú

Mariela Allasia

Gabriel Boggio

COMITÉ CIENTÍFICO

Presidente

Silvio Torres

Vocales

Soraya Palletti

Luis Llanos

Diego Rodríguez Shulz

20° Jornada Nacional de Bioquímicos en Terapia Intensiva

Presidente

Antonio Echegaray

Vicepresidenta

Maria Alejandra López

Coordinador Nacional

Fabián Rodríguez

Vocal

Gabriela Hidalgo

17° Jornada Nacional del Comité de Neonatología Crítica

Presidente

Ariel Brezigar

Vicepresidente

Roberto Silveyra

Coordinadora Nacional

Liliana Roldán

Vocal

Eugenia Campo

11° Jornada de Farmacéuticos en Terapia Intensiva

Presidenta
Agustina Natalia Luconi
Vicepresidenta
Florencia Primerano

Vocal
Matías Cattoni

11° Jornada de Licenciados en Nutrición en Terapia Intensiva

Presidenta
Victoria González
Vicepresidenta
Jessica Gassmann

Coordinadora Nacional
Julieta Locatelli
Vocal
Melina Mentucci

8° Jornada Nacional de Enfermería Neonatal

Presidenta
Guillermina Lasala
Vicepresidenta
Mariela Quintana Honores

Coordinador Nacional
Gustavo Villalba
Vocal
Paola González

INVITADOS EXTRANJEROS

34° Congreso Argentino e Internacional de Terapia Intensiva

César Caio
Juan María González del Castillo
Jorge A. Coss-Bu
Florencia Krall Curuchaga
Paula Caporal
Francisco Javier Candel González
Alejandro H. Rodríguez
Jesús Angel D. Roja

Brasil
España
Estados Unidos
Uruguay
Estados Unidos
España
España
Perú

TRABAJOS ORALES

17/10/2024 - 13:00 a 14:00

TRABAJOS ORALES 01

Pediatría 1

PAJAS BLANCAS A

0166 PREDICTORES DE FALLA DE EXTUBACIÓN EN EL PROCESO DE LIBERACIÓN DE LA VENTILACIÓN MECÁNICA INVASIVA EN PEDIATRÍA

Y NOCITI, JP PALMEIRO, P TAFFAREL, V LAULHÉ, ML GIMENEZ, L LAMBERTI, P DOI, M ERVITI, J FASSOLA, L LISCIOTTO, MS LOPEZ COTTET, M DOS SANTOS, C MEREGALLI, F JORRO BARON

0167 RENDIMIENTO Y FACTORES PREDICTORES DE LA PRUEBA DE VENTILACIÓN ESPONTÁNEA EN PROCESO DE LIBERACIÓN DE LA ASISTENCIA VENTILATORIA MECÁNICA EN PEDIATRÍA

J PALMEIRO, P TAFFAREL, Y NOCITI, V LAULHE, ML GIMENEZ, L LAMBERTI, M ERVITI, J FASSOLA, L LISCIOTTO, MS LOPEZ COTTET, M DOS SANTOS, P DOI, C MEREGALLI, F JORRO

0168 ROL DE LA VENTILACIÓN NO INVASIVA EN EL PROCESO DE LIBERACIÓN DE LA ASISTENCIA VENTILATORIA MECÁNICA INVASIVA EN PACIENTES PEDIÁTRICOS

P TAFFAREL, J PALMEIRO, Y NOCITI, V LAULHE, L GIMENEZ, L LAMBERTI, M ERVITI, J FASSOLA, L LISCIOTTO, S LOPEZ COTTET, P DOI, C MEREGALLI, F JORRO

0169 IMPACTO DE LA IMPLEMENTACIÓN DE UN PROTOCOLO DE LIBERACIÓN DE LA VENTILACIÓN MECÁNICA INVASIVA EN UNA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA PEDIÁTRICA DE ARGENTINA

J PALMEIRO, P TAFFAREL, Y NOCITI, V LAULHÉ, L GIMENEZ, L LAMBERTI, P DOI, M ERVITI, J FASSOLA, L LISCIOTTO, M DOS SANTOS, S LOPEZ COTTET, C MEREGALLI, F JORRO

0279 IMPLEMENTACIÓN DEL DECÚBITO PRONO EN PACIENTES CON SÍNDROME DE DISTRES RESPIRATORIO AGUDO PEDIÁTRICO

J SIMONASSI, V GOMINA, MT CANZOBRE, N SCHWAB, V LÓPEZ FIORITO, L GONZÁLEZ, C SANCHEZ, A CORDIDO

0350 EXISTE ALGÚN FACTOR QUE PUEDA ASOCIARSE CON LA ELECCIÓN DE UN SOPORTE NO INVASIVO POSTEXTUBACIÓN EN EL POSTOPERATORIO DE TRASPLANTE HEPÁTICO

M SANCHEZ, M SANCHEZ, A CANEPARI, M RICCIARDELLI, L WAMAB, R VERGBURG, M MASSARA, G BELLIZIO, X IGLESIAS, A IANNELLO, M TORRES, C GARCIA REID

0351 USO DE SOPORTE VENTILATORIO NO INVASIVO EN POSTOPERATORIO DE TRASPLANTE CARDIACO PEDIÁTRICO

A CANEPARI, M SANCHEZ, L WAMBA, M RICCIARDELLI, R VERGBURG, X IGLESIAS, G BELLIZIO, M MASSARA, S BARBERIS, D ORQUEDA, C CEREIGIDO

17/10/2024 - 13:00 a 14:00

TRABAJOS ORALES 02

Neumonología/Kinesiología 1

PAJAS BLANCAS B

0249 IMPACTO DEL ENTRENAMIENTO EN APNEA VOLUNTARIA SOBRE EL DIAFRAGMA EN PERSONAS SANAS NO DEPORTISTAS, DEPORTISTAS Y APNEISTAS

J HOPKINS, AM CALIVA, ME FERNANDEZ, LN RODRIGUEZ, JE ALFONSO, A FERNANDEZ DA VEIGA, JM MARTINEZ AQUINO, V GIMÉNEZ, L BRZOZOWSKI

0264 PRECISIÓN DE DOS MÉTODOS PARA LA MEDICIÓN DE LA P01 EN DIFERENTES CONDICIONES

D VIOLI, C POZO, C PASCHETTA, C SHUERTS

0327 MEDICIÓN DE PRESIÓN INSPIRATORIA MÁXIMA (>20 CMH₂O) PRESIÓN ESPIRATORIA MÁXIMA (>20 CMH₂O) COMO PREDICTOR PARA EL INICIO DE RESPIRACIÓN ESPONTÁNEA ESTUDIO PROSPECTIVO

H COLLAZOS, R CERUZZI, E LOMBARDO, A CORONEL, D ESQUIVEL, J CORAGGIO, S LABATE, G VANDAELE, C ECHEVERRÍA, F JOSURAN, P LARROQUE, W VIDETTA, J QUARTINO

0337 ¿PUEDE LA COMPLIANCE DEL SISTEMA RESPIRATORIO CONDICIONAR EL PATRÓN VENTILATORIO EN PACIENTES EN MODO PRESIÓN DE SOPORTE?

M ACCOCE, D GILGADO, G CARDOSO, A VITALE, A GARCÍA, S TORRES, C MORAN, R BRAGAGNOLO, D STEIMBERG, M BERTOZZI, J PEREZ, J DORADO

0353 COMPARACIÓN DE ESTRATEGIAS DE COMPENSACIÓN DEL ESPACIO MUERTO EN PACIENTES BAJO ASISTENCIA VENTILATORIA MECÁNICA INVASIVA. ESTUDIO EXPERIMENTAL, CRUZADO Y ALEATORIZADO

J DORADO, M BERTOZZI, D GILGADO, G CARDOSO, G PLOTNIKOW, R BRAGAGNOLO, A VITALE, C MORAN, A GARCÍA, D STEINBERG, J PÉREZ, M ACCOCE

17/10/2024 - 13:00 a 14:00

TRABAJOS ORALES 03

Gestión/Enfermería

PAJAS BLANCAS C

0094 PERCEPCIÓN DE ENFERMERÍA SOBRE EL USO DEL BARCODING EN LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN EN LA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA DE ADULTOS DEL HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES

L CHIARO

0121 EFICIENCIA DE LA VASEINA LIQUIDA EN LA PREVENCIÓN DE UPP

J GONZALEZ, G LOPEZ, F MUZZUPAPPA

0219 SEGUNDA VÍCTIMA EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS: ESTUDIO DE CORTE TRANSVERSAL

MV BRUNELLI, M SALAS, MG SEISDEDOS

0247 LA SIMULACIÓN COMO ESTRATEGIA PARA MEJORAR EL ENTRENAMIENTO EN LA COLOCACIÓN DEL CATÉTER VENOSO CENTRAL

LG DURAN, P ZORZANO OSINALDE, MG MONTENEGRO FERNANDEZ, AV MILLAN, NA GRASSI, M CRUZ, M OTAMENDI, FE ESPINOZA, ST LACO, FB VAZQUEZ BRIGNOLE

0435 RELACION ENTRE MORTALIDAD ESPERADA Y OBSERVADA Y FACTORES DETERMINANTES DE MORTALIDAD EN UCI Y HOSPITALARIA EN UNA UCI MEDICO QUIRURGICA DE UN HOSPITAL ESCUELA

J VILCA, MC MARCHENA, P TAPIA LARA, F IGLESIAS, L TUMINO, S TAL BENZECRY, MG SAENZ, CI LOUDET

0454 REINGRESO DE PACIENTES EN UNA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA POLIVALENTE

M HERRERA, H IZQUIERDO, L VISSANI, MC FLORES, C RASENTE, MA BLASCO, M CHAVEZ, A CHARRIS, L TEJERINA

17/10/2024 - 13:00 a 14:00

TRABAJOS ORALES 04

Neurointensivismo

OZONO

- 0039 ANÁLISIS DE RESULTADOS ADVERSOS EN PACIENTES CON ACV ISQUÉMICO DEL SANATORIO NUESTRA SEÑORA DEL ROSARIO**
JG CASTELLÓN GÓMEZ
- 0123 ELECTROENCEFALOGRAMA EN EL MAL DESPERTAR**
FI MONZALVEZ, FF MUÑOZ CASTILLO, KA CASTRO LEON
- 0186 EXPERIENCIA DE TRES AÑOS (2020-2023) EN HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA ANEURISMÁTICA EN EL HOSPITAL ESCUELA GRAL. JOSÉ FRANCISCO SAN MARTÍN DE LA PROVINCIA DE CORRIENTES**
J BERNACHEA, LJ OJEDA FLORES, JE ALFONSO, JM MARTINEZ AQUINO, HJM ÁLVAREZ
- 0427 EVOLUCIÓN DE LA UNIDAD DE ACV (ACCIDENTE CEREBRO VASCULAR) EN EL SANATORIO ALLENDE CERRO DE CÓRDOBA-AÑO 2022-2023**
MA VILLEGAS, EL ROMERO, M BONO, D PAMELA, B GUSTAVO, V OLIVA, I VILLARRUEL USIN, R COPELLO
- 0440 UTILIDAD DEL DOPPLER TRANSCRANEAL EN EL DIAGNÓSTICO DE PARADA CIRCULATORIA CEREBRAL**
LSN GAMARRA, JM MARTINEZ, J BERNACHEA, LJ OJEDA LOPEZ, V GIMENEZ, HJM ALVAREZ, E ALFONSO, C PISARELLO, S LAZZERI, C MIZDRAJI

17/10/2024 - 13:00 a 14:00

TRABAJOS ORALES 05

Shock y Sepsis

AQUA

- 0070 INFLUENCIA DE LA VASOPRESINA EN EL ACOPLAMIENTO VENTRICULOARTERIAL MEDIDO POR TERMODILUCIÓN TRANSPULMONA**
E PAPINI, C GONZALEZ, J RODRIGUEZ LOUZAN, C LOVESIO, D LATASA
- 0151 LA DIFERENCIA VENOSA CENTRAL - ARTERIAL DE DIÓXIDO DE CARBONO EN EL SHOCK**
H CONDE, ME BRANDOLISIO, F DAVIDOW, MV DI SANTO, L ORSARIA, B PALOU, M PONS, S LUJAN, G PETRONI
- 0366 IMPACTO DE UNA CAPACITACIÓN ESPECIALIZADA EN EL RENDIMIENTO DIAGNÓSTICO DE SEPSIS CONFORME A LOS CRITERIOS SEPSIS-3 POR EL EQUIPO DE SALUD: UN ENSAYO CLÍNICO ALEATORIZADO, CONTROLADO Y MONOCENTRICO**
T MARTINEZ PERALTA, PM ZAMUDIO, FJ GUTIÉRREZ, NA GOETTE
- 0368 EVALUACIÓN COMPARATIVA DE LA PERFUSIÓN TISULAR ANTE OCLUSIONES VENOSAS EN PACIENTES SANOS MEDIANTE DIVERSAS TÉCNICAS DE EVALUACIÓN**
NA GOETTE, FJ GUTIÉRREZ, JI MAZZA
- 0438 ESTIMACIÓN DE LA PRESIÓN SISTÉMICA MEDIA POR MÉTODO ANTROPOMÉTRICO Y ANÁLISIS DE SU ASOCIACIÓN CON OTRAS VARIABLES HEMODINÁMICAS EN EL POSTOPERATORIO DE CIRUGÍA CARDIOVASCULAR**
MA ORELLANO, JC PENDINO, LR BETTINI, J IBARZABAL, WD SACCHI, E CAUTURES, S BELTRAME, SM PEZZOTTO
- 0450 MIOCARDITIS COMO FORMA DE PRESENTACIÓN DE DENEGUE: REPORTE DE CASOS**
JL BRAVO, M CRUCCI, R NUÑEZ, E CORNU, E MANRIQUE, R ÁVILA

18/10/2024 - 13:00 a 14:00

TRABAJOS ORALES 06

Pediatría 2

PAJAS BLANCAS A

- 0190 INFECCIONES POR ESTAFILOCOCO METICILINO RESISTENTE DE LA COMUNIDAD EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS**
A AGULLÓ, L BARSANTE, G NORALY, MDP ARIAS, L AIZAGA, L VITERBO
- 0242 VALOR DE ALBUMINA SÉRICA AL INGRESO EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS COMO PREDICTOR DE MORTALIDAD**
MDP ARIAS LOPEZ, G GONZALEZ, A CAIRNIE, G PALACIO, J STEINER, R POTERALA, A GATTARI
- 0244 ¿POR QUÉ SE MUEREN NUESTROS PACIENTES CON BAJA PROBABILIDAD DE MORTALIDAD? ESTUDIO DE MORTALIDAD EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS**
M CYUNEL, MA FRANCAVILLA, A GATTARI, S MAGEE BAHL, E MONTEVERDE
- 0284 SISTEMA DE TRASLADO DE PACIENTES CRÍTICOS. ESTRATEGIA DE MEJORA EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS CRÍTICOS PEDIÁTRICOS**
G MENDEZ, E CAMACHO
- 0286 USO DE VENTILACIÓN NO INVASIVA PALIATIVA EN PACIENTES PEDIÁTRICOS**
JP BONORA, A MORACH, F TORRICOS
- 0287 INTERVENCIÓN AMBIENTAL EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS**
JP BONORA, A MORACH, F TORRICOS
- 0422 DISMINUCIÓN DE LOS ERRORES DE MEDICACIÓN EN INFUSIONES DE FÁRMACOS DE ALTO RIESGO CON EL USO DE TARJETAS DE PREPARACIÓN ESTANDARIZADAS EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS**
G CINQUI, M HERRERA, I KIJKO, E PEREZ, C PARELLADA, M PRIANO, ME GALVAN

18/10/2024 - 13:00 a 14:00

TRABAJOS ORALES 07

Neumonología/Kinesiología 2

PAJAS BLANCAS B

- 0007 TRAQUEOSTOMÍA PERCUTÁNEA ASISTIDA POR ULTRASONIDO Y FIBROLARINGOSCOPIA. EXPERIENCIA EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS**
FB HERNANDEZ, M VITALE, L TRIGO, A FRANCO, L TABOADA, T CORRADI, M BERNADO, S ZANELLO, M CORIA, M MARTINI, E GIMENEZ
- 0011 CAPACIDADES PULMONARES Y FUNCIÓN DIAFRAGMÁTICA EN ADULTOS SOMETIDOS A TRASPLANTE HEPÁTICO. ESTUDIO DE SERIE DE CASOS**
J FOSSAROLI, R VALLS, J COLOBIG, M PIOVANO, H CESARIO, V BULLA, E AVELLANEDA, F AVELLANEDA
- 0022 ESTUDIO COMPARATIVO EN INTUBACIÓN OROTRAQUEAL ENTRE ANESTESIOLOGOS (QUIRÓFANO) E INTENSIVISTAS (UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA) EN UN HOSPITAL DEL GOBIERNO DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES (GCBA)**
M DEHEZA, L, DURÁN CAÑARTE, S MARISSI, A SCHMIDT

- 0161 VALIDACIÓN DE LA PRESIÓN DE OCLUSIÓN EN LA VÍA AÉREA (POCC) COMO MÉTODO DE VALORACIÓN DEL ESFUERZO MUSCULAR DURANTE LA VENTILACIÓN NO INVASIVA: UN ESTUDIO DE LABORATORIO**
E GOGNIAT, E STEINBERG, N TIRIBELLI, M SETTEN, S FREDER, F GUTIERREZ, G PLOTNIKOW
- 0206 VENTILACIÓN ASISTIDA PROPORCIONAL Y ESTIMACIÓN DEL ESFUERZO RESPIRATORIO EN PACIENTES CRÍTICOS DURANTE LA TRANSICIÓN A LA VENTILACIÓN ESPONTÁNEA. ESTUDIO PILOTO**
A DOMINGUEZ, FJ BIANCHINI, I BROZZI, I GONZÁLEZ, M TORRES, RS MORACCI, FJ GUTIERREZ, GA PLOTNIKOW

18/10/2024 - 13:00 a 14:00

TRABAJOS ORALES 08

Sedoanalgesia

PAJAS BLANCAS C

- 0006 SEDACIÓN INHALADA CON SEVOFLURANO EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS**
I CARBONI BISSO, MF COURTOIS, M BONO, I HUESPE, I FERNÁNDEZ CEBALLOS, G BONGIORNI, M LAS HERAS
- 0025 ANÁLISIS COMPARATIVO DE LOS EFECTOS ADVERSOS DE LA SEDOANALGESIA PROFUNDA VS. SEDOANALGESIA LIGERA EN PACIENTES ADULTOS EN VENTILACIÓN MECÁNICA**
A PERDOMO, M DEHEZA
- 0049 TÍTULO: IMPACTO DEL USO DE PROTOCOLO Y ESCALAS DE ANALGOSEDACIÓN PARA SU ADMINISTRACIÓN EN LOS OUTCOMES DE PACIENTES COVID-19 CON VENTILACIÓN MECÁNICA INVASIVA**
D BARRIENTOS, A TAMAYO, F ARANCIBIA
- 0058 APOORTE DE LA MUSICOTERAPIA EN LA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA EN EL HOSPITAL DE ALTA COMPLEJIDAD DEL BICENTENARIO ESTEBAN ECHEVERRÍA EN 2023**
M MATALIA, V COLOMBO, P HOQUI
- 0367 FACTORES ASOCIADOS A PERCEPCIONES DE USO INADECUADO DE SEDACIÓN PROFUNDA ENTRE PACIENTES CRÍTICOS EN IBEROAMÉRICA TRAS LA PANDEMIA DE COVID-19: RESULTADOS DEL ESTUDIO PANDEMIC**
D OLMOS KUTSCHERAUER, F CARINI, F MARTINEZ, D MOLANO, MDC GALLARDO, E OLIVARES-DURAN, J CABALLERO, R REINA, M GARCIA SANCHEZ, C GIMÉNEZ-ESPARZA VICH

18/10/2024 - 13:00 a 14:00

TRABAJOS ORALES 09

Infectología

TERRA

- 0021 FACTORES ASOCIADOS A NEUMONÍA INTRAHOSPITALARIA DURANTE EL POSTOPERATORIO EN TERAPIA INTENSIVA:**
F MURILLO, M DEHEZA, A SCHMIDT
- 0080 TUBERCULOSIS EN LAS UNIDADES CRÍTICAS DE UN HOSPITAL PÚBLICO DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES- PANORAMA ACTUAL**
MJ OCHOA, G ARÁN, A RODRIGUEZ, S KRUGLIANSKY, E CUNTO, M QUINTEROS
- 0293 BROTE DE DENGUE EN ARGENTINA 2024. ESTADO DE SITUACIÓN DE LOS LABORATORIOS DE URGENCIAS**
MDC IÑIGUEZ, MA CASTRO, S DER PARSEHIAN, R SHOCRON, AE DEMARCO

- 0320 PREVALENCIA DE COLONIZACIÓN / INFECCIÓN POR MICROORGANISMOS MULTIRRESISTENTES EN UCI ADULTOS DE ARGENTINA Y SU IMPACTO EN MORTALIDAD (PREVAR PARTE 2)**
W CORNISTEIN, C BALASINI, VM RODRÍGUEZ, Y NUCCETELLI, MI STANELONI, D ÁGUILA, A MACCHI, N CUDMANI, MV ROCA, G SARDINO, M BRIZUELA, A FERNÁNDEZ, S GONZÁLEZ, E ESTENSSORO, GDT PREV-AR
- 0342 ENCEFALITIS EQUINA DEL OESTE: REPORTE DE CASOS**
MA BETANCUR, F MARTIN, MG NUCCIARONE, M DI PIERRO, L CORBALAN, M GARDEAZABAL, F IGLESIAS, L TUMINO
- 0348 SINDROME CARDIOPULMONAR POR HANTAVIRUS: UNA NEUMONIA POCO FRECUENTE EN TERAPIA INTENSIVA**
E CUNTO, V CHEDIACK, P SAUL, R GREGORI-SABELLI, M GALINDO, A BUENO, L DOLDAN, A PACOVICH, G SANDEZ, C DOMINGUEZ, F GIL ZBINDEN, E CORTEZ, J FERNANDEZ
- 0444 CEFTRIAXONA INCREMENTA LA SUPERVIVENCIA EN PACIENTES CRITICOS CON VENTILACION MECANICA A MUY ALTA ALTITUD**
B HERRERA, FR TORRES JIMENEZ, B CHOQUE POMA, JA VIRUÉZ SOTO, Z VISCARRA MACHACA, HR TICONA FLORES

18/10/2024 - 13:00 a 14:00

TRABAJOS ORALES 10

Cardiología Eco

OZONO

- 0061 COEXISTENCIA DE RESPUESTA A FLUIDOS Y SEÑALES DE CONGESTIÓN VENOSA EN PACIENTES CRÍTICOS**
A FELDMAN, D VARELA, G SIBILA, M RENK, A GARCIA, C LOPEZ, K SIVILA, M ALIAGA, B DAGLIO, A ALEJANDRO, J CAPELLA, D QUARANTA
- 0069 PUNTUACIÓN DE ULTRASONIDO DE EXCESO VENOSO (PUNTAJACIÓN VEXUS) EN LA PREDICCIÓN DE LA LESIÓN RENAL AGUDA EN PACIENTES CON SÍNDROME CARDIORRENAL**
A FELDMAN, C LOPEZ, D VARELA, A GARCIA, B DAGLIO, M ALIAGA, M RENK, G SIBILA, K SIVILA, A ALEJANDRO, R OCHOA, S FREDER, N TIRIBELLI, M LOMPIZANO, D QUARANTA, J CAPELLA
- 0139 ESTUDIO MULTICÉNTRICO ARGENTINO DE PARO CARDÍACO INTRAHOSPITALARIO: CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS, SUPERVIVENCIA Y OUTCOME NEUROLÓGICO**
M VAENA, C ORLANDI, J SAGARDIA, E CUNTO, D CAMPS, MC CAPUTO, M CARDONATTI, C DELLERA, PM DIAZ, AT DOTTA, P GARCES CRUZ, AR GIRA, K GOITIA CHAVEZ, R HERNÁNDEZ, DI IVULICH, MF LEVERATTO, N LISTA, M MARINO, L MARTINEZ, M MIROFSKY, D PIEZNY, J POLLÁN, E RICHIERI, C SOSA, S SWIESZKOWSKI, A TAPIA, P VALDEZ, A VILELA, J SINNER, I HUESPE
- 0285 FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS CON LA RECURRENCIA DE ECLAMPSISMO EN LOS TRASTORNOS HIPERTENSIVOS DEL EMBARAZO GRAVES**
R GIANNONI, IS GONZALEZ POMPILIO, CR GARNICA, AM ANTÓN, MG ARCE GALLARDO, E MARTINEZ, FD MASEVICIUS
- 0297 SUBUTILIZACIÓN DE POTENCIALES DONANTES CARDIACOS. UN ESTUDIO OBSERVACIONAL**
M DOMANICO, M ZEYTUNTSIAN, G DUCCA, R CANELON, S SANCHEZ, D RODRIGUEZ, B LUCIANA, E DUARTE, D ORTEGA, C PABLO

18/10/2024 - 13:00 a 14:00

TRABAJOS ORALES 11

Nefrología/Medio Interno

AQUA

0311 TERAPIA CONTINUA DE SOPORTE RENAL EN EL PACIENTE CRÍTICO

R GREGORI SABELLI, P SAUL, L DOLDAN, V FERNÁNDEZ ABELLO, C DOMÍNGUEZ, N CAMPAGNUCCI, Y LAMBERTO, V CHEDIACK, E CUNTO

0325 TERAPIA CONTINUA DE SOPORTE RENAL EN EL PACIENTE VIH+

R GREGORI SABELLI, L DOLDAN, P SAUL, V FERNANDEZ ABELLO, C DOMINGUEZ, S CACERES, J VIDELA, V CHEDIACK, E CUNTO

0331 INCIDENCIA, CARACTERÍSTICAS Y PRONÓSTICO DE PACIENTES CON DISNATREMIAS AGUDAS EN UNA UNIDAD MEDICO-QUIRURGICA DE TERAPIA INTENSIVA

F MARTIN, M GARDEAZABAL, M CORDOBA, J JEAN, F MORALES, A BETANCUR, J VILCA, C MARCHENA, C LOUDET, L TUMINO, G SAENZ

0407 ASISTENCIA RESPIRATORIA MECÁNICA E INSUFICIENCIA RENAL AGUDA EN COVID-19: UN ESTUDIO RETROSPECTIVO

M GIMENEZ PECCI, P COSENTINO, D VARGAS, M MUGNO, M FURCHE, A DURAN, R YUCRA, V MUÑOZ, C ALQUICHIRE, P ET-
CHEMENDI, C RODRIGUEZ, A CARDENAS, PN RUBATTO

DISCUSIÓN DE POSTERS ELECTRÓNICOS

16/10/2024 - 09:00 a 10:15

DISCUSIÓN DE POSTERS ELECTRÓNICOS 01

Infectología - Póster 1 (Dengue 1)

COWORKING - SUM A

- 0015 MICROANGIOPATÍA TROMBÓTICA (MAT) ASOCIADO A DENGUE GRAVE VS SÍNDROME UREMICO HEMOLÍTICO ATÍPICO: A PROPÓSITO DE UN CASO**
AK GONZALEZ SOSA, G MONTI, C LLERENA, J QUIROZ CEDEÑO, K BANZER, F PEREZ, NA CARLOS MEDINACELLI, JO PIMENTEL YUCRA
- 0120 MIOCARDITIS SEPTICA VS. VIRAL EN EPIDEMIA DE DENGUE: UN DESAFIO EN UTI. REPORTE DE CASO**
MV BISCEGLIA, EM GUAIMAS, A CAMIOLO, SN GASPAS, MA RUIZ, FC CARRIZO, G BOUHID, R REINOSO
- 0171 PACIENTE CON CONVULSIONES Y DENGUE (REPORTE DE CASOS)**
P CAPPONI, M MASSONI, R BUSTILLO, F AGUILAR, J HOLLESTEIN
- 0177 MANIFESTACIONES NEUROLÓGICAS EN PACIENTES CON DENGUE EN TERAPIA INTENSIVA**
Y LAMBERTO, PA SAUL, L DOLDAN, N CAMPAGNUCCI, A RODRIGUEZ, M ALIAGA, V CHEDIACK, E CUNTO
- 0226 DENGUE GRAVE, PRESENTACIÓN ATÍPICA**
E LUCCA MARTIN, MJ ARAUZ RODRIGUEZ
- 0229 DENGUE. EXPERIENCIA EN TERAPIA INTENSIVA EN EL BROTE ACTUAL**
E CUNTO, A BOCASSI, Y LAMBERTO, A RODRIGUEZ, N LISTA, P SAUL, N CAMPAGNUCCI, V CHEDIACK, E DE VIRGILIO, M PERALTA, L DOLDAN, Y HUARACHI-CHIRILLA, MDLM NANO, P VELASQUEZ-LOPEZ
- 0232 AFECCIONES FUNGICAS INVANSIVAS Y DENGUE. REPORTE DE UN CASO EN TERAPIA INTENSIVA**
LE MAIDANA
- 0258 ABDOMEN AGUDO POR DENGUE O CON DENGUE? REPORTE DE UN CASO EN TERAPIA INTENSIVA.**
LE MAIDANA
- 0336 DENGUE GRAVE: UN NUEVO ENEMIGO EN CASA**
F GOMEZ CARREÑO, L BARROSO, RE MOLINA, JN VEGA ROMERO, M BONO
- 0431 DENGUE GRAVE, LA GRAN SIMULADORA**
J BRAVO, C BARRIOS, W ARGENA MONTAN, M CAPRILES, P FALVO, R CARBALLO OROZCO, S HEARLY, C BALASINI, M BERMEO RODRIGUEZ, D DENIS, A SIRINO

16/10/2024 - 10:20 a 11:35

DISCUSIÓN DE POSTERS ELECTRÓNICOS 02

Infectología - Póster 2 (Dengue 2)

COWORKING - SUM A

- 0005 DENGUE EN TERAPIA INTENSIVA (REPORTE DE CASOS)**
A FERNANDEZ, G DOMENICONI, L VILASECA, C NICCODEMI, U MIGUEL
- 0033 ENCEFALITIS POR DENGUE: UNA COMPLICACIÓN RARA PERO TEMIDA DE LA FIEBRE DEL DENGUE**
A FELDMAN, C LOPEZ, M ALIAGA, M RENK, D VARELA, A ALEJANDRO, K SIVILA, D QUARANTA, J CAPELLA
- 0040 ENCEFALITIS POR DENGUE: CASO CLINICO**
S BENITEZ ARCE, F RACCA VELASQUEZ, CJ TORDOYA, V TUMIRI LEZCANO, A ANGULO LORET, J SABALZA CASTILLA, W MANJARRIZ COELLO, Z SAURITH DAZA, FA GARCÍA
- 0116 PRESENTACION DE UN CASO CLINICO: EXACERBACIÓN POR DENGUE EN PACIENTE CON MIOPATÍA MITOCONDRIAL**
T MARCHESI, G ANDRADA, O FERNANDEZ ROSTELLO, G NIS, TF MARCHESI

- 0119 TIROTOXICOSIS EN PACIENTE CON TIROIDITIS DE HASHIMOTO EN CONTEXTO DE INFECCIÓN POR VIRUS DENGUE: REPORTE DE CASO**
S SCAZZOLA, S ORELLANA, HB HERNANDEZ MARIN, KJ VILLARROEL SANCHEZ, F MEDINA, P BALMACEDA, G RAMOS
- 0126 UNA COMBINACION POCO COMUN :COMPLICACION POSTINFECCIOSA POR DENGUE**
A CAMIOLO
- 0150 DENGUE ¿ES TIEMPO DE RESIGNIFICAR EL NUEVO BROTE EPIDÉMICO? REPORTE DE CASOS**
S RODRIGUEZ CALIX, F VALLARIN, M PATTINI, I TESTONI, G TOCALLI, C SUAREZ, L ORSARIA, A ANZIANO
- 0162 TAPONAMIENTO CARDIACO EN DENGUE GRAVE: A PROPOSITO DE UN CASO**
MF LOPEZ, F PEZ, M ALMADA, V COGO, L BERLONI, S PULCINELLI, S RODRIGUEZ CALIX, H CONDE, L LOPEZ MACCAN
- 0211 MANIFESTACIONES INUSUALES DE DENGUE. DENGUE EXPANDIDO**
EL ROMERO, E ROMERO, I VILLARRUEL, R COPELLO, V OLIVA, M VILLEGAS, P CALCAGNO, E MINOLDO, C GALLETTI

16/10/2024 - 11:40 a 13:00

DISCUSIÓN DE POSTERS ELECTRÓNICOS 03

Infectología - Póster 3

COWORKING - SUM A

- 0198 HISTEROSALPINGITIS POR STREPTOCOCCO PYOGENES**
R DOMINGUEZ, S HEALY, M CAPRILES, R CARBALLO OROZCO, P SANCHEZ, M TORO, MB VAZQUEZ, M DE ARMAS
- 0378 PERICARDITIS TUBERCULOSA CON RESISTENCIA A LA RIFAMPICINA. REPORTE DE UN CASO**
VL PUENTE, S CASTRO, D RODRIGUEZ, J PANIAGUA, C MARTINEZ, M MELEAN, F DAZA
- 0384 MUCORMICOSIS CEREBRAL**
D CONTRERAS, J JEAN, F MORALES, M CORDOBA, F IGLESIAS, J VILCA, G SAENZ
- 0385 SHOCK SÉPTICO A FOCO URINARIO POR STREPTOCOCCO PYOGENES**
P SANCHEZ, A SIRINO, S HEALY, R CARBALLO OROZCO, M CAPRILES, W ARGANA MONTAN, G TAGUIL, B CARINA
- 0404 BOTULISMO ALIMENTARIO, A PROPOSITO DE UN CASO**
V ZEBALLOS, S NESTERUK
- 0405 ROMBENCEFALITIS COMO UNICA MANIFESTACION DE TUBERCULOSIS EN PACIENTE INMUNOCOMPETENTE: REPORTE DE CASO**
Y RAMIREZ COLOMBRES
- 0408 STREPTOCOCCUS PYOGENES: EXPERIENCIA EN NUESTRO NOSOCOMIO**
C PETTOROSSO, PB PAHNKE, AD BUJEDO, C VIGNETTA, V BIANCO, JL ALPILANEZ
- 0409 ESTRIDOR LAIRNGEO COMO COMPLICACION POR INFECCION POR STREPTOCOCCO PYOGENES EN PACIENTE INMUNOCOMPETENTE. REPORTE DE CASO**
J ARANIBAR MAMANI, A CANTOS, D ZERDA, C CHAVEZ, F FERREIRA, D ROGGENSACK, L SOLIZ, MB VAZQUEZ
- 0410 INFECCION NECROTIZANTE POR STREPTOCOCCO PYOGENES EN PACIENTE ANCIANO INMUNOCOMPETENTE: REPORTE DE CASO**
AP CANTOS REINOSO, D ZERDA, J ARANIBAR, D ROGGENSACK, C CHAVEZ, F FERREIRA, L SOLIZ, R DOMÍNGUEZ
- 0416 SHOCK SÉPTICO POR BACTERIEMIA A VIBRIO CHOLERAEE NO O1: REPORTE DE CASO**
T RAMIREZ, I SIMORE, ML BOURGHEZ, G RUSSO, C SANCHEZ, N CARRIZO

16/10/2024 - 14:00 a 15:20

DISCUSIÓN DE POSTERS ELECTRÓNICOS 04

Infectología - Póster 4

COWORKING - SUM A

- 0199 GASTROPATÍA GANGRENOSA EROSIVA SECUNDARIA A PSITACOSIS FULMINANTE**
V LEON, V REYES, M CASTRO, A BALDIVIEZO, J ROSSINI, S MACKFARLANE, C ZIELINSKI, M NANO, E ANTOLA, F SOTO
- 0202 PSITACOSIS EN TERAPIA INTENSIVA: USO DE TRATAMIENTO COMBINADO. REPORTE DE CASOS**
P SAÚL, V CHEDIACK, E CUNTO, C DOMINGUEZ, JJ VIDELA, R GREGORI-SABELLI, Y LAMBERTO, S CÁCERES, N CHACÓN, N CAMPAGNUCCI, C VARGAS, A RAMIREZ, J FERNANDEZ, E CORTEZ
- 0314 PSITACOSIS GRAVE REPORTE DE CASO**
R CANAVIRI, PC MOREIRA SANCHEZ, R CANAVIRI ESCOBAR, MA ALVAREZ PEREZ, A CANCHILA DE LA ESPRIELLA, JA SABALZA CASTILLA, B DE ARAUJO CASOTTI, PA SAUL, AA LA MANNA
- 0339 CUANDO LA MENINGOCOCCEMIA SE UNA A LA FIESTA FÚNGICA . A PROPOSITO DE UN CASO**
MR SALATINO, L ZELADA, D RIVEROS, J GARCIA, SS ALVAREZ, MJ GARCIA
- 0344 ABSCESO CEREBRAL POR ASPERGILLUS TERREUS**
S PRATESI, A VELEZ, E BELLONE, C STEER, A PEREZ DE ANDES, P FALVO, ML PEREYRA, P PRATESI
- 0346 ESUDIO DE NEMONÍAS GRAVES NO FILIADAS**
C BALASINI, P SAUL, M BLANCO, E CUNTO, J AMICO, J FARINA, GDT NEUMNÍAS GRAVES
- 0352 SERIE DE CASOS DE PSITACOSIS AREA METROPOLITANA DE BUENOS AIRES2024**
C BALASINI, P SAUL, M BLANCO, J AMICO, J FARINA, E CUNTO, A SIRINO, A RODRIGUEZ, C FARIAS, S DENIS, D DOMINGUEZ, F CONSALVO, P MONTEFIORE, J BRITO, JO GONZALEZ, GE RAMOS, M PADILLA, M MARESCA, MDLÁ FINOCCHIO, M GRIGNET, M ROMINA, L INDA, N MERCEDES, L VISSANI, P PRATESI, A PALAORO, M LARES
- 0356 DESENLAZE FATAL POR SOBREENFECCIÓN CANDIDIÁSICA EN UN PACIENTE SÉPTICO**
M CRUZ, NA GRASSI, MG MONTENEGRO FERNÁNDEZ, P ZORZANO OSINALDE, AV MILLAN, FE ESPINOZA, M OTAMENDI, LG DURAN
- 0396 ATÍPICA FORMA DE PRESENTACIÓN DE ENDOCARDITIS BACTERIANA**
P DOMINGUEZ, G FERNÁNDEZ, A GARCÍA, S VIERA, P ARTAZA, V CUÉLLAR, S BARRIONUEVO ROBAYO, P ZENÓN, J IRIART
- 0414 NEUMONÍA POR CHLAMYDIA PSITTACI EN EL ÁREA METROPOLITANA DE BUENOS AIRES: ANÁLISIS DE CASOS SEVEROS Y CONSIDERACIONES TERAPÉUTICAS**
MJ OCHOA, G ARÁN, V CHEDIACK, S KRUGLIANSKY, E CUNTO, M QUINTEROS
- 0429 NEUMONÍA GRAVE POR PSITACOSIS**
M CAPRILES, P SANCHEZ, R CARBALLO OROZCO, S HEALY, A ALLER, A ELINGER, C BALASINI, S BAUQUE
- 0456 NEUMONÍAS GRAVES ATÍPICAS. SERIE DE CASOS**
LN QUISBERT, AG HERNANDEZ CORCHADO, MF BENEDETTI, F BARBERIS, J SAGARDIA, C ARIAS, G CABRAL, D PIEZNY

16/10/2024 - 15:25 a 16:35

DISCUSIÓN DE POSTERS ELECTRÓNICOS 05

Infectología - Póster 5

COWORKING - SUM A

- 0185 PIOMIOSITIS PRIMARIA, A PROPOSITO DE UN CASO**
C LUENGO, MS FACHINAT, D VILLANI, R RODRIGUEZ, L LEIT

- 0218 PARACOCCIDIODOMICOSIS EN PACIENTE JOVEN INMUNOCOMPETENTE**
C TORANCIO, V ARIZTIMUÑO, C ARNAUDIN, C ORELLANO, A MANTI, L CHOQUE, A SANCHEZ, L FUENZALIDA
- 0239 MUCORMICOSIS PULMONAR**
B MERES, A RODRIGUEZ, R RESTA, M RE, N ROCCHETTI, S GATTINO, C SETTECASE, D BAGILET
- 0250 MAS ALLA DEL INTESTINO, PERICARDITIS PURULENTO POR SALMONELLA – REPORTE DE CASO**
MA SABBATINI, VR GIUDICCE, CA BILLORDO
- 0268 SINDROME DE SHOCK TÓXICO POR STREPTOCOCCUS GRUPO A**
A PÉREZ ANDES, A GIRA, V BRIZUELA, F LEVERATTO, P PRATESI
- 0330 LA TRAVESÍA DE LA SALMONELLOSIS EN EL TRAUMA. A PROPOSITO DE UN CASO**
R PERDIGUÉS, MV SAUCEDO, ER ELÍA, HA VITALE, SS ALVAREZ
- 0340 SINDROME DE WEIL, UNA PRESENTACIÓN POCO FRECUENTE Y POTENCIALMENTE MORTAL, REPORTE DE UN CASO**
C DEGASTALDI, A ORTIZ, M MONTENEGRO, L DE GREGORIO, Y LAMBERTO, K UGO, E MIKULIC, C BALENZANO
- 0420 CRIPTOCOCOSIS CEREBRAL EN PACIENTE TRASPLANTADO. REPORTE DE UN CASO**
L BALSAMO, V ORTEGA ESCOBAR, MC CAPUTO, GG YOSSA TEJADA
- 0447 ENFERMEDAD INVASIVA POR STREPTOCOCCUS PYOGENES M1**
JJ CÁCERES, FD VASILE, ME BENITEZ, P MANCINI, F HERRERA, MA VEGA

16/10/2024 - 16:40 a 17:55

DISCUSIÓN DE POSTERS ELECTRÓNICOS 06

Infectología - Póster 6

COWORKING - SUM A

- 0085 SHOCK SEPTICO SECUNDARIO A INFECCION DISEMINADA POR SAMR**
KX TOVAR GIMENEZ, R ZENTENO, M FUMARCO, E VALENCIA, E ZEVRNJA, B MAMANI
- 0087 TAPONAMIENTO CARDÍACO POR PERICARDITIS PURULENTO DE DISEMINACIÓN TRANSDIAFRAGMÁTICA SECUNDARIA A ABSCESES HEPÁTICOS**
L PESCE BROCHERO, M OLAVE, M ACQUAVITA, MA GARCIA, M BRIZUELA
- 0089 CRIPTOCOCOSIS EN PACIENTES INMUNODEPRIMIDOS SIN INFECCIÓN POR VIH: SERIE DE CASOS CLÍNICOS**
F MEDINA, O GUAICHA, V GARAÑA, G RAMOS, V PICOLLA, C DIANO, P BALMACEDA, V PAIS, L SANTORO
- 0128 COAGULACIÓN INTRAVASCULAR DISEMINADA POR ESTREPTOCOCCEMIA EN PACIENTE NO ESPLENECTOMIZADA: A PROPOSITO DE UN CASO**
N GRASSI, M CRUZ, F ESPINOZA, M OTAMENDI, V MILLAN, P ZORZANO, L DURAN, M MONTENEGRO
- 0129 MULTIPLES LESIONES OCUPANTES DE ESPACIO POR TUBERCULOSIS EN UN PACIENTE INMUNOCOMPETENTE**
VH ROLDAN ENCINAS, G IZZO, S SEGOVIA, A GELOSO, M RUIZ, D PRIETO, E DORADO
- 0130 ASPERGILOSIS PULMONAR INVASIVA EN PACIENTE INMUNOCOMPETENTE A PROPOSITO DE UN CASO**
JA MELGAR DIEZ, P CAMPOS, M GARABITO, M FUMARCO, E ZEVRNJA, R ZENTENO, M GILLI, A CAMELLI
- 0131 ENDOCARDITIS INFECCIOSA POR S. AUREUS SECUNDARIA A ABSCESO PROSTÁTICO. REPORTE DE UN CASO**
M SANGREGORIO, K CASTRO LEON, FF MUÑOZ CASTILLO, N MARQUEZ, S VARGAS DE LA VEGA, D MIÑO, L VARGAS
- 0152 SEPSIS SECUNDARIA ABSCESO HEPATICO POR STREPTOCOCCO ANGINOSUS**
MN GÖLDY, A BIANCHI, CJ GARLISI, NM ORTIZ, P ÁVILA, G IZAGUIRRE, L TALAMONTI, G ELIAS

0154 FORMA DE PRESENTACION GRAVE DE FHA: ENCEFALITIS EN PACIENTE ADULTO
C GARLISI, G ELIAS, L TALAMONTI, G IZAGUIRRE, S SANCHEZ, N ORTIZ, MN GOLDY, A BIANCHI

16/10/2024 - 18:00 a 19:00

DISCUSIÓN DE POSTERS ELECTRÓNICOS 07

Infectología - Póster 7

COWORKING - SUM A

0002 FOSFOMICINA Y SU USO EN EL CONTEXTO DE MULTIRRESISTENCIA BACTERIANA: ANALISIS DE NUESTRA EXPERIENCIA EN UNA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA POLIVALENTE
MA ESTRIN, A SABRA, A SABATTINI, P CARVALHO, E CABRERA, L MOURA ALBERGARIA, L AVILA ROSMANINHO, K GONCALVES AMORIM TONIN, L PEREIRA LEITE, RG BENITEZ

0012 NEUMONÍA POR LOPHOMONA EN PACIENTE INMUNOCOMPROMETIDO
NL ILLESCAS, A GIRA, P FALVO, V BRIZUELA, S COSENZA

0051 BACTERIEMIA ASOCIADA A CATETER
A FELDMAN, D VARELA, R ALVARADO, M RENK, K SIVILA, A GARCIA, C LOPEZ, M ALIAGA, B DAGLIO, G SIBILA, A ALEJANDRO, J CAPELLA, D QUARANTA

0072 INFECCIÓN POR MUCORMICOSIS EN PACIENTE INMUNOSUPRIMIDO POR CORTICOTERAPIA PROLONGADA POR SÍNDROME MIELODISPLÁSICO
JO PIMENTEL YUCRA, G MONTI, C LLERENA, J QUIROZ CEDEÑO, K BANZER, N CARLOS MEDINACELI, A GONZALEZ, M MANSUR

0083 MEDIASTINITIS NECROTIZANTE DESCENDENTE
L BARROSO, S MIRETTI

0093 REPORTE DE CASO. ABSCESO HEPÁTICO POR CANDIDA EN PACIENTE INMUNOCOMPETENTE
RE MOLINA, JN VEGA ROMERO, GR NIS

0105 ESPONDILITIS BRUCELÓSICA
ME SANTORO BAEZ, C CHETTI, R AREVILCA YUGAR, M VAZQUEZ, N PISTILLO

0110 ENDOCARDITIS INFECCIOSA DERECHA CON FORAMEN OVAL PERMEABLE POST TROMBECTOMIA PULMONAR
V YUNES, C YORLANO, F IRRUTIA

0452 IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS MULTIMODALES PARA LA PREVENCIÓN DE NEUMONÍAS ASOCIADAS A LA VENTILACIÓN MECÁNICA (NAV)
G MENDEZ, G ORELLANA

17/10/2024 - 09:00 a 10:50

DISCUSIÓN DE POSTERS ELECTRÓNICOS 08

Infectología - Póster 8

COWORKING - SUM A

0029 MENINGITIS POR STREPTOCOCCUS AGALACTIAE EN UN PACIENTE ADULTO
NA CARLOS MEDINACELI, G MONTI, C LLERENA, J QUIROZ CEDEÑO, K BANZER, J PIMENTEL, A GONZALEZ

0037 NOCARDIOSIS CEREBRAL COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL EN PACIENTES INMUNOCOMPETENTES CON LESIONES OCUPANTES DE ESPACIO
C CHETTI, R AREVILLCA, M VASQUEZ

0045 ENCEFALITIS DEL OESTE CON COMPROMISO MUSCULAR RESPIRATORIO Y GASTROPARESIA: REVISIÓN A PROPÓSITO DE UN CASO
E DI BERARDINO, AP ROCCO, L PUCHETTA, J BENINI, R SIERRA

0046 PIELONEFRITIS ENFISEMATOSA EN PACIENTE CON ENFERMEDAD DE 3 VASOS EN PLAN DE CRM. REPORTE DE CASO
N FUNES NELSON, S QUINTANA, S JEREZ

0100 ENCEFALITIS EQUINA DEL OESTE EN TERAPIA INTENSIVA DEL HOSPITAL. J. M. CULLEN, A PROPÓSITO DE UN CASO
HA ARMANDOLA, FD SIMIL

0158 PÚRPURA FULMINANTE COMO PRESENTACIÓN DE ENDOCARDITIS INFECCIOSA DE DISPOSITIVO: REPORTE DE UN CASO
P DIAZ, MM ZAIEG, JE LEIVA, L RAMPOLDI, SA LAVAYEN, SDV MARTINETTI

0165 REPORTE DE CASO: HISTOPLASMOSIS DISEMINADA EN PACIENTE HIV POSITIVO DE RECIENTE DIAGNÓSTICO EN TIEMPOS DE COVID-19
BV COCOMELLO, B GILMORE, S CETANI, B ZAMUDIO, L FRANCONIERI

0183 ABSCESO CEREBRAL POR STREPTOCOCCUS PYOGENES EN ADULTO INMUNOCOMPETENTE
M CAPRILES, B VAZQUEZ, S HEALY, W ARGANA MONTAN, M RAGAZZOLI, P SANCHEZ, R CARBALLO OROZCO, C BALASINI, A ELINGER

0322 CRITERIOS DIAGNOSTICOS DE ENCEFALITIS EQUINA DEL OESTE. A PROPOSITO DE UN CASO
MS CAMINITI

0433 SERIE DE CASOS: ENCEFALITIS EQUINA DEL OESTE
MS HERRERA, MA BLASCO, H IZQUIERDO, L VISSANI, M CHAVEZ, MC FLORES, C RASENTE, HL GARCIA

17/10/2024 - 14:00 a 15:10

DISCUSIÓN DE POSTERS ELECTRÓNICOS 09

Shock - Póster 1

COWORKING - SUM A

0055 SÍNDROME DE KOUNIS SECUNDARIO A ANAFILAXIA POR TAENIA SAGINATA
MC GUARNACCIA, MP ZALAZAR, DA ROVIRA

0107 CARACTERÍSTICAS DE INGRESO Y RESULTADOS DE LOS PACIENTES CON SEPSIS E HIPOTENSIÓN ARTERIAL DE UNA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES: ESTUDIO DESCRIPTIVO Y RETROSPECTIVO
A SOLÉ, JF MORALES, B LATTANZIO, A SOLÉ VERNIN NETO

0117 PLASMAFERESIS EN TERAPIA INTENSIVA. REPORTE DE SERIE DE CASOS
R GREGORI SABELLI, C DOMINGUEZ, P SAUL, V FERNANDEZ ABELLO, S CACERES, Y LAMBERTO, V CHEDIACK, E CUNTO

0143 INTOXICACIÓN GRAVE POR BLOQUEANTES CÁLCICOS
MD MONTERO, AR PETTER, CD GIGLIOTTI, V GRECO

0160 SHOCK VASOPLÉJICO POR INTOXICACIÓN CON AMLODIPINA
L LOPEZ MACCAN, B LUCIANO, G TOCALLI, H CONDE, MF LOPEZ, LJ GIORDANA, S RODRÍGUEZ CÁLIX, L FACUNDO, S PULCINELLI

0193 SÍNDROME DESCOMPRESIVO TORÁCICO EN TUMOR INTRATORACICO GIGANTE: REPORTE DE CASO
J PANIAGUA MONTERO, P BOSCHINI, J MADERA, VL PUENTE ARI, M MELEAN FLORES, C MARTINEZ CRUZ, FD DAZA SILES, D RODRIGUEZ

0305 SÍNDROME VASOPLÉJICO SECUNDARIO A ABUSO DE DRUGAS DE DISEÑO
F LIBARDI, N CERVIGNI, L BERLONI, JP ARDUINO, F PIZARRO, LJ GIORDANA, MF LOPEZ, L LOPEZ MACCAN, S RODRIGUEZ CÁLIX, S PULCINELLI, H CONDE

0399 INCIDENCIA DE INJURIA RENAL AGUDA EN PACIENTES CON SHOCK SÉPTICO: DOSIS CRECIENTES DE NORADRENALINA VERSUS ASOCIACIÓN DE NORADRENALINA Y VASOPRESINA EN SANATORIO ALLENDE, CÓRDOBA
EL ROMERO, MA VILLEGAS, R COPELLO, V OLIVA, I VILLARRUEL USIN, GU VILLAVAZA, M BONO, G BONGIORNI

0413 PLASMAFÉRESIS EN SHOCK SÉPTICO REFRACTARIO: PRESENTACIÓN DE UN CASO
F GARCÍA SALGUERO, E CORNÚ, R AVILA

17/10/2024 - 15:20 a 16:30

DISCUSIÓN DE POSTERS ELECTRÓNICOS 10
Reumatología/Hematología/Toxicología
COWORKING - SUM A

- 0084 MICROANGIOPATIA TROMBOTICA ASOCIADA A COMPLEMENTO**
MG OLAVE AVILA, L PESCE, A FURLOTTI, M REZNICHENCO, E ASINARI, A NISNIK, A GARCIA
- 0145 EL ETANOL COMO ANTÍDOTO: REPORTE DE UN CASO GRAVE DE INTOXICACIÓN POR ETILENGLICOL**
AR PETTER, MD MONTERO, CD GIGLIOTTI, V GRECO
- 0175 HEMORRAGIA ALVEOLAR E INSUFICIENCIA RENAL EN VASCULITIS ANCA POSITIVO**
CV VILLAVICENCIO, C ALFARO CLAROS, JF FLORES SANABRIA, DA LOPEZ VACA
- 0248 ADENOCARCINOMA NEUROENDOCRINO EN PACIENTE CON ANTECEDENTE DE LINFOMA DE HODKING**
F VAZQUEZ BRIGNOLE
- 0300 SÍNDROME ANTIFOSFOLIPIDICO EN UN PACIENTE MASCULINO: REPORTE DE CASO**
S LACO, FB VAZQUEZ BRIGNOLE, M OTAMENDI, FE ESPINOZA, NA GRASSI, M CRUZ, OP ZORZANO, LG DURAN
- 0323 SÍNDROME ANTIFOSFOLÍPIDO CATASTRÓFICO**
M CAPRILES, R CARBALLO OROZCO, S HEALY, P SANCHEZ, MB VAZQUEZ, G SMURRA, M GIRVES, F MATAR, C BALASINI
- 0386 INTOXICACION ACCIDENTAL CON VAPOR DE MERCURIO: A PROPOSITO DE UN CASO**
EN GARROTT, A PALERMO
- 0443 ANEMIA HEMOLÍTICA MICROANGIOPATICA POR MICROANGIOPATÍA TROMBÓTICA EN UN CASO DE DENGUE**
I VILLARRUEL, E ROMERO, Y SALDIVA, P CALCAGNO, E MINOLDO, N KESLER, F IRADES, C GALLETTI

17/10/2024 - 16:40 a 17:50

DISCUSIÓN DE POSTERS ELECTRÓNICOS 11
Cardiología - Póster 1 y 2
COWORKING - SUM A

- 0221 SHOCK POSTOPERATORIO DE ETIOLOGIA INFRECUENTE- LA CLAVE DEL ABORDAJE ULTRASONOGRAFICO A PIE DE CAMA**
MG OLAVE AVILA, L PESCE, A FURLOTTI, I BOLLATI, M ACQUAVITA, A GARCIA, M BRIZUELA
- 0235 TAQUIARRITMIA CON QRS Y QT PROLONGADOS EN CONTEXTO DE INTOXICACIÓN CON ANTIDEPRESIVOS TRICÍCLICOS**
R RESTA, B SANCHEZ, F PIRCHIO, M RE, N ROCHETTI, S GATTINO, C SETTECASE, D BAGILET
- 0265 INSUFICIENCIA CARDIACA AGUDA SECUNDARIA A MIOCARDITIS POR SARS-COV-2**
I MALDONADO, F PIRCHIO, B SANCHEZ, M RE, N ROCHETTI, S GATTINO, C SETTECASE, D BAGILET
- 0295 REPORTE DE CASO: TROMBO EN TRÁNSITO INTRACARDIACO, HALLAZGO INESPERADO EN UN PACIENTE POLITRAUMATIZADO**
LI CASTILLO
- 0334 TAPONAMIENTO CARDIACO CON INESTABILIDAD HEMODINÁMICA SECUNDARIO DISECCIÓN AÓRTICA TIPO A. (DE BAKEY I). A PROPOSITO DE UN CASO**
HD VEGA CUADRADO, FA CASTRO MANGUI, RM ORONÁ

- 0358 EVALUACIÓN DE LA PERFORMANCE DE UN EQUIPO POINT OF CARE PARA SU IMPLEMENTACIÓN EN QUIRÓFANO DE UN HOSPITAL DE AGUDOS DE LA CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES**
HF CERVANTES, SV SALEMME, MF SANTOLI, C ARANDA

- 0363 SHOCK CARDIOGENICO SECUNDARIO A INSUFICIENCIA MITRAL AGUDA POR RUPTURA DE CUERDA TENDINOSA**
N TANEL, JI MORENO, M NAHRA, J VOSS, S ROSARIO, G JACOB, G VALVERDE, A ALIAGA, L ROCHA, F FREYLE, V AVILA

- 0379 EMBOLIZACIÓN DE ENDOLEAKS EN PACIENTE CON MÚLTIPLES PRÓTESIS AÓRTICAS POR DISECCIONES DE TIPO A EN AORTA ASCENDENTE Y CAYADO**
E BOTTAZZI, LE BOTTAZZI, C OSUNA, S GASPAROTTI, LM RODRIGUEZ, FP BERTOLETTI, M CARDONE

- 0430 TAQUICARDIA MEDIADA POR MARCAPASO**
D CAMPS, R BENASSI

17/10/2024 - 18:00 a 19:00

DISCUSIÓN DE POSTERS ELECTRÓNICOS 12
Enfermería - Póster 1
COWORKING - SUM A

- 0077 VIVENCIAS Y PERCEPCIONES DE PERSONAS CON CIRUGÍA DE TRASPLANTE CARDÍACO**
M LAMAS

- 0189 INCIDENCIA DE ESTREÑIMIENTO EN UN SERVICIO DE TERAPIA INTENSIVA DE BAHIA BLANCA**
ME BEILMAN

- 0212 HIPERGLUCEMIA DE ESTRÉS Y SUS FACTORES DESENCADENANTES EN EL PACIENTE CRÍTICO**
GA ACEVEDO, AA ANCHAVA, GF MONGELOS, SA TOLEDO

- 0223 TROMBASTENIA DE GLANZMANN, UNA CAUSA INUSUAL DE SANGRADO POSTOPERATORIO Y DESAFÍO PARA LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA**
GE BENITEZ, A SANCHEZ, L MEZA, MA ACOSTA, I LAVOLETTA, E MONZÓN, R KARATANASOPULOS

- 0233 AFÉRESIS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS: TRATAMIENTO PRIORITARIO PARA PACIENTES CRITICOS EN UN HOSPITAL INTERZONAL DE BUENOS AIRES: ESTUDIO DESCRIPTIVO Y RETROSPECTIVO**
MA NAVARRO, GS AMAYA

- 0326 DENGUE GRAVE EN PACIENTE TRASPLANTADO RENAL CON DONANTE CADAVÉRICO**
MA MARAIN BIASONI, FN CASTILLO, MRDL ALMEIDA, GG GOUDOY

- 0345 CUIDADOS EN EL PACIENTE GRAN QUEMADO**
MA SOLIS

18/10/2024 - 09:00 a 10:50

DISCUSIÓN DE POSTERS ELECTRÓNICOS 13
Kinesiología - Póster 1
COWORKING - SUM A

- 0052 EPIDEMIOLOGÍA DE PACIENTES CON VENTILACION MECÁNICA EN LA TERAPIA INTENSIVA DEL COMPLEJO MÉDICO POLICIAL CHURRUCA-VISCA**
A FELDMAN, C LOPEZ, N TIRIBELLI, M RENK, D VARELA, G SIBILA, A GARCIA, K SIVILA, B DAGLIO, M ALIAGA, A ALEJANDRO, M LOMPIZANO, J CAPELLA, D QUARANTA

- 0140 EVALUACIÓN DE LA RESPUESTA A LA POSICIÓN PRONA A TRAVÉS DE TOMOGRAFÍA POR IMPEDANCIA ELÉCTRICA**
G APPENDINO

- 0149 MÁS ALLÁ DE LA DEBILIDAD: EXPLORANDO LOS BENEFICIOS DE LA CREATINA Y EL ENTRENAMIENTO MUSCULAR EN LA RECUPERACIÓN DE PACIENTES CON DEBILIDAD ADQUIRIDA EN LA UCI: UNA SERIE DE CASOS**
N QUESTA, LN SANABRIA, EE LARGENTE, F CEOLIN, M PETRE, MS CAHAIS, PB PAEZ, E MONTIEL, SE GALASSO
- 0197 DECANULACIÓN DE PACIENTES TRAQUEOTOMIZADOS CON DAÑO CEREBRAL ADQUIRIDO CON Y SIN ALTERACIÓN DE LA CONCIENCIA**
F CEOLIN, M MALDONADO, N MARTIN, R GOUVERT, F FRANCO, L SANABRIA, M PETRE
- 0205 SOPORTE VENTILATORIO EN PACIENTES NEUROCRITICOS**
E PEREYRA ZAMORA, V MONROY, R GOMEZ, G AVILA, M NEYRA, D DIAZ CATIVAS, J PARODI
- 0359 INCIDENCIA DE DELIRIUM EN PACIENTES ADULTOS CON REQUERIMIENTO DE ASISTENCIA RESPIRATORIA MECÁNICA INVASIVA EN UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS DE UN HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS DE LA CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES: UN ESTUDIO OBSERVACIONAL PROSPECTIVO**
C VERTERAMO, B ASEM, C COLINAS, A PATTONE
- 0449 CARACTERÍSTICAS Y RESULTADOS DE LA INTERNACIÓN DE SUJETOS QUE REQUIERON VENTILACIÓN MECÁNICA INVASIVA POR MÁS DE 24 HORAS EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DE UN HOSPITAL PÚBLICO DE LA CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES**
ML LAURENS, M AGUIRRE, G RODRIGUEZ D'AVERSA, F RODRIGUEZ, M MASTANDREA, N SUAREZ, A TASSI, A HERBON, M MACHERO, M POLETTI, J CARDOSO, V CHALLIOL, M BOER, A RAMIREZ

18/10/2024 - 14:00 a 15:10

DISCUSIÓN DE POSTERS ELECTRÓNICOS 14

Nefrología y Medio Interno - Póster 1

COWORKING - SUM A

- 0298 ENFERMEDAD ANTI MBG ASOCIADA A LITIASIS RENAL Y OBSTRUCCIÓN URETERAL**
E MINOLDO, F IRADES, C GALLETTI
- 0306 DEJÁ VU, CUANDO LO IMPROBABLE SE REPITE: PRESENTACIÓN DE 2 CASOS DE ENFERMEDAD POR ANTICUERPO ANTI MEMBRANA BASAL GLOMERULAR**
DG VAZQUEZ BECHIS, CM DIMARCO, GJ VELAZCO CABUT, ER ELIA, MV SAUCEDO, CE LOPEZ, SS ALVAREZ
- 0357 N-ACETILCISTEINA EN FALLA HEPATICA AGUDA SECUNDARIO A INTOXICACION DE COCAINA**
P MARTINEZ MENDEZ, P ZULETA CHAMBI, C HUAYTA VAZQUEZ, E POLO VENTURA, AD GUTIERREZ CAMACHO, L KUMAR
- 0360 ACIDOSIS METABOLICA TIPO B POR INTOXICACION POR METFORMINA. REPORTE DE UN CASO**
N TANEL, JI MORENO, M NAHRA, V JULIAN, S ROSARIO, A MAMANI, G JACOB, S CISNEROS, E ALVAREZ, J BUCAREY
- 0400 ANGIOPATÍA AMILOIDE INFLAMATORIA: DEVELANDO UNA ETIOLOGÍA INFRECUENTE DE ACCIDENTE CEREBROVASCULAR**
CS OSUNA, LM RODRIGUEZ, S GASPAROTTI, FP BERTOLETTI, LP RUIZ RODRIGUEZ, LE BOTTAZZI
- 0402 INDICACIÓN NO RENAL DE TERAPIA DE REEMPLAZO RENAL CONTINUA. REPORTE DE CASO**
LS ABARCA, J BERNASCONI, E CORNU, E MANRIQUE, M BARREIRO, R AVILA

18/10/2024 - 15:20 a 16:30

DISCUSIÓN DE POSTERS ELECTRÓNICOS 15

Nefrología y Medio Interno - Póster 2

COWORKING - SUM A

- 0079 SÍNDROME DE GOODPASTURE. REPORTE DE CASO**
FE ESPINOZA, M OTAMENDI, M CRUZ, NA GRASSI, MG MONTENEGRO FERNANDEZ, VA MILLAN, P ZORZANO OSINALDE, LG DURAN
- 0127 INTOXICACION POR NITROPRUSIATO DE SODIO EN PACIENTE NEUROCRITICO**
MI CAZENAVE, A GIRA, A VELEZ, V BRIZUELA, D MONARDO, P PRATESI
- 0147 REPORTE DE CASO. SÍNDROME DE GOODPASTURE, UNA ENFERMEDAD POCO FRECUENTE EN LA TERAPIA INTENSIVA**
MV ZÚCCARO, C DE LUCA, MA CINZER, GS GENOVESE, A ANTIK, PD CORONADO LUJÁN
- 0164 RABDOMIÓLISIS CON REQUERIMIENTO DE TERAPIA DE SOPORTE RENAL SECUNDARIA A INTOXICACIÓN POR COCAÍNA. REPORTE DE CASO**
BV COCOMELLO, J BATET, CS BLANCO CARRERO, H GOUVEA FRANCO, A ASTURIZAGA ROYMANT, R ECHEGARAY, A CULQUICONDOR, L FRANCONIERI
- 0230 REPORTE DE CASO. ACIDOSIS LÁCTICA SECUNDARIO A INTOXICACIÓN AGUDA POR METFORMINA**
HR CHAVEZ SOLIZ, MA RODRÍGUEZ GÓMEZ, M DEGUARDIA, GS GENOVESE, A ANTIK, PD CORONADO LUJÁN
- 0252 HEMODIÁLISIS INTERMITENTE EN HIPERAMONEMIA GRAVE POR INSUFICIENCIA HEPÁTICA. REPORTE DE UN CASO**
B DE ARAUJO CASOTTI, R CANAVIRI ESCOBAR, MA ALVAREZ PEREZ, PC MOREIRA SANCHEZ, JA SABALZA CASTILLA, F LIPOVESTKY, AA LA MANNA, A CANCHILA DE LA ESPRIELLA

18/10/2024 - 16:40 a 17:50

DISCUSIÓN DE POSTERS ELECTRÓNICOS 16

Neumonología Crítica - Póster 1

COWORKING - SUM A

- 0041 OXIGENACIÓN POR MEMBRANA EXTRACORPÓREA EN NEUMONÍA GRAVE POR LEGIONELLA PNEUMOPHILA**
MA VILLEGAS, E ROMERO, V OLIVA, I VILLARRUEL, R COPELLO, M BONO, J MAMANI, G BONGIORNI
- 0289 USO DE E.C.M.O. EN HEMORRAGIA ALVEOLAR SECUNDARIA A LEPTOSPIROSIS**
B MERES, AR RODRIGUEZ, I MALDONADO, MD RE, NS ROCCHETTI, SP GATTINO, CJ SETTECASE, DH BAGILET
- 0291 NEUMONIA EOSINOFILICA EN TERAPIA INTENSIVA**
S HEALY, A FELMAN, R CARBALLO OROZCO, M CAPRILES, P SANCHEZ, W ARGANA MONTAN, M BERMEO RODRIGUEZ, C BALASINI, F MALANCA
- 0303 NEUMOMEDIASTINO ESPONTÁNEO (SÍNDROME DE HANMAN) TRAS EJERCICIO INTENSO EN PACIENTE JOVEN CON EXACERBACIÓN AGUDA DEL ASMA. REPORTE DE CASO Y REVISIÓN DEL TEMA**
C PADILLA, E GOMEZ, R BUSTOS, J PALMA, P PIRAN, R AGUILAR, F ROMANO, N GARAY, G ECHENIQUE
- 0374 REPORTE DE CASO DE ECMO EN ASMA SEVERO**
H HUERTA, JC MONTERROZA, B GARCIA GONZALEZ
- 0387 UTILIZACION DEL INDICADOR DE USO INADECUADO DE BLOQUEANTES NEUROMUSCULARES EN UNA UNIDAD MEDICO - QUIRURGICA**
M GARDEAZABAL ROSPILLOSO, F MARTIN, I PARODI, A CUCCI, M CORDOBA, F MORALES, J VILCA, D CONTRERAS, V COSSIO, M SARUBBIO, M NUCCIARONE, C LOUDET, C MARCHENA, A BETANCUR, G SAENZ, J JEFFREY

0446 TRAQUEOSTOMIA DEFINITIVA DEBIDO A LEPROA EN VIA AEREA

E ARTIGAS, R DURE, F LAMAS, MA FLORES MONTE, A RODRIGUEZ

0448 NEUMONIAS NECROTIZANTES: SERIE DE CASOS.

K DIAZ CARRO, JI MACEIRA SPINELLI, A CASTILLO, MJ RICARDO JIMENEZ, JM CAVALLO, A VAZQUEZ, D VIOLI, G SEGUI, NC POZO, JA VOSS

16/10/2024 - 09:00 a 10:15

DISCUSIÓN DE POSTERS ELECTRÓNICOS 17

Neumonología Crítica - Póster 2

COWORKING - SUM B

0016 INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA SECUNDARIA A TORSION LOBAR PULMONAR

V BRIZUELA, MI CAZENAVE

0092 PROTEINOSIS ALVEOLAR. SERIE DE CASOS

E ARTIGAS, A RODRIGUEZ, R DURE, MA FLORES MONTE, MA SAAB, F LAMAS, N LISTA

0176 RESPUESTA PARADÓJICA A LA COMPRESIÓN TORÁCICA EXTERNA EN SDRA

I FERNÁNDEZ CEBALLOS, J PAVICIC, IA CARBONI BISSO, MF COURTOIS, MJ LAS HERAS

0196 VALORACIÓN FUNCIONAL DEL DIAFRAGMA MEDIDO POR DOPPLER TISULAR COMO PREDICTOR DEL FRACASO EN LA EXTUBACIÓN: PRUEBA DE CONCEPTO

J FERNÁNDEZ, S SAAVEDRA, L BERTORELLO, J ROBERTI, M BUISEL, L BALSAMO, D ARAUJO, C CAPUTO, F SOSA

0200 TRAQUEOSTOMÍA PERCUTÁNEA: EXPERIENCIA DE LA TERAPIA INTENSIVA DEL HOSPITAL PIROVANO

S HEALY, P FALVO, M CAPRILES, R CARBALLO OROZCO, P SANCHEZ, CDV BARRIOS, A SIRINO, W ARGANA MONTAN, F LUNA, C VANINI, H CESARIO, F COSTA, D DENIS, C BALASINI

0255 SERIE DE CASOS NEUMONIA ATÍPICA

S QUINTANA, J MARIA SOLEDAD

0266 ENFERMEDAD NEUMOCOCCICA INVASIVA

I MALDONADO, B SANCHEZ, F PIRCHIO, M RE, S GATTINO, N ROCCHETTI, D BAGILET, C SETTECASE

0332 ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL INMUNOMEDIADA

J JEAN, D CONTRERAS, A CUCCI, M NUCCIARONE, I PARODI, F IGLESIAS, S TAL

16/10/2024 - 10:20 a 11:35

DISCUSIÓN DE POSTERS ELECTRÓNICOS 18

Neurointensivismo - Póster 1

COWORKING - SUM B

0236 HIPERTERMIA MALIGNA EN CIRUGÍA DE URGENCIA

R RESTA, B MERES, B SANCHEZ, M RE, N ROCHETTI, S GATTINO, C SETTECASE, D BAGILET

0299 PRESENTACION ATÍPICA DE DEBILIDAD MUSCULAR AGUDA

C MARTINEZ CRUZ, GD ROBERT, D RODRIGUEZ, S CASTRO, L PUENTE, M MELEAN, J PANIAGUA, R VILLARPANDO

0335 SÍNDROME HIPOTALÁMICO EN CRANEOFARINGIOMA RECIDIVANTE, REPORTE DE UN CASO

A ORTIZ, C DEGASTALI, M MONTENERGO, L DE GREGORIO, Y LAMBERTO, K UGO, E MIKULIC

0375 STATUS DISTÓNICO REFRACTARIO A PROPÓSITO DE UN CASO REPORTADO EN LA TERAPIA INTENSIVA DEL HOSPITAL DEL NIÑO JESUS, TUCUMAN AÑO 2024

MAI BAI ARJONA, L HUERTA, XL ALURRALDE DIGAN, F LIZARRAGA, I NICASTRO

0393 REPORTE DE CASO: ENCEFALITIS UN RETO DIAGNÓSTICO EN TERAPIA INTENSIVA

J CASTAÑO PINZÓN, V ZÚCCARO, M DEGUARDIA, G GENOVESE, A ANTIK, PD CORONADO LUJÁN

0432 REPORTE DE CASO: MIELITIS TRANSVERSA AGUDA ASOCIADA A BACTERIEMIA Y EMPIEMA POR SAMS

MS HERRERA, MA BLASCO, H IZQUIERDO, L VISSANI, M CHAVEZ, MC FLORES, HL GARCIA, C RASENTE

0436 SÍNDROME DEL OPERCULO TORACICO COMO CAUSA DE ACV Y TROMBOSIS ARTERIAL EXTENSA EN PACIENTE JOVEN: REPORTE DE CASO

Y RAMIREZ COLOMBRES, A OLMEDO AROVICH, S PAGNONI, ME SERAFINI

0451 PUPILOMETRIA: PREDICTOR DE MAL PRONOSTICO NEUROLOGICO, A PROPOSITO DE UN CASO EN NUESTRO HOSPITAL-MUNICIPAL EVA PERON DE MERLO-PROVINCIA

IF ARANDIA ALMENDRAS, A TAMAYO, DD BARRIENTOS PARACTA, BL FERNANDEZ, JA MUÑOZ GOMEZ, A RODRIGUEZ TORRICO, W VIDETTA

16/10/2024 - 11:40 a 13:00

DISCUSIÓN DE POSTERS ELECTRÓNICOS 19

Neurointensivismo - Póster 2

COWORKING - SUM B

0283 INFARTO CEREBRAL POR DISECCION CAROTIDEA SECUNDARIO A DISPLASIA FIBROMUSCULAR

MC PALACIO, JC MEDINA, M CHAMADOIRA, A GUTIERREZ, C HERBAS, C REYES, C BEDOYA, D BOSCH, J CAMARGO

0302 EXPERIENCIA EN EL USO DE MILRINONA EN PACIENTES CON HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA ANEURISMÁTICA Y VASOESPASMO CEREBRAL

JM MARTINEZ AQUINO, E ALFONSO, HJM ÁLVAREZ, C PISARELLO, SE LAZZERI, LJ OJEDA, J BERNACHEA, VD GIMENEZ DUARTE, LSN GAMARRA

0307 DESAFÍOS EN EL MANEJO CLÍNICO: ACCIDENTE CEREBROVASCULAR POR TROMBOSIS DE SENOS VENOSOS EN PACIENTE CON ANTECEDENTE DE CÁNCER DE ÚTERO

A CAHUANA, A ARCH, F ONTIVERO, S DOSSI, C CÉSARI, D SANDRA, J VAIRO, A LÓPEZ

0338 ESTADÍSTICA DESCRIPTIVA DE LA HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA EN UN HOSPITAL DE ALTA COMPLEJIDA

MR SALATINO, L ZELADA, D RIVEROS, S ALVAREZ, M VERA, H VITALE

0347 PUPILOMETRIA AL LADO DE LA CAMA DEL PACIENTE COMO PREDICTOR DE MALA EVOLUCION EN PACIENTE CON ASMA FATAL Y HSA EN EL HOSPITAL MUNICIPAL EVA PERON DE MERLO

ES VELA ACHA, ES VELA ACHA, A RODRIGUEZ, C CLAROS, D BARRIENTOS, B FERNANDEZ, A BARRA MONTES DE OCA, A TAMAYO, W VIDETA

0349 PRES (SÍNDROME DE ENCEFALOPATIA POSTERIOR REVERSIBLE), REPORTE DE UN CASO

CL LOAYZA

0372 SÍNDROME DE LEUCOENCEFALOPATÍA POSTERIOR REVERSIBLE: REPORTE DE CASO

Y RAMIREZ COLOMBRES, A OLMEDO AROVICH, ME SERAFINI, S PAGNONI

0391 REPORTE DE CASO: SÍNDROME NEUROLÉPTICO MALIGNO

DJ CAMACHO ANTELO, MX OROPEZA ZUBIETA, CD USTA MACHADO, SS PAREDES RODRIGUEZ, AD PRIETO, R SANTA CRUZ

16/10/2024 - 14:00 a 15:20

DISCUSIÓN DE POSTERS ELECTRÓNICOS 20

Neurointensivismo - Póster 3

COWORKING - SUM B

- 0056 **ENCEFALOPATÍA INDUCIDA POR VALPROATO**
H HERNANDEZ, S ORELLANA, S SCAZZOLA, K VILLARROEL, P BALMACEDA, G RAMOS
- 0132 **ACCIDENTE CEREBROVASCULAR DE POSIBLE ORIGEN EMBÓLICO DE FUENTE INDETERMINADA EN TERRITORIO LÍMITROFE ASOCIADO A SÍNDROME HIPEREOSINOFÍLICO REPORTE DE CASO**
L AYALA, V DURAND, I ROMERO, F PALIZAS
- 0135 **COMPLICACIONES EN PACIENTES CON TRAUMA DE CRÁNEO GRAVE EN LA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA**
L TABOADA DE IRIONDO, M CORIA, M VITALE, F HERNANDEZ, A FRANCO, L TRIGO, T CORRADI
- 0156 **ENCEFALITIS AUTOINMUNE SUBAGUDA CON DEBUT PSIQUIÁTRICO, ROL DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS**
M LAZARO
- 0246 **NEUROPROTECCIÓN EN LESIÓN AXONAL DIFUSA: USO DE ESTRÓGENOS EN TRAUMA CRANEOENCEFÁLICO GRAVE**
G WERNICKE, V FERNÁNDEZ BEASSONI, G ABRILE, CE RODRIGUEZ
- 0256 **USO DEL PUPILOMETRO COMO ALTERNATIVA MONITOREO NEUROLOGICO**
S QUINTANA, MS JEREZ
- 0280 **SÍNDROME DE MORVAN PRESENTE COMO SÍNDROME PARANEOPLASICO EN PACIENTE CON TIMOMA**
MI CAZENAVE, M CARDONATTI, A GIRA, F LEVERATTO, D CZWERWONKO, P PRATESI

16/10/2024 - 15:25 a 16:35

DISCUSIÓN DE POSTERS ELECTRÓNICOS 21

Neurointensivismo - Póster 4

COWORKING - SUM B

- 0017 **VASCULITIS CEREBRAL PRIMARIA EN POST OPERATORIO INMEDIATO DE CIRUGÍA GINECOLÓGICA**
V BRIZUELA, MI CAZENAVE
- 0048 **EMBOLIA GASEOSA CEREBRAL COMO COMPLICACIÓN DE PROCEDIMIENTO ENDOSCÓPICO, REPORTE DE CASO**
D QUECAÑO UMIRI, LJ OROZCO CHIMA
- 0054 **HEMATOMA SUBDURAL BILATERAL ESPONTANEO SECUNDARIO A FÍSTULA DE LÍQUIDO CEFALORRAQUÍDEO PLEURO-SUBARACNOIDEA POR RESECCIÓN DE NEURINOMA PARAVERTEBRAL TORÁCICO**
MC GUARNACCIA, MP ZALAZAR, DA ROVIRA
- 0067 **REPORTE DE UN CASO CLINICO CON USO DE DISPOSITIVO BRAIN 4 CARE EN NEUROMONITOREO NO INVASIVO EN PACIENTE NEUROCRITICO COMO SUBROGANTE DE HIPERTENSION ENDOCRANEAL**
L MONTAÑO, S JEREZ, J CARDOZO, N MONTAÑO, F ARANCIBIA, A MONTES DE OCA, W VIDETTA, A TAMAYO
- 0109 **TORMENTA TIROIDEA Y ACCIDENTE CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO: A PROPÓSITO DE UN CASO**
G ALONSO, L CARRERAS, A CORNAGLIA, D LINARES, R VERA MENDOZA, W RIOS
- 0113 **SÍNDROME DE GUILLAIN BARRÉ, PRESENTACIÓN ATÍPICA: REPORTE DE UN CASO**
R VERA MENDOZA, D LINARES, A CORNAGLIA, W RÍOS, L CARRERAS
- 0122 **TROMBOSIS DEL SENO VENOSO LONGITUDINAL SUPERIOR A PROPÓSITO DE UN CASO**
F CHIALVETTO

16/10/2024 - 16:40 a 17:55

DISCUSIÓN DE POSTERS ELECTRÓNICOS 22

Nutrición/Gastrointensivismo - Póster 1

COWORKING - SUM B

- 0032 **AFECCIÓN HEPÁTICA GRAVE COMO DEBUT DE UN SÍNDROME HEMOFAGOCÍTICO: REPORTE DE UN CASO**
F GOMEZ CARREÑO, G NIS, JN VEGA ROMERO, M BONO
- 0043 **SÍNDROME HIGADO PEQUEÑO PARA SU TAMAÑO: REVISIÓN A PROPÓSITO DE UN CASO**
E DI BERARDINO, M COLOMBO, J BENINI
- 0044 **HEPATITIS AGUDA EN PACIENTE CON DENGUE COMO CONFUNDIDOR**
KJ VILLARROEL SANCHEZ
- 0172 **PILEFLEBITIS PORTAL. REPORTE DE CASO**
M OTAMENDI, FE ESPINOZA, NA GRASSI, M CRUZ, MG MONTENEGRO FERNÁNDEZ, VA MILLÁN, P ZORZANO OSINALDE, LG DURAN
- 0187 **ECOGRAFÍA NUTRICIONAL EN UTI: DEPLECIÓN DE MASA MUSCULAR EN PACIENTES SÉPTICOS**
V FERNÁNDEZ ABELLO, R GREGORI, P SAÚL, S CÁCERES, C DOMINGUEZ, L DOLDÁN, M GALINDO, Y LAMBERTO, N CHACÓN, C VARGAS, M ABOT, L GONZALEZ, N CAMPAGNUCCI, V CHEDIACK, E CUNTO
- 0281 **PERFORACION ESOFAGICA Y CIERRE ENDOSCOPICO MEDIANTE EL SISTEMA OVER-THE SCOPE CLIP OVESCO**
MC PALACIO, JC MEDINA, M CHAMADOIRA, A GUTIERREZ, C REYES, C HERBAS, C BEDOYA, D BOSCH, J CAMARGO
- 0292 **HEPATITIS ISQUÉMICA**
M MOREYRA, J BRAVO, A FELDMAN, L MACCHIAVELLO, M RAGAZOLLI, S BAUQUE, F RIOS, C BALASINI, A AGUSTIN
- 0403 **HEPATITIS AGUDA GRAVE, COMO DEBUT DE LEUCEMIA MIELOIDE AGUDA**
CS OSUNA, LM RODRIGUEZ, S GASPAROTTI, FP BERTOLETTI, LE BOTTAZZI

16/10/2024 - 18:00 a 19:00

DISCUSIÓN DE POSTERS ELECTRÓNICOS 23

Obstetricia Crítica - Póster 1

COWORKING - SUM B

- 0018 **SÍNDROME DE ENCEFALOPATÍA POSTERIOR REVERSIBLE EN PREECLAMPSIA SEVERA EN EL SERVICIO DE EMERGENCIAS. A PROPÓSITO DE UN CASO**
FA CASTRO MANGUI, L AGUILAR
- 0038 **TAPONAMIENTO CARDIACO DE ORIGEN INCIERTO EN EL PUERPERIO MEDIATO**
GY SANTEYANA CEREZO, OE AVENDAÑO ESTRADA, R AREVILCA YUGAR, N PISTILLO
- 0060 **TRASTORNO ADHERENCIAL PLACENTARIO :CASO CLINICO**
A FELDMAN, C LOPEZ, D VARELA, A GARCIA, B DAGLIO, M ALIAGA, K SIVILA, M RENK, D QUARANTA
- 0068 **MUERTE ENCEFALICA MATERNA POR HEMORRAGIA INTRACEREBRAL REPORTE DE CASO CLINICO**
J CARDOZO, L MONTAÑO, N MONTAÑO, S JEREZ, F ARANCIBIA, J MONTES DE OCA, J MUÑOZ, H LOPEZ, A TAMAYO, F G
- 0102 **ACV HEMORRAGICO EN PACIENTE PUERPERA**
MJ CHUQUIN, A GIRA, D CZERWONKO, MI CASANAVE, R ALMANZA, J ALVAREZ, P PRATESI
- 0148 **ENCEFALITIS POR DENGUE VS SÍNDROME DE ENCEFALOPATÍA POSTERIOR REVERSIBLE EN PACIENTE CON ECLAMPSIA. REPORTE DE CASO**
CS BLANCO CARRERO, B COCOMELLO, J BATET, H GOUVEA FRANCO, A CULQUICONDOR, L FRANCONIERI

0434 EMBARAZADA PORTADORA DE MIASTENIA GRAVIS (MG) COMPLICA CON PREECLAMPSIA (PE) . REPORTE DE CASO
EB BARROZO, N BLINT, M ETCHART, J NUÑEZ, S QUINTERO, G SORIA, MJ ZANGLA

17/10/2024 - 09:00 a 10:50

DISCUSIÓN DE POSTERS ELECTRÓNICOS 24

Pediatría - Póster 1

COWORKING - SUM B

0341 DENGUE GRAVE EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS REPORTE DE 8 CASOS

J LEDESMA, O SOTELO, S COLMAN, M ALBORNOZ, L ZAPICO, M OBEJERO, R MELGAREJO LENTUJO, G ARIAS MIÑO

0355 TERAPIA DE REEMPLAZO RENAL CONTINUO EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CRÍTICOS : EXPERIENCIA EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS

P CASTELLANI, AC BORDOGNA, CM LUTKEVICIUS, LLL LOMBARDI, P PEREYRA, DR EMANUEL, P JENIFER

0383 REPORTE DE CASOS DE FASCITIS NECROTIZANTE EN EL HOSPITAL DE NIÑOS SANTÍSIMA TRINIDAD DE CÓRDOBA ENTRE LOS AÑOS 2018 Y 2024

C ZARATE, M COSSIO MORENCIO, A NIEVA MOTRAN, A MAYORGA, A DEGIOVANNI

0398 DESAFIANDO LAS ESTADÍSTICAS: TROMBECTOMÍA EN UNA JOVEN DE 15 AÑOS

P DOMINGUEZ, G FERNÁNDEZ, R LÓPEZ, MM TÁRTARA, F HERNÁNDEZ, R VARGAS MARTÍNEZ, S VIERA, N RIZZO, Á VALTORTA

0418 MANIFESTACIONES ATÍPICAS DEL DENGUE. A PROPÓSITO DE 2 CASOS

J PEDRAZA CORONEL, NA AYBAR, N FERNANDEZ

0424 INGRESO A UCIP POR INTENTO DE SUICIDIO. REPORTE DE CASOS DEL HOSPITAL DE NIÑOS DE LA SANTÍSIMA TRINIDAD DE CÓRDOBA

MS MANZANARES, GA ROSTAGNO

0439 ENCEFALITIS AUTOINMUNE ANTI-RECEPTOR NMDA: SERIE DE CASOS

NA GRUBER, L VITERBO, A AGULLO, B LUCIANA, L AIZAGA, MDP ARIAS

0457 REPORTE DE 5 CASOS DE DENGUE GRAVE EN CUIDADOS CRÍTICOS PEDIÁTRICOS

DE FLORES, G MENDEZ, M ALTAMIRANO, Y SANCHEZ

17/10/2024 - 14:00 a 15:10

DISCUSIÓN DE POSTERS ELECTRÓNICOS 25

Pediatría - Póster 2

COWORKING - SUM B

0272 INFECCIONES INVASIVAS POR STREPTOCOCCUS BETA HEMOLÍTICO DEL GRUPO A EN NIÑOS INTERNADOS EN HOSPITAL REGIONAL VÍCTOR SANGUINETTI DE COMODORO RIVADAVIA ENTRE ENERO 2022 Y MARZO 2024

PL BUREU, MI SUBIRA, MD NIETO, S MUSSINI, N NICKELS, G MANY, S ORTIZ, M BERNALDO DE QUIRÓS

0273 REPORTE DE CASO CLÍNICO DE ESTATUS EPILÉPTICO DE RECIENTE INICIO SÚPER-REFRACTARIO

L GIORDANA, F LIBARDI, L LOPEZ MACCAN, F LOPEZ BARBAYANI, S RODRIGUEZ CÁLIX, H CONDE, L BERLONI, G TOCALLI, F PEZ, S PULCINELLI, D SOUTO

0274 SHOCK CARDIOGÉNICO EN PACIENTE CON INSUFICIENCIA MITRAL SEVERA SECUNDARIA A FIEBRE REUMÁTICA

M ENZETTI, MB CORONA, C MEREGALLI, V ROMBOLÁ, V APREA

0275 SEPSIS VERSUS SIRS EN PACIENTES QUEMADOS

L KENIG, M NOTRICA

0278 VENTILACIÓN PROLONGADA E HIPOGLUCEMIA EN LACTANTE COMO PUNTO DE PARTIDA PARA EL DIAGNÓSTICO DE PANHIPOPITARISMO CONGÉNITO

MF KLOR, LG TORRADO ALFONZO, T HERLEIN CORCOBA

0301 EXPERIENCIA DE 1003 CAMBIOS DE CÁNULAS DE TRAQUEOSTOMÍA EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS CRÓNICOS

MA MATESA, ME PAGNONI, J FRYDMAN

0309 APLICACIÓN DE OXIGENACIÓN POR MEMBRANA EXTRACORPÓREA EN PEDIATRÍA: RESULTADOS EN UNA UNIDAD POLIVALENTE

J OLIVIERI, A MENECEZ ROJAS, E TERÁN, Y CASTEL, M GARRIDO, A ROSSO, A GATTARI

0329 ECTOPIA RENAL: HALLAZGO SECUNDARIO A POLITRAUMATISMO PEDIÁTRICO

CV NIEVA, FR MARTINEZ, SF ABALOS, R BURGOS PRATXZ

0453 CARÁCTERÍSTICAS CLÍNICAS DE PACIENTES CON INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS GRAVE (IRAG) POR RINOVIRUS INTERNADOS EN TERAPIA INTENSIVA PEDIÁTRICA

C ARANCIBIA, G MENDEZ

17/10/2024 - 15:20 a 16:30

DISCUSIÓN DE POSTERS ELECTRÓNICOS 26

Pediatría - Póster 3

COWORKING - SUM B

0238 ESTRATEGIAS VENTILATORIAS NEUROPROTECTIVAS EN PACIENTES NACIDOS PRETÉRMINO INTERNADOS EN UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES

MA SESTINI, L SECO

0240 VIGILANCIA DEL VOLUMEN CORRIENTE EN PACIENTES CON VENTILACIÓN MECÁNICA EN UNA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA PEDIÁTRICA

MC SANCHEZ, NR SCHWAB, M RICCIARDELLI, AS CORDIDO, R MILONE, G VALERIA, G LOURDES, R MARIA LILIANA

0243 TERAPIA ENDOVENOSA CON INMUNOGLOBULINA G EN EL SÍNDROME DE SHOCK TÓXICO ESTREPTOCÓCICO EN LA POBLACIÓN PEDIÁTRICA: SERIE DE CASOS

R VITTAR HADAD, V VILLARREAL

0257 ENFERMEDAD DE KAWASAKI ATÍPICA E INCOMPLETA. COMPLICACIONES SEVERAS EN UN LACTANTE: A PROPÓSITO DE UN CASO

L BOVO, MB QUIROGA, N WATZLAWIK, A TEVES, R CARMONA

0263 EPIDEMIOLOGÍA DE CIRUGÍA CARDIOVASCULAR DE CARDIOPATÍAS CONGÉNITAS EN UN CENTRO PRIVADO

MA FRANCAVILLA, A GATTARI, A MENECEZ, R POTERALA, V ALTUNA

0270 RELACIÓN ENTRE ANCHO DE LA COLUMNA DE AIRE LARÍNGEA Y ESTRIDOR POST EXTUBACIÓN EN PACIENTES PEDIÁTRICOS

A MAYORGA, G GARCIA, G BOGGIO

0377 COINFECCIÓN POR STAPHYLOCOCCUS AUREUS Y VIRUS DENGUE, A PROPÓSITO DE DOS CASOS REPORTADOS EN TERAPIA INTENSIVA DEL HOSPITAL DEL NIÑO JESÚS, TUCUMÁN, 2024

L HUERTA, MAI BAIJ ARJONA, XL ALURRALDE DIGAN, I NICASTRO

17/10/2024 - 16:40 a 17:50

DISCUSIÓN DE POSTERS ELECTRÓNICOS 27

Pediatría - Póster 4

COWORKING - SUM B

- 0138 USO DE ECULIZUMAB EN PACIENTE PEDIÁTRICO CON SÍNDROME URÉMICO HEMOLÍTICO TÍPICO CON COMPROMISO NEUROLÓGICO. REPORTE DE CASO**
D PORTE, M PRIANO, V DANIEL
- 0157 INCIDENCIA DE DELIRIUM EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES.**
M RICCIADELLI, MD SANCHEZ, P EULMESEKIAN, A CANEPARI, M MASSARA, ML WAMBA, R VERBURG, MX IGLESIAS
- 0163 INTOXICACIÓN POR PARAQUAT**
N MOREL, F PODESTA, K CINQUEGRANI, S LABAT, L LOPEZ, A SANDOVAL, F MILORO, J PARDON
- 0174 DESAFIOS EN LA INDICACION QUIRURGICA DE CORRECCION TIPO UNO Y MEDIO VENTRICULAR EN PACIENTES CON CANAL AURICULOVENTRICULAR DISBALANCEADO E HIPOPLASIA SEVERA DE VENTRICULO DERECHO: A PROPOSITO DE 2 CASOS**
MY CABRERA, MC MACKERN, MB FRATE, SV RIVEROS, JA TONÓN
- 0195 INFECCIONES NOSOCOMIALES POR KPC EN LA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA, UN NUEVO DESAFÍO**
J PARDON, K CINQUEGRANI, F PODESTA, M LANGARD
- 0209 ENCEFALITIS DE BICKERSTAFF EN PACIENTE PEDIATRICO, A PROPÓSITO DE UN CASO**
FR MARTINEZ, S ÁBALOS, R BURGOS PRATX, C NIEVA
- 0210 ADECUACIÓN DEL ESFUERZO TERAPÉUTICO EN EL PERÍODO 2022-2024. ESTUDIO OBSERVACIONAL, RETROSPECTIVO Y LONGITUDINAL: MI PRIMER TRABAJO CIENTÍFICO**
ML AIZAGA, L VITERBO, MDP ARIAS, D TURINA, A GATTARI, G NORALY, B LUCIA, A AYMARÁ
- 0237 FRACASOS DE EXTUBACIÓN EN UNA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA PEDIÁTRICA**
AS CORDIDO, V GOMINA, L GONZALEZ, R MILONE, L ROMERO, MC SANCHEZ, N SCHWAB, M RICCIADELLI

17/10/2024 - 18:00 a 19:00

DISCUSIÓN DE POSTERS ELECTRÓNICOS 28

Pediatría - Póster 5

COWORKING - SUM B

- 0004 HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA COMO PRESENTACION DE ANEURISMA GIGANTE EN PEDIATRIA. REPORTE DE UN CASO**
E WALTER, CE DIAZ GUTIERREZ
- 0014 INCIDENCIA DE MORBILIDAD ADQUIRIDA Y SU IMPACTO EN PACIENTES DE UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS BASADA EN LA ESCALA DE ESTADO FUNCIONAL. ESTUDIO DESCRIPTIVO, OBSERVACIONAL**
J FRYDMAN, M LOPEZ
- 0076 LEISHMANIASIS GRAVE EN PEDIATRÍA: RETO CLÍNICO Y DIAGNÓSTICO EN ZONA NO ENDÉMICA. REPORTE DE 2 CASOS**
LA GUTIERREZ, J GARCIA, A BUSTOS, R DEHEZA, M ISLAS, A PODESTÁ, V CÓRDOBA, P CEPEDA
- 0081 ENCEFALOPATÍA NECROTIZANTE AGUDA SECUNDARIO A VIRUS DENGUE: A PROPÓSITO DE UN CASO**
MG RIQUEL, MF DALLARDA, G PRICOLO, S PEREZ JOHANNETON, MEN BOBBIO
- 0108 REPORTE DE CASO. ENCEFALITIS DE BICKERSTAFF**
N MOREL, MF PODESTA, K CINQUEGRANI, MS LABAT, L LOPEZ, A SANDOVAL, D OTERO, E JIMENA

- 0115 REPORTE DE CASOS: SÍNDROME DE LEUCOENCEFALOPATÍA POSTERIOR REVERSIBLE EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL SECUNDARIA**
C DUEÑAS NIETO, J CUETO, MF JUDAIS, CE RAJMIL, G SCIOLLA, M TELLO, L WOLENBERG

- 0421 CRANIECTOMÍA DESCOMPRESIVA EN NIÑOS CON TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO GRAVE - RESULTADOS A LARGO PLAZO. SERIE DE CASOS**
A RACH, Y QUIROGA VALDÉZ

- 0442 SULFOHEMOGLOBINEMIA: A PROPÓSITO DE UNA INTERFERENCIA**
B AHUMADA, S PRADEDA, B STUTZ, M OTTO, E KUTASZ, MA MELGAREJO

18/10/2024 - 09:00 a 10:50

DISCUSIÓN DE POSTERS ELECTRÓNICOS 29

Trasplante - Póster 1

COWORKING - SUM B

- 0296 ECOGRAFÍA DÚPLEX ARTERIAL EXTRACRANEAL COMO MÉTODO PARA CERTIFICAR LA MUERTE CEREBRAL ¿ES HORA DE INCORPORARLA?**
M DOMANICO, E MONTIEL, N GALINDEZ, B MURGUIA, V MARTINEZ, X BENAVALANTE, M ANCHORENA, J SERVIN, P CENTENO
- 0397 TRASPLANTE HEPÁTICO DE EMERGENCIA: FALLA HEPÁTICA AGUDA VERSUS FALLA HEPÁTICA AGUDA SOBRE CRÓNICA. REPORTE DE CASO**
SM PRATI, S VILLARROEL, S GIANNASI, S SAORI
- 0411 RECHAZO HUMORAL AGUDO EN TRASPLANTE HEPÁTICO**
MB GARCIA GONZALEZ, JC MONTERROZA, H HUERTA
- 0417 PLASMA FRESCO CONGELADO LOCAL EN COMPLICACIONES DE TRASPLANTE PULMONAR A PROPOSITO DE UN CASO CLINICO**
A PEREZ FLORES, Y COLQUE, S GIANASSI, S BAUQUE, E WAINSTEIN, M PAGLIERI, A DIETRICH, S VILLARROEL
- 0455 POSICIÓN PRONA EN HIPOXEMIA REFRACTARIA COMO ÚNICA MEDIDA EN EL SOSTÉN DEL POTENCIAL DONANTE HOSPITAL MUNICIPAL EVA PERON DE MERLO**
ES VELA ACHA, A BARRA MONTES DE OCA, B FERNANDEZ, A RODRIGUEZ, H COLLAZOS, R GUERNICA, A TAMAYO, D BARRIENTOS, W VIDETA

18/10/2024 - 14:00 a 15:10

DISCUSIÓN DE POSTERS ELECTRÓNICOS 30

Trasplante - Póster 2

COWORKING - SUM B

- 0030 DENGUE EN POST OPERATORIO INMEDIATO DE TRASPLANTE HEPÁTICO. REPORTE DE CASO**
LJ ANTONIOW, L ANTONIOW, R AREVILLCAR YUGAR, K BOTANA
- 0170 ENCEFALOPATIA POR TACROLIMUS EN TRASPLANTE HEPÁTICO UNA SERIE DE CASOS**
VB PAIS, MV GARAÑA, E GUAICHA PULLA, F MEDINA, P BALMACEDA, L SANTORO, C TONELLI, G RAMOS, V PICOLLA
- 0191 CREENCIAS SOBRE LA DONACIÓN DE ÓRGANOS Y TEJIDOS, CORRIENTES CAPITAL. AÑO 2023**
N ZORZOLI, G SANDOVAL, L BAZAN, R MAMBRIN, C GOMEZ
- 0216 SUBPROGRAMA DE GARANTÍA DE CALIDAD GLASGOW 7: EPIDEMIOLOGÍA Y RESULTADOS EN LA TERAPIA INTENSIVA PEDIÁTRICA DEL HOSPITAL DE NIÑOS DE LA SANTÍSIMA TRINIDAD CÓRDOBA**
FG PAPANETRA FERNANDEZ, EG RUBIO, ADC LUJAN VILLAVERDE

- 0217 LA ADECUACIÓN TERAPÉUTICA UN COMPONENTE CLAVE PARA EL DESARROLLO DE LA DONACIÓN EN ASISTOLIA**
MA RODRIGUEZ GÓMEZ, HR CHAVEZ SOLIZ, MV ZÚCCARO, JT CASTAÑO PINZÓN, MS TOMEZ, M DEGUARDIA, GS GENOVESE, S FIORETTI, A ANTIK, PD CORONADO LUJÁN

18/10/2024 - 15:20 a 16:30

DISCUSIÓN DE POSTERS ELECTRÓNICOS 31

Trauma y Emergencias - Póster 1

COWORKING - SUM B

-
- 0065 OXIGENACIÓN POR MEMBRANA EXTRACORPÓREA EN INSUFICIENCIA RESPIRATORIA REFRACTARIA LUEGO DE RESECCIÓN PULMONAR TRAUMÁTICA SECUNDARIA A HERIDA DE ARMA DE FUEGO. REPORTE DE CASO Y REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA**
HA ARMANDOLA, NI CARRIZO
- 0071 UTILIDAD DE LA ECOGRAFÍA EN EL MONITOREO DEL PACIENTE NEUROCRÍTICO PERI OPERATORIO**
F VILLEMUR
- 0179 INTUBACIÓN PRECOZ EN PACIENTE CON QUEMADURA DE VÍA AÉREA**
VP LOBO, M ISA, J PEREZ, R DILACCIO, D AMAYA, M ROTH
- 0207 LESIONES CATASTRÓFICAS O DEVASTADORAS EN CRÁNEO ASOCIADAS A TRAUMA**
A RAMIREZ JUNCOS, PB PAHNKE, LI CORBALÁN
- 0234 INTOXICACIÓN SEVERA POR MONÓXIDO DE CARBONO, COMPLICACIONES NEUROLÓGICAS Y USO DE CÁMARA HIPERBÁRICA EN LA CIUDAD DE USHUAIA**
AM SANCHEZ, M COLMAN, S MORA, E PERRAULT, A TOBAL
- 0321 TRAUMATISMO DE AORTA TORACICA**
L DE LA ROSA, F OIENI, G PAOLETTI, N GRAZZIANI
- 0333 COMBINACIÓN POTENCIALMENTE LETAL: DESCARGA ELÉCTRICA DE 13000 VOLTS SEGUIDA DE CAÍDA DE 4 MTS DE ALTURA, REPORTE DE CASO**
A ORTIZ, C DEGASTALI, M MONTENERGO, L DE GREGORIO, Y LAMBERTO, K UGO, E MIKULIC

PREMIOS

17/10/2024 - 11:00 a 11:55

PREMIO 01

A Premio Oral Mesa 01

COWORKING - SUM A

- 0308 OPTIMIZANDO LA UTILIZACIÓN DE ANTIMICROBIANOS EN UCIS DE ARGENTINA: UN ESTUDIO MULTICÉNTRICO DE COLABORATIVA DE MEJORA DE LA CALIDAD**
C LOUDET, F JORRO BARÓN, W CORNISTEIN, I SUÁREZ-ANZORENA, P ARIAS-LÓPEZ, C BALASINI, L CABANA, E CUNTO, R CORRAL, L GIBBONS, M GUGLIELMINO, G IZZO, M LESCANO, C MEREGALLI, MC ORLANDI, P FERNANDO, ME RATTO, M RIVET, AP RODRÍGUEZ, VM RODRÍGUEZ, J VILCA BECERRA, PR VILLEGAS, E VITAR, J ROBERTI, E GARCÍA-ELORRIO, VE RODRIGUEZ
- 0315 EMBOLIZACIÓN DE LA ARTERIA MENÍNGEA MEDIA EN HEMATOMA SUBDURAL CRÓNICO**
L BORGARUCCI, C VIDELA, N CIARROCHI, L VALENCIA CHICUE, AL COLOMER, M VILLAESCUSA, P AJLER
- 0388 EFECTIVIDAD DE LA SEDACIÓN LIVIANA SOBRE LA TOLERANCIA A LA POSICIÓN PRONA VIGIL EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA GRAVE. ESTUDIO OBSERVACIONAL MULTICÉNTRICO**
M OLMOS, M ESPERATTI, M BUSICO, A GALLARDO, A VITALI, J QUINTANA, ME GONZALEZ, A MIRANDA, L STEIN, N FUENTES
- 0428 INTERVENCIÓN INICIAL DEL PROGRAMA DE OPTIMIZACIÓN DE ANTIMICROBIANOS EN NEUMONÍAS ASOCIADAS A VENTILACIÓN MECÁNICA EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DE ALTA COMPLEJIDAD**
E DUARTE, C OSUNA, C STREITENBERGER, C MENDOZA, M SANCHEZ CUNTO, G CERVANTES, K RIQUEL, M ZEYTUNSIAN, Y LARRARTE, B SALI, M BIANCO, N CARDENAS, B CARDOZO, M ANCHORENA, J FARINA, J SARANITTE, M MOSCATELLI

17/10/2024 - 12:00 a 13:10

PREMIO 02

A Premio Oral Mesa 02

COWORKING - SUM A

- 0031 EVALUACIÓN DE LA NUEVA DEFINICIÓN PROPUESTA DE SDRA EN UNA COHORTE HOSPITALIZADA DE PACIENTES COVID-19 TRATADOS CON OXÍGENO NASAL DE ALTO FLUJO**
G OLAIZOLA, I CARBONI BISSO, M LAS HERAS, I HUESPE
- 0042 CORRELACIÓN ENTRE PCT, RELACIÓN PCT-ALBÚMINA, NEUTRÓFILO-LINFOCITO Y LACTATO-ALBÚMINA CON GRAVEDAD DEL CUADRO EN UN SEGUNDO EVENTO INFECCIOSO EN UTI**
E PRADO, I HUESPE, I CARBONI BISSO, N CONTRERA ROLON, J CANTOS, V MONZON, SM PRATI, A SARA WOO, P WEBER ORTIZ, J SINNER
- 0103 DESARROLLO DE MODELO PREDICTIVO DE MORTALIDAD EN PACIENTES TRAQUEOSTOMIZADOS EN UNIDADES DE CUIDADOS CRÍTICOS CON HERRAMIENTAS DE MACHINE LEARNING**
M MICHELETTI, M RAICES, I CARBONI BISSO, G OLAIZOLA, I HUESPE, L BUJAN, M LAS HERAS, D SMITH
- 0104 GENERACIÓN Y VALIDACIÓN DE UN MODELO PREDICTIVO DE LESIÓN RENAL AGUDA PERSISTENTE EN LA LESIÓN RENAL AGUDA ASOCIADA A SEPSIS EN LA UCI**
VE MONZON, I HUESPE, E PRADO, J PAVICIC, C MUSSO, J SINNER
- 0134 DISFAGIA ASOCIADA A DEBILIDAD MUSCULAR ADQUIRIDA EN UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS**
P LACOMBE, R ALONSO, G SIMES

18/10/2024 - 11:00 a 11:55

PREMIO 03

A Premio Oral Mesa 03

COWORKING - SUM A

- 0028 COMPLICACIONES DURANTE LA TRANSFERENCIA DE OXIGENACIÓN POR MEMBRANA EXTRACORPÓREA (ECMO) EN ARGENTINA: UN ESTUDIO OBSERVACIONAL MULTICÉNTRICO**
A PEREZ FLORES, N CARRIZO, R AVILA, I HUESPE, R NUÑEZ, S BAUQUE, C CASABELLA, M NORESE, V MONZON, F PALIZAS, S VILLARROEL
- 0215 INCIDENCIA DE LESIONES POR PRESIÓN Y LESIONES ASOCIADAS A DISPOSITIVOS MÉDICOS EN PERSONAS INTERNADAS EN EL SERVICIO DE TERAPIA INTENSIVA DEL HOSPITAL INTERZONAL DE AGUDOS DR. O. ALENDE DE LA CIUDAD DE MAR DEL PLATA**
CM PERAL, EIA AMANTE, RDM TALMA, M CARRIZO, J IRASSAR, MT ROBOTTO
- 0220 CONCILIACIÓN DE MEDICAMENTOS AL INGRESO A LA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA DE ADULTOS**
L PEDRAZA, FJ ACOSTA, MV STOFFEL, MJ DIBO
- 0317 IMPLEMENTACIÓN DEL SCORE NEWS 2 EN LA EVALUACIÓN DE PACIENTES OBSTÉTRICAS DE UN HOSPITAL PÚBLICO DE CORRIENTES CAPITAL EN EL PERIODO DE OCTUBRE DEL 2022 A ABRIL DEL 2023**
GE BENITEZ, A SANCHEZ, C MANSILLA, R KARATANASOPULOZ

18/10/2024 - 12:00 a 12:55

PREMIO 04

A Premio Oral Mesa 04

COWORKING - SUM A

- 0024 EFICACIA DE LA PREDICCIÓN DEL SÍNDROME DE LIBERACIÓN DE CITOQUINAS EN RECEPTORES DE TERAPIA CAR -T CON PUNTUACIONES EASIX: LDCGB VS MIELOMA MÚLTIPLE**
I HUESPE, S JONNA, L RAAVI, S ISHA, A JENKINS, A HANSON, M LAS HERAS, D SANGHAVI, D AVILA POLETTI
- 0106 EVALUACIÓN REGIONAL DE VILI EN PACIENTES CON SDRA VENTILADOS CON SIMILAR VOLUMEN Y PRESIÓN INSPIRATORIA**
N PISTILLO, M VAN DICK, M ACUÑA RESINA, JH MARILLAN, O FARIÑA
- 0173 PREVALENCIA DE COLONIZACIÓN / INFECCIÓN POR MICROORGANISMOS MULTIRRESISTENTES EN UCI ADULTOS DE ARGENTINA Y SU IMPACTO EN MORTALIDAD (PREVAR PARTE 1)**
W CORNISTEIN, C BALASINI, VM RODRÍGUEZ, Y NUCCETELLI, MI STANELONI, D ÁGUILA, A MACCHI, N CUDMANI, MV ROCA, G SARDINO, M BRIZUELA, A FERNÁNDEZ, S GONZÁLEZ, E ESTENSSORO, GDTP1 PREV-AR 1
- 0290 VALIDACIÓN DE HATCH SCORE COMO PREDICTOR DE OUTCOME NEUROLÓGICO EN PACIENTES CON HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA ANEURISMÁTICA**
MV GONZALEZ, CG VIDELA, I HUESPE, S VENUTI, M BERDIÑAS ANFUSO, S PRATI, G YOSSA, V ORTEGA, D IVULICH, S SCHVERDFINGER, NM CIARROCCHI

RESÚMENES

0002 FOSFOMICINA Y SU USO EN EL CONTEXTO DE MULTIRESISTENCIA BACTERIANA: ANALISIS DE NUESTRA EXPERIENCIA EN UNA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA POLIVALENTE

MA ESTRIN(1), A SABRA(1), A SABATTINI, P CARVALHO, E CABRERA, L MOURA ALBERGARIA, L AVILA ROSMANINHO, K GONCALVES AMORIM TONIN, L PEREIRA LEITE, RG BENITEZ (1) Santojanni

Introducción: La problemática de la resistencia bacteriana a nivel mundial, y en particular la aparición de cepas multirresistentes ha llevado al resurgimiento de viejos antibióticos, tales como la colistina y fosfomicina.

Objetivos: • Informar los sitios o focos de infección más frecuentemente observados en nuestra muestra que dieron lugar al tratamiento con fosfomicina.

- Describir como medida de desenlace la mortalidad por cualquier causa a los 14 y 28 días en nuestra casuística.
- Describir la microbiología obtenida de los correspondientes cultivos en nuestra muestra.
- Informar los eventos adversos observados con la administración de Fosfomicina en el transcurso del estudio.

Materiales y Métodos: Estudio prospectivo, longitudinal, de serie de casos, descriptivo, observacional, de 6 meses de duración. Se analizaron a saber: la mortalidad por cualquier causa a los 14 y 28 días, la microbiología prevalente, los focos infecciosos más prevalentes y la presencia de eventos adversos de la Fosfomicina.

Resultados: Ingresaron el estudio en el período 15 pacientes, 12 de sexo masculino y 3 femeninos, con edad promedio de 58,13 años de edad.

Apache II promedio de 17,86 puntos.

SOFA promedio: 7,93 puntos.

Sitio de infección más frecuente motivo de la administración de Fosfomicina:

Foco endovascular, 7 (46,66%) de los casos.

Mortalidad a los 14 días: No hubo.

Mortalidad a los 28 días: N=4 (26,66%).

Hallazgos microbiológicos: El germen más frecuentemente hallado ha sido la Klebsiella Pneumoniae MBL Blee.

No se observaron eventos adversos en nuestra casuística.

Discusión: Se observa como foco infeccioso más prevalente al endovascular, siendo consistente con el hecho de que son pacientes que requieren múltiples dispositivos invasivos sobre todo a ese nivel. La mortalidad a los 28 días por cualquier causa observada en nuestra muestra N=4 (26,66%), es menor que la observada en la literatura (37,5%).

En cuanto a los hallazgos microbiológicos la Klebsiella Pneumoniae MBL Blee, ha sido la más prevalente coincidiendo con lo observado en la literatura.

En cuanto a la presencia de eventos adversos la Fosfomicina ha mostrado ser segura, no detectándose eventos adversos con el uso de la misma.

0004 HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA COMO PRESENTACION DE ANEURISMA GIGANTE EN PEDIATRIA. REPORTE DE UN CASO

E WALTER(1), CE DIAZ GUTIERREZ(1)

(1) Hospital Interzonal General De Agudos "Dr. José Penna"

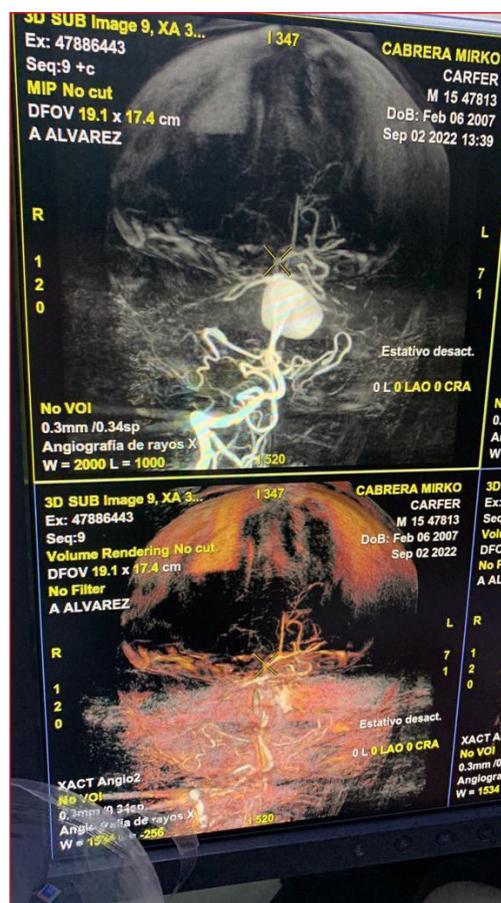
Los aneurismas intracraneales son raros en la población pediátrica constituyendo alrededor del 1% del total de aneurismas. La forma de presentación suele ser déficit neurológico (45%), cefaleas (33-

45%) y hemorragia subaracnoidea o hemorragia cerebral (20-80%). El estudio por imágenes inicial suele ser la TC cerebral para descartar hemorragia subaracnoidea o lesión ocupante de espacio. La RMN y la Angiorresonancia son los estudios elección. El tratamiento puede ser conservador, tratamiento quirúrgico o endovascular.

Caso Clínico: Niño de 15 años de edad, sin antecedentes patológicos, que presenta episodio de cefalea intensa, de comienzo súbito y máxima intensidad desde el debut, asociada a múltiples episodios eméticos. Al ingreso con GCS 14/15, sin foco motor, cefalea moderada a predominio posterior con leve rigidez de nuca. Se realiza TAC donde se observa lesión redondeada de 3x3 cm, espontánea y heterogéneamente hiperdensa, de localización prepontomesencefálica, que genera efecto de masa y desplaza estructuras vecinas, con hemorragia subaracnoidea y hemorragia intraventricular en 3er y 4to ventrículo.

Se realiza angiografía digital donde se observa aneurisma gigante sin cuello que se origina en tercio medio y superior de la arteria basilar, constatando diagnóstico de HSA aneurismática, escala de mFisher IV, escala de Hunt y Hess II, escala de WFNS I.

Los aneurismas cerebrales son raros con una incidencia del 1% en pacientes menores de 15 años. El tratamiento microquirúrgico o endovascular es más exitoso en los niños que en los adultos, quizás debido a que la circulación leptomenígea en este grupo etario es lo suficientemente efectiva como para contrarrestar el vasoespasmó producido por la hemorragia subaracnoidea.





0005 DENGUE EN TERAPIA INTENSIVA (REPORTE DE CASOS)
 A FERNANDEZ(1), G DOMENICONI(1), L VILASECA(1), C NIC-CODEMI(1), U MIGUEL(1)
 (1) Sanatorio De La Trinidad

Introducción: La incidencia del dengue en Argentina hasta el 22 de abril de 2024 es de 708 casos por cien mil. 762 casos se clasificaron como graves. (0,2%). Se documentaron 238 fallecimientos por lo que se considera una letalidad del 0,071.

Presentación de Casos: Presentamos una serie de 7 casos Clínicos, internados en la Terapia del Sanatorio de la Trinidad en el periodo de enero-abril del 2024 con confirmación diagnóstica, en agudo, con NS1 y/o IgM. Los pacientes desarrollaron: Plaquetopenia, Hepatitis, Miocarditis, Shock Cardiogénico, Síncope y Bradicardia entre otros marcadores de gravedad.

Discusión: El dengue Grave se produce por extravasación de plasma, hemorragias y compromiso de órganos. Las anomalías cardíacas incluyen bradicardia, fibrilación auricular, arritmia ventricular, cambios del segmento ST y fracción de eyección disminuida. Las Neurológicas puede presentar compromiso del sistema nervioso central, neuromusculares y neuro oftalmológicas asociadas.

También puede haber alteraciones hepáticas y renales. Estos elementos demandan el ingreso a cuidados intensivos para monitorización y tratamiento.

Conclusión: El incremento de la incidencia de casos por dengue se vio reflejada en nuestra unidad, mostrando una gran variedad de formas graves.

No se observó un patrón uniforme, teniendo manifestaciones graves en pacientes jóvenes, sin antecedentes patológicos.

La sospecha temprana de una forma grave de la enfermedad nos permite realizar un tratamiento precoz para reducir la mortalidad.

0006 SEDACIÓN INHALADA CON SEVOFLURANO EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

I CARBONI BISSO(1), MF COURTOIS(1), M BONO(2), I HUESPE(1), I FERNÁNDEZ CEBALLOS(1), G BONGIORNI(2), M LAS HERAS(1)
 (1) Hospital Italiano De Buenos Aires. (2) Sanatorio Allende - Cerro De Las Rosas

Introducción: Las pautas actuales de sedación se basan principalmente en agentes intravenosos, sin embargo, la sedación intra-

venosa puede producir efectos adversos tales como acumulación, tolerancia, síndrome de abstinencia, delirium e inestabilidad hemodinámica. Los sedantes inhalados son una alternativa prometedora con farmacocinética favorable y beneficios potenciales en entornos de cuidados críticos. Sin embargo, su aplicación en América Latina sigue sin explorarse.

Este estudio tuvo como objetivo describir las características clínicas y resultados de los pacientes que recibieron sedación inhalada en la unidad de cuidados intensivos (UCI), investigar su asociación con la reducción de sedantes intravenosos, e identificar barreras para su uso.

Materiales y métodos: Estudio retrospectivo multicéntrico realizado en dos centros de alta complejidad de Argentina. Se incluyeron a pacientes adultos internados en UCI que recibieron sedación profunda con sevoflurano mediante un dispositivo descartable. Se evaluó la eficacia de los sedantes inhalados para alcanzar la profundidad de sedación objetivo, se recopilaron los eventos adversos asociados y se analizaron barreras relacionadas con su aplicación.

Resultados: Durante el periodo de estudio, se incluyeron un total de 11 pacientes. Diez de los pacientes eran hombres con una edad mediana de 44 años (RIC 37-50). Se alcanzó la profundidad de sedación objetivo en todos los casos, con cese exitoso de los sedantes intravenosos en 10 de los 11 casos, y reducción del uso de opioides. No se observaron efectos adversos significativos. Las barreras para la adherencia incluyeron problemas relacionados con la obstrucción del dispositivo y desafíos en la capacitación del personal de salud.

Discusión: El sevoflurano logró de manera efectiva los objetivos de sedación en pacientes de UCI, reduciendo la necesidad de sedantes y opioides adicionales. Nuestros hallazgos respaldan la seguridad y eficacia de los sedantes inhalados en entornos de UCI y resaltan la importancia de una mayor investigación en esta área. Se necesitan estudios a más largo plazo para determinar completamente el impacto de los sedantes inhalados en pacientes de UCI.

Laboratorio - mediana (RIC)	Día 1	Día 3	Día 5	p. Día 1 vs. Día 3	p. Día 1 vs. Día 5
Creatinina (mg/dl)	1.74 [0.92;2.13]	1.89 [0.83;2.60]	1.45 [0.78;2.90]	0.53	0.83
Sodium (mEq/L)	140 [137;149]	140 [138;154]	144 [140;151]	0.02	0.03
GOT (mg/dl)	35.0 [18.8;75.8]	25.0 [20;53.0]	36.0 [23.0;97.0]	0.3	0.5

Caso	Sexo	Edad	Diagnóstico	Sociedad de miembros		Sedación endovenosa		Sedación inhalatoria		
				SOFA	APACHE II	Chavhes	Intensidad	Inicio	Final	
1	F	51	MAC	1	2	4	Propofol	Fentanilo	Sevoflurano	Fentanilo (80%)
2	M	43	Trauma torácico	1	5	1	Propofol / Etomidato	Fentanilo	Sevoflurano	Midazolam (80%)
3	F	48	Hemorragia gastrointestinal	0	17	2	Propofol / Midazolam	Fentanilo	Sevoflurano	Fentanilo (0)
4	M	38	Pneumonia	0	21	2	Propofol / Midazolam	Midazolam	Sevoflurano	Midazolam (100%)
5	F	28	Hemorragia torácica	0	4	1	Propofol / Midazolam	Fentanilo	Sevoflurano	Midazolam (75%)
6	M	37	COVID-19	0	20	3	Propofol / Midazolam	Fentanilo	Sevoflurano	Fentanilo (75%)
7	F	39	Gangrena de Fournier	4	17	5	Propofol	Fentanilo	Sevoflurano	Fentanilo (40%)
8	M	32	MAC	2	8	2	Propofol	Remifentanilo	Sevoflurano	Remifentanilo (20%)
9	M	32	TIC grave	4	13	0	Propofol	Remifentanilo	Sevoflurano	Remifentanilo (20%)
10	M	60	COVID-19	2	12	1	Propofol	Fentanilo	Sevoflurano	Fentanilo (20%)
11	F	44	Miocarditis viral	2	7	0	Propofol	Fentanilo	Sevoflurano	Fentanilo (40%)

0007 TRAQUEOSTOMÍA PERCUTÁNEA ASISTIDA POR ULTRASONIDO Y FIBROLARINGOSCOPIA. EXPERIENCIA EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

FB HERNANDEZ(1), M VITALE(1), L TRIGO(1), A FRANCO(1), L TABOADA(1), T CORRADI(1), M BERNADO(1), S ZANELLO(1), M CORIA(1), M MARTINI(1), E GIMENEZ(1)
 (1) Higa O Alende

La traqueostomía es uno de los procedimientos realizados con mayor frecuencia en las Unidades de Cuidados Intensivos. La técnica percutánea se ha ido perfeccionando a lo largo del tiempo, la incorporación del ultrasonido y la fibrolaringoscopia para asistir el procedimiento permite su realización de manera segura y con baja tasa de complicaciones.

El objetivo del estudio es describir la experiencia de médicos intensivistas en la técnica percutánea asistida por ultrasonido y fibrolaringoscopia en la Terapia Intensiva del HIGA Oscar Alende de la ciudad de Mar del Plata.

Nuestro equipo de trabajo realiza a todos los pacientes candidatos a traqueostomía un escaneo ultrasonográfico de la región anterior del cuello, con el fin de identificar el istmo tiroideo y la presencia de vasos sanguíneos entre éste y el manubrio esternal. El objetivo es delimitar una zona segura para realizar la técnica percutánea. Luego el procedimiento se realiza en su totalidad con asistencia fibrolaringoscopia.

Se trata de un estudio descriptivo, donde se analizan los datos de manera retrospectiva. Con un número actual de 54 traqueostomías realizadas desde agosto del año 2022. En las tablas adjuntas se presentan los resultados preliminares, entre los cuales se destacan las características de los pacientes y la baja tasa de complicaciones de la técnica.

Motivo de ingreso a ARM	
TEC	27,7 % (15)
Enf. cerebrovascular	22,2% (12)
Insuficiencia Respiratoria	12,9% (7)
Shock (cualquier causa)	12,9% (7)
Intoxicación medicamentosa	9,2% (5)
HAF-HAB	5,5% (3)
Otras	5,5% (3)
Infección SNC	3,7% (2)
Total	100% (54)

TEC: trauma craneoencefálico HAB: herida arma blanca
 HAF: herida arma fuego.

Resultados:	
Numero de pacientes	54
Hombres	74% (40)
Mujeres	26% (14)
Edad promedio	44 años
Días de TET	11,4
Complicaciones inmediatas	3,7% (2)
Extubaciones fallidas previo a TQT	16,6% (9)

TET: tubo endotraqueal

0011 CAPACIDADES PULMONARES Y FUNCIÓN DIAFRAGMÁTICA EN ADULTOS SOMETIDOS A TRASPLANTE HEPÁTICO. ESTUDIO DE SERIE DE CASOS

J FOSSAROLI(1), R VALLS(1), J COLOBIG(1), M PIOVANO(1), H CESARIO(1), V BULLA(1), E AVELLANEDA(1), F AVELLANEDA(1)

(1) Hospital Universitario Austral

Introducción: el trasplante hepático (TH) es una cirugía abdominal superior previamente vinculada a disfunción diafragmática unilateral postoperatoria.

Objetivos: el objetivo principal fue describir la evolución de las capacidades pulmonares y de la función diafragmática en sujetos adultos sometidos a trasplante hepático (TH). Secundariamente, describir la duración de la ventilación mecánica (VM) y la estancia en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI).

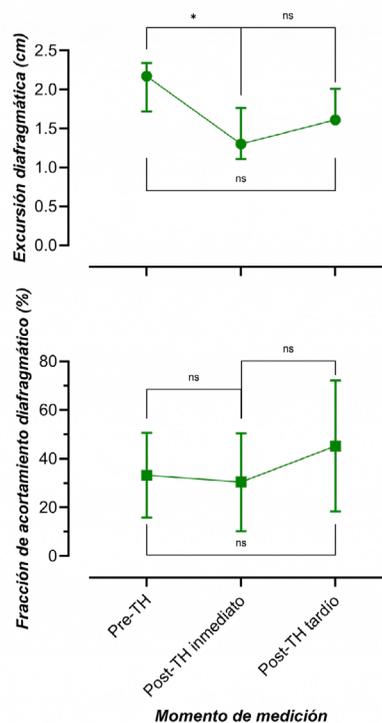
Materiales y métodos: estudio descriptivo, prospectivo y longitudinal de serie de casos en el cual se incluyeron adultos sometidos a TH en un hospital universitario de Argentina desde marzo a diciembre

de 2023. Las capacidades pulmonares (volumen tidal y capacidad vital forzada), medidas por ventilometría, y la función diafragmática (excursión y fracción de acortamiento diafragmático) medida por ultrasonografía bedside fueron las variables principales de estudio. Se realizó una medición pretrasplante (Pre-TH) y dos mediciones posttrasplante: 48hs post-extubación (Post-TH inmediata) y al primer control ambulatorio después del egreso hospitalario (Post-TH tardía). Se describieron las variables de forma descriptiva según su distribución y se compararon las muestras emparejadas paramétricas y no paramétricas con la prueba de T de Student y Wilcoxon respectivamente.

Resultados: muestra de 7 sujetos, 6 masculinos con una edad media de 62,4 años (DE 4,2), IMC de 31,6 kg/m² (DE 3,2), APACHE II de 12,2 puntos (DE 5,8) y mediana de MELD-Na de 20 puntos (RIQ 19-22). El volumen tidal y la capacidad vital forzada tuvieron una reducción estadísticamente significativa del 24,91% (p=0,04) y 42,44% (p=0,007) en el Post-TH inmediato respectivamente respecto del valor en Pre-TH. La excursión diafragmática mostró una reducción estadísticamente significativa de 30,01% (p=0,01) inmediatamente después del trasplante en comparación con su valor previo. La fracción de acortamiento diafragmática no demostró ningún cambio significativo en relación a valores previos. La duración de la VM presentó una media de 8,30 hs (DE 6,74) mientras que la estancia en UCI reflejó una mediana de 4 días (RIQ 3-7).

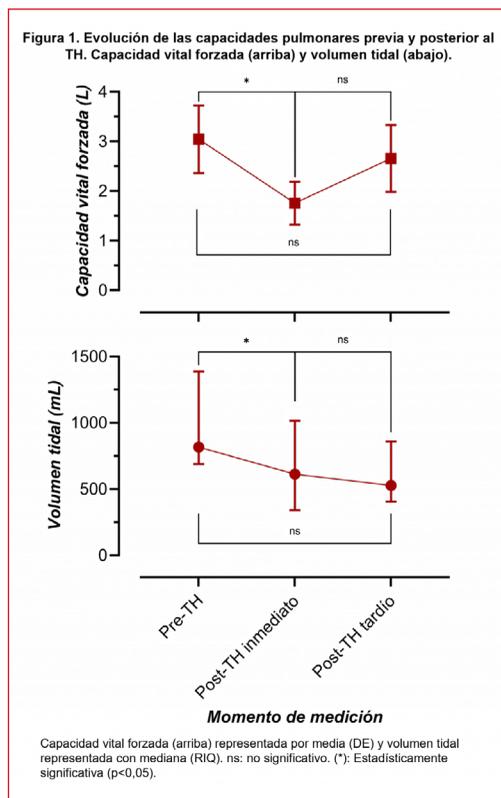
Conclusiones: los sujetos adultos sometidos a TH presentan una reducción significativa de las capacidades pulmonares y de la excursión diafragmática en el postoperatorio inmediato.

Figura 2. Evolución de la función diafragmática previa y posterior al TH. Excursión diafragmática (arriba) y fracción de acortamiento (abajo).



Excursión diafragmática (arriba) representada por mediana (RIQ) y fracción de acortamiento representada con media (DE). ns: no significativo. (*): Estadísticamente significativa (p<0,05).

Figura 1. Evolución de las capacidades pulmonares previa y posterior al TH. Capacidad vital forzada (arriba) y volumen tidal (abajo).



0012 NEUMONÍA POR LOPHOMONA EN PACIENTE INMUNOCOMPROMETIDO

NL ILLESCAS(1), A GIRA(1), P FALVO(1), V BRIZUELA(2), S COSENZA(2)

(1) Hospital Universitario Austral. (2) Hospital Universitario Austral

Introducción: Los huéspedes inmunocomprometidos pueden desarrollar infecciones oportunistas por microorganismos no sospechados habitualmente.

La *Lophomona blattarum* ha sido hallado en muestras de secreciones respiratorias de pacientes adultos con neumonía bacterianas que no responden a tratamiento.

Es un protozoo habitual de la flora intestinal de las cucarachas y termitas, vía de transmisión por inhalación de quistes, presentación clínica respiratoria (tos, disnea, fiebre), patrón radiológico nodular y lineal bilateral, el diagnóstico es histológico (Giemsa/PAP/Gram), el 50% presenta eosinofilia, el tratamiento es con metronidazol o Tinidazol.

Caso clínico: Hombre de 63 años, obeso, diabético, HTA, tabaquista, carcinoma de células claras estadio IV, con nefrectomía derecha y en tratamiento con Pembrolizumab+axitinib.

Ingresa a emergencias por disnea, fiebre, taquipnea, requiere cánula de alto flujo y luego ARM, presenta leucocitosis, se toman cultivos, PCR multiplex, BAL e inicia antibioticoterapia con Piperacilina tazobactam, claritromicina y oseltamivir, TC de tórax evidencia opacidades parcheadas con tendencia a la consolidación. Se aísla en BAL *Lophomona Blatarium*, tratado con PTZ + Metronidazol 8 días. Presenta mejoría clínica se extuba y a los 10 días pasa a clínica médica.

Discusión: La enfermedad pulmonar por *Lophomona sp* es poco frecuente que por lo cual se subdiagnostica, puede confundirse con trofozoitos vs células epiteliales ciliadas.

El 50% de los pacientes presenta eosinofilia en este caso el paciente presentaba eosinófilos 740 mm³.

Conclusión: La enfermedad pulmonar por *Lophomona sp*. es una entidad poco frecuente, presente en pacientes con inmunocompromiso. debe sospecharse en pacientes que no responden a antibioticoterapia convencional.

0014 INCIDENCIA DE MORBILIDAD ADQUIRIDA Y SU IMPACTO EN PACIENTES DE UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS BASADA EN LA ESCALA DE ESTADO FUNCIONAL. ESTUDIO DESCRIPTIVO, OBSERVACIONAL

J FRYDMAN(1), M LOPEZ(1)

(1) Pediátrico Malvinas.

Introducción: Un número significativo de niños sufre, como consecuencia de enfermedades críticas en las Unidades de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIP), limitaciones cognitivas, físicas, mentales y sociales. Considerando que aquellos que sobreviven pueden hacerlo con trastornos funcionales, la mortalidad no parece la única variable significativa.

Pollack desarrolló la escala de estado funcional (FSS, por su sigla en inglés) con la finalidad de medir el cambio del estado funcional durante la hospitalización.

El objetivo general del trabajo fue evaluar la morbilidad adquirida mediante la escala FSS. Objetivos específicos: analizar las categorías de estado funcional, identificar los dominios más afectados, describir las relaciones entre morbilidad y días de ventilación mecánica invasiva (VMI), ventilación no invasiva y oxigenoterapia de alto flujo, comparar la tasa de mortalidad y morbilidad adquirida.

Materiales y Métodos: Estudio observacional, descriptivo, prospectivo y longitudinal.

Ingresaron los pacientes entre 1-180 meses, con requerimiento de soporte ventilatorio, a la UCIP del Hospital de Malvinas Argentinas entre febrero 2021 y febrero 2024.

La morbilidad mediante la escala de estado funcional FSS. Los datos fueron recabados por el equipo de kinesiología, que realizó una evaluación al ingreso y una al alta del paciente.

Para definir morbilidad se consideró: una diferencia total ≥ 3 puntos, respecto a la medición basal; o una diferencia ≥ 2 en un dominio, respecto a la medición basal.

Resultados: Ingresaron al estudio 188 pacientes. Las características de la población se observan en la Tabla 1.

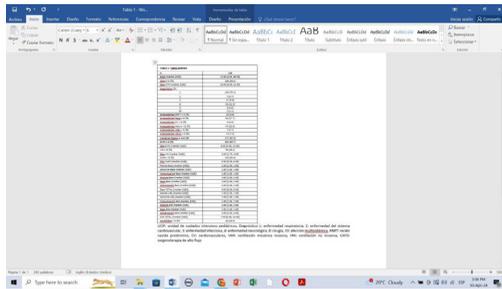
La categoría funcional al ingreso fue normal en el 72% de los casos. Al alta, sólo el 50% de los sobrevivientes alcanzó dicha función.

El dominio más afectado fue la función motora. Los niños que desarrollaron morbilidad fueron más grandes, y permanecieron internados durante un período mayor. Tuvieron mayor requerimiento y días de VMI (Tabla 2).

Discusión: La incidencia de morbilidad adquirida al egreso de UCIP fue superior a la mortalidad del mismo periodo.

El uso de VMI y la internación prolongada se asociaron al desarrollo de morbilidad.

El aumento de la supervivencia hace que la mortalidad sea una métrica de resultados insuficiente. Se necesitan estudios con mayor seguimiento a mediano y largo plazo.



0015 MICROANGIOPATÍA TROMBÓTICA (MAT) ASOCIADO A DENGUE GRAVE VS SÍNDROME UREMICO HEMOLÍTICO ATÍPICO: A PROPÓSITO DE UN CASO

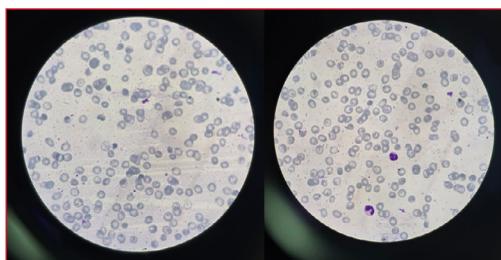
AK GONZALEZ SOSA(1), G MONTI(1), C LLERENA(1), J QUIROZ CEDEÑO(1), K BANZER(1), F PEREZ(1), NA CARLOS MEDINACELLI(1), JO PIMENTEL YUCRA(1)
(1) Hospital Central De San Isidro

Introducción: Las anemias hemolíticas microangiopáticas (AHMA) son anemias no inmunes resultando en la ruptura de glóbulos rojos que producen esquistocitos. Múltiples son las causas que la ocasionan y su significancia clínica puede ser catastrófica. La evaluación inicial del paciente debe centrarse en distinguir la causa. Trastornos primarios como púrpura trombocitopénica trombótica (PTT), síndrome uremico hemolítico mediado por toxina shiga (SUHST) o atípico (SUHa) microangiopatías trombóticas mediadas por medicamentos o por complemento; y secundarios como trastorno sistémicos. El objetivo es confirmar la AHMA, descartar trastornos sistémicos e iniciar tratamiento inmediato.

Presentación caso: Masculino de 38 años, antecedentes relevantes: hiperbilirrubinemia indirecta desde 2012 y hepatitis A. Acude a guardia por 4 días de mialgia, adinamia y astenia, diagnóstico de sospecha de dengue epidemiológico, tratamiento reposo en domicilio. A los 5 días se asocia hematuria, confusión, fiebre y dolor abdominal, se interna. Laboratorio con anemia, trombocitopenia y falla renal, frotis de sangre periférica con esquistocitos, Coombs indirecta negativa, antígeno NS1 positivo. Se sospecha PTT vs SUHa vs HPN, inicia pulso de corticoide, plasmaféresis, citometría de flujo y ADAMTS-13 negativo. El paciente requiere terapia de reemplazo renal hasta la recuperación de la función renal.

Discusión: Las microangiopatías trombóticas son una emergencia médica, la formación de microtrombos puede restringir el flujo sanguíneo a órganos vitales, siendo mortales sin un tratamiento rápido y agresivo. Si bien la causa de la microangiopatía pasa a segundo plano, es destacable que la asociación con la infección por arbovirus no es una causa frecuente, siendo la incidencia estimada del 0.1% al 0.5% a nivel mundial. El mecanismo de esta asociación potencial implica daño endotelial, respuesta inflamatoria y disfunción del endotelio.

Conclusiones: La presentación de un paciente con clínica de MAT asociado a dengue en contexto de epidemia generó alarma, ya que son enfermedades raras con un alto costo de tratamiento. Ante el fallo de la plasmaféresis, el eculizumab es una opción, pero tiene un costo elevado y es de difícil acceso. En el paciente se descartaron enfermedades sistémicas, PTT, y HPN. El resultado de la biopsia renal determinará si la causa fue SUHa o la infección por el arbovirus.



0016 INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA SECUNDARIA A TORSION LOBAR PULMONAR V BRIZUELA(1), MI CAZENA(1) (1) Universitario Austral.

Introducción: La torsión lobar pulmonar es una complicación con una incidencia menor al 1%, con alta tasa de mortalidad. Las causas más frecuentes son la toracotomía, trasplante pulmonar y trauma. El diagnóstico es por métodos imagenológicos y requiere intervención inmediata ya que compromete la vasculatura y el parénquima pulmonar, evolucionado a necrosis.

Presentación: Mujer de 80 años, con antecedentes de masa tumoral mediastínica, se realiza de forma programada lobectomía superior derecha, con biopsia por congelación positiva para tumor neuroendocrino de pulmón. Evoluciona a los 6 días con fiebre e insuficiencia respiratoria aguda requiriendo CAFO, se realiza TC de tórax que evidencia oclusión del bronquio para el lóbulo medio con atelectasia lobar completa, oclusión de vena pulmonar superior derecha y arremolinamiento de las arterias con hipoperfusión parenquimatosa. La fibrobroncoscopia constata desplazamiento en sentido anti-horario y logra franquear el colapso. Inicia ciclos de VNI y antibioterapia, pero por persistencia de insuficiencia respiratoria y atelectasia + arremolinamiento broncovascular hilar en lóbulo medio evidenciada por nueva AngioTC de tórax, requiere cirugía que logra normoposicionar el LSD. Continúa con CAFO por 72 hs y pasa a internación general por mejoría clínica.

Discusión: Al ser una patología poco frecuente, la primera sospecha diagnóstica fue un proceso infeccioso, pero se confirma el diagnóstico por las imágenes pulmonares y se procede a la cirugía, logrando posteriormente el destete de las asistencia respiratoria.

Conclusión: A pesar de ser una complicación muy infrecuente, es una patología que hay que tener siempre en consideración ante una lobectomía, ya que el retraso en el diagnóstico puede traer severas consecuencias.

0017 VASCULITIS CEREBRAL PRIMARIA EN POST OPERATORIO INMEDIATO DE CIRUGÍA GINECOLÓGICA V BRIZUELA(1), MI CAZENA(1) (1) Universitario Austral.

Introducción: La vasculitis cerebral primaria es una enfermedad autoinmune con una incidencia menor al 3%. Afecta lusivamente vasos pequeños y medianos. Existen tres tipos histológicos, caracterizado por inflamación granulomatosa, necrotizante y linfocítica. El diagnóstico es la biopsia cerebral, pero al existir falsos negativos y positivos, existen otros métodos complementarios como la angiografía digital, RMN y examen de líquido cefalorraquídeo.

Presentación: Mujer de 40 años de edad, en postoperatorio de quistectomía de ovario izquierdo (fibroma). Ingres a las 48 horas a emergencias por afasia y paresia facioabrahual derecha con Glasgow 13/15. TC de cerebro evidencia hematoma intraparenquimatoso tálamo-mesencefálico izquierda de 29x26x26 mm y hemoventrículo. Deteriora Glasgow a 9/15 asociado a anisocoria, requiere ARM, se coloca DVE e ingresa a UCI. DTC y EEG sin alteraciones, LCR con hiperproteíorraquia (153 mg/dl), VSG y PCR elevadas y FAN positivo 1/640. Angiografía digital mostró estenosis multisegmentaria luminal distal en todos los vasos intracraneanos. Se trató con Metilprednisolona: 3 pulsos de 1 gramo y mantenimiento 1mg/kg. Se realizó angioRMN que constata reducción de calibre en vasos dependientes de ACM izquierda. Presenta mejoría neurológica y pasa a clínica.

Discusión: Dada la sospecha de vasculitis por síntomas neurológicos, parametros bioquímicos, imagenológicos y angiográficos se decidió tratamiento y no realizar biopsia. Entre los diagnósticos diferenciales, se planteó hipoflujo en la cirugía, patologías autoinmunes sistémicas, síndrome de vasoconstricción cerebral reversible, e infección, descartando todas las mismas.

Conclusión: Se obtuvo un diagnóstico probable, usando los criterios clínicos modificados por Birnbaum y Hellman, asociado a respuesta favorable al tratamiento.

0018 SINDROME DE ENCEFALOPATÍA POSTERIOR REVERSIBLE EN PREECLAMPSIA SEVERA EN EL SERVICIO DE EMERGENCIAS. A PROPÓSITO DE UN CASO

FA CASTRO MANGUI(1), L AGUILAR(1)
 (1) Hospital Nacional Posadas.

Introducción: El Síndrome de Encefalopatía Posterior Reversible (PRES) fue descrito por primera vez en 1996, su clínica es variable, la mayoría de pacientes presentan cefalea, trastornos de conciencia, convulsiones, vómitos y anomalías visuales.

El hallazgo imagenológico se caracteriza por una lesión cerebral posterior bilateral, edema vasogénico, especialmente en el lóbulo parietal y lóbulo occipital. La preeclampsia/eclampsia son las principales causas de PRES, presentándose mayormente en el posparto o intraparto.

Caso clínico: Paciente femenina de 23 años, cursa embarazo gemelar de 32 SG; acude al servicio de emergencia por 48 horas de cefalea, amaurosis bilateral, presenta cifras elevadas de TA y contracciones uterinas. Laboratorio evidencia IRA + hiperuricemia; se administran antihipertensivo EV y carga de sulfato de magnesio, se realiza cesárea de emergencia; pasa a unidad de terapia intensiva, continúa con antihipertensivos EV y mantenimiento de sulfato de magnesio.

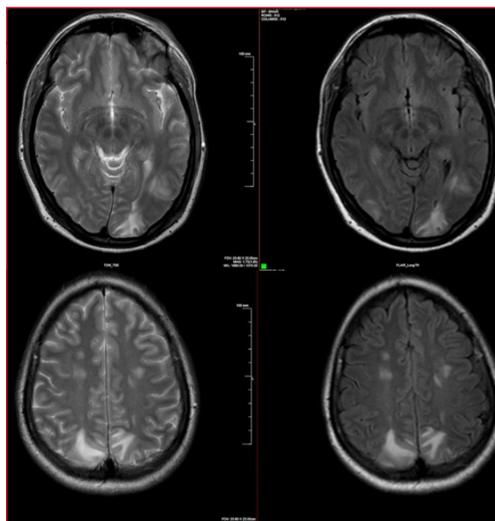
En RNM de Cerebro se evidencia imágenes hiperintensas en T2 y FLAIR a nivel cerebeloso, occipital y frontal bilateral, en relación a encefalopatía posterior reversible.

Paciente pasa a sala de Obstetricia con antihipertensivos orales, por evolución favorable se decide egreso hospitalario.

Discusión: Existen casos de PRES en su mayoría asociado a Eclampsia, así mismo reportes aislados asociados a Preeclampsia Severa con alta tasa de preceder a convulsiones eclámpicas. Además debido al compromiso parietooccipital, las manifestaciones visuales son comunes.

Conclusiones: El Síndrome de Encefalopatía Posterior Reversible, es una manifestación neurológica que rara vez ocurre durante la preeclampsia. Esto se debe tener en cuenta ante cualquier signo neurológico en mujeres embarazadas. La resonancia magnética con difusión es la mejor herramienta de diagnóstico. El manejo antihipertensivo, control de convulsiones y la terminación del embarazo son el pilar fundamental del tratamiento.

	22/06/2023	23/06/2023	28/06/2023
LEU	16.9	17.6	8
HB	12	9.9	8.8
HCTO	34.2	28.8	26.6
PLQ	209	147	271
TP	13.2		
ACT	101		
RIN	1		
KPTT	32.9		
GLU	80	72	73
UREA/CREA	0.43/1.35	0.46/1.25	0.33/0.6
AC. URICO	13.2		4.5
BT/BD	0.2/0.1	0.2/0.1	
ASAT/ALAT	40/15	45/10	
ALBÚMINA		2.2	3.2
IONOGRAMA	137/4.1/105	133/5/106	137/4.5/105
Ca/P/Mg	8.7/3.6/2.6	7.2/5.5/5.8	



0021 FACTORES ASOCIADOS A NEUMONÍA INTRAHOSPITALARIA DURANTE EL POSTOPERATORIO EN TERAPIA INTENSIVA

F MURILLO(1), M DEHEZA(2), A SCHMIDT

(1) Centro Gallego Buenos Aires. (2) Centro Gallego.

Introducción: Anualmente, alrededor de 300 millones de personas a nivel mundial se someten a cirugías, presentando tasas de mortalidad entre 1 y 4%. Un alto porcentaje de estos decesos están ligados a complicaciones perioperatorias, que oscilan entre 3 y 16%. Un estudio relevante indica que casi medio de estas complicaciones podrían prevenirse.

Enfoque Específico: La investigación se centra en la neumonía intrahospitalaria (NIH), una complicación frecuente en el entorno postoperatorio que representa cerca del 50% de todas las neumonías en hospitales. Estudios destacan que la NIH puede reducir drásticamente la supervivencia a largo plazo de los pacientes quirúrgicos y aumentar significativamente los costos médicos.

Objetivo: Identificar factores de riesgo perioperatorios vinculados a la NIH e investigar la distribución de bacterias causantes para mejorar decisiones de tratamientos antibióticos.

Metodología: A través de un estudio observacional longitudinal y analítico, se estudió a pacientes mayores de 18 años, ingresados en la UTI postcirugía en un hospital de Buenos Aires de marzo a noviembre de 2023.

Resultados: De 100 pacientes evaluados, 49 desarrollaron NIH. Factores como la edad avanzada y patologías abdominales se asociaron significativamente con la incidencia de NIH. Los patógenos más comunes incluyeron Klebsiella pneumoniae y Escherichia coli. Los pacientes con NIH tuvieron estancias más prolongadas en la UTI y aunque la tasa de supervivencia fue alta, disminuyó en comparación con los pacientes sin NIH.

Conclusión: La NIH es una complicación severa que aumenta la mortalidad, el costo y la duración de la estancia hospitalaria. Identificar factores de riesgo y ajustar el manejo antibiótico basándose en la identificación precisa de patógenos son pasos cruciales para mejorar los resultados en pacientes postoperatorios.

	Total (N=100)	No NIH (N=51)	NIH (N=49)	Valor p
Noradrenalina + vasopresina	2 (2.0)	-	2 (4.1)	
Ninguno	64 (64.0)	49 (96.1)	15 (30.6)	
Sonda nasogástrica, n (%)	41 (41.0)	8 (15.7)	33 (67.3)	<.001
Nutrición, n (%)				<.001
Oral	58 (58.0)	42 (82.4)	16 (32.7)	
Enteral	35 (35.0)	9 (17.6)	26 (53.1)	
Oral + enteral	3 (3.0)	-	3 (6.1)	
Parenteral	2 (2.0)	-	2 (4.1)	
Parenteral + enteral	2 (2.0)	-	2 (4.1)	
ARM, n (%)	21 (21.0)	3 (5.9)	18 (36.7)	.0003
Escala SOFA, n (%)				.001
0-1	56 (56.0)	37 (72.5)	19 (38.8)	
≥2	44 (44.0)	14 (27.5)	30 (61.2)	
Escala de Glasgow, n (%)				.7823
3-8	4 (4.0)	2 (3.9)	2 (4.1)	
9-12	6 (6.0)	2 (3.9)	4 (8.2)	
13-15	90 (90.0)	47 (92.2)	43 (87.8)	
Estancia en UTI (días), mediana (RIC)	4 (2 - 10.3)	2 (2 - 3)	10 (6 - 20)	<.001
Estado al alta de UTI, n (%)				.3134
Vivo	91 (91.0)	48 (94.1)	43 (87.8)	
Fallecido	9 (9.0)	3 (5.9)	6 (12.2)	

Tabla 1. Características demográficas y relacionadas con la estancia en la unidad de terapia intensiva (UTI).

	Total (N=100)	No NIH (N=51)	NIH (N=49)	Valor p
Edad (años), mediana (RIC)	76 (69 - 86)	73 (67 - 84)	80 (70 - 87)	.0362
Sexo (femenino), n (%)	65 (65.0)	35 (68.6)	30 (61.2)	.5713
IMC (kg/m ²), n (%)				.0442
Normal	14 (14.0)	10 (19.6)	4 (8.2)	
Sobrepeso	5 (5.0)	2 (3.9)	3 (6.1)	
Obesidad tipo I	57 (57.0)	32 (62.7)	25 (51.0)	
Obesidad tipo II	24 (24.0)	7 (13.7)	17 (34.7)	
Motivo de admisión, n (%)				<.001
Patología abdominal	23 (23.0)	7 (13.7)	16 (32.7)	
Patología cardiovascular	22 (22.0)	20 (39.2)	2 (4.1)	
Fractura ósea	18 (18.0)	12 (23.5)	6 (12.2)	
Neoplasia sólida	18 (18.0)	6 (11.8)	12 (24.5)	
ACV	10 (10.0)	5 (9.8)	5 (10.2)	
Patología del SNC	4 (4.0)	-	4 (8.2)	
Hemorragia digestiva	2 (2.0)	-	2 (4.1)	
Infección de partes blandas	2 (2.0)	-	2 (4.1)	
Otro	1 (1.0)	1 (2.0)	-	
Piperacilina Tazobactam, n (%)	41 (41.0)	2 (3.9)	39 (79.6)	<.001
Amikacina, n (%)	9 (9.0)	1 (2.0)	8 (16.3)	.0147
Metronidazol, n (%)	9 (9.0)	1 (2.0)	8 (16.3)	.0147
Vancomicina, n (%)	9 (9.0)	1 (2.0)	8 (16.3)	.0147
Meropenem, n (%)	5 (5.0)	-	5 (10.2)	.0253
Colistina, n (%)	5 (5.0)	-	5 (10.2)	.0253
Ceftriaxona, n (%)	2 (2.0)	-	2 (4.1)	.2376
Fluconazol, n (%)	1 (1.0)	-	1 (2.0)	.4900
Analgésia, n (%)				<.001
Morfina	42 (42.0)	6 (11.8)	36 (73.5)	
Diclofenaco	8 (8.0)	7 (13.7)	1 (2.0)	
Tramadol	3 (3.0)	-	3 (6.1)	
Fentanilo	2 (2.0)	-	2 (4.1)	
Ketorolaco	2 (2.0)	2 (3.9)	-	
Ninguno	43 (43.0)	36 (70.6)	7 (14.3)	
Sedación, n (%)	15 (15.0)	1 (2.0)	14 (28.6)	.0005
Vasoadictivos, n (%)				<.001
Noradrenalina	27 (27.0)	1 (2.0)	26 (53.1)	
Nitroglicerina	7 (7.0)	1 (2.0)	6 (12.2)	

0022 ESTUDIO COMPARATIVO EN INTUBACIÓN OROTRAQUEAL ENTRE ANESTESIÓLOGOS (QUIRÓFANO) E INTENSIVISTAS (UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA) EN UN HOSPITAL DEL GOBIERNO DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES (GCBA)
 M DEHEZA(1), L DURÁN CAÑARTE, R, S MARISSI(2), A SCHMIDT(1)
 (1) Rivadavia. (2) Uom

Introducción: La intubación orotraqueal (IOT) es un procedimiento crítico tanto en quirófano como en la unidad de terapia intensiva (UTI). Estudiamos la efectividad del procedimiento entre anestesiólogos e intensivistas.

Materiales y Métodos: Este estudio comparativo observacional y prospectivo realizado en un hospital público de CABA entre junio y noviembre de 2019. Se analizaron un total de 40 procedimientos de intubación, 20 en cada entorno, realizados por un grupo compuesto por 8 anestesiólogos y 10 intensivistas. La investigación se centró

en medir diversas variables como la frecuencia de complicaciones, el uso de drogas y técnicas de pre-oxigenación, la evaluación mediante las escalas de Mallampati y Cormack-Lehane, la cantidad de intentos necesarios para una intubación exitosa, y otros factores relacionados con la seguridad y eficacia del procedimiento.

Objetivos: Comparar las técnicas de IOT realizadas por médicos anestesiólogos en el quirófano y por médicos intensivistas en la UTI.

Resultados: En cuanto a los resultados, no se encontraron diferencias significativas en términos demográficos entre los grupos de pacientes intubados por anestesiólogos versus los intubados por intensivistas. Sin embargo, se observaron algunas diferencias operativas y de resultados entre los dos escenarios. Los anestesiólogos utilizaban con mayor frecuencia técnicas especializadas para el posicionamiento de la cabeza y la pre-oxigenación del paciente, y recurrían más a bloqueantes neuromusculares. Además, estos profesionales demostraron un mayor tiempo de apnea tolerado y un 100% de ellos empleó la técnica de secuencia rápida de intubación, en comparación con el 40% de los intensivistas. A pesar de que la tasa de éxito en la intubación fue similar en ambos grupos, las complicaciones tales como hipoxemia e hipotensión arterial fueron más frecuentes en los procedimientos realizados por intensivistas. No obstante, la utilización de dispositivos adyuvantes fue similar en ambos contextos.

Conclusión: La investigación mostró que, aunque la eficacia de la intubación orotraqueal es similar en ambos entornos, el procedimiento en el quirófano con anestesiólogos tiende a ser más seguro. Esto sugiere que la especialización y técnicas de los anestesiólogos en el quirófano contribuyen a la menor incidencia de complicaciones comparado con la intubación realizada en UTI por intensivistas.

INTUBACIÓN OROTRAQUEAL ENTRE ANESTESIÓLOGOS E INTENSIVISTAS

Tabla 1: Variables de datos demográficos y reconocimiento de la vía aérea en la intubación endotraqueal en médicos anestestistas y terapistas intensivistas.

	Anestesta (N = 20)	Terapista Intensivo (N = 20)	Valor de P
Edad			
11 a 20	1	0	>0,99
21 - 30	4	0	
31 - 40	3	2	
41 - 50	6	2	
51 - 60	5	7	
61 - 70	1	3	
71 - 80	0	6	
Sexo			
FEMENINO	15	13	>0,99
MASCULINO	5	7	
TALLA/cm			
150 - 160	9	5	>0,99
161 - 170	9	8	
171 - 180	2	7	
IMC			
INFRAPESO: <18,5	0	0	>0,99
PESO NORMAL: 18,5 - 24,9	4	8	
SOBREPESO: 25 - 29,9	13	10	
OBESIDAD: ≥30	3	2	
ESCALA DE MALLAMPATI			
I	6	9	0.08
II	11	6	0.006
III	3	3	-
IV	0	1	-
NO RECONOCIDA	0	1	-
CLASIFICACIÓN DE CORMACK - LEHANE			
I	18	13	0.04
II	2	3	0.31
III	0	4	-
IV	0	0	-

INTUBACIÓN OROTRAQUEAL ENTRE ANESTESIOLOGOS E INTENSIVISTAS

Tabla 2: Variables eficacia y seguridad en la intubación endotraqueal en médicos anestesiólogos y terapeutas intensivos.

	Anestesiólogo (N = 20)	Terapeuta Intensivo (N = 20)	Valor de P
Posicionamiento de la cabeza:			
Cabeza con cojín	20 (100)	12 (60)	0.0016
Hiperextensión del cuello	20 (100)	10 (50)	<0.0001
Rampa en obesos	2 (66)	0 (0)	-
Preoxigenación	20 (100)	20 (100)	>0.9
Utilización de drogas:			
Sedante/hipnótico	20 (100)	20 (100)	>0.9
Analgésico	20 (100)	16 (80)	0.13
Relajante muscular	20 (100)	8 (40)	<0.0001
Tiempo de apnea en segundos			
Tiempo de apnea en segundos	54 (m)	12,8 (m)	<0.0001
Tiempo total de la técnica	71,3 (m)	52,1 (m)	0.08
Exitosa	20 (100)	20 (100)	>0.9
Al primer intento	19 (95)	19 (95)	>0.9
Complicaciones durante el procedimiento:			
Intubación esofágica	0	1 (5)	-
Intubación bronquial	0	0	-
Hipoxemia	0	4 (20)	-
Hipotensión	4 (20)	8 (40)	0.009
Traumatismo dental	0	1 (5)	-
TOTAL	4 (20)	14 (70)	<0.0001
Necesidad de dispositivos adyuvantes			
Necesidad de dispositivos adyuvantes	5 (25)	3 (15)	0.11
Dificultad de Intubación:			
Si	2 (10)	3 (15)	0.31
No	18 (90)	17 (85)	0.86

0024 EFICACIA DE LA PREDICCIÓN DEL SÍNDROME DE LIBERACIÓN DE CITOQUINAS EN RECEPTORES DE TERAPIA CAR-T CON PUNTUACIONES EASIX: LDCGB VS MIELOMA MÚLTIPLE

D AVILA POLETTI(1), I HUESPE(1), S JONNA(2), L RAAVI(2), S ISHA(2), A JENKINS(2), A HANSON(2), M LAS HERAS(1), D SANGHAVI(2), D AVILA POLETTI(3)

(1) Hospital Italiano De Buenos Aires. (2) Mayo Clinic. (3) Italiano De Buenos Aires

Introducción: La terapia CAR-T ha transformado el tratamiento de neoplasias hematológicas, pero enfrenta desafíos relacionados con la toxicidad, como el Síndrome de Liberación de Citoquinas (SLC). La puntuación *Endothelial Activation and Stress Index (EASIX)* evalúa el daño endotelial y utiliza los valores de lactato deshidrogenasa (LDH), creatinina y recuento de plaquetas. Este modelo puede predecir el SLC y neurotoxicidad (también llamada síndrome de neurotoxicidad asociado a células efectoras inmunitarias o *ICANS* en inglés). Se validaron distintas versiones de EASIX en pacientes con linfoma de células B grandes (LDCGB) y mieloma múltiple (MM).

Métodos: Se realizó un estudio retrospectivo en el cual se incluyeron pacientes tratados con CAR-T en la Clínica Mayo, USA entre 2019 y 2023. Se evaluaron datos demográficos, parámetros clínicos y de laboratorio. Se calcularon las puntuaciones EASIX, m-EASIX (modificado) y s-EASIX (simplificado) utilizando valores de PCR, LDH, creatinina y plaquetas. Se comparó la capacidad de predicción de estas puntuaciones en pacientes con LDCGB y MM.

Resultados: Se incluyeron 214 pacientes adultos tratados en el periodo de estudio (edad media 60.7 años, 60.7% varones, 90.1% blancos) con LDCGB (42.5%) y MM (28.5%) tratados con CAR-T en la Clínica Mayo (2019 y 2023). Se observó que las puntuaciones EASIX, m-EASIX y s-EASIX aumentaron antes de la terapia CAR-T en pacientes con SLC de alto grado secundario a la linfodepleción. Durante este tratamiento de linfodepleción, m-EASIX (0.77 [0.57, 0.99]) y s-EASIX (0.78 [0.54, 0.99]) mostraron una capacidad de predicción similar para el SLC en pacientes con LDCGB, sin embargo,

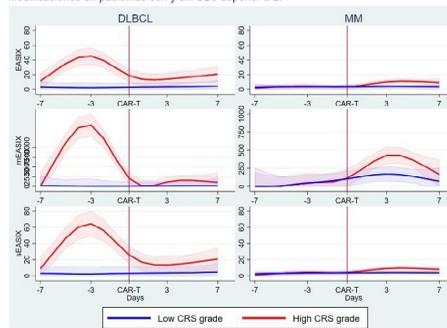
ninguna de las puntuaciones EASIX fueron útiles para predecir SLC en pacientes con MM (AUROC: 0.48 [0.31, 0.66]).

Conclusión: Las puntuaciones m-EASIX y s-EASIX pueden ayudar a predecir el SLC en pacientes con LDCGB, pero no son útiles en pacientes con MM. Estas herramientas pueden facilitar la identificación temprana de pacientes de alto riesgo y mejorar los resultados mediante intervenciones oportunas. Se necesitan más estudios para validar su eficacia en la práctica clínica.

Tabla 1. Variables demográficas basadas en SLC

	Total (N=214)	SLC grado 0 o 1 (N=129)	SLC ≥ 2 (85)	p.total
Edad	60.7 (12.9)	60.3 (13.2)	61.4 (12.4)	0.542
Femenino:	84 (39.3%)	49 (38.0%)	35 (41.2%)	0.745
Diagnóstico:				0.095
TOTAL	4 (1.87%)	2 (1.55%)	2 (2.35%)	
Linfoma de células B	17 (7.94%)	8 (6.20%)	9 (10.6%)	
Leucemia linfocítica crónica	9 (4.21%)	2 (1.55%)	7 (8.24%)	
LDCGB	91 (42.5%)	59 (45.7%)	32 (37.6%)	
Linfoma folicular	12 (5.61%)	9 (6.98%)	3 (3.53%)	
Linfoma de células del manto	9 (4.21%)	3 (2.33%)	6 (7.06%)	
Mieloma Múltiple	61 (28.5%)	37 (28.7%)	24 (28.2%)	
Linfoma no Hodgkin	6 (2.80%)	5 (3.88%)	1 (1.18%)	
Otros	5 (2.34%)	4 (3.10%)	1 (1.18%)	
Origen étnico:				0.944
Blanco	191 (90.1%)	114 (89.8%)	77 (90.6%)	
Hispanolatino	5 (2.36%)	3 (2.36%)	2 (2.35%)	
Asiático	6 (2.83%)	3 (2.36%)	3 (3.53%)	
Altoamericanos	4 (1.89%)	3 (2.36%)	1 (1.18%)	
Indio americano/Nativo americano	2 (0.94%)	1 (0.79%)	1 (1.18%)	
Desconocido	2 (0.94%)	1 (0.79%)	1 (1.18%)	
Otros	2 (0.94%)	2 (1.57%)	0 (0.00%)	
Comorbilidades (opción=Hipertensión)	71 (33.2%)	46 (35.7%)	25 (29.4%)	0.423
Comorbilidades (opción=Hiperlipidemia)	29 (13.6%)	21 (16.3%)	8 (9.41%)	0.218
Comorbilidades (opción=Obesidad)	23 (10.7%)	11 (8.53%)	12 (14.1%)	0.286
Comorbilidades (opción=Diabetes)	30 (14.0%)	21 (16.3%)	9 (10.6%)	0.331
Comorbilidades (opción=ERC)	36 (16.8%)	21 (16.3%)	15 (17.6%)	0.94
Comorbilidades (opción=COPD)	2 (0.93%)	2 (1.55%)	0 (0.00%)	0.519
Comorbilidades (opción=ACV)	4 (1.87%)	3 (2.33%)	1 (1.18%)	0.999
Comorbilidades (opción=Insuficiencia cardíaca)	9 (4.21%)	5 (3.88%)	4 (4.71%)	0.743
Comorbilidades (opción=CAD)	10 (4.67%)	7 (5.43%)	3 (3.53%)	0.743
Comorbilidades (opción=Gota)	5 (2.34%)	4 (3.10%)	1 (1.18%)	0.65

Figura 1. Análisis descriptivo del cambio en el tiempo de la puntuación EASIX y las modificaciones en pacientes con y sin SLC superior a 2.



Estos gráficos describen el cambio de las puntuaciones en pacientes con LDCGB y MM a lo largo del tiempo, entre 7 días antes y después de la terapia CAR-T. Observamos que las puntuaciones EASIX son diferentes en pacientes con 2 o más grados de SLC, especialmente el mEASIX que incluye (PCR * LDH) / plaquetas.

0025 ANÁLISIS COMPARATIVO DE LOS EFECTOS ADVERSOS DE LA SEDOANALGESIA PROFUNDA VS. SEDOANALGESIA LIGERA EN PACIENTES ADULTOS EN VENTILACIÓN MECÁNICA

A PERDOMO(1), M DEHEZA(2)

(1) Centro Gallego De Buenos Aires. (2) Centro Gallego Buenos Aires.

Introducción: La sedación en las unidades de cuidados intensivos (UCI) es vital para facilitar la ventilación mecánica y reducir la ansiedad de los pacientes. Estudios actuales indican que la sedación

ligera, en comparación con la profunda, resulta en tiempos más cortos de ventilación, estancias hospitalarias reducidas y menos complicaciones.

Objetivos: Fue evaluar los efectos hemodinámicos, mortalidad, duración de la ventilación mecánica, éxito en el proceso de desvinculación de la ventilación y el uso de medicamentos para la sedoanalgesia en pacientes sometidos a ventilación mecánica.

Materiales y Métodos: El estudio se llevó a cabo en una UCI de Buenos Aires entre mayo y noviembre de 2023, analizando la sedación profunda (RASS -3 a -5) vs. la sedación ligera (RASS +1 a -2) en adultos bajo ventilación mecánica. Participaron 34 pacientes, predominantemente varones de edad mediana 74 años.

Resultados: El estudio analizó a 34 pacientes en una UCI, mayormente varones de 74 años. Se encontró que la mayoría tuvo neumonía al ingreso, seguido de sepsis y enfermedad pulmonar obstructiva crónica. La sedación con midazolam y analgesia con fentanilo y morfina fueron comunes. Algunos pacientes necesitaron drogas vasoactivas y siete requirieron traqueostomía. La sedación profunda se relacionó con más complicaciones y uso de drogas vasoactivas, así como con estancias hospitalarias más largas. VER TABLAS II Y III

Conclusión: Este estudio destaca los riesgos de la sedación profunda en pacientes con ventilación mecánica en UTI: mayor estancia en UTI, uso de drogas vasoactivas, ventilación prolongada, fracaso en el destete, traqueostomía y mortalidad. Se enfatiza la necesidad global de reducir la sobre sedación para mejorar resultados clínicos.

Tabla II. Comparación en las puntuaciones medianas de signos vitales antes y después de la sedación según el tipo de sedación.

Signos vitales	sedación ligera		sedación profunda		Valor p
	Inicio	Posterior	Inicio	Posterior	
TA sistólica	115 (90-140)	105 (80-118)	84 (76-119)	86 (80-111)	0,057
TA diastólica	64 (50-85)	64 (47-71)	48,5 (42-65)	50 (40-63)	0,904
FC	102 (85-120)	95 (90-115)	100 (88-120)	99 (82-106)	0,655
FR	18 (18-22)	18 (16-22)	22,5 (18-24)	19 (18-24)	0,995

Tabla III. Comparación de variables principales según el tipo de sedación.

	Sedación ligera (n= 18)	Sedación profunda (n= 16)	Valor p
Tiempo de internación, md (q1-q3)	6,5 (4-11)	7 (3-30)	0,951
Tiempo de ARM, md (q1-q3)	2 (2-6)	14 (9,5-15)	0,039
Numero de traqueostomía, md (q1-q3)	12 (6-19)	27,5 (13-61,5)	0,355
Weaning, n (%)	13 (86,7)	1 (20,0)	0,014
Exitoso	2 (13,3)	4 (80,0)	
Fallido			
Requerimiento de drogas vasoactivas, n (%)	9 (50,0)	15 (93,8)	0,008
Complicaciones, n (%)	2 (11,1)	12 (75,0)	<0,001
Mortalidad, n (%)	2 (20%)	8 (80%)	0,017

Referencias: n, frecuencia, % porcentaje, md mediana, q1 primer cuartil, q3 tercer cuartil.

0028 COMPLICACIONES DURANTE LA TRANSFERENCIA DE OXIGENACIÓN POR MEMBRANA EXTRACORPÓREA (ECMO) EN ARGENTINA: UN ESTUDIO OBSERVACIONAL MULTICÉNTRICO

A PEREZ FLORES(3), N CARRIZO(1), R AVILA(2), I HUESPE(3), R NUÑEZ(2), S BAUQUE(3), C CASABELLA(4), M NORESE(4), V MONZON(3), F PALIZAS(5), S VILLARROEL(3)

(1) Provincial Jose M. Cullen. (2) Privado Universitario De Cordoba. (3) Italiano. (4) Clínica Bazterrica - Santa Isabel. (5) Clínica Bazterrica - Santa Isabel - Argentina.

Introducción: Existe una falta de casos documentados sobre las complicaciones que ocurren durante el traslado con ECMO en los países de ingresos medios. Además, los dispositivos portátiles de ECMO, aunque facilitan el transporte, tienen un coste significativamente mayor, por lo que es necesario demostrar la utilidad práctica de su uso.

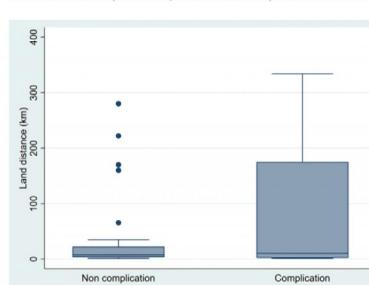
Objetivo del estudio: El objetivo de este estudio es describir las complicaciones durante el traslado con ECMO en Argentina y comparar las tasas de complicaciones entre los sistemas Cardiohelp y Rotaflow.

Materiales y Métodos: Se realizó un estudio retrospectivo observacional multicéntrico en cuatro hospitales de alta complejidad de Argentina. Se incluyeron pacientes mayores de 18 años sometidos a transferencia de ECMO entre enero de 2017 y julio de 2023. Las complicaciones se clasificaron en base a la clasificación de gravedad de Ericsson. El efecto del sistema de ECMO (Cardiohelp vs. Rotaflow) sobre la tasa de complicaciones se evaluó mediante un análisis de regresión logística ponderada por ponderación de probabilidad inversa (IPWT) después de la evaluación de puntuación de propensión (Propensity Score) para ajustar por factores de confusión.

Resultados: El estudio incluyó 65 pacientes que fueron trasladados para tratamiento con ECMO. Se produjeron complicaciones en el 40% (IC 95%: 28%, 52%; n=26) de los traslados, siendo las complicaciones de grado 3 las más prevalentes con un 19% (IC 95%: 5%, 23%; n=8). Cardiohelp se asoció con menos complicaciones durante el traslado con ECMO, mostrando una OR bruta de 0,25 (IC del 95%: 0,08; 0,75), y tras el ajuste por IPWT, una OR de 0,27 (IC del 95%: 0,08; 0,93).

Conclusiones: Los ECMO móviles en países de renta media presentan un comportamiento similar al de los países de renta alta. Se observaron menos complicaciones en los traslados realizados con ECMO portátil integrado y distancias superiores a 100 km.

Figura 2. Diagrama de cajas que representa la distribución de la distancia terrestre en kilómetros entre los pacientes que sufren una complicación durante el traslado de ECMO



0029 MENINGITIS POR STREPTOCOCCUS AGALACTIAE EN UN PACIENTE ADULTO

NA CARLOS MEDINACELI(1), G MONTI(2), C LLERENA(2), J QUIROZ CEDEÑO(2), K BANZER(2), J PIMENTEL(3), A GONZALEZ(3)

(1) Hospital Central De San Isidro. (2) Central San Isidro. (3) Central San Isidro.

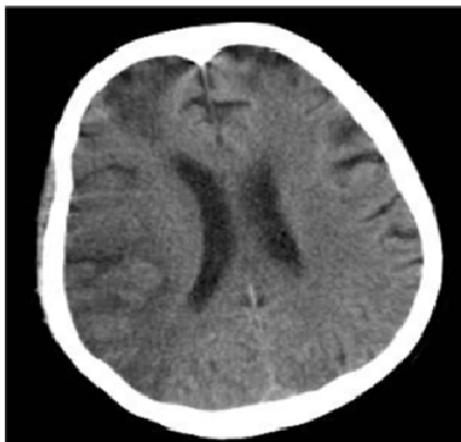
Introducción: La meningitis bacteriana aguda es una de las infecciones más frecuentes del sistema nervioso central en adultos. Los agentes etiológicos más frecuentes son Streptococcus pneumoniae y Neisseria meningitidis. Puede ser causada por otros microorganismos, tales como Streptococcus agalactiae, representando aproximadamente el 1% de todos los casos de meningitis.

Caso clínico: Femenina de 62 años de edad con antecedentes personales de hipertensión arterial, tabaquismo, diabetes reciente diagnóstico, personal de guardería infantil. Ingres a guardia por síndrome confusional, asociado a diarrea y vómitos de 24 horas de evolución, leucocitosis, tomografía de céfalo sin particularidades, punción lumbar con presión de apertura de 15 cm/H2O líquido cefalorraquídeo, turbio, predominio mononuclear, hiperproteorraquia, hiperlactacidemia. Ante la sospecha de meningitis - encefalitis, se inició tratamiento antibiótico empírico con ceftriaxona, ampicilina, más aciclovir se decide mantener el mismo esquema hasta resultados de cultivos. Requiere intubación orotraqueal y ventilación mecánica por deterioro del sensorio, por rescate de Strep-

tococcus agalactiae en hemocultivos y LCR continúa tratamiento con ampicilina. En el proceso de desvinculación de la ventilación mecánica presenta hemiparesia faciobraquiocrural derecha, constatación en TC de encéfalo lesión hipodensa fronto-temporo-parietal derecha, el día diecinueve se realiza traqueostomía, por ventilación mecánica prolongada.

Discusión: La infección del sistema nervioso central ocurre por igual entre huéspedes inmunocomprometidos e inmunocompetentes con una mortalidad de aproximadamente del 27 %. Entre los adultos mayores, la tasa de mortalidad llega al 56%. Las bacteriemias sin foco comprenden entre el 30% y 40% de los episodios invasivos, se reportaron ictus isquémico en pacientes con endocarditis bacteriana por *S. agalactiae*. De acuerdo a la evidencia disponible la meningitis por *S. agalactiae* en adultos es poco frecuente. La encefalopatía y bacteriemia como formas de presentación de este germen son frecuentes.

Conclusiones: La infección por *S. agalactiae* es la principal causa de bacteriemia y meningitis en el recién nacido, y causa importancia de infecciones maternas periparto. Sin embargo, la incidencia de infecciones invasivas causadas por *S. agalactiae* ha aumentado durante los últimos años en adultos no embarazadas, lo cual nos lleva a incluirla entre los diagnósticos diferenciales de meningitis y considerar las complicaciones neurológicas de las cuales se tiene poco reporte de casos.



TC de encéfalo realizada durante la internación:
Hipodensidad Fronto-temporo-parietal derecha.

0030 DENGUE EN POST OPERATORIO INMEDIATO DE TRASPLANTE HEPÁTICO. REPORTE DE CASO

LJ ANTONIOW(1), L ANTONIOW(1), R AREVILLCAR YUGAR(1), K BOTANA(1)
(1) Hospital El Cruce.

Introducción: El dengue es una complicación poco frecuente pero potencialmente grave en el post operatorio inmediato del trasplante hepático. Su manejo es complicado.

Presentación del caso: Paciente femenina de 37 años con antecedentes de ex tabaquismo, 4 gestas y 4 partos, último en DIC 2023. HTA gestacional, crisis HTA post parto, en tratamiento con alfametildopa 250mg cada 8 hs.

Inicio del cuadro: dolor abdominal más ictericia, evaluada en otro centro de salud, probable diagnóstico Hepatitis A.

Luego de 20 días continua con síndrome clínico de Hepatitis aguda, coagulopatía y encefalopatía. MELD Na 34, derivación a centro de trasplante hepático por hepatitis fulminante de etiología desconocida. TC de cerebro sin evidencia de lesiones agudas isquémicas ni hemorrágicas. TC de abdomen, hígado de bordes romos con líquido libre perihepático, vena porta permeable.

El día 21 de marzo se realiza trasplante hepático. Donante con serología dengue positiva. Serología de la paciente para dengue negativa.

Después de 2 días se recibe serología para dengue positiva en la paciente trasplantada. Se administra tratamiento con Sofobusvir/Velpatasvir 400/100 mg/día.

Discusión: Los receptores de trasplante pueden adquirir el dengue por vectores o a través de un donante. La trombocitopenia se presenta en el 80% de los casos con una mortalidad del 16% frente a 3.7% de la población general.

Conclusión: En contexto de epidemia, sería importante protocolizar PCR en donantes, teniendo en cuenta la alta mortalidad por esta infección en los receptores.



0031 EVALUACIÓN DE LA NUEVA DEFINICIÓN PROPUESTA DE SDRA EN UNA COHORTE HOSPITALIZADA DE PACIENTES COVID-19 TRATADOS CON OXÍGENO NASAL DE ALTO FLUJO

G OLAIZOLA(1), I CARBONI BISSO(1), M LAS HERAS(1), I HUESPE(1)
(1) Hospital Italiano De Buenos Aires

Antecedentes: La Nueva Definición Global de SDRA introdujo recientemente un subgrupo conocido como SDRA no intubado. El objetivo de este estudio es evaluar el riesgo de progresión a intubación y la gravedad del SDRA en función de la relación SpO₂:FiO₂ en pacientes con SDRA no intubados.

Métodos: Este estudio retrospectivo incluyó pacientes COVID-19 ingresados en nueve hospitales (siete en Estados Unidos y dos en Argentina) desde enero de 2020 hasta enero de 2023. Se incluyeron pacientes que cumplían la nueva definición de SDRA no intubado (HFNC con una relación SpO₂:FiO₂ ≤315 [con SpO₂ ≤97%] o una relación PaO₂:FiO₂ ≤300 mmHg mientras recibían ≥30 L/min de O₂ mediante HFNC). El estudio evaluó la proporción de pacientes que progresaron a intubación, los niveles de gravedad utilizando el punto de corte de la relación SpO₂:FiO₂ propuesto en la Nueva definición de SDRA, y la mortalidad.

Resultados: Se incluyeron 1031 pacientes con SDRA no intubados, de los cuales el 26,1% (n=264) progresaron hasta cumplir los criterios de Berlín en una mediana de 3 días (IQR 2, 6). La mortalidad global fue del 23% (IC del 95%: 20 a 26%; N=237), y entre los pacientes que evolucionaron hasta cumplir los criterios de Berlín fue del 37% (IC del 95%: 31 a 43; N=98). Además, la relación SpO₂:FiO₂ al día del diagnóstico de SDRA se correlacionó con la mortalidad, con tasas de mortalidad del 26% (IC 95%: 22 a 29%; n=177) para los pacientes con SpO₂:FiO₂ ≤ 148, del 17% (IC 95%: 12% a 23%; n=38) para los que tenían SpO₂:FiO₂ entre 149 y 234, y del 16% (IC 95%: 8 a 28%; n=10) para los pacientes que mantenían una SpO₂:FiO₂ superior a 235 (p=0,03).

Conclusiones: Los criterios de SDRA no intubado abarcan un espectro más amplio de pacientes con menor mortalidad intrahospitalaria en comparación con los criterios de Berlín. El cociente SpO₂:FiO₂ y el umbral de gravedad del SDRA propuestos en la nueva definición global de SDRA son valiosos predictores de la mortalidad intrahospitalaria en estos pacientes.

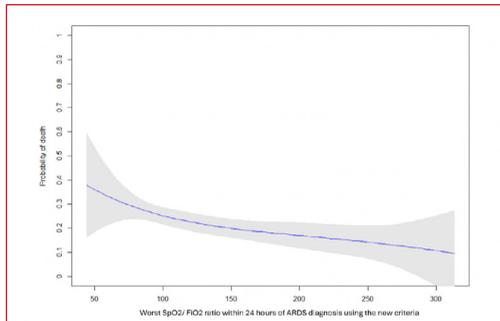


Figura 2: Modelo de spline cúbico restringido con intervalos de confianza del 95% que representa la relación entre la relación SpO₂/FiO₂ medida 24 horas después del diagnóstico de SDRA (criterios de SDRA no intubado) y la mortalidad intrahospitalaria.

Tabla 1. Comparación de los pacientes que cumplieran tanto los criterios de SDRA no intubado como los criterios de Berlín frente a los que sólo cumplieran los criterios de SDRA no intubado.

Variables	Total (N=1013)	Met only non-intubated ARDS criteria (N=749)	Met both Berlin and non-intubated ARDS criteria (N=264)	p overall
Sexo femenino - n(%)	298 (29%)	216 (28%)	82 (31%)	0.2
Edad - media (DE)	63 (15)	63 (16)	61 (14)	0.054
APACHE II - media (DE)	13 (7)	13 (6)	13 (7)	0.058
SOFA - mediana (IQR)	4 (3)	4 (3)	5(5)	<0.001
Índice de Masa Corporal - media (DE)	31 (8)	31 (8)	32 (8)	0.015
Enfermedad coronaria - n(%)	95 (9%)	71 (9%)	24 (9%)	0.822
Hipertensión - n(%)	434 (43%)	322 (44%)	112 (43%)	0.792
Insuficiencia cardíaca congestiva - n(%)	31 (3%)	23 (3%)	8 (3%)	0.987
Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica - n(%)	106 (11%)	81 (11%)	25 (10%)	0.513
Insuficiencia Renal Crónica - n(%)	94 (9%)	67 (9%)	27 (10%)	0.537
Diabetes - n(%)	235 (24%)	168 (23%)	67 (25%)	0.363
Ventilación mecánica invasiva - n(%)	343 (34%)	79 (11%)	264 (100%)	<0.001
Estadia UCI (días) - mediana (IQR)	7.35 (4, 14)	4.81 (3, 9)	14 (8, 25)	<0.001
Estadia hospitalaria (days) - mediana (IQR)	13(9, 23)	11 (8, 18)	21 (14, 34)	<0.001
Mortalidad - n(%)	237 (23%)	139 (19%)	98 (37%)	<0.001

0032 AFECTACIÓN HEPÁTICA GRAVE COMO DEBUT DE UN SÍNDROME HEMOFAGOCÍTICO. REPORTE DE UN CASO

F GOMEZ CARREÑO(1), G NIS(1), JN VEGA ROMERO(1), M BONO(1)
 (1) San Roque

Introducción: El síndrome hemofagocítico (SHF) es una condición clínica grave caracterizada por una reacción hiperinflamatoria sistémica e incontrolada. Puede ser de origen hereditario o adquirido, desencadenado por una activación excesiva de histiocitos y linfocitos, lo que conlleva a una respuesta citoquinética intensa. Las causas más comunes incluyen infecciones virales, neoplasias hematológicas y enfermedades autoinmunes. Aunque la afectación hepática es frecuente en el SHF, suele ser leve, siendo este caso excepcional por su gravedad inicial.

Presentación del Caso: Se describe el caso de un paciente de 18 años con síndrome febril persistente, pancitopenia y hepatitis grave. A pesar de múltiples tratamientos previos, no hubo mejoría. Los hallazgos de laboratorio revelaron una alteración significativa en las pruebas hepáticas, así como marcadores sugestivos de SHF. Se identificó la infección por CMV como desencadenante del síndrome. Se inició tratamiento con dexametasona y ganciclovir, con una evolución favorable y alta hospitalaria.

Discusión: Se destacan los criterios diagnósticos del SHF y cómo el paciente cumplía con varios de estos criterios, incluyendo la presencia de hemofagocitosis medular. Se enfatiza la importancia de considerar el SHF en pacientes con alteraciones hepáticas graves y pancitopenia. Se discuten también las implicaciones pronósticas y terapéuticas.

Conclusiones: Se subraya la alta mortalidad asociada al SHF, principalmente por sepsis y hemorragia intracerebral. Aunque la afectación hepática no suele ser la causa directa de muerte, es un marcador de gravedad. El tratamiento esteroideo fue efectivo en este caso, destacando la importancia del diagnóstico temprano y el tratamiento oportuno para mejorar el pronóstico del paciente.

0033 ENCEFALITIS POR DENGUE: UNA COMPLICACIÓN RARA PERO TEMIDA DE LA FIEBRE DEL DENGUE

A FELDMAN(1), C LOPEZ(1), M ALIAGA(1), M RENK(1), D VARELA(1), A ALEJANDRO(1), K SIVILA(1), D QUARANTA(1), J CAPELLA(1)
 (1) Churruca

Introducción: La encefalitis del dengue (DENV) se produce por una afectación directa del sistema nervioso central, es una complicación rara. Su incidencia puede variar del 0,5% al 6%

Presentación del caso clínico: Paciente de 75 años con antecedentes de hipertensión arterial, hipoacusia, infarto agudo de miocardio, fibrilación auricular crónica, anticoagulado, obeso. Cursaba internación en clínica médica por síndrome confusional hipoactivo de probable causa infecciosa, más mioclonías con requerimiento de levetiracetam. Requirió tratamiento con ceftriaxona, ampicilina y Aciclovir. Evoluciono con Glasgow 8/15, sin signos meníngeos, por lo cual ingresa a UTI el 21/03, requiere intubación orotraqueal y ARM, hemodinámicamente estable. Pupilas isocóricas reactivas. Reflejos osteotendinosos conservados, presenta mioclonías en ambos miembros superiores. SOFA 10. Datos positivos en el laboratorio, plaquetopenia 70000, TGO 200, crea 3.8 eritrosedimentación 18, procalcitonina 2, calcio iónico 1 y proteinorraquia en el líquido cefalorraquídeo. Serología para dengue: IgM 111 (positivo) y PCR de líquido cefalorraquídeo: positivo para dengue. Electroencefalograma: Lentificación difusa, sin evidencia de actividad epileptiforme. Hemocultivos negativos. Evoluciono en coma espontáneo, con mioclonías en miembros superiores. Por presentar fisiscoquímico de LCR y panel filmarray negativo para gérmenes comunes, se suspende antibioticoterapia. RNM de céfalo: no se observan imágenes que restringe en secuencia de DWI, no se observan imágenes hipointensas en secuencia de susceptibilidad magnética compatible con hemosiderina. Sin evidencia de alteraciones de la señal en el resto de la secuencia a nivel de parénquima encefálico. Se extuba al quinto día de la estadia en UTI, evoluciona lucido sin déficit neurológico.

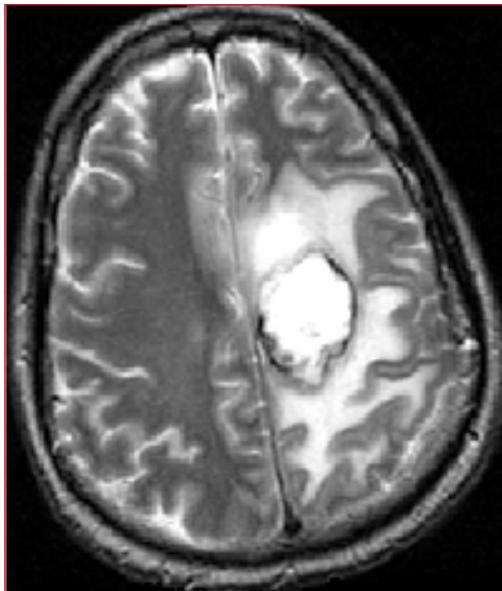
Discusión: El diagnóstico de encefalitis por DENV se realiza teniendo en cuenta los siguientes criterios: fiebre aguda; signos clínicos asociados a compromiso del SNC (irritabilidad, Glasgow < 14, letargia, estupor, coma, convulsiones, entre otras); presencia de IgM para dengue, antígeno NS1, o DENV-ARN positivo para dengue en suero o LCR y excluir otras causas de encefalitis y encefalopatía aguda. La encefalopatía y la encefalitis por dengue deben considerarse en el diagnóstico diferencial de otras encefalopatías febriles agudas, en áreas endémicas de dengue.

Conclusión: Se debe investigar encefalitis por dengue en todo paciente que presente fiebre acompañada de cualquier alteración neurológica en zonas endémicas.

0037 NOCARDIOSIS CEREBRAL COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL EN PACIENTES INMUNOCOMPETENTES CON LESIONES OCUPANTES DE ESPACIO

C CHETTI(1), R AREVILLCA(1), M VASQUEZ(1)
(1) El Cruce.

La nocardiosis es una infección oportunista poco común causada por bacilos grampositivos del género *Nocardia*, que suele afectar a individuos inmunocomprometidos. Sin embargo, se han reportado casos aislados en pacientes inmunocompetentes, lo que subraya la importancia de considerar la nocardiosis en el diagnóstico diferencial de lesiones cerebrales ocupantes de espacio. Presentamos un caso de nocardiosis cerebral en un hombre de 70 años inmunocompetente que inicialmente presentó afasia de expresión. Los estudios de imagen revelaron una lesión cerebral con realce al contraste, posteriormente confirmada como un absceso de *Nocardia farcinica* mediante cultivos. Simultáneamente, se observaron nódulos pulmonares cavitarios. Se inició tratamiento con imipenem y trimetoprima-sulfametoxazol, ajustado posteriormente según pruebas de sensibilidad antimicrobiana. Se requirió intervención quirúrgica debido a complicaciones abdominales agudas, que revelaron una lesión cecal perforada con anatomía patológica sugestiva de adenocarcinoma. Este caso destaca el desafío diagnóstico que plantea la nocardiosis en individuos inmunocompetentes y la necesidad de una terapia antimicrobiana temprana guiada por evaluaciones microbiológicas. La evolución clínica resalta la naturaleza insidiosa de la nocardiosis cerebral, justificando incluir en diagnóstico diferencial a las causas infectológicas. En conclusión, el reconocimiento oportuno y el tratamiento adecuado de la nocardiosis en pacientes inmunocompetentes con lesiones cerebrales son fundamentales para mejorar los resultados y reducir la morbimortalidad asociada. Este caso contribuye a la comprensión de la presentación de la nocardiosis en poblaciones de pacientes no tradicionales, enfatizando la necesidad de vigilancia en diversos entornos clínicos, ya que estos pacientes podrían tener una inmunodeficiencia primaria no identificada.



0038 TAPONAMIENTO CARDIACO DE ORIGEN INCIERTO EN EL PUERPERIO MEDIATO

GY SANTEYANA CEREZO(1), OE AVENDAÑO ESTRADA(1), R AREVILCA YUGAR(1), N PISTILLO(1)
(1) El Cruce Nestor Kirchner

Introducción: El taponamiento cardiaco es la acumulación de líquido dentro del saco pericárdico, el cual puede desencadenar un shock obstructivo y presentar un desenlace fatal si no es diagnosticado y tratado a tiempo. Su etiología es multifactorial, durante el embarazo y puerperio, puede estar asociado a HELLP y Eclampsia, siendo su presentación muy infrecuente, el Gold estándar para su diagnóstico es la ecocardiografía y el tratamiento es la pericardiocentesis o el drenaje quirúrgico.

Presentación de caso: Femenina de 23 años con antecedente de obesidad, primigesta parto eutócico, en el puerperio inmediato intercorre con atonía uterina, shock hipovolémico, evoluciona con crisis hipertensiva, deterioro del sensorio con requerimiento de IOT y ARM. estudios imagenológicos y EEG sin particularidad, laboratorio evidencia hiperbilirrubinemia se sospechó de hepatitis fulminante, HELLP, eclampsia, las cuales fueron descartadas.

Al cuarto y al décimo día post parto intercorre con taponamiento cardiaco, que requiere pericardiocentesis en primera instancia y posterior esternotomía- pericardiotomía más colocación de tres drenajes. Se realizaron estudios de perfil reumatoideo, inmunológico, oncológico e infectológico, los cuales son negativos. Paciente evoluciona favorablemente siendo dada de alta a los cuarenta días de internación

Discusión: En el caso clínico presentado no se diagnosticó la etiología de origen y se asoció el mismo a los cambios fisiológicos propios del embarazo y puerperio.

Conclusión: A la fecha no existen reportes de caso clínico de taponamiento cardiaco asociado a cambios fisiológicos propios de la mujer puérpera. Es una urgencia clínica el mismo requiere diagnóstico y tratamiento oportuno y atención multidisciplinaria.

0039 ANÁLISIS DE RESULTADOS ADVERSOS EN PACIENTES CON ACV ISQUÉMICO DEL SANATORIO NUESTRA SEÑORA DEL ROSARIO

JG CASTELLÓN GÓMEZ(1)
(1) Sanatorio Nuestra Señora Del Rosario

Introducción: El Accidente Cerebro Vascular (ACV) isquémico representa en la actualidad la tercera causa de muerte en la Argentina y la primera en términos de discapacidad. Objetivo: Determinar los factores que están vinculados a resultados adversos como fallecimiento, tiempo de internación y Rankin >3 en pacientes con ACV isquémico internados en Unidad de Terapia Intensiva del Sanatorio Ntra. Señora del Rosario durante los meses noviembre 2022 a septiembre 2023. Material y método: Se realizó estudio analítico retrospectivo de casos y controles para determinar si los factores de

riesgo cardiovascular (HTA, FA diabetes y ACV previo), un puntaje de NIHSS > 5 puntos y/o la falta de aplicación de terapias de reperfusión están asociados a malos resultados en términos de mortalidad, morbilidad y costos.

Resultados: Se analizaron los datos de 80 pacientes con accidente cerebro vascular isquémico. La edad promedio fue de 73 años con 53.75% fueron mujeres con una mortalidad global de 17.5%. Una puntuación de NIHSS > 5 se asoció con mayor mortalidad (OR 6.3 IC 1.3-30.7), mayores costos definidos por una estancia prolongada mayor a 14 días (OR 5.3 IC 1.8-17), y mayor morbilidad con mRS > 3 (OR 3.6 IC 1.2-10.5). La no aplicación de terapias de reperfusión estuvo asociada a mayores costos (OR 3,6 IC 1.2-10.5).

Conclusión: Un puntaje de NIHSS > 5 estuvo asociado a todos los resultados desfavorables analizados. La falta de reperfusión se asoció a mayor estancia hospitalaria. No se encontró asociación entre factores de riesgo preexistentes y mortalidad, morbilidad o costos.

Palabras claves: Accidente Cerebro Vascular Isquémico. Resultados Adversos. Morbilidad. Mortalidad. Costos Hospitalario. NIHSS. Reperfusión. Factores de riesgo.

0040 ENCEFALITIS POR DENGUE: CASO CLINICO

S BENITEZ ARCE, F RACCA VELASQUEZ(1), CJ TORDOYA(2), V TUMIRI LEZCANO(1), A ANGULO LORET(1), J SABALZA CASTILLA(1), W MANJARREZ COELLO, Z SAURITH DAZA(1), FA GARCÍA(1)

(1) Clínica Independencia. (2) Clínica Independencia

Introducción: El dengue es una enfermedad ocasionada por el virus DENV que consta de una cadena de ARN de polaridad positiva, la enfermedad es producida por uno de los cuatro serotipos descriptos diferenciándose por la composición del genoma y antígenos de superficie.

Las complicaciones neurológicas no son frecuentes con incidencia entre 0.5 y 6.2 %, generalmente la evolución no es mortal.

El diagnóstico se realiza mediante pruebas moleculares o serológicas.

Caso clínico: Paciente de 46 años, obesa, hipotiroidea, diabética tipo 2 e hipertensa internada por neumonía; tratamiento: ampicilina/sulbactam+claritromicina+ oseltamivir (TC torácica: infiltrados retículo alveolares consolidados multilobares, bilaterales compatible con proceso infeccioso/inflamatorio).

PCR para COV2: no reactivo.

Evolucionó desfavorablemente ingresando a terapia intensiva requiriendo ventilación no invasiva, observándose hematomas diseminados, edemas generalizados y fiebre (laboratorio normal).

Ecocardiograma: hipertrofia ventricular izquierda, función sistólica conservada, dilatación de cavidades derechas, función sistólica ventricular derecha deprimida, insuficiencia tricuspídea, PSAP de 64mmhg, congestión venosa sistémica; interpretándose como sobrecarga hídrica en paciente con patología pulmonar crónica, respondiendo al balance negativo.

Por epidemiología: PCR para Dengue: POSITIVO

Presentó convulsiones parciales simples en hemisferio derecho, alternancia de episodios de excitación psicomotriz y letargia; TC de cerebro sin lesiones. Punción lumbar: proteinorraquia = 437 mg%, cultivo (-).

EEG: desorganización de actividad bioeléctrica cortical, ondas agudas con epicentro en áreas fronto temporales izquierda esporádicas. Biopsia pleural: pleuritis crónica inespecífica, infiltrado inflamatorio crónico con áreas de neovascularización y vasocongestión.

Presentó impotencia funcional de hemisferio derecho; TC de cerebro sin cambios.

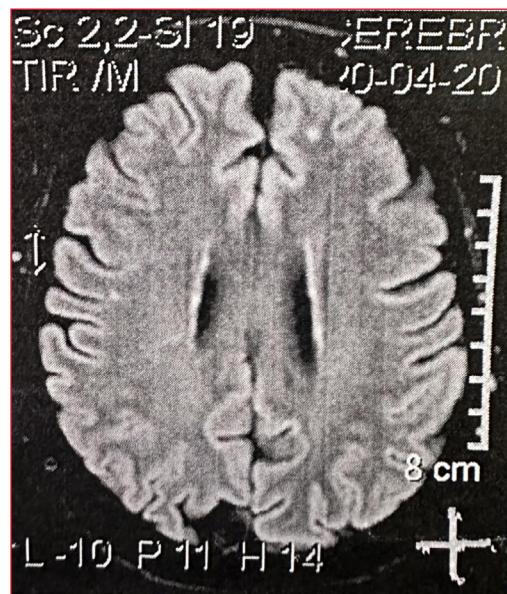
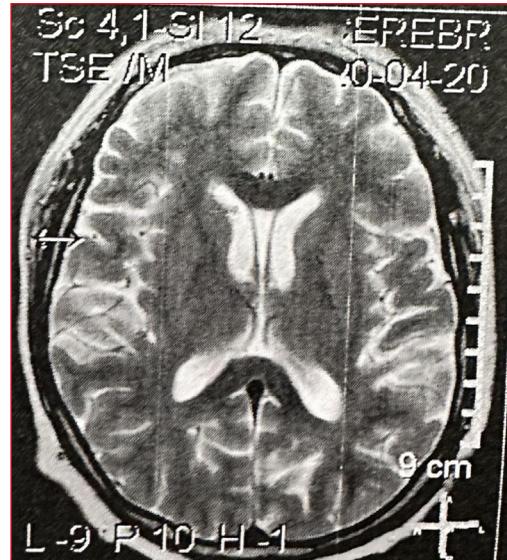
RMN encefálica: señales hiperintensas en secuencia T2 y FLAIR en sustancia blanca fronto-temporo parietal bilateral.

Evolucionó lúcida, sin compromiso cardiorespiratorio ni neurológico.

Discusión: La transmisión del dengue se produce por la picadura de la hembra del Aedes aegypti, siendo más frecuente en zonas tropicales y subtropicales.

La infección puede ser asintomática, producir síntomas leves o progresar a formas graves, las graves pueden afectar cualquier órgano incluyendo al sistema nervioso periférico o central.

Conclusiones: Si bien no se pudo dosar IgM en LCR dadas las manifestaciones clínicas presentadas y el hallazgo de la RMN, se interpretó el cuadro como encefalitis por dengue.



0041 OXIGENACIÓN POR MEMBRANA EXTRACORPÓREA EN NEUMONÍA GRAVE POR LEGIONELLA PNEUMOPHILA

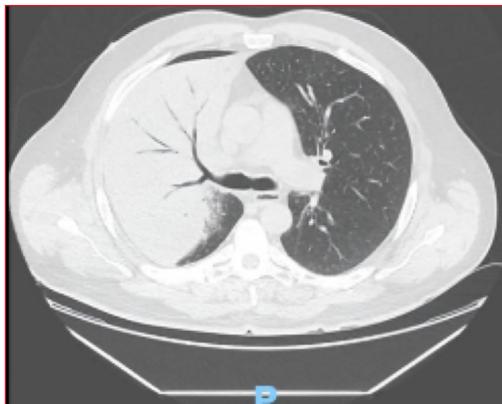
MA VILLEGAS(1), E ROMERO(1), V OLIVA(1), I VILLARRUEL(1), R COPELLO(1), M BONO(1), J MAMANI(1), G BONGIORNI(1)
(1) Sanatorio Allende

Introducción: La neumonía por Legionella, conocida como enfermedad del legionario, representa una fracción significativa de neumonías adquiridas en la comunidad y nosocomiales, con alta gravedad. El tratamiento estándar incluye levofloxacina o azitromicina, con una duración mínima de 14 días en casos graves.

Presentación de caso: Hombre de 55 años, con antecedente de artritis reumatoide tratada con certolizumab y hábito tabáquico. Inicia síntomas respiratorios hace 5 días: fiebre, disnea y tos productiva.

Al ingreso, presenta requerimiento de oxígeno suplementario, leucopenia y plaquetopenia en laboratorio. La TC de tórax revela consolidación con broncograma aéreo en lóbulo superior derecho, rodeado de áreas de vidrio esmerilado. Ante el deterioro clínico con ventilación mecánica, sedoanalgesia, y maniobras de pronación sin mejoría, se decide iniciar ECMO VV. Durante la colocación de las cánulas de ECMO, se observa deterioro de la función sistólica del ventrículo izquierdo. La fibrobroncoscopia con lavado broncoalveolar confirma Legionella pneumophila. El tratamiento se ajusta con levofloxacina y PTZ debido a colecistitis alitiásica concurrente. Desarrolla complicaciones, incluyendo shock séptico, miocardiopatía séptica, AKI II y plaquetopenia. Sin embargo, tras el destete exitoso de ECMO, el paciente muestra mejoría y es dado de alta de la UTI.

Discusión y Conclusión: La neumonía por Legionella con necesidad de ingreso en UCI y ventilación mecánica tiene una alta mortalidad. La ECMO se presenta como una opción terapéutica eficaz, especialmente cuando se administra de forma temprana. Este caso subraya la importancia del diagnóstico precoz y el tratamiento agresivo en situaciones de gravedad.



0042 CORRELACIÓN ENTRE PCT, RELACIÓN PCT-ALBÚMINA, NEÚTRÓFILO-LINFOCITO Y LACTATO-ALBÚMINA CON GRAVEDAD DEL CUADRO EN UN SEGUNDO EVENTO INFECCIOSO EN UTI

E PRADO(1), I HUESPE(1), I CARBONI BISSO(1), N CONTRERA ROLON(1), J CANTOS(1), V MONZON(1), SM PRATI(1), A SARA WOO(1), P WEBER ORTIZ(1), J SINNER(1)
 (1) Hospital Italiano de Buenos Aires

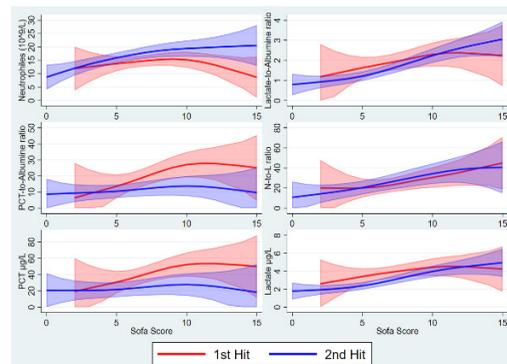
Introducción: La sepsis, una condición potencialmente mortal, donde ocurre una respuesta desregulada del huésped a una infección. En la etapa inicial existe una respuesta pro inflamatoria exagerada seguidos por una respuesta antiinflamatoria, que puede conducir a nuevas infecciones, denominando a esta entidad como inmuno-

supresión inducida por la sepsis. Múltiples biomarcadores como la PCT, la relación PCT-albúmina y la relación Neutrófilo-linfocito han sido utilizados para correlacionar gravedad de un evento séptico inicial pero poco se sabe de su comportamiento durante un segundo evento infeccioso.

Métodos: Estudio de análisis de base retrospectivo desde enero del 2016 a diciembre del 2019. Se incluyeron pacientes que desarrollaron 2 episodios infecciosos separados por el lapso de 7 a 30 días durante su estadía en UCI. Se determinaron los valores máximos de PCT, la relación entre PCT y albumina, Neutrófilos-linfocitos, lactato-albúmina, neutrófilos y leucocitos totales y se correlacionó con la gravedad del evento medida por score de SOFA y se analizó dicha correlación mediante cálculo de coeficiente de correlación de Spearman.

Resultados: Se incluyeron 49 pacientes, 82% con shock séptico y 18% con sepsis y un APACHE inicial de 19.6 (SD 6.99). La variable que mejor se correlacionó con gravedad (medida por SOFA) durante el primer evento fue la relación entre PCT y albumina R de 0.40 (p<0.01) seguida por el valor máximo de PCT, R of 0.35 (p=0.01). Mientras que en el segundo evento la que mejor correlación mostró fue la relación entre lactato y albúmina, Rho of 0.52 (p<0.01). A su vez durante el segundo evento, la relación lactato-albúmina mayor a 1,5 fue la variable que mejor predijo mortalidad con un ABC: 0.72 (95% CI 0.57, 0.87).

Conclusiones: Durante un segundo evento infeccioso ocurren fenómenos inmunológicos que determinan qué biomarcadores que habitualmente correlacionan con gravedad de la inflamación y del cuadro séptico pierdan valor por sobre otros biomarcadores utilizados en la práctica clínica diaria como es el caso de la relación entre lactato y albúmina.



Variable	1st Hit	2nd Hit	p.overall
Source of infection			0.099
Abdominal - n(%)	25 (51.0%)	15 (30.6%)	
Endovascular - n(%)	4 (8.16%)	4 (8.16%)	
Respiratory - n(%)	2 (4.08%)	0 (0.00%)	
Unknown - n(%)	12 (24.5%)	15 (30.6%)	
Urinary - n(%)	3 (6.12%)	10 (20.4%)	
Other - n(%)	3 (6.12%)	5 (10.2%)	
Isolation:			0.008
Gram-negative bacteria - n(%)	21 (42.9%)	24 (49.0%)	
Gram-positive bacteria - n(%)	11 (22.4%)	1 (2.04%)	
Without isolation - n(%)	17 (34.7%)	24 (49.0%)	
Creatinine Clearance - mean (SD)	43.2 (37.4)	48.7 (42.0)	0.501
Hemodialysis - n(%)	9 (18.4%)	11 (22.4%)	0.802
PCT peak (pg/dl) - mean (SD)	41.2 (46.9)	22.7 (37.3)	0.033
SOFA - median (IQR)	7.00 [6.00;10.0]	6.00 [2.00;9.00]	0.012
Basal SOFA value - median (IQR)	1.00 [0.00;3.00]	3.00 [1.00;6.00]	0.002
Delta SOFA - median (IQR)	5.00 [4.00;8.00]	2.00 [1.00;4.00]	<0.001
Mechanical Ventilation	39 (79.6%)	35 (71.4%)	0.481

0043 SINDROME HIGADO PEQUEÑO PARA SU TAMAÑO: REVISIÓN A PROPOSITO DE UN CASO

E DI BERARDINO(1), M COLOMBO(1), J BENINI(1)
(1) Capredoni

Introducción: Las hepatectomías con remanente de pequeño tamaño o con una alteración del sistema de flujo venoso de salida, conducen a un cuadro clínico que se ha denominado como "síndrome hígado pequeño para su tamaño" (small-for-size syndrome), el cual incluye un amplio espectro de entidades clínicas que pueden llevar a la disfunción hepática y necesidad de trasplante. Este síndrome importante y potencialmente reversible rara vez se reconoce como una complicación después de una hepatectomía.

Los mecanismos fisiopatológicos responsables de este síndrome no están del todo aclarados, aunque la hipertensión e hiperflujo portal serían las principales causas.

Caso clínico: Masculino de 62 años, sin antecedentes, con diagnóstico reciente de tumor renal derecho con invasión hepática. Se realiza nefrectomía con hepatectomía derecha programada.

Ingresa a UTI en el post operatorio inmediato en ARM con bajas dosis de vasopresores en falla renal no oligúrica. Se logra extubar luego de la reanimación inicial.

En el primer día post operatorio continua con bajas dosis de vasopresores sin sangrado agudo ni neumotórax, evolucionando con encefalopatía grado I/II. En el laboratorio se objetiva hipoglucemia 40, bilirrubina total de 13, creatinina 2,7 y alteración del coagulograma.

En Ecografía abdominal y eje esplenoportal se observan signos de hipertensión portal Aguda sin trombosis de suprahepáticas. Luego de Ateneo con cirugía se decide iniciar tratamiento con aporte de dextrosa por PHP, ocreotide, balance neutro, lactulosa y propranolol vía oral según tolerancia.

Al cuarto día evoluciona con estabilidad hemodinámica, sin encefalopatía, con mejora del coagulograma, descenso de valores nitrogenados y bilirrubina, aunque persiste con ascitis subclínica.

Discusión: Al igual que en la mayor parte de los casos reportados, nuestro paciente evoluciona con signos de falla hepática fulminante, hipertensión portal aguda sin indicación de derivación a centro de trasplante por criterio oncológico.

Se realiza adecuado soporte hemodinámico y farmacológico con buena evolución para iniciar luego del alta domiciliaria tratamiento de enfermedad de base.

Conclusión: Es un caso infrecuente en nuestra unidad y aun en centros de trasplante y hepatectomías que requiere un diagnóstico temprano, tratamiento de hipertensión portal aguda y de un abordaje interdisciplinario.

0044 HEPATITIS AGUDA EN PACIENTE CON DENGUE COMO CONFUNDIDOR

KJ VILLARROEL SANCHEZ(1)
(1) Hospital De Agudos Dr. Cosme Argerich

Introducción: Durante 2024 los casos sospechosos de dengue aumentaron un 448% con respecto al promedio de los últimos 5 años. Esta infección puede generar dificultades en la interpretación del cuadro clínico de los pacientes de UTI.

Presentación del caso: Masculino 64 años con antecedentes de HTA, tabaquismo, IAM y disnea CF II en el último mes. Durante viaje a Brasil presenta progresión a disnea CF III, fiebre e ictericia. A su retorno consulta en guardia externa donde se constata paciente hemodinámicamente estable, con presencia de ictericia y edemas 6/6 en MMII. El laboratorio muestra leucocitosis, trombocitopenia, IRA (AKIN-I) y alteración del hepatograma (BT 6.9, BD 6, GOT/GPT 4760/1649, FAL 133, TP/KPTT 39%/69", FV 121). Presenta antígeno NS1 positivo. Se interpreta hepatitis aguda por Dengue grave y se decide internación en UTI, durante la cual se solicitan serologías de virus hepatotropos y se descarta consumo de tóxicos. Se realiza valoración ecográfica que evidencia hígado normal sin compromiso

vascular, líquido libre en cavidad abdominal; VCI no colapsable y ETT con moderada dilatación de cavidades izquierdas, hipoquinesia global, Fey 30% y trombo en VI; con ProBNP 6452. Se realiza balance negativo con diuréticos y se optimiza el tratamiento de IC. Evoluciona con mejoría clínica y normalización del hepatograma. Se reinterpreta el cuadro como hepatitis aguda de etiología isquémica en paciente con Dengue intercurrente.

Discusión: Frente al aumento de casos de Dengue es probable la aparición de sesgos de accesibilidad. La elevación de transaminasas mayor a 1000 unidades en contexto de Dengue se considera criterio de gravedad, requiriendo tratamiento intensivo con fluidoterapia. Sin embargo, en nuestro paciente fue fundamental descartar la presencia de otros desencadenantes de necrosis hepática para rectificar el tratamiento. La rápida resolución del cuadro con el tratamiento de la ICC evidenció la etiología del mismo de forma retrospectiva.

Conclusiones: En un contexto epidemiológico condicionado, es fundamental indagar la etiología de la hepatitis aguda para definir tratamiento, pronóstico y necesidad de valoración por equipo de trasplante hepático. Es relevante considerar la fisiopatología de la hepatitis isquémica, donde la hipotensión puede estar ausente en más del 50% de los casos.

0045 ENCEFALITIS DEL OESTE CON COMPROMISO MUSCULAR RESPIRATORIO Y GASTROPARESIA: REVISIÓN A PROPOSITO DE UN CASO

E DI BERARDINO(1), AP ROCCO(1), L PUCHETTA(1), J BENINI(1), R SIERRA(1)
(1) Capredoni

Introducción: El virus de la Encefalitis Equina del Oeste se transmite en un ciclo ave-mosquito-ave. Solo unas pocas especies de mosquitos Culex transmiten el virus. Las aves paseriformes desarrollan una alta viremia para infectar a los mosquitos, por tanto, ser huéspedes amplificadores. Es poco probable que humanos o caballos infecten a mosquitos. La mayoría de los pacientes son asintomáticos, el 25% desarrolla fiebre y 1 de cada 250 desarrolla encefalitis.

Caso clínico: Paciente 48 años, trabajador rural. Ingresa por síndrome febril de una semana de evolución, asociado a náuseas, vómitos y confusión mental. Presentando dificultad respiratoria, con disminución de la excursión torácica. En gasometría arterial se objetiva hipoxemia e hipercapnia.

Se realiza TC de Encefalo sin alteraciones agudas y TC de tórax observándose consolidación con broncograma aéreo en ambas bases pulmonares.

Evoluciona al paro respiratorio que requiere IOT ARM. Cultivos sin rescates, se cubre empíricamente con AMS Claritromicina. Punción lumbar evidencia líquido límpido, incoloro, 20 elementos, 99 % de mononucleares, proteínas no dosables y glucorraquia 51.

Se realiza Ecografía diafragmática, donde no se evidencia movilidad, estando el paciente lucido, movilizándolo 4 miembros, en prueba de TuboT.

Evoluciona con intolerancia a alimentación enteral, vómitos, lo que obliga a nutrir a muy baja dosis.

Intercurre con Neumonía tardía, cumpliendo tratamiento antibiótico con PTZ sin rescates.

Por weaning dificultoso, se decide realizar traqueostomía temprana, con lenta evolución hacia la ventilación espontánea, siendo decanulado con buena respuesta 25 días después de su ingreso. Se envían muestras de sangre y líquido cefalorraquídeo para serologías, obteniéndose detección de anticuerpos IgM para virus de Encefalitis Equina del Oeste.

Discusión: A diferencia de los casos reportados en la literatura, donde predominan los trastornos cognitivos, en nuestro paciente con Encefalitis Equina del Oeste se acentuó la afectación de pares craneales (nervio Vago) y nervios espinales (nervio Frénico e Inter-costales) lo que dificultó, tanto el weaning como la alimentación. El paciente evoluciona con recuperación ad integrum, con episodios de Stress post traumático.

Conclusión: En encefalitis de causa no conocida debe sospecharse la afectación de pares craneales y nervios espinales, ya que puede determinar paro respiratorio y requerimiento de intubación y ARM.

0046 PIELONEFRITIS ENFISEMATOSA EN PACIENTE CON ENFERMEDAD DE 3 VASOS EN PLAN DE CRM. REPORTE DE CASO

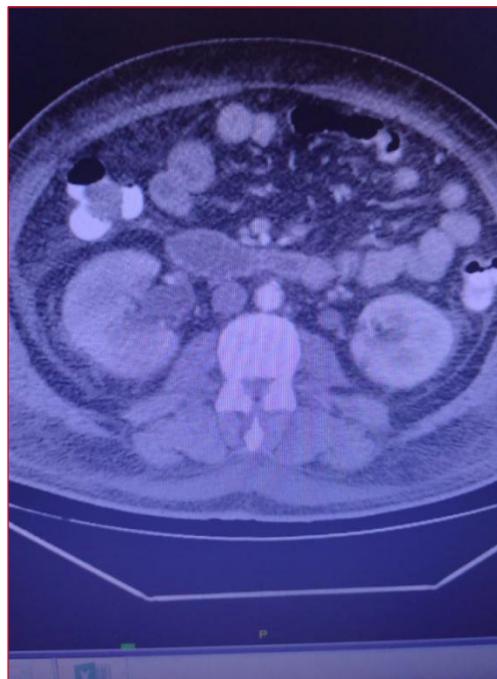
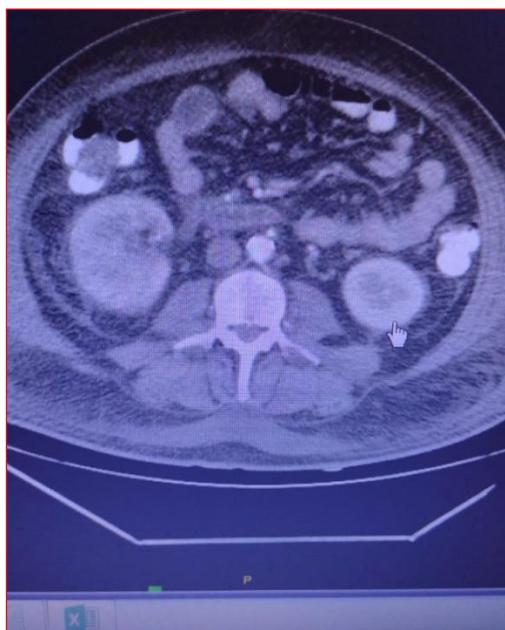
N FUNES NELSON(1), S QUINTANA(1), S JEREZ(1)
(1) Sanatorio Del Oeste Ituzaingo

Introducción: La pielonefritis enfisematosa es una enfermedad grave y de alta mortalidad, pero de baja frecuencia, que suele presentarse en población con factores de riesgo, diabetes mellitus tipo 2, la uropatía obstructiva, el etilismo y la inmunosupresión. Es una infección necrotizante del parénquima renal. Las imágenes son primordiales para el diagnóstico. El tratamiento depende del grado de severidad: los casos más leves pueden tratarse con catéter o drenaje percutáneo más terapia antibiótica, mientras que los más graves pueden necesitar nefrectomía.

Presentación del caso: Paciente de 48 años de edad, con antecedentes de DBT, HTA, obeso y SDT. Ingresa por scacest, se hace ccg que informa enfermedad de 3 vasos con indicación quirúrgica. A pocas hs de la ccg presenta fiebre, se cultiva, rescatando en HMC x 2 y UC E. coli con igual sensibilidad. Evoluciona con shock séptico por lo que se realiza pantac que informa burbujas de aire, lito enclavado, aumento de tamaño renal derecho, liquido libre perihepatico, derrame pleural bilateral. Se implanta doble J, ureteroscopia con pielografía ascendente y cistoscopia flexible. Cumple tratamiento con PTZ. Luego del alta de infectología se programó la CRM, la cual se realizó con éxito.

Discusión: La pielonefritis enfisematosa es inusual, es una infección necrotizante aguda con formación de gas en el espacio perirrenal, el sistema colector y el parénquima renal. La mortalidad es alta y esta relacionada directamente con la extensión de la necrosis, la severidad del compromiso multisistémico y el diagnóstico tardío. El mal pronóstico se da cuando hay alteración del estado de consciencia, shock, trombocitopenia, hipoalbumemia, hiponatremia y fallo renal.

Conclusión: La pielonefritis enfisematosa es una entidad poco frecuente pero no tratada rápidamente puede llevar a la muerte al paciente.



0048 EMBOLIA GASEOSA CEREBRAL COMO COMPLICACIÓN DE PROCEDIMIENTO ENDOSCÓPICO. REPORTE DE CASO

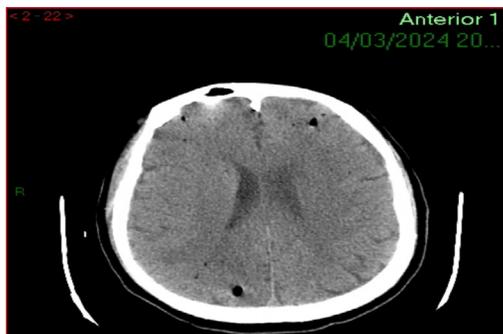
D QUECAÑO UMIRI(1), LJ OROZCO CHIMA(1)
(1) Clínica Santa Isabel.

Introducción: La embolia gaseosa cerebral es un evento infrecuente, potencialmente grave, con una tasa de presentación de 0.57% por cada 100.000 procedimientos endoscópicos, por lo que se realiza la presentación del caso.

Caso Clínico: Masculino de 59 años de edad, con diagnóstico de adenocarcinoma moderadamente diferenciado infiltrante de duodeno de aspecto necrótico. Acude a guardia por epigastralgia, astenia e ictericia, tacto rectal positivo para melena, con internación en Clínica Médica por síndrome coledociano y anemia secundario a hemorragia digestiva, se realiza videoendoscopia con múltiples úlceras en esófago inferior cubiertas con fibrina sin sangrado activo, posterior a procedimiento evoluciona sin recuperación del contenido de conciencia post anestesia, ingresa a Terapia intensiva, se realiza tomografía de cerebro con evidencia de múltiples embolias gaseosas corticales y subcorticales, caída de glasgow 8/15, requerimiento de soporte ventilatorio, día posterior presenta electroencefalograma con actividad irritativa focal, 48 horas posteriores evoluciona con deterioro rostrocaudal y signos clínicos de hipertensión intracraneal, se realiza nueva tomografía de cerebro con evidencia de isquemia y edema citotóxico de todos los territorios cerebrales, mala evolución paciente fallece.

Discusión: Existen muy pocos casos descritos, siendo mayor en procedimientos de colangiopancreatografía retrógrada endoscópica, estos implican una ruptura de mucosa, la existencia de un procedimiento endoscópico previo y un segundo desencadenante, orientándonos que la manipulación endoscópica inicial podría favorecer la formación de fistulas bilioporiales y que un nuevo estado de hiperpresión podría aperturar el paso de aire.

Conclusión: Se presenta caso de embolia gaseosa cerebral secundaria a procedimiento endoscópico por baja prevalencia y alta mortalidad.



0049 IMPACTO DEL USO DE PROTOCOLO Y ESCALAS DE ANALGOSEDACIÓN PARA SU ADMINISTRACIÓN EN LOS OUTCOMES DE PACIENTES COVID-19 CON VENTILACIÓN MECÁNICA INVASIVA

D BARRIENTOS, A TAMAYO(1), F ARANCIBIA(1)
(1) Municipal Eva Perón De Merlo.

Introducción: Durante la pandemia por COVID-19, los pacientes con requerimiento de ventilación mecánica recibían mayores dosis de sedación y analgesia que en otra neumonías virales incluida la H1N1 y las de origen bacteriano cursando SDRA y con una limitada información sobre este coronavirus y su manejo. El objetivo de este estudio es determinar la variación de los requerimientos de uso de sedación y analgesia en pacientes críticos con y sin COVID-19 en ventilación mecánica invasiva (VMI) por insuficiencia respiratoria grave.

Materiales y Métodos: Estudio de cohorte retrospectivo, con población solo pacientes en AVM > 24 horas (n: 30; 20.7%), Obito 20 (66.7%), mayor de 18 años, y consentimiento aprobado por el Comité de Ética, Docencia e Investigación del H.M. Eva Perón de Merlo entre el 2/7/2020 a 12/11/2020(133 días) Se comparó las dosis acumuladas y dosis diarias ajustada por peso de fármacos sedantes y analgésicos utilizados (fentanilo, midazolam, propofol y dexmedetomidina), así como los eventos adversos relacionados con el uso de propofol, desenlaces clínicos (estadía hospitalaria, delirium, días de VMI y días UCI) y factores asociados al requerimiento de sedación profunda, en ambos grupos de pacientes. La muestra de estudio consistió en 145 pacientes con COVID-19 y 74 pacientes para el grupo sin COVID-19.

Resultados: Las características demográficas de los pacientes fueron similares en cuanto a edad y sexo, y tenían diferencias significativas en cuanto al peso y al porcentaje de obesidad (media de 29.32). APACHE: 32 (Media), SOFA: 6.4 (Media), días de AVM 10, días de UTI 14,5. Se evidenció una mayor proporción de uso de midazolam en pacientes ventilados por COVID-19, fármaco asociado a mayor producción de delirium. Para lograr niveles similares de sedación, los pacientes con COVID-19 requirieron dosis acumuladas de fentanilo significativamente mayores (935,42 mcg/kg; rango intercuar-

tílico [RIC] 486,51-1302,36), en comparación con el grupo sin COVID-19 (210,66 mcg/kg [101,57-328,10]) ($p < 0,001$). Los pacientes con COVID-19 también recibieron dosis acumuladas ajustada por peso significativamente mayores de midazolam que los pacientes sin COVID-19 (144,96 mg/kg [51,67-2668,28 vs 20,16 mg/kg [9,42-45,77]) ($p < 0,001$), respectivamente. En las dosis diarias programadas en BIC, se observó mayores requerimientos para propofol y fentanilo los días 5 y 8. Propofol requirió ser reemplazado debido a efectos adversos como hipertrigliceridemia en mayor proporción en pacientes COVID-19 que en aquellos sin COVID-19. Los pacientes COVID-19 presentaron más días de VMI y UTI, y mayor incidencia de delirium e infecciones asociadas al cuidado de la salud.

Discusión: Utilizamos las Guías PADIS 2018 y el Bundle ABCDEF, aunque algo restringidas las 2 últimas al inicio de la Pandemia, se resumió el concepto eCASH como paradigma propuesto por Vincet et al, se separaron las escalas para analgesia Multimodal (CIPOT) y Sedación con mínima dosis efectiva (RASS), también se evaluó y trató la presentación del Delirium (CAM ICU) pese a las medidas de Prevención No farmacológicas, y solo disponíamos de Monitoreo Clínico (Mecánica ventilatoria y Disincronías) para titulación de BNM especialmente en paciente en posición Prono (PAFI02 < 150 y Drive Pressure > 15 y demás metas del ARDS NETWORK.

Conclusiones: La utilización de sedantes y analgésicos resultó mayor en pacientes críticos con infección por COVID-19 en comparación con pacientes con otras causas de insuficiencia respiratoria. Este hallazgo puede ser importante para la planificación de recursos en la actual y en eventuales futuras pandemias. Se requieren más estudios para explorar los mecanismos subyacentes para los requisitos sedantes y analgésicos potencialmente más altos en esta población de pacientes con neumonía por este virus pandémico.

0051 BACTERIEMIA ASOCIADA A CATETER

A FELDMAN(1), D VARELA(1), R ALVARADO(1), M RENK(1), K SIVILA(1), A GARCIA(1), C LOPEZ(1), M ALIAGA(1), B DAGLIO(1), G SIBILA(1), A ALEJANDRO(1), J CAPELLA(1), D QUARANTA(1)
(1) Churruca

Introducción: Como parte de un programa de mejora de la calidad de atención de pacientes críticos se decidió implementar estrategia de realización de check list y máximas barreras de protección durante la colocación de catéteres venosos centrales (CVC).

Objetivos: Evaluar el índice de utilización de catéteres venosos centrales (ICVC) y la densidad de incidencia de las bacteriemias asociadas a catéter (BAC).

Materiales y métodos: Se realizó un estudio retrospectivo, ingresando a todos los pacientes que requirieron CVC desde el 01/08/2023 AL 31/12/2023. Se consideraron variables epidemiológicas y scores de gravedad, mortalidad y días de estadía. Se utilizaron las definiciones del CDC para BAC. Los datos se presentan como media \pm DS, mediana y RI y porcentaje.

Resultados: Ingresaron 296 pacientes, edad 66 ± 19 años, masculinos 60%, clínicos 61%, quirúrgicos 40%, APACHE II 20 ± 7 , mortalidad predicha 34%, SOFA 6. días de UTI 4.4 [2-12] y la mortalidad 18,4%. Tasa de utilización de CVC 40 %, días de CVC 638 días, tiempo de permanencia 5 días, densidad de infección por catéter 6/1000 días CVC, contaminación de catéter 9/1000 días CVC.

Conclusiones: La tasa de utilización de CVC y el tiempo de permanencia fueron cortos. La densidad de incidencia fue superior a la media nacional comparada con el programa VIHDA. Es importante implementar protocolos para la colocación de catéteres para mejorar la calidad de atención en UTI y para optimizar el diagnóstico, el tratamiento y la prevención de las BAC con el objeto de disminuir la morbimortalidad, los días de internación, los costos y la resistencia antimicrobiana.

0052 EPIDEMIOLOGÍA DE PACIENTES CON VENTILACION MECÁNICA EN LA TERAPIA INTENSIVA DEL COMPLEJO MÉDICO POLICIAL CHURRUCA-VISCA

A FELDMAN(1), C LOPEZ(1), N TIRIBELLI(1), M RENK(1), D VARELA(1), G SIBILA(1), A GARCIA(1), K SIVILA(1), B DAGLIO(1), M ALIAGA(1), A ALEJANDRO(1), M LOMPIZANO(1), J CAPELLA(1), D QUARANTA(1)
(1) Churruca

Introducción: La asistencia respiratoria mecánica (ARM) es un procedimiento ampliamente utilizado en las unidades de cuidados intensivos. La mortalidad de los pacientes con ventilación mecánica es alta.

Objetivo: Conocer las características epidemiológicas y la prevalencia de pacientes en ARM.

Material y métodos: Estudio descriptivo, retrospectivo y observacional en el que se incluyeron los pacientes ingresados a (UTI) desde el 01/03/2023 al 31/12/2023 que requirieron (ARM) por más de 24 hs. Las variables registradas fueron edad, sexo, modo ventilatorio, volumen corriente (Vt), presión positiva espiratoria final (PEEP), duración de ARM, APACHE II, motivo de ingreso, tasa de extubaciones, % de traqueotomía, incidencia de (NAV), días de ARM, estadía y mortalidad. Los datos se expresaron como media y DS, mediana, RI y %.

Resultados: Ingresaron a UTI 652 pacientes, 391 (60%) requirieron ARM. La edad fue de 66 ± 16 y el 60 % eran hombres. El APACHE II 20 ± 9 con un riesgo de mortalidad del 50%, SOFA 6. De los pacientes en ARM 40 % eran postquirúrgicos y 60% clínicos. El 80% fueron ventilados con modo controlado por volumen con un VT $6-8 \pm 3$ ml/kg y en 20% se utilizaron modos controlados por presión, con una presión inspiratoria de 20 ± 5 cm H₂O, flujo 60 ± 10 l/min, FR 12 ± 4 rpm, PEEP fue de 8 ± 3 cmH₂O, fracción inspiratoria de oxígeno entre 40 y 50%. Fueron extubados 118 (30%) pacientes, 179 (46%) requirieron traqueotomía con una mortalidad del 40%, los días a TQT 11 [10-14]. tasa de incidencia de nueve episodios por cada 1,000 días-ventilador. Los días de ARM 7 [2-14], la estadía en UTI 8 [2-21] días y la mortalidad del 18%.

Conclusión: La tasa de ARM se corresponde con la media nacional, los pacientes eran añosos y severamente enfermos. La tasa de extubaciones fue del 33% con un 46% de requerimiento de traqueotomía, a pesar de ello la mortalidad fue menor que la esperada. El trabajo posibilitó conocer el perfil epidemiológico y evolutivo de nuestros pacientes. Es el primer paso para el diseño de estrategias que nos permitan mejorar la calidad de atención.

0054 HEMATOMA SUBDURAL BILATERAL ESPONTANEO SECUNDARIO A FÍSTULA DE LÍQUIDO CEFALORRAQUÍDEO PLEUROSUBARACNOIDEA POR RESECCIÓN DE NEURINOMA PARAVERTEBRAL TORÁCICO

MC GUARNACCIA(1), MP ZALAZAR(1), DA ROVIRA(1)
(1) Hospital Italiano Rosario

Introducción: La pérdida de continuidad de la duramadre genera fuga de líquido cefalorraquídeo, disminución de la presión intracraneal, tracción de estructuras del dolor y vasos sanguíneos. La fístula pleurosubaracnoidea se debe sospechar ante derrame pleural asociado a cefalea, neuroemcefalo, hematoma subdural bilateral espontáneo, hidroneumotorax.

Caso clínico: Paciente de 64 años de edad hipertensa, fa aco sintrom, miocardiopatía congénita, meningioma crónico, resección de neurinoma paravertebral torácico 2 meses antes, derivada por cefalea, náuseas, vómitos y tendencia al sueño de 2 semanas de evolución ingresa a uti por hsd bilateral crónico espontáneo, sin conducta neuroquirúrgica inicial.

Ingresa con tendencia al sueño, apertura ocular al llamado, debilidad simétrica en 4 miembros, pupilas simétricas, isocóricas, reactivas, ventilando espontáneo con oxígeno por canula, hipoventilación generalizada derecha, suficiente cardiovascular, examen abdominal sin particularidades.

Laboratorio con leucocitosis.

Rx de tórax: velamiento hemitórax derecho.

TAC torax: derrame pleural derecho extenso con colapso del parénquima paraefusión, cardiomegalia.

Ecografía pleural: derrame pleural severo derecho.

Toracocentesis 1200ml seroso características indeterminadas.

Servicio de neurocirugía sospecha fístula pleuro subaracnoidea secundaria a resección de neurinoma torácico, solicita evaluación por cirugía torácica, se coloca tavp y posteriormente se realiza pleurodesis química con diclofenac.

Se realiza control tomográfico de hsd con mejoría progresiva sin conducta invasiva.

Cursa 8 días totales en terapia intensiva, por buena evolución clínica e imagenológica, pasa a sala general

Discusión: La fístula pleurosubaracnoidea es una entidad poco frecuente, la principal causa es postquirúrgica espinal. Se genera una pérdida de líquido cefalorraquídeo que lleva a pérdida de presión intracraneana, generando sintomatología en sistema nervioso central. El diagnóstico se realiza en base a antecedentes, examen clínico, imágenes complementarias y estudios de líquido pleural con características similares al cefalorraquídeo. El tratamiento suele ser conservador aunque cierto porcentaje requiere de múltiples intervenciones quirúrgicas.

Conclusión: Ante la presencia de derrame pleural masivo en paciente con antecedente de neurocirugía paravertebral con hallazgo de hematoma subdural crónico bilateral y clínica previa compatible con hipotensión intracraneal se debe sospechar fístula pleurosubaracnoidea. Es imprescindible el manejo interdisciplinario de estos pacientes para un abordaje quirúrgico oportuno.

0055 SÍNDROME DE KOUNIS SECUNDARIO A ANAFILAXIA POR TAENIA SAGINATA

MC GUARNACCIA(1), MP ZALAZAR(1), DA ROVIRA(1)
(1) Hospital Italiano Rosario

Introducción: Anafilaxia reacción de hipersensibilidad sistémica, grave y potencialmente mortal secundaria a exposición de sustancia que desencadena activación específica (alérgica) o no específica (no alérgica) de mastocitos/basófilos, vías inflamatorias o ambos. Una causa de anafilaxia son las parasitosis al generar inmunomodulación. El compromiso coronario asociado a anafilaxia se denomina síndrome de kounis

Caso clínico: Paciente femenina de 41 años tabaquista de jerarquía, niega antecedentes médicos, alergias y medicación habitual, ingresa desde guardia por sospecha de shock anafiláctico, se reanima con cristaloides, oxigenoterapia, antihistamínicos y corticoides endovenosos con buena respuesta.

Evoluciona GCS 15/15, normotensa, eucárdica, afebril, suficiente respiratorio y cardiovascular, examen abdominal tumoración en flanco izquierdo y mesogastrio, diuresis concentrada.

Rx de tórax sin particularidades.

Laboratorio: leucocitosis hiperlactatemia acidosis metabólica.

Intercurre con deposiciones diarreicas, vómitos y eliminación de parásito intestinal compatible con taenia.

Se interconsulta con infectología se inicia tratamiento antiparasitario vía oral se toma parasitológico seriado.

TAC abdomen y pelvis: distensión de asas delgadas con contenido líquido intraluminal contenido líquido en colon.

A las horas, presenta dolor precordial atípico intensidad 8/10, digitopresión negativa sin irradiación ni síntomas vasovagales.

ECG taquicardia sinusal supra st difuso.

Laboratorio leucocitosis, acidosis metabólica, troponinas positivas.

Servicio de cardiología interpreta inicialmente con pericarditis.

A las 6hs curva de troponinas ascendente con aumento de enzimas de daño cardiaco

Ecocardiograma fey 40% aquinesia de segmentos medios y apicales Cineconariografía oclusión total medio distal de arteria descendente anterior se realiza angioplastia con balón.

Examen parasitológico confirma taenia saginata. Se interpreta como síndrome de kounis tipo b secundario a anafilaxia por teniasis intestinal.

Discusión: El síndrome de Kounis es una entidad poco descrita que conlleva alta sospecha clínica. Existen 3 tipos de acuerdo a la presencia o ausencia de lesión coronaria nuestra paciente se engloba dentro del tipo b con presencia de lesión coronaria primaria, se describe a la arteria descendente anterior como la más afectada.

Conclusión: Ante paciente con síntomas cardiovasculares en contexto de anafilaxia no se debe dejar de sospechar el compromiso coronario, constituyendo una urgencia médica que requiere ser solucionado a tiempo para evitar consecuencias a futuro.

0056 ENCEFALOPATÍA INDUCIDA POR VALPROATO

H HERNANDEZ(1), S ORELLANA(1), S SCAZZOLA(1), K VILLARROEL(1), P BALMACEDA(1), G RAMOS(1)
(1) Argerich

Introducción: El ácido valproico es un fármaco utilizado en una gran variedad de patologías como la epilepsia, el trastorno bipolar, migraña, y el dolor crónico. La encefalopatía inducida por valproato es una complicación infrecuente caracterizada por disminución del nivel de conciencia, déficits neurológicos focales, vómitos, y alteraciones cognitivas, pudiendo estar asociada o no a hiperamonemia.

Caso clínico: Femenina de 20 años con antecedentes de malformación arteriovenosa (MAV) sin tratamiento. Ingres a guardia por crisis comicial tonicoclónica generalizada. Presenta laboratorio sin particularidades y tomografía simple de encéfalo que evidencia imagen iso-hiperdensa asociada a edema perilesional sin desplazamiento de línea media, compatible con MAV fronto-temporoparietal izquierda. Se indica tratamiento con clobazam y levetiracetam. Ingres a UTI donde repite episodio convulsivo y se inicia ácido valproico. Evoluciona con status epiléptico, requiriendo IOT/ARM. TC de encéfalo sin cambios, se agrega lacosamida. Por buena evolución clínica se decide suspender sedación, con escasa respuesta neurológica. Se realiza TC de cerebro sin cambios, EEG sin actividad comicial, Doppler transcraneano con patrón de hiperemia. Se sospecha intoxicación por valproato por lo que se solicita valproemia (69 ug/dl, en rango) y amonemia (126 ug/dl, VN: 15-45). Se interpreta encefalopatía hiperamoniémica asociada a valproato, se suspende el fármaco e inicia tratamiento con L-carnitina, evoluciona con recuperación de la respuesta neurológica, sin repetir episodio comicial. Pasa a sala general en seguimiento por neurocirugía en plan de embolización de MAV.

Discusión: La encefalopatía hiperamoniémica sin hepatopatía asociada al uso de valproato es poco frecuente y su diagnóstico suele ser complicado al manifestarse mediante un cuadro neurológico inespecífico; además los niveles de amoniemia y valproemia no se correlacionan con el nivel de encefalopatía. Puede presentarse como una reacción idiosincrática y estar asociada a mutaciones del citocromo CYP450 y/o alteraciones enzimáticas implicadas en el metabolismo de la urea. El tratamiento de primera línea es la L-carnitina y la suspensión del fármaco.

Conclusión: La encefalopatía por ácido valproico puede presentarse en pacientes con valproemia en rango terapéutico y/o dosaje de amonio en sangre normales. Una vez instaurado el tratamiento los pacientes suelen recuperarse sin secuelas.

0058 APORTE DE LA MUSICOTERAPIA EN LA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA EN EL HOSPITAL DE ALTA COMPLEJIDAD DEL BICENTENARIO ESTEBAN ECHEVERRÍA EN 2023

M MATALIA(1), V COLOMBO(1), P HOQUI(1)
(1) Hospital de Alta Complejidad del Bicentenario Esteban Echeverría

La inclusión de la Musicoterapia en la práctica hospitalaria ofrece la posibilidad de implementar estrategias no farmacológicas como

herramientas de prácticas humanizadas dentro del ámbito de la salud pública, en un contexto de trabajo interdisciplinario.

Dentro del ámbito hospitalario la atención musicoterapéutica será focal y/o procesual. Una vez que el paciente ingresa a la unidad crítica, de forma conjunta con el equipo profesional se decidirán las diferentes intervenciones.

La música puede funcionar como refuerzo positivo durante la internación y rehabilitación. Se recomienda la intervención de Musicoterapia en la atención en UTI, puesto que puede colaborar en el manejo del dolor, disminución de ansiedad, colaborar con la rehabilitación y la contención emocional del paciente y su familia.

Objetivo: Describir la intervención de Musicoterapia en la UTI en dicho hospital durante el periodo enero-diciembre 2023.

Metodología: Se realizó un relato en modalidad mixta, realizando tanto una descripción de las actividades realizadas como un análisis descriptivo, cuantitativo, de las mismas, utilizando fuentes secundarias de información.

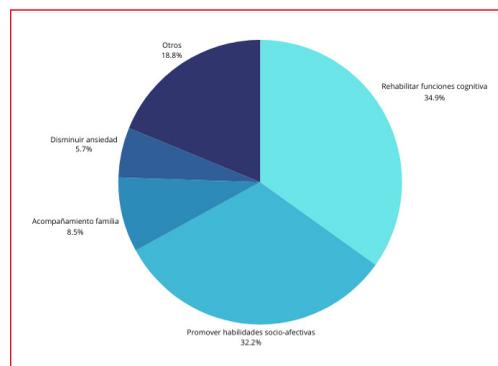
Resultados: Las técnicas y procedimientos utilizados por musicoterapia están orientados con diferentes objetivos en relación a las siguientes áreas: Cognitiva, socio-afectiva, sensorio-motriz. A partir del trabajo con canciones, ejecución de instrumentos e improvisaciones.

En terapia intensiva hubo 3543 pacientes/día que cumplieron criterios de inclusión. Se realizaron 846 intervenciones, de las cuales 92,95% (787) fueron con pacientes y 7,04% (59) con familiares. Del total de las intervenciones el 34,8% (295) se realizaron con el objetivo de rehabilitar funciones cognitivas (atención, memoria, funciones ejecutivas, praxias); el 32,2% (272) el objetivo fue promover habilidades socio-afectivas; el 8,5% (72) se realizó entrevista, contención emocional y seguimiento a la familia; el 5,7% (48) disminuir la ansiedad y el 18,8% (159) fueron otras.

Conclusiones y discusión: Los resultados obtenidos nos permiten concluir que contamos con un alto rechazo en la demanda de atención de pacientes por falta de horas asistenciales.

Además entendemos la necesidad de mejorar los registros de atención de las actividades y prácticas.

Observamos que la intervención de Musicoterapia tiene aceptación tanto en paciente como en familiares. Por ende se recomienda la realización de estudios de eficacia y efectividad de las intervenciones realizadas, como así medir la tasa de aceptación de la prestación.



0060 TRASTORNO ADHERENCIAL PLACENTARIO :CASO CLÍNICO

A FELDMAN(1), C LOPEZ(1), D VARELA(1), A GARCIA(1), B DAGLIO(1), M ALIAGA(1), K SIVILA(1), M RENK(1), D QUARANTA(1)
(1) Churrua

Introducción: El trastorno adherencial placentario se define como la invasión anormal del trofoblasto, hacia el miometrio de la pared uterina. La incidencia es de 3 casos por cada 1000 gestaciones.

Caso clínico: Paciente de 32 de edad, con antecedente de insuficiencia mitral leve. Cuatro gestas, dos partos y una cesárea pretérmino (28, 36 y 35 semanas respectivamente). Se realiza diagnóstico a las 25 semanas de embarazo, de placenta oclusiva total y acretismo placentario. Cursando 27 semanas se realiza RMN obstétrica que evidencia áreas de pérdida de la interfase retroplacentaria. A las 26 semanas se decide programar la finalización del embarazo a las 32 semanas. A las 28 semanas inicia trabajo de parto pretérmino por lo cual se decide su finalización. Se realiza colocación de catéter doble J, cateterización de arterias uterinas y cesárea abdominal, se extrae por fondo uterino recién nacido vivo de sexo masculino de 1110 gr. Embolización de arterias uterinas, histerectomía total más rafia vesical. En el postoperatorio inmediato pasa a UTI en ARM con requerimiento de noradrenalina. Evoluciona con shock hipovolémico. Se realiza lavado de cavidad más drenaje de hemoperitoneo más packing pélvico más abdomen abierto y contenido. A las 24 hs relaparotomía exploradora, evidenciando packing embebido y sangrado en napa de cúpula vaginal. Hemodinamia realiza embolización selectiva de arterias cervicovaginales. Evoluciona con sangrado activo, relaparotomía colocación de packing pélvico. Se evidencia líneas B bilaterales, por lo que se decide balance hídrico negativo. Evoluciona febril, se decide extracción de packing más cierre de pared con malla. Se realiza toma de cultivos y se inicia antibioticoterapia empírica. Al séptimo día de ARM se extuba. Al día 12 de UTI pasa al Servicio a Obstetricia. Recibió en total 28 unidades de glóbulos rojos, 33 Pool de plaquetas, 4 unidades de plasma fresco y congelado y 14 unidades de crioprecipitados, octaplex y ácido tranexámico.

Conclusiones: El trastorno adherencial placentario representa una entidad clínica de baja prevalencia, sin embargo, su impacto en la morbimortalidad tanto fetal como materna es significativo. Resulta imperativo llevar a cabo un enfoque de manejo multidisciplinario con el objetivo de prevenir y abordar estas complicaciones de manera adecuada.

0061 COEXISTENCIA DE RESPUESTA A FLUIDOS Y SEÑALES DE CONGESTIÓN VENOSA EN PACIENTES CRÍTICOS

A FELDMAN(1), D VARELA(1), G SIBILA(1), M RENK(1), A GARCIA(1), C LOPEZ(1), K SIVILA(1), M ALIAGA(1), B DAGLIO(1), A ALEJANDRO(1), J CAPELLA(1), D QUARANTA(1)
(1) Churruga

Introducción: Las recomendaciones apoyan reanimación con líquidos a través de la evaluación de la capacidad de respuesta a fluidos. La tolerancia a líquidos y prevención de la congestión venosa (CV) evitan efectos deletéreos de la reanimación.

Objetivo: Comparar la prevalencia de congestión venosa en pacientes críticos que responden a los líquidos y que no responden. El objetivo final es mejorar la perfusión tisular, ya que la CV se ha asociado con el deterioro de la perfusión de órganos y la disfunción orgánica.

Métodos: Estudio descriptivo, retrospectivo y observacional. Se incluyeron pacientes con ventilación mecánica que requirieron vasopresores e ingresaron < 24 h en UTI entre noviembre de 2022 y marzo de 2023. Los pacientes fueron evaluados simultáneamente para la respuesta a los fluidos y la CV. Se recolectaron el estado de respuesta líquidos, señales de CV, estimación de las presiones de llenado del ventrículo izquierdo (E/e'), integral de tiempo de la velocidad del tracto de salida del ventrículo izquierdo (VTI-TSVI), la excursión sistólica del plano anular tricúspide (TAPSE) y el diámetro máximo de la vena cava inferior (IVC), la CV del parénquima pulmonar se midió mediante índices de agua pulmonar extravascular (EVLW) y se utilizó ecografía pulmonar.

Resultados: Se incluyeron 40 pacientes, edad 66 [45-71] años, SOFA 6 [7-11]. El 38% de los pacientes respondían a los fluidos (FR+), mientras que el 62% no respondían a los fluidos (FR-). El diagnóstico prevalente fue sepsis (40%), seguido de insuficiencia respiratoria (22%). La prevalencia de al menos una señal de VC no fue significativamente diferente entre los grupos FR+ y FR- (54% vs. 57%, p = 0,69), así como la proporción de pacientes con 2 o 3 señales de VC (16% vs. 21%, p = 0,4). No se encontró asociación entre el balance de líquidos, el tiempo de llenado capilar (TRC) o el grupo diagnóstico y la presencia de señales de CV.

Conclusiones: Las señales de congestión venosa fueron prevalentes tanto en los pacientes críticos que respondían a los fluidos como en los que no respondían. No se encontró asociación entre el balance hídrico o diagnóstico de líquidos y la presencia de señales de congestión venosa.

0065 OXIGENACIÓN POR MEMBRANA EXTRACORPÓREA EN INSUFICIENCIA RESPIRATORIA REFRACTARIA LUEGO DE RESECCIÓN PULMONAR TRAUMÁTICA SECUNDARIA A HERIDA DE ARMA DE FUEGO. REPORTE DE CASO Y REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

HA ARMANDOLA(1), NI CARRIZO(1)
(1) Dr. Jose Maria Cullen

Introducción: La necesidad de resección pulmonar como consecuencia de lesiones penetrantes en tórax, se presentan como cirugías de urgencia asociadas a shock e insuficiencia respiratoria. Favoreciendo la aparición del síndrome de distrés respiratorio, reduciendo la sobrevida un 20%. En este escenario, la implementación de soporte extracorpóreo de oxigenación (ECMO), puede modificar su evolución y el pronóstico.

Casos: Paciente 1: Masculino 22 años, herida de arma de fuego (HAF) en hemitórax derecho 4to espacio intercostal línea medio clavicular derecha con salida en región escapular. Hemotórax masivo, se realiza toracotomía posterolateral derecha y neumorrafias. Postoperatorio inestabilidad hemodinámica, hipoxemia e hiper-capnia refractaria, se procede a canulación ECMO. Evoluciona con insuficiencia renal aguda no oligúrica e infección grave en región escapular requiriendo toilette quirúrgica y antibiótico.

Paciente 2: Masculino 20 años, HAF en hombro derecho sin orificio de salida. Se constató por tomografía neumotórax derecho grado III y grado I izquierdo. Una fibrobroncoscopia identificó: lesión bronquio fuente derecho, se decide neumonectomía ipsilateral. Por hipoxemia grave se decide soporte con ECMO. Por dehiscencia total de rafia bronquial e infección de cavidad residual, se decide nuevo gesto quirúrgico.

Ambos pacientes tuvieron alta hospitalaria y fueron derivados a centros de rehabilitación.

Discusión: La necesidad de resección pulmonar luego de una injuria torácica penetrante conlleva una alta mortalidad. El desarrollo de distrés respiratorio grave, es una complicación catastrófica que aumenta la mortalidad. Algunas estrategias recomendadas como altos niveles de PEEP y posición prono, en muchos pacientes con lesiones torácicas por arma de fuego, no se pueden implementar debido a la coexistencia de fistulas bronco-pleurales de alto débito. Cuando a pesar de todas estas medidas no se logra mantener una PaO₂/FiO₂ mayor de 100 mmHg, la mortalidad inmediata supera el 80%; es aquí donde la implementación del soporte de ECMO está indicado, pudiendo modificar el pronóstico en estos pacientes.

Conclusión: Son extremadamente pocas las publicaciones sobre ECMO postneumonectomía secundaria a HAF y los resultados en mortalidad a su vez variables, por lo que nos parece trascendente publicar nuestra experiencia en esta población específica.

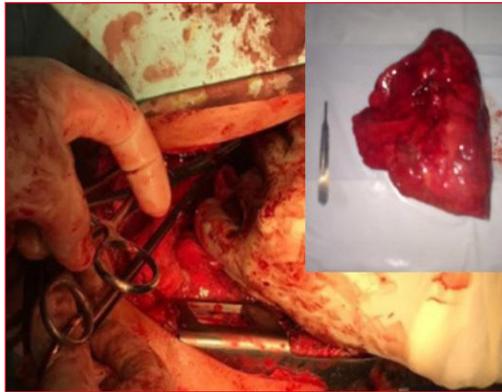


Imagen 3: Desbridamiento de partes blandas, posterior VAC y cierre progresivo de la brecha. Procedimiento realizado a pie de cama e inicialmente intra ECMO.

0067 REPORTE DE UN CASO CLINICO CON USO DE DISPOSITIVO BRAIN 4 CARE EN NEUROMONITOREO NO INVASIVO EN PACIENTE NEUROCRITICO COMO SUBROGANTE DE HIPERTENSION ENDOCRANEAL

L MONTAÑO(1), S JEREZ(1), J CARDOZO(2), N MONTAÑO(2), F ARANCIBIA(2), A MONTES DE OCA(2), W VIDETTA(2), A TAMAYO(2)

(1) Hospital Municipal Eva Perón De Merlo. (2) Municipal Eva Perón de Merlo

Introducción: El Brain4Care (B4C) como método de monitoreo colabora en la prevención del daño secundario donde los trastornos del Flujo Sanguíneo Cerebral (FSC) subyacentes intervienen en su generación. siendo subrogante precoz de hipertensión endocraneal (HIC) ante cambios mínimos de la complacencia intracraneal.

Caso clínico: Masculino de 19 años, ingresó el 15/02/2024 por accidente de tránsito automóvil vs motocicleta en condición de acompañante sin casco, con collarín y tabla espinal, TA 120/70, Glasgow 10/15. TAC C S/C línea media conservada, imágenes contusivas, fractura lineal sin hundimiento comprometiendo hueso parietal y temporal derecho así como base del peñasco homolateral, Rx: Tx sin lesiones óseas ni neumotórax, radiografía de cadera sin fracturas, TAC Tx sin lesiones. Ecofast negativo. Evoluciona con deterioro neurológico con Glasgow 9/15, intubación orotraqueal para protección de vía aérea. Ingres a UTI por TEC Moderado Potencialmente Grave Marshall I, hemodinámicamente estable, RASS -5 y monitoreo multiparamétrico, se evidencia B4C P2 mayor a P1 en relación a 1,03 y un Tiempo Pico de 0,02 control posterior de B4C P2 es mayor a P1 en relación a 1,23 y un Tiempo Pico de 0,17, TAC C edema cerebral, contusiones encefálicas bitemporales, línea media conservada y ventrículos libres, Neurocirugía coloca catéter de PIC apertura de 16 cm/H2O, optimización de medidas de neuroprotección, analgesia y anti edema, administración de solución hipertónica y manitol. El 17/02/24 con valores óptimos, vacación de sedación, buen despertar, nueva TAC que evidencia catéter posicionado en topografía frontal, persistencia de trazo fracturaria, disminución de hematoma galeal y de edema cerebral. El 19/02 se retiró catéter de PIC, extubación sin complicaciones el 20/02/2024, queda foco

motor con desviación leve de la comisura labial derecha sin trastornos deglutorios y debilidad muscular generalizada, paciente con mejoría es dado de alta.

Discusión: El B4C método sencillo, aplicable bedside, no invasivo, continuo o intermitente, de bajo costo y sin complicaciones, permite obtener un indicador de salud cerebral que califica el diagnóstico, orienta la terapia e indica la evolución de los trastornos neurológicos.

Conclusión: El B4C Informa no invasivamente la distensibilidad intracraneal, permitiendo rápida atención neuroprotectora y una mayor seguridad y reducción de eventos y lesiones secundarias.

0068 MUERTE ENCEFALICA MATERNA POR HEMORRAGIA INTRACEREBRAL REPORTE DE CASO CLINICO

J CARDOZO(1), L MONTAÑO(1), N MONTAÑO(1), S JEREZ(1), F ARANCIBIA(1), J MONTES DE OCA(1), J MUÑOZ(1), H LOPEZ(1), A TAMAYO(1), F G.(1)

(1) Municipal Eva Perón De Merlo

Introducción: La eclampsia y el síndrome HELLP como complicaciones de la preeclampsia pueden aumentar la morbimortalidad materna. La principal complicación y causa de muerte de esta asociación es la enfermedad cerebrovascular (ECV) hemorrágica, patología poco frecuente del embarazo y asociada a pobres resultados materno-fetales.

Caso clínico: Femenina, 27 años, gestante de 28.2 semanas, antecedentes de obesidad mórbida, hipertensión arterial, ingresa por deterioro de la conciencia y convulsiones tónico clónicas generalizadas de 10 minutos de duración, en coma GSC 6/15, pupilas midriáticas bilateral, crisis hipertensiva 200/100, por lo que se decide IOT-ARM, laboratorio: leucocitosis acidosis metabólica, hipoxemia, transaminasas aumentadas, plaquetopenia, conducta quirúrgica por ginecología, se extrae feto único muerto, histerectomía subtotal por utero de Couvalier, politransfundida Ingres a UTI en su POI, midriáticas bilateral, ausencia de reflejos pupilar y de tronco, con vasopresores, monitoreo neurocritico con signos sugestivos de parada circulatoria cerebral, evoluciona, con disfunción multiorgánica falla renal con requerimiento de terapia de reemplazo renal temprana, TAC de Encéfalo, hemorragia intracraneal maligna, en región frontal izquierda y ganglios de base, con volcado ventricular, desviación de la línea media, volumen del hematoma 80 cc, evoluciona con hipoxemia refractaria por neumotórax bilateral grado II, se coloca TAPBA bilateral se estabiliza hemodinamia y se comunica a centro de CUCAIBA.

Discusión: El embarazo predispone al desarrollo de ECV, los síntomas iniciales pueden confundirse por los propios de la preeclampsia, por el resultado de los efectos del tratamiento con la infusión de sulfato de magnesio, etc.

En nuestro caso, los síntomas iniciales fueron cefalea de intensidad moderada y posteriormente la paciente presentó convulsiones tónico-clónicas generalizadas, deterioro de la conciencia asociada a HTA, con sangrado intracerebral maligno izquierdo, signos de hemorragia subaracnoidea y paraclínicos que mostraban coagulopatía. El manejo de la HIC debe ser multidisciplinario, con la participación de neurología, neurocirugía, obstetricia, anestesiología, radiología y neonatología y monitoreo continuo de signos vitales.

Conclusión: La HIC es una patología rara durante el embarazo, asociada a complicaciones materno-fetales. Se requiere un alto índice de sospecha y apoyo multidisciplinario, en el abordaje de una paciente materna con hemorragia cerebral, para impactar en el pronóstico.

0069 Puntuación de Ultrasonido de Exceso Venoso (Puntuación VEXUS) en la Predicción de la Lesión Renal Aguda en Pacientes con Síndrome Cardiorrenal

A FELDMAN(1), C LOPEZ(1), D VARELA(1), A GARCIA(1), B DAGLIO(1), M ALIAGA(1), M RENK(1), G SIBILA(1), K SIVILLA(1), A ALEJANDRO(1), R OCHOA(1), S FREDES(1), N TIRIBELLI(1), M LOMPIZANO(1), D QUARANTA(1), J CAPELLA(1)
(1) Churruca

Objetivo: Conocer la puntuación de ultrasonido de exceso venoso (puntuación VEXUS) en la predicción de la lesión renal aguda en pacientes con síndrome cardiorrenal.

Introducción: La sobrecarga de líquidos es perjudicial en pacientes críticos. Puede conducir a la congestión venosa, aumentando así la presión venosa, reduciendo el flujo sanguíneo renal. La congestión venosa puede generar lesión renal aguda (LRA).

Materiales y métodos: Estudio descriptivo, retrospectivo y observacional en el que se incluyeron los pacientes ingresados a (UTI) con diagnóstico de síndrome cardiorrenal, desde el 11/11/2023 hasta el 01/04/2024. Los pacientes se sometieron a un examen ecográfico con determinación seriada hasta que se resolvió la LRA o el paciente inició diálisis. Se evaluó la puntuación de ultrasonido de exceso venoso (VEXUS) que comprende vena cava inferior (VCI), forma de onda de la vena hepática y pulsatilidad de la vena porta.

Resultados: Treinta y cuatro pacientes se incluyeron en el estudio. La edad media fue de $60,53 \pm 16,47$, (70%) hombres. (SOFA) de $6,03 \pm 1,97$. Catorce pacientes (46,7%) estaban en la etapa 1 de LRA, mientras que ocho pacientes (26,7%) estaban en la etapa 2 y la etapa 3 de LRA cada una. Veinte y dos pacientes (66,7%) tenían VEXUS grado III. La resolución de la lesión por LRA mostró correlación significativa con la mejoría en el grado VEXUS ($p < 0,003$). Del mismo modo, hubo asociación significativa entre los cambios en el grado VEXUS y el balance de líquidos (valor de $p < 0,006$). No hubo correlación entre la variabilidad del volumen sistólico, la función ventricular izquierda y la función ventricular derecha con cambio en el grado VEXUS.

Conclusión: El estudio muestra que una clasificación combinada de las mediciones de la VCI, vena hepática y vena porta podría demostrar de manera confiable la congestión venosa y ayudar en la decisión clínica de realizar eliminación de líquidos.

0070 Influencia de la Vasopresina en el Acoplamiento Ventrículoarterial Medido por Termodilución Transpulmonar

E PAPINI(1), C GONZALEZ(1), J RODRIGUEZ LOUZAN(1), C LOVESIO(1), D LATASA(1)
(1) Sanatorio Parque

Introducción: El acoplamiento arterial ventrículo (VAC) refleja el rendimiento y la eficiencia cardiovascular. Es la interacción entre la eyección de la bomba ventricular y el posterior cambio en la presión arterial. La respuesta a los vasopresores en la VAC es variable. Se ha descrito que la noradrenalina aumenta la elastancia sistólica final (Ees) y la elastancia arterial (Ea), pero la vasopresina solo aumentaría la Ea; por lo tanto, podría llevar a desacoplamiento VA. El objetivo de nuestro trabajo fue evaluar si los pacientes que recibieron noradrenalina más vasopresina tenían desacoplamiento o valores de Ea más altos que aquellos que recibieron solo noradrenalina.

Materiales y métodos: Se realizó un estudio prospectivo en una unidad de cuidados intensivos (UCI) médico-quirúrgica de 24 camas en Argentina. Se incluyeron pacientes con shock que recibieron monitorización hemodinámica con termodilución transpulmonar.

Se midieron las variables hemodinámicas de la primera medición de termodilución transpulmonar.

Para el cálculo de Ea utilizamos la fórmula $(TAM * 0.9) / VS$. Para la Ees aplicamos el mismo principio de medición en ecocardiografía, por lo que utilizamos la fórmula $TAS / [(GEDVI / 4) - VS]$. El análisis estadístico se realizó mediante la prueba t de Student para las variables con distribución normal y la prueba de Mann Whitney para las variables con distribución anormal.

Resultados: Se incluyeron 25 pacientes con shock, 18 de ellos con shock distributivo, 11 del sexo femenino. La edad media fue 57 [40 – 65] años, las puntuaciones de Apache II y SOFA fueron de 20 [10 – 27] y 8 [4 – 9] respectivamente. Hubo diferencias estadísticamente significativas en el VVS, la dosis de noradrenalina y el índice RVSI. Las variables hemodinámicas se muestran en la tabla 1.

Conclusión: El uso de vasopresina más noradrenalina presentó valores más altos de VAC en comparación con la noradrenalina sola, pero esto no alcanzó significación estadística. Contrariamente a lo que suponíamos, el grupo de noradrenalina presentó mayores valores de Ea y menores de Ees.

0071 Utilidad de la Ecografía en el Monitoreo del Paciente Neurocrítico Perioperatorio

F VILLEMUR(1)
(1) Clínica Regional del Sud

Introducción: El uso de la ecografía a la cabecera del enfermo está tomando gran aceptación como herramienta en el manejo de los paciente neurocríticos y esto se extiende al monitoreo del perioperatorio neurológico. Existen fundamentalmente dos evaluaciones ultrasonográficas a emplear: el diámetro de la vaina del nervio óptico (DVNO) y el Doppler transcraneal.

El uso de tecnología no invasiva para el monitoreo neurocrítico disminuye los riesgos de los métodos invasivos y presentan beneficios similares.

El objetivo de este trabajo es analizar un caso clínico en la UTI que curso el postoperatorio inmediato por hematoma subdural crónico, y poder demostrar la utilidad de la ecografía en el seguimiento de estos pacientes.

Presentación de trabajo: Paciente masculino de 76 años operado hace 36 hs por Hematoma subdural crónico bilateral que evoluciona con episodio de depresión del sensorio (somnia), Glasgow 11/15 (RO 3, RV 3, RM 5), sin déficit motor ni sensitivo en extremidades. El mismo presenta un drenaje al lecho quirúrgico parietal izquierdo con débito sanguinolento escaso. No tiene captor de PIC. Conducta: Se realiza TAC de cerebro de control. (1)

Luego de analizar dicho estudio, el paciente es valorado por neurorurugía y se decide en conjunto monitoreo ecográfico para determinar conducta terapéutica correspondiente.

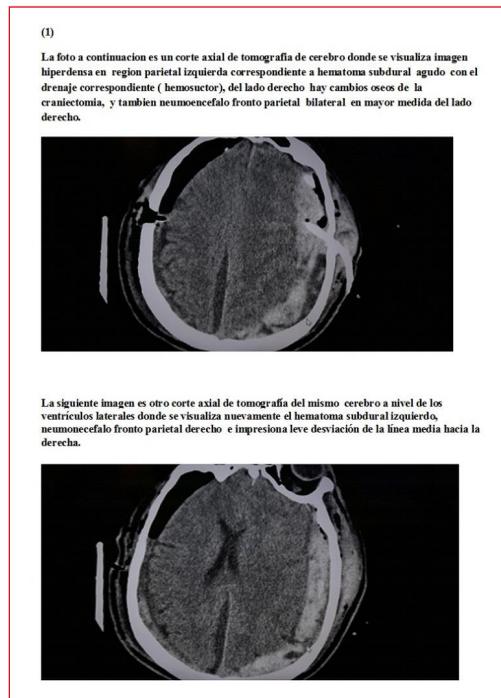
En primera instancia realizamos la medición del diámetro de la vaina del nervio óptico de ambos glóbulos oculares y a posterior el doppler color transcraneano.

En ambos glóbulos oculares se midió la vaina del nervio óptico, el derecho 4,9 mm y el izquierdo 5,2 mm, el promedio de ambos dio 5,05 mm, se lo interpreto como normales. (2)

Luego utilizamos el doppler color transcraneano a nivel del hueso temporal izquierdo donde medimos el índice pulsatilidad de 1,02, tambien es un valor normal. (3)

Discusión: Los datos anteriores nos permiten tomar una conducta conservadora en el momento de la valoración. Descartamos Hipertensión endocraneana y/o Vasoespasmio.

Conclusión: Se demuestra que es posible monitorizar un paciente perioperatorio de forma no invasiva y lograr obtener información para realizar un seguimiento, diagnóstico y tratamiento oportuno.



0072 INFECCIÓN POR MUCORMICOSIS EN PACIENTE INMUNOSUPRIMIDO POR CORTICOTERAPIA PROLONGADA POR SÍNDROME MIELODISPLÁSICO

JO PIMENTEL YUCRA(1), G MONTI(2), C LLERENA(2), J QUIROZ CEDEÑO(2), K BANZER(2), N CARLOS MEDINACELI(2), A GONZALEZ(2), M MANSUR(2)

(1) Central de San Isidro "Melchor Angel Posse". (2) Central de San Isidro "Dr. Melchor Angel Posse"

Introducción: La mucormicosis ha tenido un aumento de casos importantes, asociado a pacientes con algún tipo de inmunosupresión. Las infecciones por hongos mucorales, se caracterizan por

la rápida invasión de los vasos sanguíneos y de otros órganos o estructuras adyacentes. Los mucorales suelen producir infección orbitorrinocerebral, pulmonar, cutánea, digestiva o diseminada, y su desarrollo se ve favorecido por ciertas enfermedades de base (diabetes, insuficiencia renal) o factores de riesgo (neutropenia, inmunosupresión, sobrecarga de hierro).

Caso clínico: Masculino de 67 años con antecedentes de síndrome mielodisplásico, hemocromatosis secundaria a múltiples transfusiones, internaciones recurrentes por infecciones a repetición (criptococosis meningea). Ingresa por cuadro clínico de 1 semana de evolución, por úlcera de aspecto necrótico en antebrazo derecho, tras golpe con objeto contuso metálico. Se toma cultivos de piel, antibioticoterapia empírica, sin mejoría clínica evoluciona con síndrome compartimental con fasciotomía, toilette y debridamiento. Ante rescate positivo en piel para *Mucor sp* y *Lichtheimia* mala evolución del paciente se realiza amputación transhumeral de miembro superior derecho, se dirige tratamiento con Anfotericina B desoxicolato por 18 días. Internación prolongada en servicio de clínica médica, intercurencia con insuficiencia renal, falla multiorgánica y fallece a los 102 días de la internación.

Discusión: El progresivo y constante avance científico para la mucormicosis, es un factor a resaltar, sea por poseer mayor herramientas para el diagnóstico, en los últimos años, la malignidad subyacente hace que se posiciona como otro factor de riesgo para los pacientes sometidos a quimioterapia e inmunoterapia, sin dejar de lado medidas predisponentes como el trasplante de órganos sólidos y de células madre hematopoyéticas, sobrecarga de hierro, pacientes portadores de virus de inmunodeficiencia humana y diabetes.

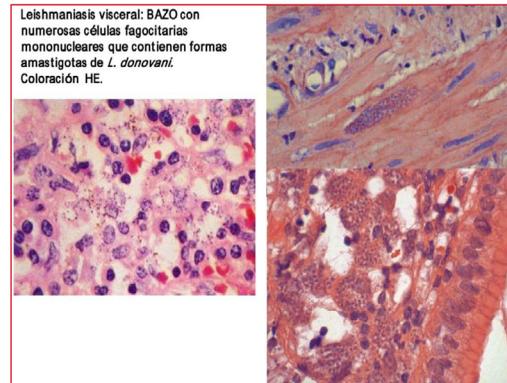
Conclusión: Estas infecciones se asocian a una elevada mortalidad, superior al 40% y la clave de su curación reside en el diagnóstico y tratamiento antifúngico, asociado esté en la mayoría de los casos a un desbridamiento quirúrgico amplio. La sospecha de mucormicosis requiere una intervención urgente, debido a la progresiva y destructiva infección, el retraso en el inicio del tratamiento se asocia con una mayor mortalidad, es por este motivo que destaca la importancia en este caso.





mortalidad a pesar del tratamiento, su desconocimiento y epidemiología conllevan a múltiples diagnósticos diferenciales con demoras al tratamiento específico.

Conclusiones: La interacción compleja entre este parásito y el huésped, conduce a una diversidad de manifestaciones clínicas, donde el examen físico y la sospecha clínica son fundamentales para brindar el tratamiento específico y oportuno. Se han logrado avances en el diagnóstico de LV, sin embargo destaca la necesidad de pruebas rápidas y no invasivas.



0076 LEISHMANIASIS GRAVE EN PEDIATRÍA: RETO CLÍNICO Y DIAGNÓSTICO EN ZONA NO ENDÉMICA. REPORTE DE 2 CASOS

LA GUTIERREZ(1), J GARCIA(1), A BUSTOS(1), R DEHEZA(1), M ISLAS(1), A PODESTÁ(1), V CÓRDOBA(1), P CEPEDA(1)
(1) Nacional Profesor Alejandro Posadas

Introducción: La Leishmaniasis es una enfermedad causada por parásitos intracelulares, transmitidos al hombre a través de la picadura de insectos flebótomos. En Argentina el área endémica se limita a 4 provincias. Se reconocen 3 formas clínicas; cutánea, mucocutánea y visceral. Siendo la forma visceral la más grave y con alta mortalidad si no es tratada a tiempo, representando un reto clínico y diagnóstico.

Presentación de casos: Primer caso, paciente de 9 años oriunda de Corrientes derivada con diagnóstico de pancitopenia y neutropenia febril profunda. Serologías epidemiológicas (incluida Leishmaniasis) negativas, hemato-oncológicos, reumatológicos e inmunológicos sin hallazgos de agente causal. Al ingreso febril, lesiones blanquecinas orales con hepato-esplenomegalia, en shock séptico descompensado a las 48 horas evoluciona con falla multiorgánica y fallece, la necropsia evidencia Leishmaniasis Donovanii en Bazo y Aspergilosis pulmonar. Segundo caso, paciente de 9 años con fiebre y odinofagia consulta en mal estado general, se interna con lesiones blanquecinas en mucosa oral, ulceración que abarca 50% de la lengua, adenopatías induradas en región cervical, hepato-esplenomegalia, pancitopenia, PAMO sin atipias, estudios serológicos convencionales negativos, a las 24 horas presenta shock séptico descompensado, cumple múltiples esquemas antibióticos. Estudios imagenológicos; TAC de macizo facial, tórax y pelvis que informa necrosis del 1/3 anterior de la lengua y absceso retro-amigdalino, se realiza punción y aspiración de ambas lesiones y biopsia de piel con resultado PCR + para Leishmaniasis Infantum. Realiza tratamiento con Anfotericina B liposomal. Pasa a sala de pediatría en buenas condiciones.

Discusión: La Leishmaniasis es una enfermedad infecciosa, en Argentina la población pediátrica es la más afectada con una alta



0077 VIVENCIAS Y PERCEPCIONES DE PERSONAS CON CIRUGÍA DE TRASPLANTE CARDÍACO

M LAMAS(1)
(1) Sanatorio Allende

La presente investigación, abordada desde la investigación cualitativa fenomenológica, tiene como objetivo analizar las vivencias y percepciones de las personas que han realizado su cirugía de tras-

plante cardíaco en una institución privada de salud de la ciudad de Córdoba. Se desarrollaron entrevistas semiestructuradas, grabadas y transcritas para su análisis mediante la Teoría Fundamentada (TF). Los entrevistados fueron quince, provenientes de distintas provincias como Salta, Córdoba, San Luis, Santiago del Estero y Neuquén. Sus cirugías de trasplante fueron entre los años 2007 y 2021. Los encuentros fueron presenciales y virtuales a través de la aplicación WhatsApp por video llamadas, dado el contexto impuesto por la pandemia del virus del Covid-19, la inmunosupresión de los trasplantados y la distancia entre provincias. Las dimensiones emergentes de esta investigación fueron: vivencias al trasplante cardíaco, percepciones del trasplante cardíaco y vivencias durante la internación, y sus ocho categorías: nuevo comienzo, fuentes de apoyo (familia, amigos, fe en dios y consejería de pares), desafío socio-cultural, el don, la deuda, asistencia de los profesionales de salud, post trasplante inmediato y cuidado crónico. Dichas dimensiones describen la vivencia de los trasplantados cardíacos desde una visión global, que incluye la fase de espera previa al trasplante y la fase de alta sanatorial. Se concluye que las acciones de afrontamiento, las fuentes de apoyo, las percepciones hacia el órgano y al donante, y los desafíos posteriores al alta sanatorial son un gran predictor del resultado del trasplante cardíaco. Sin dudas, dicho proceso, en todas sus etapas implica grandes contrastes emocionales, crisis en la identidad y redefinición de sus funciones, tanto en sus familias, como en la sociedad. Cabe resaltar que el objetivo de esta investigación no es la generalización, sino la transferibilidad del conocimiento de una situación a otra, es decir transferidos a contextos similares donde las personas hayan experimentado un trasplante de corazón. Se espera que estos hallazgos puedan ser de utilidad para hacer ciencia y brindar evidencia científica para que el sistema de salud tenga nueva información para comprender este fenómeno tan complejo.

0079 SÍNDROME DE GOODPASTURE. REPORTE DE CASO

FE ESPINOZA(1), M OTAMENDI(1), M CRUZ(1), NA GRASSI(1), MG MONTENEGRO FERNANDEZ(1), VA MILLAN(1), P ZORZANO OSINALDE(1), LG DURAN(1)

(1) Hospital Municipal de Agudos Dr. Leónidas Lucero

Introducción: El síndrome de Goodpasture es una enfermedad autoinmune y una vasculitis de vasos pequeños caracterizada por glomerulonefritis rápidamente progresiva y hemorragia alveolar en presencia de anticuerpos antimembrana basal glomerular (Ac anti-MBG). Es infrecuente y tiene una alta mortalidad. A continuación, se presenta un paciente que estuvo internado en nuestro servicio con diagnóstico de síndrome de Goodpasture por necropsia.

Presentación del caso: Paciente masculino de 67 años con antecedentes de cirugía de revascularización miocárdica, hipertensión arterial, ex-tabaquista, fibrilación auricular anticoagulada, en estudio por pérdida de peso, que consultó por tos con expectoración hemoptoica, sudoración nocturna y disnea. Ingresó taquicárdico, taquipneico, y desaturando. Al examen físico presentaba rales crepitantes en pulmón izquierdo. Laboratorio con anemia, leucocitosis, coagulopatía, insuficiencia renal, hiperkalemia y acidosis metabólica con hiperlactacidemia e hipoxemia. La radiografía de tórax evidenció infiltrados algodonosos bilaterales a predominio del pulmón izquierdo. Pasó a terapia intensiva para ventilación invasiva. Por sospecha de síndrome pulmón riñón y síndrome de distrés respiratorio de causa infecciosa se solicitaron hemocultivos y marcadores séricos de autoinmunidad (factor reumatoideo, C3, C4, anticuerpos antinucleocitoplasmáticos, anticitoplasma de neutrófilo), que resultaron negativos. Se realizó mini lavado broncoalveolar, con baciloscopias negativas. Se inició antibioticoterapia y tuberculostáticos empíricos ya que presentaba tomografía de tórax previa a internación con imágenes compatibles con tuberculosis pulmonar. Evolucionó con oligoanuria e inició hemodiálisis, con paro cardiopulmonar intradiálisis sin respuesta a reanimación cardiopulmonar. Se realizó necropsia que informó hemorragia alveolar difusa con glomerulonefritis membrano-proliferativa compatible con Síndrome de Goodpasture.

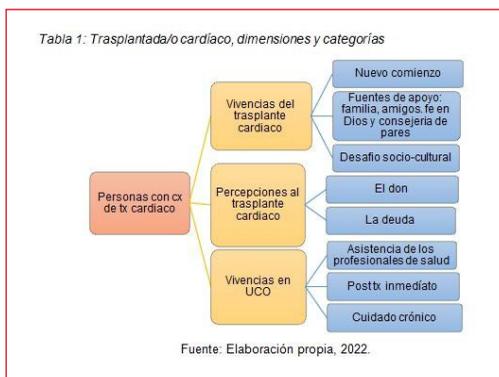
Discusión: El síndrome de Goodpasture representa el 15% de los casos de síndrome pulmón-riñón. El 60-80% de los casos tienen enfermedad pulmonar y renal simultánea. Es un trastorno por hipersensibilidad de etiología desconocida. Siempre deben solicitarse marcadores séricos de autoinmunidad, en especial ANCA y anti-MBG, para el diagnóstico diferencial. La inmunosupresión y la plasmáferesis son el tratamiento de elección.

Conclusión: El síndrome de Goodpasture causa daño pulmonar potencialmente mortal e insuficiencia renal que puede desencadenar en terapias de reemplazo renal. El diagnóstico y tratamiento adecuado puede mejorar la calidad de vida y el pronóstico de manera significativa.

Tabla 1: Sujetos entrevistados

Nº	Sexo Biológico	Edad	Español Civil	Estado Laboral	Nivel educativo	Religion	Cobertura	Tipo de Familia (viviencia)	Lugar de residencia	Año de la
1	F	51	Soltero	Independiente	Universitario completa	Católica	Privada	Extensa	San Luis	2017
2	M	47	Casado	Empleado	Universitario completa	Católica	Privada	Nuclear	Córdoba	2016
3	M	42	Soltero	Pensionado	Secundario incompleto	Católica	Seguro Social	Extensa	Salta	2018
4	M	57	Viudo	Empleado	Primario incompleto	Evangelica	Seguro Social	Monoparental	Neuquen	2020
5	F	60	Casado	Pensionado	Secundario incompleto	Católica	Privada	Nuclear	Córdoba Interior	2019
6	M	56	Casado	Independiente	Secundario incompleto	Evangelica	Seguro Social	Nuclear	Córdoba Interior	2020
7	M	43	Unión Libre	Independiente	Primario incompleto	Católica	Seguro Social	Nuclear	Salta	2020
8	M	54	Casado	Independiente	Secundario incompleto	Católica	Privada	Nuclear	Sancti Spiritus Del Estero	2017
9	M	54	Soltero	Jubilado	Secundario Completo	Católica	Privada	Extensa	San Luis Interior	2016
10	M	28	Soltero	Independiente	Secundario Completo	Católica	Seguro Social	Nuclear	Córdoba Interior	2021
11	M	56	Casado	Pensionado	Secundario Completo	Evangelico	Seguro Social	Nuclear	Santiago del Estero	2021
12	F	40	Divorciada	Desempleado	Universitario Completo	Ninguna	Prepaga	Extensa	Córdoba Capital	2021
13	F	66	Soltero	Jubilado	Secundario Completo	Católica	Seguro Social	Nuclear	Córdoba Capital	2008
14	M	59	Casado	Jubilado	Secundario Completo	Católica	Otra	Nuclear	Córdoba Capital	2015
15	M	49	Casado	Empleado	Secundario incompleto	Católica	Otra Social	Nuclear	Córdoba Capital	2007

Fuente: Elaboración propia, 2022.



0080 TUBERCULOSIS EN LAS UNIDADES CRÍTICAS DE UN HOSPITAL PÚBLICO DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES-PANORAMA ACTUAL

MJ OCHOA(1), MJ OCHOA(2), G ARÁN(2), A RODRIGUEZ(2), S KRUGLIANSKY(2), E CUNTO(2), M QUINTEROS(2)
 (1) F. J. Muñiz. (2) F. J. Muñiz

Introducción: La tuberculosis ha mostrado una tendencia al alza en todo el mundo. En Argentina: tasa (2023) de casos notificados fue 14.914, la tasa de mortalidad, ajustadas por edad, 1.5 con 733 defunciones por tuberculosis (2022), el 10.6% corresponden a defunciones asociadas al VIH. Algunas formas graves requieren internación en UTI, éstas son entre el 0,01 al 0,5% de los casos reportados. Describimos una cohorte de pacientes con esta patología internados en área crítica determinando características demográficas, mortalidad y factores de riesgo asociados con la misma.

Material y métodos: Estudio observacional retrospectivo con una población de 165 pacientes con diagnóstico de tuberculosis internados en terapia intensiva (UTI) entre marzo 2023 y marzo 2024, con el fin de identificar posibles factores de riesgo asociados al desarrollo de complicaciones, describiendo las características demográficas, comorbilidades, forma de TBC, días de asistencia respiratoria mecánica, cambios de tratamiento y efectos adversos asociados.

Resultados y discusión: Se analizaron 165 pacientes con TBC en UTI, 123 masculinos y 42 femeninos, edad promedio 40,8 años (media 14.5), días de AVM promedio 4.9 (1-54). La mortalidad: 72 pacientes (VIH+ 52% y VIH- 47%); muertes según la presentación de la TBC: pulmonar 54 pacientes, diseminada 13, empírico 3, TBC MAI 2; sobrevida media de los fallecidos fue de 10,2 días (1-42). Las patologías asociadas: VIH 75 (45%), tabaquismo 49 (29%), adicciones 40 (24%), enolismo 23 (38%); formas de presentación de la TBC: pulmonar 124 (75%), meníngea 19 (11%), ganglionar 8 (5%), miliar 6 (3.6%), empírico 5 (3%), MAI 3 (2%); Fase de tratamiento: inducción primera línea 92, segunda línea 60, consolidación 8, multirresistencia 3 y empírico 3; requirieron cambio de tratamiento 38 pacientes: por hepatotoxicidad 23, farmacodermia 6, plaquetopenia 4 y otras causas 5 pacientes.

Conclusiones: Se observó una alta mortalidad entre los pacientes con TB que requirieron internación en UTI (43%) con asociación significativa entre VIH y riesgo de muerte. Factores como tabaquismo y adicciones también influyeron. Destaca la necesidad de detección temprana, manejo integral y vigilancia de efectos adversos durante el tratamiento.

Bibliografía: boletin n°7 Tuberculosis y Lepra en la Argentina <https://bancos.salud.gov.ar/recurso/boletin-ndeg-7-tuberculosis-y-lepra-en-la-argentina>

REQUIEREN CAMBIO DE TRATAMIENTO	
N=38	
HEPATOTOXICIDAD	23
PLAQUETOPENIA	4
FARMACODERMIA/DRES	6
OTROS	5

	VIVOS	FALLECIDOS	P
CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS			
EDAD, media (DS)	37.8	44.8	0.009
GÉNERO MASCULINO, N (%)	42%	32%	
GÉNERO FEMENINO, N (%)	14%	12%	
COMORBILIDADES (N)			
VIH	37	38	0.478
TABAQUISTA	20	29	0.437
ENOLISTA	18	19	0.987
CONSUMO DE SUSTANCIAS	20	20	0.369
DATOS UCI (N)			
BACILÍFEROS	56	47	0.049
VENTILACIÓN MECÁNICA	23	59	<0.00012
DÍAS DE VM, media (DS)	2.5	9.8	0.424
ESTADÍA, media (DS)	7	10.2	0.395
MORTALIDAD			
MUERTES PRESENTACIÓN TBC (N)			
MUERTES TBC DISEMINADA		13	
MUERTES TBC PULMONAR		54	
MUERTES TBC EMPÍRICO		3	
MUERTES TBC MAI		2	
MORTALIDAD %			
MORTALIDAD		43	
MORTALIDAD EN HIV+		52	
MORTALIDAD EN HIV-		47	

0081 ENCEFALOPATÍA NECROTIZANTE AGUDA SECUNDARIO A VIRUS DENGUE: A PROPÓSITO DE UN CASO

MG RIQUEL(1), MF DALLARDA(1), G PRICOLO(1), S PEREZ JOHANNETON(1), MEN BOBBIO(1)
 (1) Militar Central 601 Dr. Cosme Argerich

Introducción: La encefalopatía necrotizante aguda (ENA) es una enfermedad poco frecuente en pediatría, rápidamente progresiva. Se presenta en niños sanos, el diagnóstico es clínico e imagenológico característico. Es secundario a cuadros infecciosos, en su mayoría virus respiratorios. El virus del dengue es un Flavivirus, endémico en Argentina, que en raras ocasiones presenta compromiso neurológico. En la literatura se encuentran escasos reportes de ENA secundario al virus dengue, por lo que presentamos el caso de un paciente de 2 años que padeció dicha enfermedad.

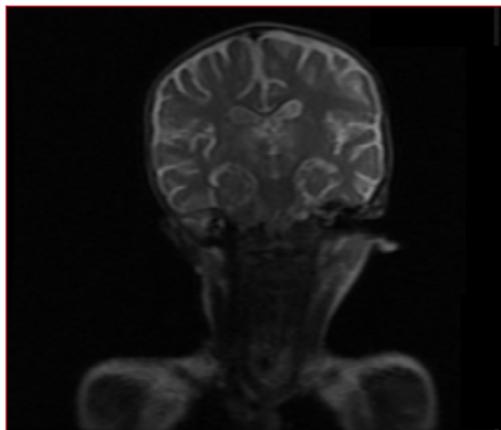
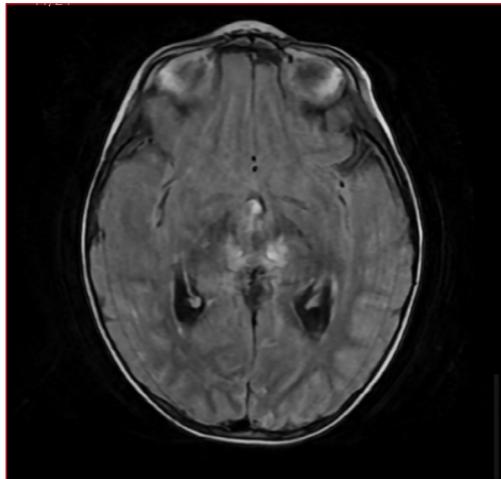
Presentación del caso: Paciente de 1 año, previamente sano, consulta por fiebre y vómitos de 2 días de evolución. Por diagnóstico presuntivo de shock séptico, se indicó fluidoterapia y antibiótico-terapia (previa toma de HMCx2 y UC). A las 12 hs presenta alteración del sensorio y status convulsivo, requiriendo intubación. Se realizó laboratorio (Hemoglobina 8.8 Plaquetas 126000 Glóbulos Blancos 6800), TAC de cerebro (alteraciones de la densidad del espacio bitalámico), punción lumbar (citoquímico normal, cultivo negativo) y Viroológico de secreciones nasofaríngeas (negativo). Con diagnóstico presuntivo de ENA se realizó RMN de cerebro (lesiones hiperintensas en T2 talamomesencefálicas bilaterales, con signos de sangrado). Recibió corticoterapia, gammaglobulina y Tocilizumab, sin respuesta. Se realizó estudio genético para gen RAMBP2, no detectándose mutaciones.

En contexto de brote epidemiológico y antecedentes familiares de dengue, se solicitó IgM (positiva) e IgG (negativa, con posterior positividad).

FORMAS DE LA PRESENTACION DE LA TBC (%)	
TUBERCULOSIS PULMONAR	124
TUBERCULOSIS DISEMINADA	41
TIPO DE PRESENTACIÓN N= 165	
MOT	3
GANGLIONAR	8
PULMONAR	124
MILIAR	6
MENINGEA	19
EMPÍRICO	5
FASE DE TBC	
N=165	
INDUCCION	92
INDUCCION SEGUNDA LÍNEA	60
CONSOLIDACIÓN	8
EMPÍRICO	2
MULTIRRESISTENTE	3

Discusión: Ante un paciente sano con status convulsivo e imagen tomográfica que evidencie alteraciones de la densidad simétricas bitalámicas, es necesario en primera instancia sospechar ENA. Así mismo plantearse entre los diagnósticos diferenciales las encefalitis inmunomediada, ADEM, encefalitis herpética y ACV de ganglios basales.

Conclusión: La ENA es una enfermedad poco frecuente, de rápida evolución asociada con alta morbimortalidad (30%). Se caracteriza por presentar alteración aguda del estado de conciencia y patrón imagenológico patognomónico que involucra ambos tálamos de manera simétrica. El alto índice de sospecha diagnóstica facilita el diagnóstico temprano y eventual tratamiento intensivo de soporte asociado a medicación antiviral, intervención con inmunomoduladores y suplementos metabólicos.



0083 MEDIASTITIS NECROTIZANTE DESCENDENTE

L BARROSO(1), S MIRETTI(1)
(1) Nuevo Hospital San Roque

Introducción: La mediastinitis necrotizante descendente es una complicación infecciosa, que se produce a partir de la progresión caudal de un proceso inflamatorio a través de los espacios cervicales y alcanza el mediastino. Presenta una mortalidad del 11% al 40%.

Presentación del caso: Paciente femenina, 16 años, sin antecedentes conocidos, cursando puerperio tardío. Ingresar con diagnóstico de mediastinitis secundaria a absceso odontógeno, de 10 días de evolución. Ingresar a terapia intensiva en posoperatorio inmediato de cervicotomía derecha con colocación de drenaje laterocervical y submaxilar derechos, intubada, en shock séptico. Cumple antibioterapia con Piperacilina/tazobactam, Vancomicina y Clindamicina

desde el ingreso. En hemocultivos se aíslan *Streptococcus agalactiae* y *Anginosus*; en muestra de tejido cervical *Streptococcus Anginosus* y *Gordonii*.

Intercurre con derrame pleural izquierdo secundario a fístula entre pleura mediastinal y parietal y sospecha de fístula traqueocutánea por aerorragia y enfisema cervical, Cirugía de Tórax coloca drenajes torácicos.

Complica con shock hipovolémico debido a sangrado de sitio quirúrgico y hemotorax. Por débito purulento en herida quirúrgica y aerorragia por drenajes, se realiza nueva toilette, se efectúa traqueostomía por inestabilidad hemodinámica. En nuevos cultivos se aísla *Serratia Marscensis* y *Acinetobacter Baumanii*, se rota antibiótico según sensibilidad.

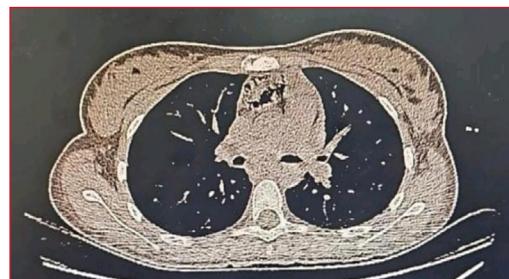
A las 48 hs se realiza traqueostomía quirúrgica.

Evoluciona con insuficiencia respiratoria hipoxémica hipercápnica, de difícil manejo ventilatorio secundario a necrosis traqueal, no pasible de tratamiento quirúrgico.

Discusión: Las infecciones odontogénicas son generalmente localizadas, con buena respuesta al tratamiento antibiótico temprano, pero pueden dar lugar a múltiples complicaciones.

La mediastinitis descendente se considera poco frecuente. Ocurre en aproximadamente 1,5 al 3,6 % de los pacientes, en los cuales la mortalidad es alta, entre 25 al 40 %. La vía más frecuentemente implicada es la retrovisceral. La aproximación radiológica ideal se produce a través del uso de la tomografía contrastada de cuello y tórax, que permite realizar diagnóstico, y seguimiento.

Conclusión: La demora en el diagnóstico y tratamiento temprano transforman una patología localizada en potencialmente mortal. Los pilares terapéuticos se basan en drenaje quirúrgico, antibioterapia endovenosa de amplio espectro, soporte hemodinámico y seguridad de la vía aérea.



0084 MICROANGIOPATIA TROMBOTICA ASOCIADA A COMPLEMENTO

MG OLAVE AVILA(1), L PESCE(1), A FURLOTTI(1), M REZNICHENCO(1), E ASINARI(1), A NISNIK(1), A GARCIA(1)
(1) Misericordia Nuevo Siglo

Introducción: Las microangiopatías trombóticas son entidades de naturaleza y formas de presentación heterogéneas, caracterizadas por la presencia de anemia hemolítica microangiopática no inmune y trombocitopenia; entre ellas algunas son producidas por alteraciones en la regulación del complemento, con afectación renal y cerebral. Estas patologías requieren de diagnóstico y

tratamiento oportuno, debido a que tienen alta morbimortalidad.

Presentación de Caso: Hombre de 65 años, sin antecedentes patológicos conocidos, de profesión plomero. Comenzó con cuadro inicial de mialgias más fiebre sin foco conocido de 1 mes de evolución, llegando a presentar síndrome urémico asociado a falla renal por lo que ingresa a nuestra unidad. Presento plaquetopenia, aumento de LDH, anemia hemolítica Coombs negativa y presencia en frotis de esquistocitos, sugiriendo una microangiopatía trombótica. Se realiza Tc de cerebro, tórax y abdomen, serologías virales, serologías para enfermedades autoinmunes, toxina Shiga de E. coli más dosaje de ADAMTS13; todos con resultados negativos. Se solicita dosaje de anticuerpos anti-Factor H (> 1000), confirmando el diagnóstico. Se inicia terapia de sostén con plasmaferesis y hemodiálisis a la espera de tratamiento definitivo con eculizumab. Evoluciona con alta hospitalaria y hemodiálisis trisemanal, continuando a la espera de tratamiento específico.

Discusión: La microangiopatía trombótica es una entidad poco frecuente pero potencialmente letal. El diagnóstico precoz es crucial, ya que el tratamiento con eculizumab ha demostrado ser efectivo para mejorar la supervivencia y la calidad de vida de los pacientes, disminuyendo las mismas al no recibirlo de forma oportuna.

Conclusión: Se resalta la importancia de considerar la microangiopatía trombótica en pacientes con cuadros de anemia hemolítica y fallo renal, especialmente cuando no se identifica una causa clara. La aplicación de tratamientos específicos como el eculizumab puede ser fundamental para mejorar el pronóstico en estos casos. Sin embargo, es crucial mantener un enfoque integral que incluya el soporte vital para estabilizar al paciente durante el tratamiento específico.

0085 SHOCK SEPTICO SECUNDARIO A INFECCION DISEMINADA POR SAMR

KX TOVAR GIMENEZ(1), R ZENTENO(1), M FUMARCO(1), E VALENCIA(1), E ZEVRNJA(1), B MAMANI(1)
(1) Pedro Fiorito

Introducción: Se presenta el caso de una femenina cursando el puerperio tardío, la cual ingresa a UTI por shock séptico a punto de partida ginecológico secundario a infección diseminada por SAMR. Paciente femenina de 35 años, con antecedentes de 7 gestas, 7 partos a término, apendicetomía en 2007, colecistectomizada, cursando su puerperio tardío, última gesta 12/1/24 con colocación inmediata de DIU.

Ingresa a UTI el 26/2/24 por shock séptico, sospecha de foco ginecológico en contexto de expulsión del DIU el día 24/2/24. Posterior a dicho evento evoluciona con secreción serosa por genitales, fiebre persistente (39°C), dolor en hipogastrio irradiado a espalda, vómitos y deposiciones diarreicas por lo cual acude a dicho nosocomio. Ingresa lucida, subfebril, TA 80/40 mmHg, se inicia reanimación con cristaloides. Evaluada por Ginecología quien solicita ecografía abdominal (líquido libre laminar en Morrison e hipogastrio, hígado de estructura heterogénea con calcificaciones y útero aumentado de tamaño por puerperio tardío, miometrio heterogéneo difuso. El día 29/2/24 se reciben resultados de cultivos (hcx2 y secreción vaginal) positivo para SAMR, por lo que se inicia tratamiento con vancomicina.

Se realiza ecocardiograma, que informa vegetación peri catéter de 2x3 mm, el cual se retira posterior al estudio.

PANTAC 2/3/24: múltiples imágenes nodulares, algunas cavitadas, TEP, trombosis parcial de Vena Cava Inferior y Vena Ovárica, aumento de tamaño y heterogeneidad de cuello uterino, aumento de tamaño y bandas líquidas a nivel tubo-ovárica izquierda.

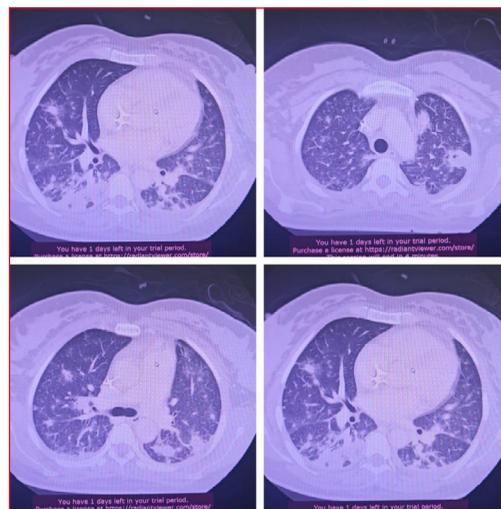
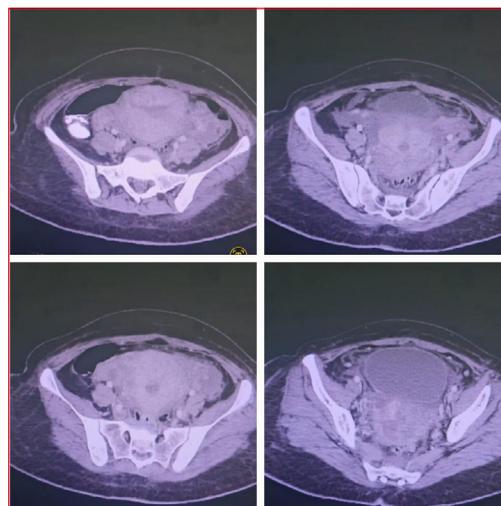
Ante dicho resultado y al no evidenciar mejoría de la paciente se decide agregar Linezolid. Se realizan hmcx2 control 4/3/24 siguiendo positivos para SAMR.

Fondo de Ojos: hemorragia periférica inferior en ojo izquierdo. Se programa cirugía para el 6/3/24. En la cual realizan laparotomía exploradora evidenciando absceso a nivel tubo-ovárico izquierdo,

útero friable y congestivo. Se realiza histerectomía subtotal, salpingectomía derecha y anexohisterectomía izquierda.

Discusión: Estuvimos en una gran incógnita con el diagnóstico y la elección del antibiótico más efectivo. Sospechamos shock tóxico vs séptico. Se discutió sobre la anticoagulación de manera urgente, pero al mismo tiempo requería una conducta quirúrgica.

Conclusión: Se interpreta dicho cuadro como shock séptico secundario a infección diseminada por SAMR con impactos pulmonares y ocular a punto de partida de absceso en ovario izquierdo, en contexto de DIU infectado.



0087 TAPONAMIENTO CARDÍACO POR PERICARDITIS PURULENTO DE DISEMINACIÓN TRANSDIAFRAGMÁTICA SECUNDARIA A ABSCESOS HEPÁTICOS

L PESCE BROCHERO(1), M OLAVE(1), M ACQUAVITA(1), MA GARCIA(1), M BRIZUELA(1)
(1) Hospital Misericordia

Introducción: En el presente informe se describe el caso de una paciente de 58 años que desarrolló taponamiento cardíaco debido a una pericarditis purulenta secundaria a abscesos hepáticos, diagnosticada y tratada mediante ultrasonografía. Motivan la presentación del mismo su baja incidencia y la utilidad de la ultrasonografía crítica para su manejo.

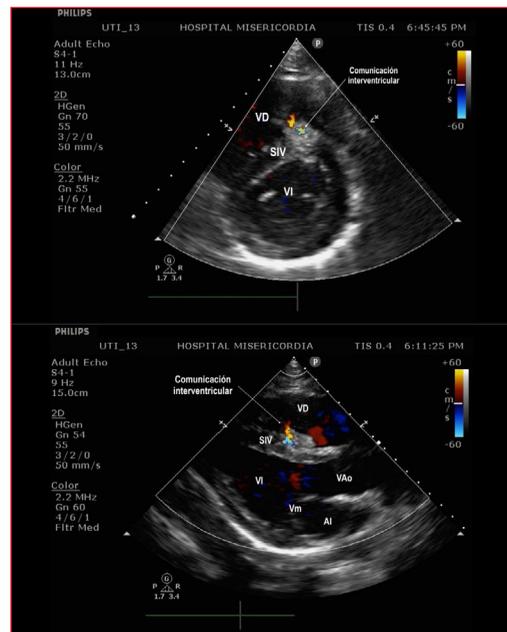
Presentación del caso: Femenina de 58 años, diabética, hipertensa, colecistectomizada por vía convencional complicada por abscesos intrahepáticos. Presenta cuadro de 20 días de evolución de epi-

gastralgia, vómitos, astenia, fiebre, hiporexia, y pérdida de peso asociada a disnea progresiva y precordalgia inespecífica.

Ingresó a la UTI en shock, hipotérmica, bradipsíquica, con ingurgitación yugular marcada, hepatomegalia dolorosa, taquicardia, complejos de bajo voltaje en ECG, y cardiomegalia en radiografía de tórax. Análisis reveló leucocitosis, acidosis metabólica, fallo renal, hiperlactacidemia, hipertransaminasemia, tiempo de protrombina prolongado, procalcitonina elevada y troponina I normal. Se pancultivaron, inició fluidoterapia, vasopresores y antibióticos. El protocolo RUSH identificó taponamiento cardíaco como causa de shock séptico. La tomografía mostró colección pericárdica loculada y colecciones hepáticas múltiples en lóbulo hepático izquierdo asociado a neumobilia. Tras paro cardiorrespiratorio, se realizó RCP y pericardiocentesis ecoguiada intraparo, seguidas de shock refractario y fallo multiorgánico.

Discusión: El taponamiento pericárdico es una emergencia médica que requiere diagnóstico y tratamiento inmediatos. Aunque la tomografía es la modalidad estándar de imagen, su disponibilidad puede ser limitada en emergencias. La ultrasonografía en la cabecera del paciente emerge como una herramienta valiosa para un diagnóstico rápido y preciso, guiando la intervención inmediata sin necesidad de traslados.

Conclusión: El caso presentado resalta la eficacia de la ultrasonografía en la unidad de terapia intensiva como herramienta diagnóstica y guía terapéutica en el taponamiento cardíaco. Su uso permite una intervención más rápida y precisa, evitando la necesidad de procedimientos invasivos o cirugía para confirmar el diagnóstico. La combinación de ultrasonografía con la evaluación clínica en tiempo real puede mejorar significativamente el manejo de esta urgencia médica.



0089 CRIPTOCOCOSIS EN PACIENTES INMUNODEPRIMIDOS SIN INFECCIÓN POR VIH: SERIE DE CASOS CLÍNICOS

F MEDINA(1), O GUAICHA(1), V GARAÑA(1), G RAMOS(1), V PICOLLA(1), C DIANO(1), P BALMACEDA(1), V PAIS(1), L SANTORO(1)

(1) Cosme Argerich

Introducción: La criptococosis es una infección oportunista importante en pacientes inmunodeprimidos. Se presentarán 3 casos ingresados en terapia intensiva.

Caso 1: Masculino de 70 años con antecedentes de cirrosis por HCV, ingresa por deterioro del sensorio. Evoluciona con coma, asociado a registros febriles por lo que requiere ARM. Se realiza TC de encéfalo (sin particularidades), hemocultivos (rescate de *Cryptococcus*) y punción lumbar (hipoglucorraquia y antigenorraquia positiva). Inicia tratamiento con fluconazol y anfotericina B. Evoluciona con shock refractario y falla multiorgánica, falleciendo cinco días después.

Caso 2: Masculino de 44 años con antecedentes de LES y nefritis lúpica, cursando internación en nefrología por IRA, astenia y adinamia. Se realiza antigenemia positiva para *Cryptococcus* por lo que inicia tratamiento con fluconazol. Evoluciona con deterioro del sensorio requiriendo ARM. Se realiza TC de encéfalo (sin particularidades), punción lumbar (presión de apertura elevada y antigenorraquia positiva), ajustándose tratamiento a anfotericina B y fluconazol. Evoluciona con mejoría del estado neurológico por lo que se decide internación en sala general.

Caso 3: Masculino de 27 años con antecedentes de trasplante hepático por cirrosis autoinmune, cursa internación en UTI por NAC grave asociada a empiema que requirió toracocentesis evacuadora, sin rescates microbiológicos, que cumplió tratamiento antibiótico empírico con piperacilina tazobactam. Por buena evolución clínica, sin requerimientos de soporte ventilatorio, se decide su internación en sala general. Se recibe posteriormente informe micológico positivo para *Cryptococcus* en líquido pleural por lo que se ajusta tratamiento antibiótico.

Discusión: La criptococosis es una patología históricamente asociada a pacientes con VIH/SIDA cuyo diagnóstico tardío es potencialmente mortal, lo cual suscitó la implementación de métodos de cribado de acuerdo al recuento de linfocitos T CD4 del paciente. Sin embargo en esta serie se ilustran nuevos escenarios para las infecciones por *Cryptococcus*.



Conclusión: El diagnóstico precoz puede mejorar el pronóstico, pero el principal problema es el sub-diagnóstico en pacientes HIV negativos. El aumento de la población de pacientes inmunosuprimidos por trasplante de órganos y tejidos o por fármacos asociado a la falta de evidencia para establecer métodos de cribado generó un aumento de infecciones por este microorganismo.

0092 PROTEINOSIS ALVEOLAR, SERIE DE CASOS

E ARTIGAS(1), A RODRIGUEZ(1), R DURE(1), MA FLORES MONTE(1), MA SAAB(1), F LAMAS(2), N LISTA(1)
(1) Htal Dr Prof Francisco J. Muñiz. (2) Imac

La proteinosis alveolar pulmonar es un síndrome poco frecuente, por acumulación de surfactante en los alvéolos y las vías respiratorias terminales. Secundario a trastornos en la homeostasis del surfactante.

En el transcurso del primer trimestre del 2024 se presentaron 3 casos de PAP. Aunque se puede diagnosticar por historia clínica, hallazgos radiológicos y BAL, su baja incidencia lleva al subdiagnóstico o al diagnóstico tardío.

La presentación clínica no es elocuente. Produce disnea, tos productiva, pérdida de peso, hemoptisis o fiebre. Ocasionalmente el esputo es blanco y gomoso. Aunque entre el 10 y el 30% son asintomáticos al diagnóstico.

El inicio de la enfermedad clínica es insidioso, con un curso subagudo e indolente. La duración de los síntomas antes del diagnóstico oscila entre 7 a 10 meses, y la presentación aguda o la progresión rápida se ven en casos de infección.

En los tres casos la clínica fue similar, y el tiempo al diagnóstico fue pronóstico.

La radiografía de tórax tiene un patrón infiltrado confluyente o nodular mal definido, simétrico bilateral y perihiliar o basal. La TC muestra un patrón de crazy paving. Ambos no patognomónicos.

El BAL, poco disponible, es esencial para el diagnóstico, se presenta con un débito lechoso y opaco, con un sedimento espeso y un sobrenadante translúcido. Si bien el gold standard es la biopsia pulmonar, existe el riesgo de neumotórax y hemorragia.

El diagnóstico es esencial para la evolución clínica. Y aunque no hay tratamientos farmacológicos aprobados, se han probado factor estimulante de colonias de granulocitos y macrófagos (GM-CSF) inhalados, Plasmaféresis y Rituximab.

El lavado pulmonar completo es el estándar de tratamiento, y en nuestro país más asequible.



0093 REPORTE DE CASO. ABSCESO HEPÁTICO POR CANDIDA EN PACIENTE INMUNOCOMPETENTE

RE MOLINA(1), JN VEGA ROMERO(1), GR NIS(1)
(1) NUEVO HOSPITAL SAN ROQUE

Introducción: Las especies de Candida son comensales en el tracto gastrointestinal, de la piel y del tracto genitourinario (1).

Las infecciones por candidas presentan un aumento de incidencia atribuida principalmente a la creciente población de riesgo tales como personas inmunocomprometidas (neutropénicos hematológicos y receptores de trasplantes), pacientes críticamente enfermos y con múltiples comorbilidades. Se asocian a alta mortalidad (aproximadamente el 40%) y aumentos en los costos de atención (1; 2; 3).

Presentación del caso: Paciente masculino de 52 años, tabaquista, cocainómano, en situación de calle. Ingresó el 9/4 derivado con diagnóstico de absceso hepático, cumplimiento internación desde 03/04 por síndrome febril, tomografía abdominopelviánica: hepatomegalia con área heterogénea, aerobilia en vesícula, imágenes litiásicas y absceso hepático. Inicio amikacina + vancomicina + metronidazol. El día 9/4 se solicitaron serologías virales, se tomó hemocultivo. Se inició piperacilina tazobactam.

Se inició anfotericina por hemocultivo positivo para levaduras. Se colocó drenaje percutáneo de absceso hepático. Evolución con shock séptico, se realizó intubación e inicio vasopresores.

Resultados de hemocultivos: candida parapsilosis y absceso hepático: Candida albicans, parapsilosis y tropicalis + Enterococcus faecium + Stenotrophomonas maltophilia. Resultado VIH, virus hepatotropos y perfil autoinmune negativo. Inicio Linezolid + Bactrim. Evolucionó favorablemente, se realizó extubación. Negativiza las candidas de hemocultivo y cultivo de absceso.

El 25/4 presentó abundante débito cetrino por drenaje. Ecografía abdominal: Colección abdominal con contenido aéreo y líquido. Desorientación, febril, hipotensión. Se inicia noradrenalina, se toma hemocultivo y urocultivo. Interconsulta con servicio de cirugía, ingresó a quirófano. Plastrón vesicular, vesícula biliar perforada con material purulento. Se colocó sonda pezzet en bacinete. Regresa paciente intubado con necesidad de vasopresores.

Discusión: El absceso hepático y fungemia por candida requieren condiciones subyacentes que favorezcan su desarrollo como inmunodeficiencia, instrumentación de vía biliar, infecciones severas, uso de antibióticos o antifúngicos (4, 5, 6,7, 8).

Conclusión: Las patologías presentadas son entidades infrecuentes en inmunocompetentes y está asociada a aumento de la mortalidad y costos. Como limitación del caso, no se pudieron descartar inmunodeficiencias primarias.

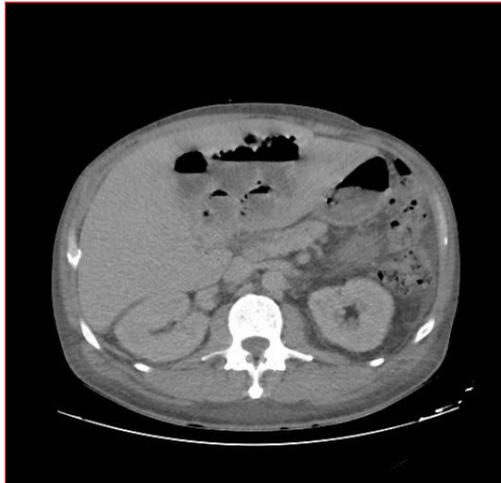


Fig 1. Absceso hepático al momento del ingreso.

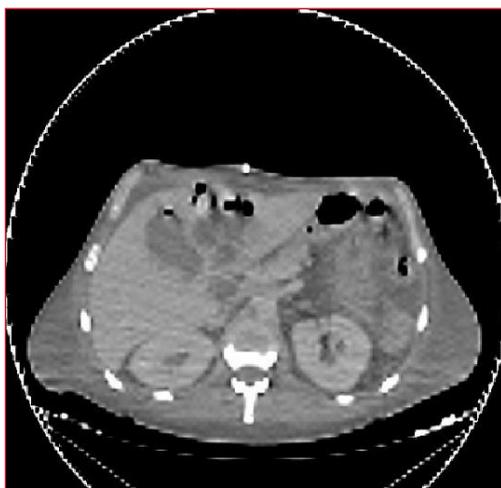


Fig 2. Evolución del absceso previo al ingreso a quirófano.

0094 PERCEPCIÓN DE ENFERMERÍA SOBRE EL USO DEL BARCODING EN LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN EN LA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA DE ADULTOS DEL HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES

L CHIARO(1)
(1) Italiano

Introducción: La seguridad del paciente es esencial en la atención en salud sobre todo en la administración de medicamentos. El uso de sistemas por código de barras (BCMA) para la administración de medicación, se ha implementado para reducir errores y mejorar la seguridad. Este estudio se centra en describir la implementación del sistema especialmente en áreas críticas. La cual puede enfrentar dificultades

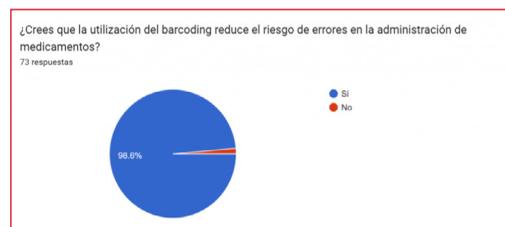
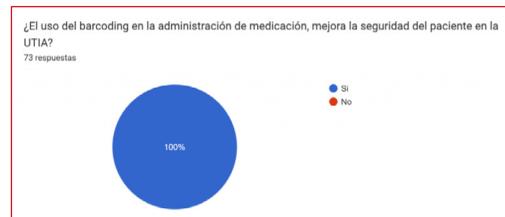
que afectan la seguridad del paciente, lo que justifica la necesidad de analizar la percepción del personal de enfermería en este proceso.

Objetivos: Analizar la percepción de enfermería sobre el uso del barcoding en la administración de medicación en la Unidad de Terapia Intensiva de Adultos del Hospital Italiano de Buenos Aires en el mes de Abril del año 2024.

Diseño y métodos: Estudio de corte transversal, descriptivo, con enfoque cuantitativo, mixto; combinando información documental y datos de una encuesta estructurada, aplicada al personal de enfermería de la terapia intensiva de adultos del Hospital Italiano de Bs. As, total de N= 73 enfermeros.

Resultados: La encuesta reveló una alta aceptación del sistema de barcoding, con el 100% de los encuestados reconociendo su impacto positivo en la seguridad del paciente. La mayoría (78.1%) utiliza el sistema siempre en su práctica diaria, pero se identificaron barreras como la ubicación incómoda del dispositivo (60.3%) y la falta de disponibilidad de equipo (52.1%). Sin embargo, el sistema demostró ser eficaz en la detección de errores antes de la administración de medicación (89%)

Conclusión: Los hallazgos de este estudio destacan la percepción positiva del personal de enfermería sobre el uso del sistema de barcoding. La alta aceptación y la percepción favorable de los enfermeros respaldan la implementación continua de este sistema como una estrategia efectiva para mejorar la seguridad del paciente y prevenir errores de medicación en entornos de cuidados críticos. Además, la identificación de barreras específicas proporciona áreas de mejora que pueden abordarse para optimizar aún más la implementación y el uso del sistema en la práctica clínica diaria.



0100 ENCEFALITIS EQUINA DEL OESTE EN TERAPIA INTENSIVA DEL HOSPITAL. J. M. CULLEN, A PROPÓSITO DE UN CASO HA ARMANDOLA(1), FD SIMIL(1) (1) Dr. Jose Maria Cullen

Introducción: Los virus de la encefalomiелitis equina del Este (EEE), la del Oeste (EEO) y la venezolana son miembros del género Alphavirus de la familia Togaviridae. Transmitidos por mosquitos.

La incubación de la EEO varía de 2 a 10 días.

El cuadro clínico se puede presentar con cefalea y fiebre, hasta meningitis aséptica y encefalitis. Presenta una mortalidad del 30%.

El diagnóstico se realiza con detección de PCR, prueba fijación del complemento (FC) y serología.

Al momento el tratamiento es sintomático.

Presentación de caso: Masculino de 55 años, EPOC. Trabajador rural. Ingresa por fiebre de 5 días de evolución, mialgias, cefalea, y alteración del sensorio, que requiere asistencia respiratoria mecánica (ARM).

Estable hemodinámicamente, examen neurológico sin particularidades.

Laboratorio: Leucocitosis predominio de neutrófilos.

Punción de Líquido cefalorraquídeo: Hiperproteinorraquia. Cultivos y serologías (incluyendo dengue y leptospirosis) negativas.

TAC neuroencefalo residual en región frontal.

Se interpreta como meningoencefalitis se realiza tratamiento con vancomicina, ampicilina y ceftriaxona.

Se solicita serologías para EEO, positiva.

Se realiza traqueostomía, complicada con múltiples interurrencias infecciosas y polineuropatía del paciente crítico. Tras mejoría clínica, es derivado a centro de menor complejidad.

Discusión: La EEO es una infección viral transmitida por artrópodos, se presenta con síndrome febril, cuando afecta al sistema nervioso central (SNC) puede manifestarse con meningoencefalitis, encefalitis, incluso generar convulsiones.

La mejoría clínica se evidencia a los 10 días. La morbimortalidad es de un 30%. Las secuelas: motrices (parálisis espástica), pérdida de capacidad intelectual, cambios conductuales y la personalidad. La letalidad es del 3 al 4%, pero los adultos generalmente tienen buena evolución.

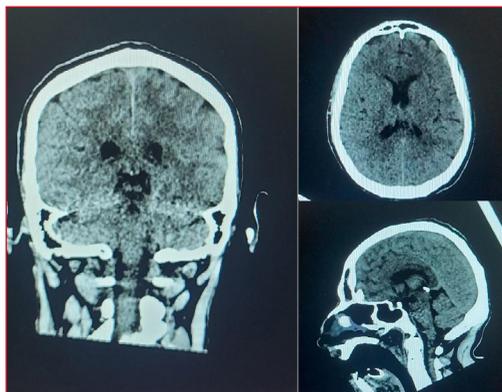
El tratamiento específico no se ha desarrollado, solo se debe realizar tratamiento de sostén y sobre las secuelas.

Conclusión: Se decide presentar este reporte de caso por la poca incidencia de la enfermedad.

Se consideró la situación clínica como un desafío para su diagnóstico ante la escasa evidencia científica, y nos condujo a la búsqueda de nexos epidemiológicos y revisión bibliográfica.

LÍQUIDO CEFALORRAQUÍDEO							
Aspecto:	Ligeramente Turbio						
Color:	Ligeramente Rojizo						
Coagulación:	No presenta						
Glucosa:	0.80 g/l						
Lactato:	1.92 mmol/l						
Proteínas:	374 mg/dl						
Post centrifugación-Sobrenadante:	Cristal de Roca- Translúcido						
Post centrifugación-Sedimento:	Escaso- Rojo						
Leucocitos:	23 /mm ³						
Polimorfonucleares:	70 %						
Mononucleares:	30 %						

Determinación	Técnica	Establecimiento	Evento en estudio	Recibida por	Fecha	Resultado	Valor	Fecha envío
Detección de anticuerpos IgM Anti-EEO	MAC-ELISA IgM	123780 INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES VIRALES HUBERTUS DR. JULIO I. MALLETI - INTM - ANEP/PERFORA MINC, Buenos	Encefalitis equina del Este en humanos	SI	"sin dato"	Positivo	"sin dato"	18-01-2024



0102 ACV HEMORRAGICO EN PACIENTE PUERPERA

MJ CHUQUIN(1), A GIRA(1), D CZERWONKO(1), MI CASANAVE(1), R ALMANZA(1), J ALVAREZ(1), P PRATESI(1)

(1) Universitario Austral

Introducción: El accidente cerebrovascular hemorrágico es una causa importante de mortalidad materna, con una tasa significativamente más alta en las primeras 12 semanas postparto (4.4 por 100.000 embarazos), y es el tipo más común de ACV obstétrico >50%. Las etiologías principales son la pre eclampsia o eclampsia, malformaciones arteriovenosas y aneurismas cerebrales. Los facto-

res de riesgo son la edad avanzada, raza afroamericana, coagulopatía, tabaquismo y parto por cesárea.

Presentación del caso: Mujer de 35 años con cesárea hace 7 días, consulta a otra institución por cefalea, HTA, somnolencia y movimientos patológicos, Tc de cerebro evidencia hemorragia intracerebral y se deriva a HUA.

Ingreso a Uci con Glasgow 14/15, paresia faciobraquiocrural derecha, Tc de cerebro objetiva hematoma frontotemporal izquierdo de 22cc, desviación línea media 5 mm, deteriora Glasgow 8/15 y requiere IOT/ARM, monitorización con catéter de PIC. Tratada con sulfato de magnesio, levetiracetam y Nitroglicerina. Por buena evolución se extuba, se retira PIC y pasa a clínica médica.

Discusión: El embarazo aumenta el riesgo de ACV hemorrágico, más en el post parto. Nuestra paciente tenía factores de riesgo como la cesárea y los trastornos hipertensivos del embarazo. Se sugiere repetir la tomografía dentro de las 6 horas para evaluar si existe progresión del hematoma.

Conclusión: El ACV hemorrágico se asocia con una alta morbilidad y mortalidad por lo que su identificación temprana es fundamental. El tratamiento inicial incluye la reducción de la presión arterial y el sulfato de Magnesio se recomienda para mujeres con hipertensión con signos o síntomas neurológicos.

0103 DESARROLLO DE MODELO PREDICTIVO DE MORTALIDAD EN PACIENTES TRAQUEOSTOMIZADOS EN UNIDADES DE CUIDADOS CRÍTICOS CON HERRAMIENTAS DE MACHINE LEARNING

M MICHELETTI(1), M RAICES(1), I CARBONI BISSO(1), G OLAIZOLA(1), I HUESPE(1), L BUJAN(1), M LAS HERAS(1), D SMITH(1)

(1) Hospital Italiano De Buenos Aires

Introducción: A pesar de ser un procedimiento de baja complejidad, la traqueostomía (TQT), realizada mayoritariamente por vía percutánea mediante la técnica de Seldinger, conlleva riesgos perioperatorios, como estenosis, malasia e infecciones de estoma. Esto genera una carga para el sistema de salud debido a los recursos necesarios, con un costo promedio de USD 500 y USD 4600 si se requiere traslado a quirófano.

Métodos: Se llevó a cabo un estudio de cohorte retrospectivo en pacientes mayores de 18 años sometidos a traqueostomía percutánea bedside en el Hospital Italiano de Buenos Aires (HIBA) y en el Hospital Italiano de San Justo, desde el 1 de enero de 2014 hasta el 30 de noviembre de 2023. Se utilizó un modelo de machine learning con Random Forest para generar un modelo predictivo, tomando variables de la Historia Clínica Electrónica, datos demográficos, antecedentes (Comorbilidades de Charlson), signos vitales y resultados de laboratorio del día previo a la TQT. Se exploraron 100 modelos diferentes para seleccionar los hiperparámetros óptimos.

Resultados: Se incluyeron 961 pacientes en el estudio, de los cuales 123 fallecieron dentro de los 21 días posteriores a la TQT. Tras analizar 100 modelos, se determinó que los hiperparámetros óptimos del Random Forest fueron 32 iteraciones y 5 variables finales por nodo, con un AUROC de 0.7 en la base de validación. Las variables más relevantes fueron la frecuencia respiratoria máxima y la frecuencia cardíaca mínima del día previo a la TQT.

Conclusión: El modelo desarrollado mediante herramientas de machine learning, utilizando 61 variables, ofrece la capacidad de calcular la probabilidad de muerte dentro de los 21 días posteriores a la TQT. Este modelo proporciona un valioso soporte al equipo médico durante la evaluación clínica, ayudando en la toma de decisiones sobre la realización del procedimiento. La integración de esta herramienta predictiva en la Historia Clínica Electrónica (HCE) u otros sistemas digitales de apoyo clínico podría fortalecer la capacidad de los médicos para evaluar riesgos y tomar decisiones informadas, potencialmente mejorando así la calidad de la atención médica y los resultados para los pacientes.

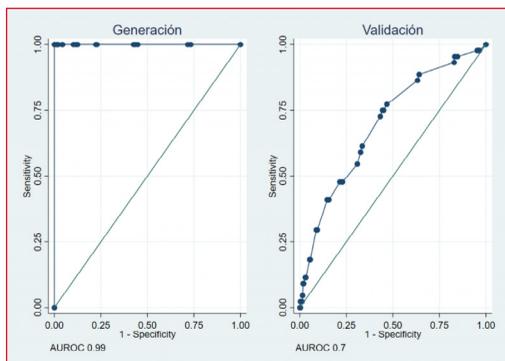


Tabla 1. Resultados demográficos de la población que sobrevivió y falleció en los 21 días posteriores a la traqueostomía

Variable	Todos (N=2022)	Subvivió más de 21 días post TOF (N=1436)	Falleció dentro 21 días post TOF (N=586)
Edad, Mediana [IQR]	61.5 (18.5)	62.5 (18.5)	60.5 (18.5)
Sexo femenino, n(%)	368 (18.4%)	339 (23.6%)	33 (5.6%)
Número de hospitalizaciones previas, Mediana [IQR]	1.00 (0.0-3.0)	1.00 (0.0-3.0)	1.00 (0.0-3.0)
Infarto previo, n(%)	42 (2.1%)	36 (2.5%)	6 (1.0%)
Falta cardíaca congestiva, n(%)	69 (3.4%)	58 (4.0%)	11 (1.9%)
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica, n(%)	40 (2.0%)	34 (2.4%)	6 (1.0%)
Enfermedad cerebrovascular, n(%)	123 (6.1%)	109 (7.6%)	16 (2.7%)
Diabetes, n(%)	6 (0.3%)	6 (0.4%)	0 (0.0%)
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica, n(%)	140 (6.9%)	117 (8.1%)	23 (3.9%)
Enfermedad renal crónica, n(%)	22 (1.1%)	15 (1.0%)	7 (1.2%)
Ulcera péptica, n(%)	6 (0.3%)	5 (0.3%)	1 (0.2%)
Insuficiencia hepática, n(%)	56 (2.8%)	49 (3.4%)	7 (1.2%)
Quemaduras, n(%)	10 (0.5%)	10 (0.7%)	0 (0.0%)
Diabetes e Complicaciones, n(%)	2 (0.1%)	2 (0.1%)	0 (0.0%)
Hemiparesia o Parálisis, n(%)	12 (0.6%)	11 (0.8%)	1 (0.2%)
Insuficiencia renal aguda leve, n(%)	68 (3.4%)	59 (4.1%)	9 (1.5%)
Cáncer, n(%)	48 (2.4%)	37 (2.6%)	11 (1.9%)
Insuficiencia hepática moderada/severa, n(%)	12 (0.6%)	11 (0.8%)	1 (0.2%)
Cáncer metastásico, n(%)	2 (0.1%)	2 (0.1%)	0 (0.0%)
ASA, n(%)	5 (0.2%)	4 (0.3%)	1 (0.2%)
Cholest, Mediana [IQR]	1.00 (0.0-1.0)	1.00 (0.0-1.0)	1.00 (0.0-1.0)

0104 GENERACIÓN Y VALIDACIÓN DE UN MODELO PREDICTIVO DE LESIÓN RENAL AGUDA PERSISTENTE EN LA LESIÓN RENAL AGUDA ASOCIADA A SEPSIS EN LA UCI VE MONZON(1), I HUESPE(1), E PRADO(1), J PAVICIC(1), C MUSSO(1), J SINNER(1)

(1) Hospital Italiano De Buenos Aires

Introducción: La Lesión Renal Aguda asociada a Sepsis (LRA-S) representa una variante específica de lesión renal aguda que se presenta en pacientes con sepsis, caracterizándose por una tasa de mortalidad del 20% y un riesgo del 10% de desarrollarse Enfermedad Renal Crónica (ERC). La identificación precoz de este fenómeno adquiere una importancia crucial para la intervención y la prevención de posibles daños subsiguientes.

En este contexto, comprender los factores subyacentes y las características clínicas de la LRA-S es esencial para mejorar la gestión clínica y optimizar los resultados a largo plazo en pacientes críticamente enfermos con sepsis.

Objetivo: Desarrollar un modelo predictivo para un evento compuesto: necesidad de diálisis o una disminución de al menos el 25% del FGe en pacientes con LRA-S 60 días después.

Métodos: Se desarrolló con una cohorte retrospectiva, se incluyeron como cohorte de generación a pacientes con LRA-S hospitalizados en la UCI del Hospital Italiano de Buenos Aires y como cohorte de validación a pacientes internados en Hospital Italiano sede San Justo, entre el 1 de enero de 2011 y el 1 de junio de 2023.

Resultados: Un total de 2,022 pacientes con LRA-S fueron internados en UCI durante el periodo estudiado, de los cuales 1436 formaron parte de la cohorte de generación y 586 pacientes formaron la cohorte de validación externa. El modelo de predicción incluyó el filtrado glomerular el día que se diagnosticó LRA-S (variable categorizada), antecedente de falla renal crónica, requerimiento de ARM

y sexo masculino. El área bajo la curva de característica operativa del receptor para predecir el evento combinado en la cohorte de validación fue de 0.71 con un IC95%: 0.67-0.74.

Conclusiones: Construimos y validamos un modelo que puede predecir la probabilidad del evento combinado en pacientes con LRA-S en pacientes críticos.

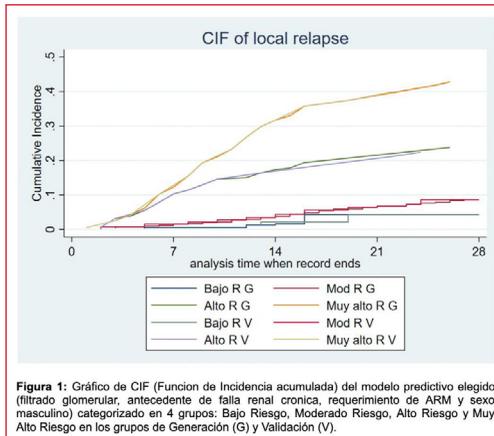


Figura 1. Gráfico de CIF (Función de Incidencia acumulada) del modelo predictivo alejido (filtrado glomerular, antecedente de falla renal crónica, requerimiento de ARM y sexo masculino) categorizado en 4 grupos: Bajo Riesgo, Moderado Riesgo, Alto Riesgo y Muy Alto Riesgo en los grupos de Generación (G) y Validación (V).

Tabla 1. Comparación de los pacientes con LRA-S en los grupos de generación y validación del modelo predictivo.

	Generación (N=586)	Validación (N=1436)	Overall (N=2022)
Sexo			
Femenino	260 (44.4%)	631 (43.9%)	891 (44.1%)
Masculino	326 (55.6%)	805 (56.1%)	1131 (55.9%)
Edad			
Mean (SD)	72.1 (14.8)	63.8 (17.7)	66.2 (17.3)
Mortalidad intrahospitalaria	198 (33.8%)	593 (41.3%)	791 (39.1%)
APACHE II			
Mediana [Min, Max]	21.0 [2.00, 47.0]	16.0 [0, 43.0]	17.0 [0, 47.0]
Antecedente de IRC*	100 (17.1%)	233 (16.2%)	333 (16.5%)
BMI**			
Mediana [Min, Max]	27.7 [0, 41.2]	25.8 [0, 20]	25.8 [0, 20]
Motivo de ingreso a UTIA			
Clínico	82 (14.0%)	861 (60.0%)	943 (46.6%)
Quirúrgico	21 (3.6%)	362 (24.5%)	373 (18.4%)
Requerimiento de vasopresores el día de LRA-S	207 (35.3%)	745 (51.9%)	952 (47.1%)
Requerimiento de ARM el día de LRA-S	255 (43.5%)	899 (62.6%)	1154 (57.1%)
Días desde el ingreso hasta LRA-S			
Mean (SD)	4.41 (6.23)	6.98 (11.2)	6.23 (10.1)
Mediana [Min, Max]	2.00 [0, 62.0]	4.00 [0, 286]	3.00 [0, 286]

*IRC: Insuficiencia Renal Crónica
 **BMI: Body Mass Index, Índice de masa corporal

0105 ESPONDILITIS BRUCELÓSICA ME SANTORO BAEZ(1), C CHETTI(1), R AREVILCA YUGAR(1), M VAZQUEZ(1), N PISTILLO(1)

(1) El Cruce

Es una enfermedad infecto contagiosa que pertenece al grupo de las Zoonosis de curso crónico, es globalmente distribuida, más común en hombres de 30 a 40 años.

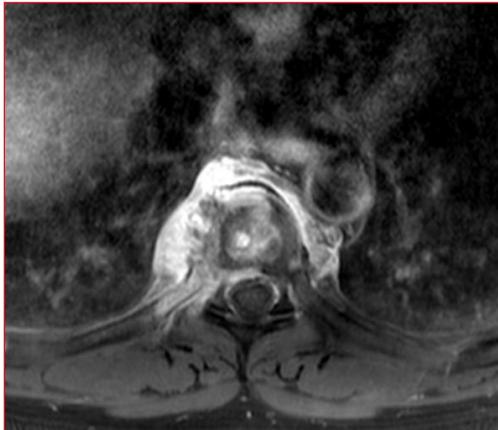
Se transmite por dos vías, la directa por contacto con fluidos corporales o indirecta por consumo de alimentos que provienen de un animal enfermo o inhalación de polvo en lugares contaminados. En argentina en el año 2022 se notificaron 777 casos y se confirmaron 104.

Los síntomas característicos son fiebre, cefalea, fatiga, pérdida de peso y manifestaciones locales como artritis, espondilitis.

Paciente de 64 años, presenta lumbalgia crónica y parestesia. Imágenes revelan múltiples lesiones vertebrales predominantemente osteolíticas a nivel de T8 y T9. La biopsia inicial descarta infiltrado neoplásico.

Por sospecha de proceso infeccioso se realiza toilette y toma de cultivo. Ante la falta de respuesta a los antibióticos empíricos, se

sospecha de infección por gérmenes poco comunes. Se confirma la presencia de *Brucella* spp. con Reacción de huddleson positivo y desarrollo microbiológico de *Brucella* spp en muestra de cultivo. El caso presenta espondilitis brucelósica con síntomas sugerentes y epidemiología inconclusa. Requiere múltiples procedimientos quirúrgicos. El diagnóstico se confirmó con criterios clínicos, serología positiva, hallazgos radiológicos, aislamiento de *Brucella* spp. y tratamiento antimicrobiano específico. La espondilitis brucelósica, con su presentación clínica característica, requiere consideración en pacientes con antecedentes epidemiológicos relevantes. El diagnóstico se basa en la clínica, estudios de imágenes y cultivos microbiológicos. El tratamiento antimicrobiano dual o triple es fundamental para prevenir recidivas y por tiempo prolongado de 3 a 6 meses.



0106 EVALUACIÓN REGIONAL DE VILI EN PACIENTES CON SDRA VENTILADOS CON SIMILAR VOLUMEN Y PRESIÓN INSPIRATORIA

N PISTILLO(1), M VAN DICK(2), M ACUÑA RESINA(2), JH MARRILLAN(2), O FARIÑA(3)

(1) Hospital De Alta Complejidad En Red El Cruce Néstor C. Kirchner. (2) Unaj. (3) Hospital De Alta Complejidad En Red El Cruce Néstor C Kirchner.

Introducción: Características específicas del pulmón, como su tamaño, heterogeneidad y potencial de reclutamiento, pueden influir en el desarrollo de VILI, incluso bajo condiciones seguras de ventilación.

Objetivo: Evaluar el riesgo de VILI a nivel regional en pacientes con SDRA ventilados con volúmenes y presiones inspiratorias similares.

Materiales y Métodos: Se incluyeron pacientes con SDRA y se excluyeron: EPOC, embarazadas y terminales. Los pacientes fueron ventilados en VCV con un volumen tidal de 6 ml/kg/PBW, FR: 18 ciclos/min y flujo constante. Se ajustó la PEEP hasta alcanzar 30 cmH₂O de presión plateau. Se realizaron 2 tomografías de tórax, una durante una pausa espiratoria y otra inspiratoria. El pulmón se dividió en dos mitades (ventral y dorsal). El tamaño del pulmón ventilado (-1000 a -500 UH), hiperinsuflado (-1000 a -850 UH) y afectado (-500 a 100 UH) fueron medidos de manera global y regional (Slider 3D). Se calculó strain como: volumen tidal/EELV y atelectrauma como el pulmón afectado que mejoraba con el volumen tidal. Se midieron presiones transpulmonares. Las variables se expresan como promedio \pm SD y se compararon con el test de Wilcoxon y relacionaron con el test de Pearson. Significativo <0.05 .

Resultados: Se incluyeron 10 paciente (hombres: 5) con SDRA secundario a neumonía, edad: 40.3 ± 14.5 años, APACHE II: 24.1 ± 6 y la mortalidad al día 28 fue del 30%. La carga ventilatoria fue similar entre pacientes (PM transpulmonar ≈ 9 j/min). La región ventral fue más grande (EELV: 1096 ± 726 vs. 889 ± 569 ml, $p=0.005$ y estuvo menos comprometida (gas/tejido: 0.51 ± 0.1 vs. 0.33 ± 0.1 , $p<0.00001$). La estrategia promovió más enfisema en la región ventral (29.4 ± 19 vs. $11.8 \pm 10\%$) y mayor strain (29.8 ± 30 vs. $47.4 \pm 42\%$, $p=0.004$) y atelectrauma (3.4 ± 3 vs. 9 ± 7 , $p=0.005$) a nivel dorsal. Mientras el enfisema se relacionó con el nivel de volumen PEEP (ventral: R2: 0.9 y dorsal: R2: 0.9), el nivel de estrés correlacionó con strain (ventral: R2: 0.88 y dorsal: R2: 0.85 y atelectrauma (ventral: R2: 0.8 y dorsal: R2: 0.86)

Conclusiones: Similar PM transpulmonar puede tener consecuencias regionales diferentes teniendo en cuenta características propias del parénquima pulmonar.

0107 CARACTERÍSTICAS DE INGRESO Y RESULTADOS DE LOS PACIENTES CON SEPSIS E HIPOTENSIÓN ARTERIAL DE UNA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES: ESTUDIO DESCRIPTIVO Y RETROSPECTIVO

A SOLÉ(1), JF MORALES(1), B LATTANZIO(1), A SOLÉ VERNIN NETO(1)

(1) Clínica Santa Isabel

La sepsis es una respuesta desregulada frente a una infección; se caracteriza por disfunciones orgánicas y una mortalidad elevada. Se estima que la incidencia del cuadro a nivel mundial es de 48,9 millones de nuevos casos en el año 2017 con una mortalidad del 19,7%. En Argentina, en 2018, se publicó el estudio SATI SEPSIS donde se observó una mortalidad por sepsis de 20% y 51% por shock séptico. En el año 2023, se inició un proyecto en la Clínica Santa Isabel (C.A.B.A) con la finalidad de mejorar la detección precoz y atención de los pacientes con Sepsis. Se elaboró una base de datos para recolección de variables clínicas, bioquímicas, intervenciones y resultados. El objetivo principal del Trabajo de Investigación es describir las características y resultados de los pacientes con sospecha o confirmación de infección e hipotensión arterial ingresados

a la Unidad de Terapia Intensiva (UTI). Se realizó un estudio observacional, descriptivo y retrospectivo. Se incluyeron pacientes mayores de 18 años con diagnóstico o sospecha de una infección con hipotensión arterial (sepsis con disfunción cardiovascular o shock séptico). Ingresaron 381 pacientes a la UTI en el periodo de estudio; 48 cumplieron los criterios de inclusión. La mediana de SOFA score fue de 6 (5-8) puntos; el promedio de APACHE II fue de 18 (6-14) y 54,2% del total de la muestra tuvieron shock séptico. La mortalidad se produjo en 12 pacientes (25%) y se corroboró una alta adherencia al paquete de medidas iniciales recomendadas por la "Campaña Sobreviviendo a la Sepsis". Las variables macro hemodinámicas (presión arterial media, índices de shock sistólico y diastólico, de perfusión clínica (relleno capilar, score de lívides y ritmo diurético) y bioquímicas (lactato, pH, anión GAP) fueron descritas de forma separada en sobrevivientes y no sobrevivientes; y en pacientes con sepsis con disfunción hemodinámica y shock séptico.

Variable	n (48)
Demográficas	
Sexo femenino, n (%)	27 (56,3)
Edad, mediana (RIQ), años	73 (66-82)
Índices de gravedad	
CHARLSON, media (DE), score	5,04 (2,36)
SOFA, mediana (RIQ), score	6 (5-8)
APACHE II, media (DE), score	18,02 (6,14)
Shock séptico, n (%)	26 (54,2)
Sitio de infección	
Urinario, n (%)	17 (35,4)
Respiratorio, n (%)	13 (27,1)
Abdominal, n (%)	11 (22,9)
Piel y partes blandas, n (%)	4 (8,3)
Endovascular, n (%)	3 (6,3)
Origen de derivación	
Guardia externa, n (%)	36 (75)
Sala general, n (%)	12 (25)
Intervenciones	
Expansión antes de ingreso a UTI, n (%)	43 (89,6)
Expansión en UTI, n (%)	42 (87,5)
Soporte vasoactivo, n (%)	39 (81,3)
Soporte ventilatorio, n (%)	26 (54,2)
Uso de corticoides, n (%)	15 (31,3)
ATB en las 3 primeras horas, n (%)	45 (93,8)
Drenaje de foco, n (%)	10 (20,8)
Volumen de fluidos administrados (ml)	
Pre ingreso a UTI, mediana (RIQ)	1000 (1000-1500)
Al ingreso a UTI, mediana (RIQ)	1000 (500-1625)
Fluidos en 24 hrs, media (DE)	2561,15 (1142,87)
LOS UTI, mediana (RIQ), días	6 (3-11)
Condición al alta	
Mortalidad, n (%)	12 (25)
Referencia: RIQ, rango intercuartil. DE desvío estándar. SOFA, Sequential Organ Failure Assessment. APACHE II, Acute Physiology and Chronic Health disease Classification System II. CRT, Tiempo de relleno capilar (Capillar Refilling Time), UTI, Unidad de Terapia Intensiva	

Variable*	Total (%) n = 48	Sobrevivientes n = 36	No sobrevivientes n = 12
Hemodinámicas			
PAM, mediana (RIQ), mmHg	62 (53,3-71,8)	61,5 (53,75-71,75)	63 (52,00-82,25)
IS, mediana (RIQ)	1,14 (0,93-1,27)	1,14 (1,01-1,25)	1,11 (0,80-1,34)
ID, media (DE)	2,02 (0,54)	2,04 (0,47)	2,01 (0,73)
Perfusión clínica			
CRT > 3 segundos, n (%)	28 (58,3)	20 (55,6)	8 (66,7)
Mottling Score, mediana (RIQ)	0,5 (0,2)	0 (0-2)	1 (0-2)
Diuresis 24 hrs, mediana (RIQ), ml	1175 (312,5-1500)	1200 (612,5-1500)	325 (200-1412,5)
Perfusión metabólica			
pH, mediana (RIQ)	7,38 (7,31-7,41)	7,38 (7,33-7,41)	7,36 (7,17-7,42)
Lactato > 2 mmol/L, n (%)	29 (60,4)	21 (58,3)	8 (66,7)
Anión GAP, media (DE), mmol/L	19,33 (6,01)	19,29 (5,88)	19,46 (6,66)
Referencia: PAM, presión arterial media. IS, Índice sistólico. ID, Índice diastólico. CRT, tiempo de relleno capilar (Capillar Refilling Time). * Todas las variables son tomadas al ingreso a UTI excepto Diuresis de 24 hrs			

0108 REPORTE DE CASO: ENCEFALITIS DE BICKERSTAFF

N MOREL(1), MF PODESTA(1), K CINQUEGRANI(1), MS LABAT(1), L LOPEZ(1), A SANDOVAL(1), D OTERO(1), E JIMENA(1)
(1) El Cruce

La encefalitis del tallo cerebral Bickerstaff es infrecuente, de origen postinfeccioso, inmunomediada (anti-GQ1b), de presentación grave y con un curso clínico generalmente benigno. Se caracteriza por trastorno en el estado de conciencia, signos y síntomas de los nervios craneales, ataxia cerebelosa, alteración de los reflejos profundos.

El diagnóstico se realiza con base en su presentación clínica y anticuerpos GQ-1b positivos.

El tratamiento consiste en plasmaféresis e inmunoglobulina.

Presentación de caso: Paciente de 9 años internada en pediatría por laringitis, sialorrea, registros febriles y episodios de ahogamiento. Ingresa a terapia entubada, con plejía del III par, hiperreflexia, trastornos del sensorio y parálisis motora flácida.

Vinculada a respirador desde su ingreso hasta el 25/04. El 5/01 se realiza traqueostomía y se decanula el 30/04/2024.

Requirió drogas antihipertensivas por trastornos disautónomos. Al octavo día, presenta control de laboratorio y clínica compatible con SIHAD, que resolvió con restricción hídrica.

Se realiza punción lumbar (LCR sin disociación albumino citológica), RMN de encéfalo y de columna completa, presenta realce paquimeningeo en sector dorsal del cono medular y en sentido caudal hasta L3, EMG con hallazgos electrofisiológicos de neuropatía motora axonal que compromete a los cuatro miembros y anticuerpos antigangliósidos: GD1a, GD2, GD3, GQ1b, GT1a, GT1b (IgG e IgM), sulfátidos (IgG e IgM) positivos.

La paciente luego de varios meses de tratamiento multidisciplinario, logra ser dada de alta sin requerimiento de oxigenoterapia el 3/05/2024.

Discusión: Las características de la signosintomatología compartida con diferentes entidades de la enfermedad de Bickerstaff, retrasan el diagnóstico definitivo de la misma. Es importante la sospecha diagnóstica para el inicio precoz del tratamiento, el cual incluye la administración de esteroides, inmunoglobulinas, plasmaféresis y/o anticuerpos monoclonales, como el rituximab, (una opción dentro del conjunto de tratamientos disponibles).

Conclusión: Ante un cuadro de encefalitis con debilidad muscular y alteración de ROT, es importante la sospecha de la misma ya que el tratamiento temprano se asocia a mejor pronóstico; respaldándose en alteraciones características del LCR, neuroimágenes, estudios electrofisiológicos y anticuerpos específicos.

Estas entidades comparten rasgos clínicos, inmunológicos, anatómopatológicos e imagenológicos.

0109 TORMENTA TIROIDEA Y ACCIDENTE CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO. A PROPÓSITO DE UN CASO

G ALONSO(1), L CARRERAS(1), A CORNAGLIA(1), D LINARES(1), R VERA MENDOZA(1), W RIOS(1)
(1) Santa Clara Quilmes

Introducción: La tormenta tiroidea (TT) es una afección rara y potencialmente mortal caracterizada por manifestaciones clínicas graves de hipertiroidismo. La coexistencia con accidente cerebrovascular (ACV) no es frecuente. En estos escenarios, el ACV puede actuar como una enfermedad aguda que precipita la TT o puede ser el resultado directo de la misma.

Presentación del caso: Masculino, 34 años sin antecedentes que ingresa por afasia de expresión y hemiparesia derecha sin poder precisar tiempo de evolución. Evoluciona con taquicardia FC 150, hipertensión arterial severa, episodios aislados de fiebre y diarrea con excitación psicomotriz y un evento de convulsiones tónico-clónicas generalizadas. TAC de encéfalo evidenció lesión hipodensa temporoparietal izquierda. TSH 0, T3 Libre > 20 (VN 1,71-3,71) T4 Libre 4,06 (VN 0,7-1,48). Ecografía tiroidea bocio con parénquima heterogéneo. Inició tratamiento con Propranolol, Metimazol e Hidrocortisona con buena respuesta clínica.

Discusión: El diagnóstico oportuno de la TT es un desafío debido a los síntomas inespecíficos. El diagnóstico es clínico, se confirma con niveles bajos de TSH y niveles elevados de T3 y T4 libre. El ACV isquémico en contexto de TT tiene dos mecanismos posibles: fibrilación auricular y estado de hipercoagulabilidad. El tratamiento es dirigido a ambas entidades de manera rutinaria. Se debe evitar la Aspirina por la conversión de T4 a T3 y la anticoagulación se reserva a casos de fibrilación auricular y en función de la puntuación CHADS-VASc.

Conclusión: El diagnóstico de TT en pacientes con ACV y sin diagnóstico previo de hipertiroidismo es un desafío. El tratamiento médico oportuno reduce la mortalidad que ambas patologías conllevan,

0110 ENDOCARDITIS INFECCIOSA DERECHA CON FORAMEN OVAL PERMEABLE POST TROMBECTOMIA PULMONAR

V YUNES(1), C YORLANO(1), F IRRUTIA(1)
(1) Hospital El Carmen

Introducción: La endocarditis infecciosa derecha es una infección endocárdica poco frecuente, relacionada al uso de drogas endovenosas, cuidados de la salud y dispositivos intracardiacos siendo el patógeno más frecuentemente aislado Staphylococcus aureus y Streptococo coagulasa negativo. Se presenta con fenómenos vasculares, inmunológicos y sistémicos.

Presentación: Paciente de 47 años de edad sin antecedentes patológicos, ingresa por disnea y síncope. Ingresó FC 110 / min. FR 33 / min TAS 110 mmHg, lucida, afebril, Sat. O2 78 % aire ambiente. Se realiza Angio-Tomografía de tórax compatible con tromboembolismo pulmonar agudo de alto riesgo. Analítica al ingreso destaca Dímero D 7285 ng/ml Troponina T 16.21 pg/mL. Se inicia anticoagulación y se realiza trombectomía mecánica pulmonar más trombólisis intraarterial con requerimiento de asistencia respiratoria mecánica y vasopresores por 24 hs post procedimiento. Intercurre con hemiparesia derecha, se realiza RMN de cerebro que evidencia accidente cerebro vascular isquémico parietal derecho, cerebeloso y occipital bilaterales. Por registro febril, se inicia de forma empírica piperacilina tazobactam más vancomicina.

Por sospecha de endocarditis infecciosa se realiza Ecocardiograma Transesofágico donde destaca lesión vegetante en válvula tricúspide, con foramen oval permeable. Cultivos negativos. Permanece con antibioticoterapia empírica. Se realiza recambio valvular tricúspideo. Paciente que fallece dentro de las 24 hs post-procedimiento.

Discusión: Dada la baja incidencia de esta patología asociado a la presentación atípica del caso, presentamos una paciente de sexo femenino sin antecedentes patológicos, que ingresó con diagnóstico de TEP de alto riesgo que intercurrió con endocar-

ditis infecciosa tricúspidea post cateterismo asociada a foramen oval permeable.

Conclusión: La endocarditis infecciosa derecha es una patología de baja frecuencia (5-10 % de todas las endocarditis infecciosas). Su presentación habitual es en válvula tricúspidea. No se hallan estigmas periféricos de endocarditis ni soplos cardiacos, y el tratamiento se basa en antibioticoterapia dirigida o empírica en caso de no aislarse microorganismo y tratamiento quirúrgico en caso de complicaciones.

0113 SÍNDROME DE GUILLAIN BARRÉ, PRESENTACIÓN ATÍPICA: REPORTE DE UN CASO

R VERA MENDOZA(1), D LINARES(1), A CORNAGLIA(1), W RÍOS(1), L CARRERAS(1)
(1) Santa Clara Quilmes

Introducción: El Síndrome de Guillain Barré (SGB) es una polineuropatía aguda de origen autoinmune, clásicamente precedida por una enfermedad infecciosa y se presenta con debilidad simétrica y ascendente de las extremidades, arreflexia y déficits sensoriales, la disautonomía aparece en etapas avanzadas y hasta en el 50% de los casos pueden evolucionar a insuficiencia ventilatoria. El diagnóstico es clínico. La elevación de las proteínas en el líquido cefalorraquídeo apoya al diagnóstico aunque no lo descarta. Se plantea un desafío en pacientes críticos cuando no presentan clínica clásica.

Presentación del caso: Masculino 71 años, antecedentes de hipertensión arterial ingresa por cuadro clínico de náuseas y vómitos de 4 días de evolución precedido de cuadro de fiebre y diarrea días previos. Se realiza rx de abdomen en la que se evidencia dilatación de asas y niveles hidroaéreos. Se interna con sospecha de íleo paralítico. Evoluciona con paro respiratorio que requiere asistencia ventilatoria mecánica. Evoluciona lúcido sin foco con arreflexia. Intentos frustrados de weaning por hipoventilación con hipercapnia severa por lo que se realiza traqueostomía. Se realizó punción lumbar, proteínas en LCR elevadas, 0,5 g/% (VN <0,45g/%) y Electromiograma (EMG) compatible con polineuropatía desmielinizante. Inició tratamiento con Inmunoglobulinas por 5 días y evolucionó favorablemente pudiéndose decanular sin secuelas.

Discusión: La sospecha de diagnóstica de enfermedad neuromuscular fue por la evolución a paro respiratorio asociado a hipoventilación en las pruebas de ventilación espontánea y arreflexia confirmado con LCR y EMG compatibles. El íleo paralítico se desencadena por múltiples factores, en nuestro caso, debido a disautonomía secundaria al SGB. Existen pocos reportes de casos clínicos en los que la forma de presentación sea la disautonomía que en general aparece en estadios más avanzados.

Conclusión: El íleo paralítico como presentación clínica en el SGB es atípico y el desconocimiento de este pródromo puede conducir a error diagnóstico y a retraso en el tratamiento con el consiguiente aumento en la morbimortalidad.



0115 REPORTE DE CASOS: SÍNDROME DE LEUCOENCEFALOPATÍA POSTERIOR REVERSIBLE EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL SECUNDARIA

C DUEÑAS NIETO(1), J CUETO(1), MF JUDAIS(1), CE RAJ-MIL(1), G SCIOLLA(1), M TELLO(1), L WOLENBERG(1)
(1) Hospital De Niños Zona Norte

Introducción: El síndrome de leucoencefalopatía posterior reversible (PRES) es una entidad que predomina en adultos de 39 a 47 años y de sexo femenino, pero en pediatría su incidencia es desconocida. La clínica neurológica es variable: cefalea, alteraciones visuales, alteraciones de la conciencia y convulsiones, entre otros. Su diagnóstico se basa fundamentalmente en la clínica y la realización de resonancia magnética nuclear (RMN) de cráneo, donde se observa afectación a nivel cortical y subcortical en región parieto-occipital. El cuadro suele revertir al tratar la patología subyacente.

Presentación del caso: Se describen tres casos clínicos atendidos en nuestra Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos de PRES con HTA de distinta etiología.

Caso 1: Femenina, 12 años, con síndrome nefrótico, ingresa por convulsión tónico clónica generalizada y anasarca. Se realiza tomografía de cráneo: lesión cortical parietal derecha. Por HTA inicia goteo de labetalol endovenoso y triple esquema diurético. Evolución normalizando tensión arterial y mejoría de edemas.

Caso 2: Masculino de 8 años, internado por supuración pleuropulmonar e insuficiencia renal aguda. Presenta convulsión hipertónica e HTA. Tomografía de cráneo: profundización de surcos corticales parieto occipital bilateral y RMN sugestiva de edema vasogénico. Resuelve cuadro con enalapril.

Caso 3: Masculino, 12 años, consulta por status convulsivo febril, HTA y síndrome nefrítico. Se solicita tomografía de cráneo: edema subcortical posterior. Se complementan estudios con RMN de cráneo, constatando imágenes sugestivas de PRES. Evolución favorablemente con amlodipina y enalapril.

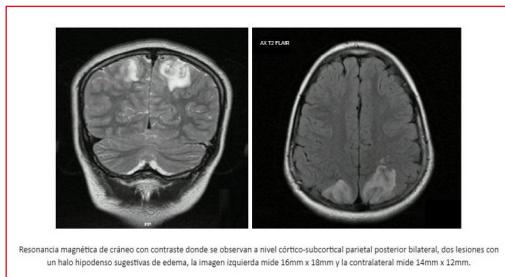
Discusión: Similarmente a la clínica descrita por otros autores, se constató la presencia de HTA con clínica neurológica e imágenes coincidentes con PRES. Todos evolucionaron favorablemente con el tratamiento de patología de base, revirtiendo la clínica neurológica una vez resuelta la HTA.

Los hallazgos de nuestros pacientes en las neuroimágenes fueron similares y resultan coincidentes con los patrones mencionados en la bibliografía.

Conclusión: - Se destaca la importancia del diagnóstico oportuno del PRES dada su gravedad y reversibilidad.

- Al tratarse de una patología infrecuente en pediatría resulta fundamental considerarla dentro de los diagnósticos diferenciales en niños con hipertensión arterial y clínica neurológica.

- El tratamiento precoz de la patología causante mejora el pronóstico del paciente.



0116 PRESENTACION DE UN CASO CLINICO: EXACERBACIÓN POR DENGUE EN PACIENTE CON MIOPATÍA MITOCONDRIAL

T MARCHESI(1), G ANDRADA(1), O FERNANDEZ ROSTELLO(1), G NIS(1), TF MARCHESI(1)
(1) Nuevo Hospital San Roque

Introducción: Las enfermedades mitocondriales primarias son trastornos energéticos que incluyen defectos en el metabolismo del piruvato, el ciclo de Krebs y la cadena respiratoria. Son un grupo heterogéneo de enfermedades con manifestaciones clínicas diversas con afectación multisistémica, siendo la oftalmoplejia progresiva externa una de las principales manifestaciones clínicas. El diagnóstico se realiza mediante biopsia muscular.

El objetivo de este estudio fue reportar un caso clínico con trastornos neurológicos asociado a infección por dengue.

Presentación del caso: Paciente masculino de 65 años, con antecedentes de hipertensión, Accidente cerebrovascular isquémico. Miopatía mitocondrial diagnosticada hace 2 años por biopsia muscular. Paciente ingresa por bradilalia, asociada a parestesias peribucales y en miembro superior izquierdo, disartria y disbasia.

Ingresa a UTI con paresia braquial izquierda 4/5, ataxia de hemicuerpo izquierdo, oftalmoparesia bilateral, ptosis palpebral, lateralización de la lengua, disminución de reflejo tusígeno, mal manejo de secreciones y alteraciones deglutorias.

Test rápido para dengue: positivo.

Requerimiento de intubación oro traqueal a las 48 hs del ingreso por empeoramiento de estado neurológico.

Se inicia tratamiento con, coenzima q, tiamina, vitamina E, riovoflabin. Además de medidas de soporte por su infección viral.

Evolución estable, a los 15 días del ingreso paciente extubado solo con oftalmoparesia sin otro signo de foco neurológico por lo que se decide alta domiciliaria.

Discusión: Si bien las complicaciones neurológicas asociadas al DENV no igualan en incidencia al dengue grave, cabe destacar que están aumentando los reportes. Aún no se conoce su incidencia en las poblaciones afectadas.

Conclusión: Los trastornos neurológicos asociados al dengue es un tema que cobra vital importancia en estos tiempos debido a que el espectro clínico del dengue ha cambiado y las manifestaciones atípicas están reportándose con mayor frecuencia.

Dichos trastornos deben ser sospechados en todo paciente que ingrese con esta infección y manifieste síntomas neurológicos nuevos o profundización de foco previo.

0117 PLASMAFERESIS EN TERAPIA INTENSIVA. REPORTE DE SERIE DE CASOS

R GREGORI SABELLI(1), C DOMINGUEZ(1), P SAUL(1), V FERNANDEZ ABELLO(1), S CACERES(1), Y LAMBERTO(1), V CHEDIACK(1), E CUNTO(1)
(1) Muñiz

Introducción: La plasmaféresis terapéutica (PT) o intercambio terapéutico de plasma es la eliminación selectiva de plasma y su reemplazo por otro fluido, plasma fresco congelado (PFC) o albúmina (ALB). Mediante esta depuración extracorpórea se eliminan sustancias patógenas (inmunoglobulinas, autoanticuerpos, inmunocomplejos, crioglobulinas, lipoproteínas y endotoxinas) relacionadas con enfermedades autoinmunes y no inmunológicas o procesos agudos en los que hay que sustituir un componente alterado por otro normal. La Sociedad Americana de Aféresis (ASFA) revisa periódicamente las indicaciones de PT y las clasifica según los criterios Grading of Recommendations Assessment, Development and Assessment (GRADE). La PT tiene utilidad en patologías de origen neurológico, hematológico y reumatológico así como en el paciente crítico con falla hepática aguda o aguda sobre crónica y en aquellos donde están presentes disfunción renal y otras fallas orgánicas.

Se reportan 7 pacientes internados en terapia intensiva (TI) con indicación de plasmaféresis terapéutica.

Presentación de casos: Se incluyeron de forma retrospectiva 7 pacientes internados en TI que realizaron PT con diferente recomendación ASFA (enero 2021-abril 2024). Se realizó PT por filtración con plataforma multiterapéutica por acceso vascular de doble lumen y anticoagulación con heparina sódica.

Se describen las características y evolución en tabla 1 y las características del procedimiento en tabla 2.

Discusión: En nuestra serie la situación clínica fue grave SOFA (m) 9,71 y requerimiento de soporte simultáneo (VM, vasopresores y TRRC) en un 57,14 %. La evolución fue favorable en la mayoría de los pacientes.

En pacientes críticos con patologías como sepsis y falla hepática el potencial beneficio de la asociación de PT por filtración con otros mecanismos de purificación sanguínea como la convección y la adsorción adquiere un rol estrategias de soporte multiorgánico.

Conclusión: La PT mediante membrana (convección por filtro con membranas altamente permeables) es un procedimiento accesible, con baja tasa de complicaciones. Se puede realizar con los aparatos habituales de TRRC lo que favorece su implementación en TI. Consideramos que la PT es un recurso válido en pacientes críticos con falla hepática y/o fallo multiorgánico ya que contribuye a la mejora hemodinámica y disminución de soporte simultáneo permitiendo mayor tolerancia a las terapéuticas instauradas y contribuyendo a la mejoría de los pacientes.

Tabla 1: Características y evolución de los pacientes que recibieron PT

Caso	Edad	SOFA	Ventilación Mecánica (VM)	Vasopresores	Soporte simultáneo	Indicación de PT	Evolución
Caso 1	51	12	si	si	renal (TRRC)	Vasculitis	óbito
Caso 2	36	8	no	no	renal (TRRC) y plasmafiltración	falla hepática aguda (Malaria Grave)	alta
Caso 3	66	10	si	si	no	LES	alta
Caso 4	42	12	si	si	renal (TRRC)	falla hepática aguda (Enfermedad de Weil)	alta
Caso 5	28	6	no	no	no	falla hepática aguda (hepatotoxicidad por antifúngicos)	alta
Caso 6	46	6	no	no	no	Mastomía Gravis	alta
Caso 7	29	14	si	si	renal (TRRC)	PTT (VH)	óbito

TRRC: Terapia de reemplazo renal continuo; LES: Lupus eritematoso sistémico; PTT: Púrpura trombocitopénica trombótica

Tabla 2: Características de PT

Caso	Sesiones	Líquido de reemplazo	Complicaciones
Caso 1	2	PFC	Hipotensión arterial
Caso 2	2	ALB	no
Caso 3	1	ALB	no
Caso 4	2	ALB	no
Caso 5	3	ALB	no
Caso 6	5	ALB	Parestesias
Caso 7	5	PFC	no

0119 TIROTOXICOSIS EN PACIENTE CON TIROIDITIS DE HASHIMOTO EN CONTEXTO DE INFECCIÓN POR VIRUS DENGUE: REPORTE DE CASO

S SCAZZOLA(1), S ORELLANA(1), HB HERNANDEZ MARIN(1), KJ VILLARROEL SANCHEZ(1), F MEDINA(1), P BALMACE-DA(1), G RAMOS(1)
 (1) Argerich

Introducción: La tirotoxicosis es un estado clínico caracterizado por aumento de hormonas tiroideas en sangre, tanto por hiperfunción de la glándula tiroidea como por liberación excesiva de hormona almacenada en el tejido tiroideo. Es una condición poco frecuente potencialmente mortal por lo que debe ser tratada en una unidad de cuidados intensivos.

Caso Clínico: Paciente femenina de 43 años con antecedentes de bocio consulta a guardia externa por fiebre asociada a cefalea retroor-

bitaria y cambios en la conducta. Al exámen físico presenta taquicardia sinusal, fiebre, excitación psicomotriz y bocio. Se interpreta cuadro como probable tirotoxicosis por lo que se inicia tratamiento con propranolol y metimazol y se decide su internación en unidad cerrada. A su ingreso se realiza laboratorio que presenta leucopenia (GB 2900), perfil tiroideo: TSH: 0 T3: 5.0 y T3 5.9, anti-TPO positivo y antígeno NS1 positivo. Evolucionan con bicitopenia (leucopenia con neutropenia y trombocitopenia) por lo que es evaluado por servicio de endocrinología quienes lo interpretan como efecto adverso del metimazol y deciden rotar tratamiento por segunda línea con litio con posterior corrección de valores de glóbulos blancos, no así de plaquetas. Evolucionan con exantema urticariforme en muslos, pruriginoso, asociado a eosinofilia y aumento de enzimas hepáticas. Se disminuye dosis de litio con mejoría clínica y de parámetros de laboratorio. Por buena evolución clínica se decide su pase a sala.

Discusión: La tirotoxicosis puede desencadenarse por discontinuación del tratamiento en pacientes hipertiroideos así como por eventos agudos extratiroideos como cirugías, trauma, infecciones o uso de fármacos yodados. La tirotoxicosis desencadenada por infecciones es poco frecuente, no se encuentran reporte de casos donde la infección por virus Dengue actúe como agente desencadenante.

Conclusión: Dada la alta mortalidad de la tirotoxicosis consideramos importante su diagnóstico y tratamiento temprano considerando como probable agente desencadenante la infección por virus Dengue, más aún en contexto de brotes epidemiológicos.

0120 MIOCARDITIS SEPTICA VS. VIRAL EN EPIDEMIA DE DENGUE: UN DESAFIO EN UTI. REPORTE DE CASO

MV BISCEGLIA(1), EM GUAIMAS(1), A CAMIOLO(1), SN GASPAR(1), MA RUIZ(1), FC CARRIZO(1), G BOUHID(1), R REINOSO(1)
 (1) San Bernardo

Introducción: La miocarditis puede ser aguda o crónica, infecciosa o no. Afecta al músculo cardíaco y su función, manifestándose como insuficiencia cardíaca, arritmias y compromiso pericárdico. Habitualmente se produce por una infección y la más frecuente es viral. El dengue es una arbovirosis sistémica que en nuestro medio presentó un gran aumento de casos en los últimos años, lo que permite visualizar complicaciones poco descritas en otras poblaciones.

Caso clínico: Paciente femenina de 41 años, sin antecedentes, ingresa por precordialgia y sudoración profusa de 24 hs de evolución asociado a fiebre, mialgias y cefalea retro-ocular. Al ingreso hipotérmica, taquicárdica, ECG sin particularidades, se toman cultivos, se inicia antibióticoterapia. Presenta hipotensión arterial, requerimiento de vasoactivos, acidosis láctica, plaquetopenia, hemoconcentración e hipertransaminasemia x3, intubación orotraqueal, pasa a UTI.

Persistentemente febril, relleno capilar enlentecido, oligúrica, serología para dengue IgM+, urocultivo positivo para E. Coli. Inicia Vasopresina, hiperlactacidemia persistente, ecocardiograma con hipoquinesia global, satVcO2 45% y caída de gasto cardíaco, inicia Dobutamina. Ecocardiograma posterior con función sistólica conservada.

Intercurre con síndrome de distrés respiratorio severo, cumple tratamiento, se realiza traqueostomía. Posteriormente buena evolución, alta hospitalaria el día 27.

Discusión: Teniendo en cuenta que el dengue grave puede cursar con complicaciones atípicas y sintomatología inespecífica, es importante considerar la epidemiología local dentro de los diagnósticos diferenciales.

Conclusión: La miocarditis es una entidad de causa multifactorial, la biopsia endomiocárdica es la técnica de elección para documentar la etiología. La miocarditis aguda viral mejora espontáneamente en la mayoría de los pacientes, requiriendo manejo multidisciplinario en UTI.

0121 EFICIENCIA DE LA VASELINA LIQUIDA EN LA PREVENCIÓN DE UPP

J GONZALEZ, G LOPEZ(1), F MUZZUPAPPA(1)
(1) Del Bicentenario De Ituzaingó

Introducción: Las Ulceras Por Presión (UPP) son indicadores de calidad de atención de enfermería. El valor aceptado de la misma en las Unidad de Cuidados Críticos (UCC) es de : 7,4% a 14,5% (Caballero, Dominguez, Pardo, 2020). Estas lesiones aumentan el de la morbimortalidad (Pegenaute et al., 2005). Ante esta realidad se decidió realizar un seguimiento de la prevalencia y tratamiento desde el 2020 en la UCC. La evidencia propone el uso de vaselina líquida en el 2023 para la prevención y tratamiento se (Farm. Vivas V, 2023) (Pech et al., 2015) (Etchegoyen et al., 2022).

Objetivo: Describir la prevalencia de las UPP incorporando al protocolo de prevención la vaselina líquida en la UCC del Hospital del Bicentenario de Ituzaingó (HBI).

Métodos: Es un estudio cuantitativo, longitudinal iniciado en el 2020 con el objetivo de determinar la incidencia de las UPP en la UCC, la primer medición fue del 47%, ante este dato se implementa una intervención para disminuir ese valor. En el 2023 se incluye al protocolo el uso de vaselina líquida para la prevención de las UPP en pacientes con Braden < 12. Este mismo tratamiento se implemento en el Hospital. Posadas (Putruele et al., 2022).

Resultados: En la primera medición se observó una incidencia del 47% de UPP en la UCC, en el 2023 luego de implementar el uso de vaselina líquida al protocolo se observó una disminución de la incidencia: 9%, dos puntos menos en relación a la del 2022 .

Conclusiones: Según los resultados encontrados se concluye que la vaselina líquida disminuye la incidencia de las UPP. Se observo también la disminución de los casos nuevos. El próximo estudio debería ser una investigación comparando los costos del tratamiento convencional y el uso de vaselina líquida.

	Mediciones (n)	Casos nuevos de UPP	Incidencia	Promedio de los días de internación	relación enfermero paciente
2020	17	8	47	13,5	
2021	16	5	31	9,5	
2022	30	4	11	7	01:02
2023	42	3	9	8	1:2, /1:3



0122 TROMBOSIS DEL SENO VENOSO LONGITUDINAL SUPERIOR A PROPÓSITO DE UN CASO

F CHIALVETTO(1)
(1) Clinica Universitaria Reina Fabiola

Introducción: La trombosis venosa cerebral representa el 0,5% de enfermedad vascular cerebral, de etiología aséptica o séptica, predominio femenino en la tercera década y neonatos; manifestándose con cefalea, déficit focal y convulsiones.

Presentación del caso: Masculino 21 años, internado para tratamiento de tumor germinal de testículo con bleomicina, cisplatino, etopósido. Presenta depresión del sensorio con foco, compromiso

del sexto par y convulsiones. Una TC de cerebro objetiva hemorragia subcortical fronto parietal derecha de territorio límite, leve desviación de línea media e hiperdensidad del seno venoso longitudinal superior compatible con trombos. Electroencefalograma sin actividad epileptiforme.

Ingresa a Terapia Intensiva, requiere intubación orotraqueal, antimicrobianos y anticoagulación. Presenta nuevas crisis convulsivas, tomografía muestra progresión de la hemorragia.

Presentó escasas respuesta neurológica en las primeras dos semanas, evolucionando con hemiparesia izquierda, apertura ocular, movimientos anormales del miembro superior derecho. Presenta mejoría gradual hasta su alta luego de 31 días de internación, lucido con hemiparesia 4/5 izquierda.

Discusión: La trombos del seno venoso es una enfermedad infrecuente y poco diagnosticada. Se necesita alto nivel de sospecha para iniciar rápidamente anticoagulación y confirmar el diagnóstico. Su relación con la quimioterapia está reportada con baja incidencia y su pronóstico depende fundamentalmente de la rapidez del inicio del tratamiento anticoagulante. Presenta 50% de malos resultados. Plantea diagnósticos diferenciales con meningocefalitis virales, encefalopatía posterior reversible, pseudo tumor cerebral, meningitis, abscesos y otras

Conclusión: Existe elevada incidencia de eventos trombóticos en tumores de células germinales, ya sea por hipercoagulabilidad o por quimioterapia. Se necesita un alto nivel de sospecha, celeridad en la anticoagulación y confirmación diagnóstica para mejorar los resultados.

0123 ELECTROENCEFALOGRAMA EN EL MAL DESPERTAR

FI MONZALVEZ(1), FF MUÑOZ CASTILLO(1), KA CASTRO LEON(1)
(1) Policlínico Neuquen

Introducción: Se realizó videoelectroencefalograma continuo en 124 pacientes con variadas situaciones clínicas, haciendo especial hincapié en 38, los cuales presentaron mal despertar clínico sin fármacos depresores neurológicos. Se tuvo en cuenta que en 6 pacientes, previo al estudio, ya contaban con medicación anticonvulsiva.

Material y método: Estudio retrospectivo, observacional, en la terapia intensiva de adultos del Policlínico Neuquén, desde los meses de junio del año 2021 hasta diciembre inclusive del año 2023, con un total de 124 pacientes estudiados.

Se realizó videoelectroencefalograma continuo, con duración de 24 horas, utilizando el sistema internacional 10/20, con montaje bipolar, longitudinal, anteroposterior.

Resultados: El análisis de los resultados muestra a grandes rasgos que en 10 pacientes del total se confirmó el diagnóstico de descargas epileptiformes (8.06%). Se observó la presencia de complejos punta onda y polipunta en 38 pacientes (30.6%), registros de ritmo de fondo enlentecido y poca reactividad en 34 pacientes (27.4%). Ondas trifásicas en 32 pacientes (25.8%). Se observa ritmo Alpha en 41 pacientes (33%), Beta en 44 pacientes (35.4%), Theta en 31 casos (25%) y Delta en 21 (16.9%). Se confirmó el caso de muerte encefálica en un caso que registró ondas planas en el electroencefalograma.

En el análisis de resultados es importante destacar que de los 38 pacientes con mal despertar, solo 6 (15.7%) presentan patrón electroencefalográfico normal. 17 (44.7%) mostraron patrón trifásico, 16 (42.1%) patrón punta-polipunta, 15 (39.4%) patrón hiporreactivo y 4 (10.5%) patrón epileptiforme.

Conclusión: Se concluye un rendimiento del videoelectroencefalograma continuo en alrededor del 85% para orientar el diagnóstico clínico y definir el tratamiento en pacientes con mal despertar.



0126 UNA COMBINACION POCO COMUN :COMPLICACION POSTINFECCIOSA POR DENGUE

A CAMIOLLO(1)
(1) Hospital San Bernardo

Introducción: El dengue es una enfermedad infecciosa endémica que debido a su alta incidencia de brotes asociado a una terapéutica poco específica y segura se considera un problema de salud mundial. Existen cuatro serotipos, siendo los tipos DENV-2, DENV-3 asociados a manifestaciones neurológicas durante la infección activa o postinfección.

Caso clínico: Paciente femenina de 45 años hipertensa, consulta en hospital de origen por fiebre y mialgias de 14 días de evolución. se asume cuadro como dengue, inicia tratamiento médico y posterior alta. Reingresa a las 24 hs con debilidad de miembros inferiores con progresión ascendente asociado a disnea súbita, se realiza tac de cerebro sin particularidades, punción lumbar con proteinorraquia (glucemia 69, proteínas de 205, células 1, glóbulos rojos 3, glóbulos blancos 5) Por mala evolución clínica se decide IOT, vinculación a ARM y derivación a nuestro nosocomio. Ingres a con paresia de miembros inferiores, hiporreflexia bilateral, se realiza test para dengue IGG+, IGM -, traqueostomía precoz. Por alta sospecha clínica se asume como Guillian Barre con inicio de Inmunoglobulina por 5 días y mejoría clínica.

Discusión: El DENV por a su alta capacidad neurotrópica causa complicaciones neurológicas: encefalopatía, encefalitis, complicaciones neuro-oculares y alteraciones neuromusculares, siendo el trastorno postinfeccioso más frecuente el Guillian Barre.

Conclusión: Estas entidades son una combinación poco común y se debe sospechar en pacientes con debilidad en las extremidades en el periodo postinfeccioso. Reconocer las manifestaciones neurológicas es fundamental para la detección de complicaciones como la insuficiencia respiratoria y la aplicación de tratamientos efectivos.

0127 INTOXICACION POR NITROPRUSIATO DE SODIO EN PACIENTE NEUROCRTICO

MI CAZENA(1), A GIRA(1), A VELEZ(1), V BRIZUELA(1), D MONARDO(1), P PRATESI(1)
(1) Universitario Austral

Introducción: La intoxicación por Nitroprusiato de Sodio (NTS), es un fármaco vasodilatador venoso y arterial, entre sus complicaciones esta la intoxicación por cianuro. El NTS está formado por 5 grupos cianuros, de modo que al metabolizarse quedan libres. Si se sobrepasa la capacidad fisiológica de tamponar estos grupos cianuros lleva a intoxicación e hipoxia tisular, formación de ácido láctico y acidosis metabólica. Factores de riesgo: altas dosis > 4 mcg/kg/min, infusión más de 48 horas, alteraciones en depuración del cianuro por falla renal o hepática. Se trata con hidroxocobalamina, tiosulfato o nitrito sódico.

Presentación del caso: Mujer de 54 años, con antecedente de este-neuroblastoma realiza Nitozumab y exeresis quirúrgica, recidiva y se programa cirugía de exéresis. Ingres a UCI intercorre con hemorragia intraparenquimatosa con volcado ventricular, requiere IOT-ARM y colocación de derivación ventricular externa. Evoluciona con HTA refractaria a Nitroglicerina se rota a NTS dosis de 1,4 a 2,8 mcg/kg/min a los dos días se constata hiperlactacidemia, aumento de saturación venosa central y alteración de enzimas hepáticas se descarta infección y se sospecha toxicidad por NTS inicia Tiosulfato de sodio en dos dosis de 12,5 mg, revierte alteraciones de laboratorio con buena evolución pasa a clínica.

Discusión: La acidosis láctica, saturación venosa alta, alteración de transaminasas, el primer diagnóstico diferencial es la infección descartada por cultivos negativos y presencia de HTA sin signos clínicos de hipoperfusión y se sospecha Intoxicación por NTS.

Conclusiones: La toxicidad por NTS es poco frecuente pero con alta tasa de mortalidad. Ante la sospecha se retira infusión de NTS y uso de sus antidotos.

0128 COAGULACIÓN INTRAVASCULAR DISEMINADA POR ESTREPTOCOCCEMIA EN PACIENTE NO ESPLENECTOMIZADA: A PROPÓSITO DE UN CASO

N GRASSI(1), M CRUZ(1), F ESPINOZA(1), M OTAMENDI(1), V MILLAN(1), P ZORZANO(1), L DURAN(1), M MONTENEGRO(1)
(1) Hospital Municipal De Agudos Leonidas Lucero

Introducción: La infección neumocócica invasiva suele ocurrir en pacientes inmunocomprometidos como esplenectomizados y con hipocomplementemia primaria. Se presenta el caso de una paciente sin antecedentes, no esplenectomizada con una púrpura fulminante por una estreptococcemia.

Presentación del caso: Paciente femenina de 32 años con antecedentes de diabetes no insulino requirente, en periodo de lactancia, que consultó por fiebre, malestar general, mareos, vómitos, rash y hematomas. Ingresó al hospital hipotensa, taquicárdica, con bradipsiquia, hemodinámicamente inestable con requerimientos de noradrenalina a 0.3 mcg/kg/min. Al examen físico inyección conjuntival, placas violáceas en ambas mejillas, petequias y equimosis en cuello, zona inframamilar, y en cuatro miembros (figura 1), mala perfusión periférica, frialdad distal. Laboratorio: Hb 11.7, GB 3510 (74% neutrofilia), plaquetopenia severa (12000), insuficiencia renal Cr 3.4, Na 131, TGO 202, TGP 88, LDH 1159, coagulopatía RIN 4.3, fibrinógeno 81, reticulocitos 1.8%, ácido láctico: 7.4, pH 7.17, HCO₃- 9, HIV negativo, PCR virus dengue negativo, B-HCG negativa. Se realizó intubación orotraqueal y en la radiografía de tórax se observó borramiento de seno costofrénico izquierdo. Ecografía abdominal y ginecológica: normal. Orina: antígeno Streptococcus pneumoniae positivo. Urocultivo negativo. Hemocultivos positivos: Streptococcus pneumoniae.

Se interpretó como un shock séptico (SOFA 12 puntos) asociado a coagulación intravascular diseminada. Se transfundieron crioprecipitados, plaquetas y plasma fresco congelado, e inició ceftriaxona, hidrocortisona y vitamina K. Evolucionó con shock refractario, con noradrenalina y vasopresina en ascenso. Anurica, requiriendo hemodiálisis de urgencia. No obstante, presentó nuevos episodios de sangrado y falla multiorgánica, falleciendo al segundo día de internación.

Discusión: La CID es una microangiopatía trombótica, caracterizada por la activación sistémica de la coagulación y el consumo simultáneo de factores de coagulación y plaquetas. Generalmente vinculado con sepsis causada por bacterias gram negativas, complicaciones obstétricas o cáncer. Es una enfermedad grave, su evolución depende de la forma clínica y de la causa de base (formas isquémicas >40% mortalidad). Está descrito casos de purpura fulminante por estreptococcemia en jóvenes sin inmunocompromiso

Conclusión: Considerar al puerperio tardío como estado de inmunocompromiso en esta paciente.



Figura 1. Arriba de izquierda a derecha: rash en rostro, placa violácea abdominal, cianosis dedos. Abajo: petequias inframamilares.

0129 MÚLTIPLES LESIONES OCUPANTES DE ESPACIO POR TUBERCULOSIS EN UN PACIENTE INMUNOCOMPETENTE

VH ROLDAN ENCINAS(1), G IZZO(1), S SEGOVIA(1), A GELOSO(1), M RUIZ(1), D PRIETO(1), E DORADO(1)

(1) Ramos Mejía

TB pulmonar es una patología prevalente en el mundo, 2006 se estimaron 9,2 millones, en Argentina en 2010 se notificaron 10.354 pacientes afectados con Tuberculosis, Hasta un 25% de los casos de tuberculosis existe afectación extrapulmonar. A nivel del sistema nervioso central puede presentarse de formas distintas siendo la más frecuente la meningitis y el tuberculoma, las lesiones ocupantes de espacio cerebrales por tuberculosis son aun menos frecuentes en pacientes inmunocompetentes. El tuberculoma es un concepto anatomopatológico que se refiere a un conglomerado de focos de necrosis caseosa rodeado de parenquima cerebral, formado por una masa avascular, en su mayoría solitaria, producido a partir de una diseminación hematogena.

Caso infrecuente de lesiones cerebrales ocupantes de espacio por tuberculosis en paciente inmunocompetente.

Masculino de 31 años, antecedentes de asma, adicción a la cocaína, pasta base y marihuana, fue privado de libertad durante 5 años, laparotomía por herida por proyectil de arma de fuego hace 10 años. Consulta por cefalea holocraneana, que cede parcialmente con analgésicos, náuseas, vómitos, fiebre, lumbalgia, pérdida de peso de 10 kg.

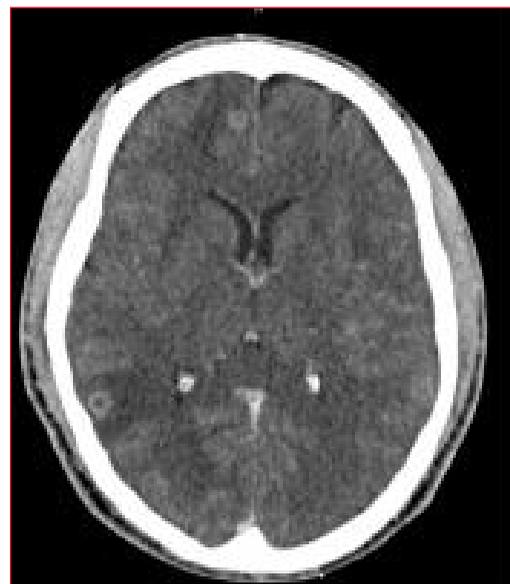
Se realizó TC cerebro que evidenció: múltiples hiperdensidades a nivel de hemisferio cerebeloso izquierdo, temporal izquierdo y parietal derecho; y frontal con edema perilesional tipo dedo de guante. TAC tórax: infiltrado miliar bilateral. Paso a sala de clínica médica. Se repite TC encéfalo con contraste: Múltiples imágenes nodulares con realce al contraste EV en cerebelo, bifrontales, temporal izquierdo, biparietales, AngioTC sin lesiones. Se realizó test Elisa para HIV negativo

Glucorraquia 13mg%, proteínas 155mg%, leucos 97xcpo, mononucleares 48, polimorfos 53, glucemia 123mg/dl. Se inicia tratamiento con H/E/R/Z y ceftriaxona. Evolucionó con GSC 6/15. Ingresó a UTI en coma, normotenso, requiere ARM, PAFI 380. Vaina NO: 5mm derecha y 4 mm izquierda. TC control sin cambios. EEG sin descargas. Laboratorio de ingreso con linfopenia. BAAR negativo.

Se recibe GeneXpert (+) en LCR Senble a Rifampicina. serologías VHB, VHC y VIH negativas.

A los 10 días se extuba con GCS 10/15, continúa con tratamiento antifúngico.

Presentamos un caso de paciente con lesiones cerebrales y meningoencefalitis por tuberculosis, con buena respuesta al tratamiento con tuberculostáticos.



0130 ASPERGILOSIS PULMONAR INVASIVA EN PACIENTE INMUNOCOMPETENTE A PROPOSITO DE UN CASO

JA MELGAR DIEZ(1), P CAMPOS(2), M GARABITO(2), M FUMARCO(2), E ZEVRNJA(2), R ZENTENO(2), M GILLI(2), A CAMELLI(2)

(1) Fiorito Avellaneda. (2) Fiorito

Introducción: La aspergilosis pulmonar invasora es una infección causada por hongos del género *Aspergillus*, principalmente en pacientes inmunocomprometidos y formas más graves de aspergilosis: neutropénicos persistentes, trasplantados de órganos, EPOC, vasculitis, Artritis Reumatoide La mortalidad varía entre 50% y 90%, dependiendo localización, patología de base, diagnóstico e inicio de tratamiento.

Presentación del caso: Masculino de 62 años, ocupación obrero de industria plástica. Antecedentes de COVID 19, ex tabaquista.

Presenta cuadro de 7 días de tos, fiebre, disnea CF IV y hemoptisis. Tomografía de tórax con parénquima y opacidades pulmonares parcheadas con patrón mixto acinoso de tipo reticular a predominio de lóbulos superiores e inferiores.

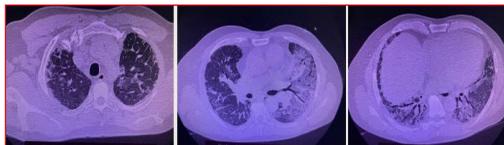
Se toman cultivos y se inicia antibioticoterapia empírica. Ingresa a UTI IOT más ARM. AEB: Ph: 7.18 PCO2: 75. PO2: 115 HCO3:28 Sat2: 90% cultivos, serologías virales y virus respiratorio negativos, micológico de lavado bronco alveolar detección de antígeno galactomanano de aspergillus (+) 20.194 (IDP) y Se inicia anfotericina Liposomal 5 mg/kg/día Y voriconazol 4 mg/kg/día RNM, Ecocardiograma y Fondo de ojo sin particularidad Intercurre con infección asociado a catéter por Pseudomona aeruginosa se inicia tratamiento antibiótico con mala respuesta al mismo lo que conlleva al óbito.

Discusión: La aspergilosis también se presenta en pacientes con neumonías virales sin otros factores de riesgo con mecanismos fisiopatológicos poco conocidos. El daño pulmonar estructural causado por el virus favorece el desarrollo de infecciones fúngicas y el uso de esteroides para tratamiento de COVID 19 en las nuevas guías usados ampliamente en EPOC

En el huésped inmunocompetente la inmunidad innata evita que existan restos de la pared celular del hongo en el torrente sanguíneo, con galactomanano en suero indetectable

Casos similares por infección por influenza A y Aspergilosis Pulmonar Invasiva en el paciente inmunocompetente, Revista SATI 2021.

Conclusión: Se debe considerar Aspergilosis en pacientes inmunocompetentes con antecedentes de patología viral y/o enfermedades pulmonares crónicas debiendo ser parte del diagnóstico diferencial con neumonía atípica, difícil sospecha clínica temprana y la administración de terapia antifúngica apropiada oportuna para nuestros pacientes. La incidencia y evaluación de aspergilosis necesitan más estudios.



0131 ENDOCARDITIS INFECCIOSA POR S. AUREUS SECUNDARIA A ABSCESO PROSTÁTICO. REPORTE DE UN CASO
M SANGREGORIO(1), K CASTRO LEON(1), FF MUÑOZ CASTILLO(1), N MARQUEZ(1), S VARGAS DE LA VEGA(1), D MIÑO(1), L VARGAS(1)
(1) Policlínico Neuquen

Introducción: La presencia de abscesos prostáticos por *Staphylococcus aureus* en pacientes inmunocompetentes y sin instrumentalización genitourinaria representa una entidad rara. A su vez su asociación con endocarditis infecciosa es sumamente infrecuente.

Caso clínico: Paciente masculino de 49 años, diabético, con antecedente infección urinaria baja por *Staphylococcus aureus* 2 meses previos al ingreso tratada de forma ambulatoria. Ingresa por cuadro clínico de corta evolución caracterizado por polaquiuria, tenesmo vesical y fiebre. A su ingreso en UTI presenta parámetros de shock séptico e insuficiencia renal aguda. Se realizan cultivos e inicia tratamiento antibiótico empírico con Cefazolina. Se reciben resultados de hemocultivos y urocultivo, positivos todos para *S. aureus* metilicilino-sensible. Se realiza tomografía reno-vesical con evidencia de absceso prostático pequeño, el cual no presenta indicaciones para su drenaje. Se continúa estudiando con ecocardiograma transesofágico, donde se observa absceso mitroseptal en trigono fibroso, asociado a vegetación en cara auricular de la válvula. Los hemocultivos de control continúan positivos, por lo que se adiciona gentamicina al esquema. Se realiza pantomografía y resonancia de encéfalo, que evidencia embolias sépticas en región cortico subcortical frontal izquierda. Se realizan hemocultivos de control con negativización

de los mismos. Evolucionando con mejoría clínica, pasa a sala general. Se controla con ecocardiografía al finalizar el tratamiento.

Discusión: Se realizó una revisión de la literatura en las bases de datos Pubmed y Cochrane en los últimos 5 años, se identificaron 22 publicaciones. El absceso prostático por *S. Aureus* es una complicación poco común de una infección urinaria baja. A su vez, su asociación con la Endocarditis infecciosa tiene poca descripción en la literatura. Y, cabe señalar que la mortalidad intrahospitalaria de esta última es de un 25.5% como lo indica el EIRA-3.

Conclusión: La Endocarditis infecciosa puede presentarse como complicación de focos primarios poco frecuentes por lo que el empleo de estudios complementarios pertinentes, como la ecografía transesofágica, son de gran utilidad para diagnóstico, tratamiento y seguimiento oportuno.



0132 ACCIDENTE CEREBROVASCULAR DE POSIBLE ORIGEN EMBÓLICO DE FUENTE INDETERMINADA EN TERRITORIO LÍMITROFE ASOCIADO A SÍNDROME HIPEREOSINÓFILICO. REPORTE DE CASO

L AYALA(1), V DURAND(1), I ROMERO(1), F PALIZAS(1)
(1) Sanatorio Güemes

Introducción: El accidente cerebrovascular embólico de origen indeterminado se caracteriza por no tener un origen cardioembólico de alto riesgo identificado y por la ausencia de obstrucción ateromatosa significativa de las arterias del territorio infartado. Presenta etiología y fisiopatología diversa, siendo la hipereosinofilia en contexto de enfermedad oncohematológica una causa poco habitual.

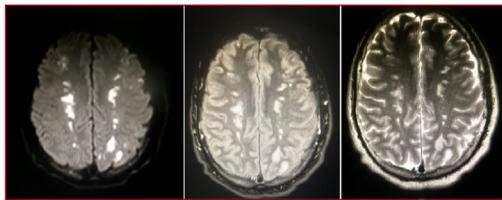
Presentación del caso: Paciente masculino de 42 años, consulta por cuadro clínico de 9 días de evolución caracterizado por fiebre, astenia, adinamia, mioartralgias, dolor abdominal, diarrea, vómito, evolucionando con hemiparesia fasciobraquiocrural izquierda. Ingresa vigil, con sensorio alternante y foco neurológico mencionado. Se realiza Resonancia Magnética de encéfalo con evidencia

de múltiples imágenes hiperintensas en secuencias T2 y FLAIR en topografía limítrofe del territorio de arteria cerebral anterior, arteria cerebral media y arteria cerebral posterior bilateral compatibles con lesiones de origen vascular isquémico agudo.

Laboratorio con evidencia de leucocitosis e hipereosinofilia. Se descartaron causas infecciosas. Se realizó punción de médula ósea con diagnóstico presuntivo de leucemia linfoblástica aguda Tipo B Sin hallazgos relevantes en Ecocardiograma Transtorácico, Ecocardiograma Transesofágico con burbujas y Doppler de vasos de cuello, se interpreta el cuadro como Accidente Cerebrovascular Isquémico de posible origen Cardioembólico en territorio limítrofe, de probable etiología protrombótica en contexto de hipereosinofilia.

Discusión: El síndrome hipereosinofílico es un trastorno que produce neurotoxicidad por infiltración directa del tejido, daño secundario por secreción eosinofílica, estados protrombóticos y miocarditis. Se descartaron las causas más prevalentes de cardioembolia, pudiendo ser el estado protrombótico e inflamatorio la causa la isquemia siendo consistente con la distribución limítrofe cerebral que se describió en otros casos reportados por la literatura, formando parte de las causas de accidente cerebrovascular de origen incierto.

Conclusión: La hipereosinofilia presenta como complicación grave e infrecuente el daño cerebral isquémico, se han propuesto distintas hipótesis para explicar su mecanismo fisiopatológico, pudiendo ser de causa multifactorial ya que ninguno de ellos ha sido claramente demostrado.



0134 DISFAGIA ASOCIADA A DEBILIDAD MUSCULAR ADQUIRIDA EN UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS

P LACOMBE(1), R ALONSO(1), G SIMES(1)
(1) Municipal de Urgencias

Introducción: La DAUCI (Debilidad Muscular Adquirida en Unidades de Cuidados Intensivos), antes llamada polimioneuropatía del paciente crítico, es una enfermedad del SNP (sistema nervioso periférico) con afectación neuromuscular, de etiología multifactorial y con sintomatología variada, algunas patologías preexistentes y otras situaciones pueden agravar o favorecer el desarrollo de esta mioneuropatía. La deglución es un acto neuromuscular complejo que permite el transporte de contenido orofaríngeo hacia el estómago. La disfagia es toda alteración en dicha bio-mecánica. Los pacientes con DAUCI presentan debilidad muscular generalizada que podría afectar el acto deglutorio, sin presentar otra causa directa, neurológica o traumática, que provoque la disfagia. La terapia fonoaudiológica precoz favorece la restauración temprana de la función deglutoria.

Objetivo: Determinar la incidencia de disfagia asociada a DAUCI en pacientes atendidos por fonoaudiología, internados en la UCI.

Material y método: Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo de cohorte transversal a partir de revisión de historias clínicas y registros estadísticos, entre el año 2021 y 2023.

Resultados: Se registraron por fonoaudiología un total de n=455 pacientes, de los cuales n=296 (64%) presentan disfagia, n=237 (80%) por causa directa y n=59 (20%) presentaron disfagia moderada o grave asociada únicamente a la entidad de DAUCI. El 86,5% fueron de género biológico masculino, con edad promedio entre

35 y 42 años, el 90% requirió soporte nutricional alternativo en etapa aguda y el 88% vía aérea instrumentada asociada a ventilación mecánica prolongada. En la población de este nosocomio, se advierte que la DAUCI puede relacionarse también con mal estado nutricional y hábito de consumo de sustancias previos al ingreso, presentando el 83% tóxico positivo.

Conclusión: 2 de cada 10 pacientes presentó disfagia moderada a grave asociada a DAUCI como única causa de la disfunción. La DAUCI es una afección de alta prevalencia que puede alterar la función deglutoria ocasionando complicaciones como desnutrición, deshidratación y neumopatía aspirativa. Es necesario contar con fonoaudiólogos expertos que se dediquen a la evaluación y rehabilitación precoz de esta entidad en la UCI.

Palabras claves: debilidad muscular, unidad de cuidados intensivos, deglución, disfagia, miopatía, terapia fonoaudiológica, abordaje precoz.

0135 COMPLICACIONES EN PACIENTES CON TRAUMA DE CRÁNEO GRAVE EN LA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA

L TABOADA DE IRIONDO(1), M CORIA(1), M VITALE(1), F HERNANDEZ(1), A FRANCO(1), L TRIGO(1), T CORRADI(1)
(1) Higa Dr Oscar Alende

El trauma de cráneo grave (TECG) definido como Glasgow menor o igual a 8 es una causa de discapacidad en el mundo.

El manejo de la presión intracraneal es fundamental para realizar intervenciones y evitar el daño cerebral.

El manejo de la hipertensión endocraneal (HTEC) consiste en una terapia escalonada, desde neuroprotección hasta intervenciones quirúrgicas.

La craniectomía descompresiva (CD) mejora la supervivencia pero genera discapacidad.

Nuestro objetivo es evaluar las complicaciones en pacientes con trauma de cráneo grave en la Terapia Intensiva del Hospital Interzonal Dr Oscar Alende.

Resultados: Se realizó un estudio descriptivo de cohorte retrospectivo en pacientes mayores de 15 años con TECG que ingresaron a la Terapia Intensiva del Hospital Dr Oscar Alende desde noviembre del 2023 hasta abril 2024.

Se registraron 34 pacientes, 30 masculinos. La mediana de edad fue 29 años. En cuanto a los días de estadía, la mediana fue 42 días. 28 pacientes ingresaron por incidente en vía pública, 3 caídas de altura, 2 heridas de arma de fuego y uno por una golpiza.

30% ingresaron con trauma cráneo de puro y un 70% fueron politraumas.

El 100% tuvo monitoreo de PIC y al 52% no se les realizó CD. 16 pacientes (47%) tuvieron CD. De estos, 78% fueron CD primarias y 18% CD secundarias. Además se realizó una CD primaria bicoronal. El 23% desarrolló HTEC, 50% con CD primaria y 50% CD secundaria. A 12 pacientes se les realizó CD primaria y el 100% evolucionó con meningitis postoperatoria.

Una paciente presentó abscesos cerebrales con CD secundaria.

5 pacientes tuvieron hígroma (14%) y 3 fistulas de LCR (9%). Todos con CD primaria.

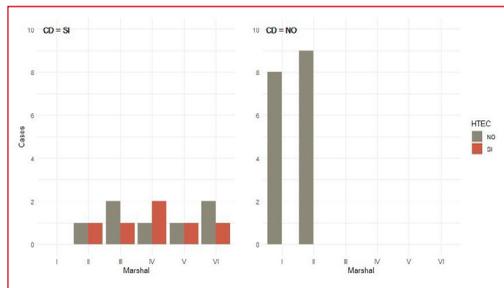
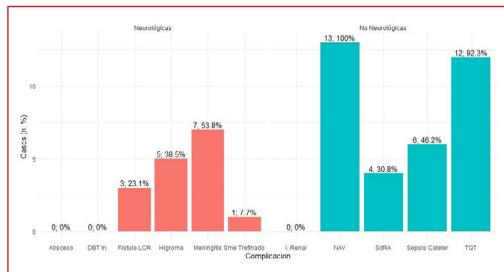
En una paciente se registró el síndrome de trefinado y en otra diabetes insípida.

94% presentaron weaning dificultoso y traqueostomía.

Conclusión: El trauma de cráneo grave es frecuente en jóvenes y su estadía en terapia intensiva fue prolongada.

La CD primaria fue la indicación quirúrgica más frecuente y con más complicaciones.

El porcentaje de óbitos fue bajo, este trabajo no valora escalas de fragilidad neurológica.



10138 USO DE ECUUZUMAB EN PACIENTE PEDIÁTRICO CON SÍNDROME URÉMICO HEMOLÍTICO TÍPICO CON COMPROMISO NEUROLÓGICO. REPORTE DE CASO
 D PORTE(1), M PRIANO(1), V DANIEL(1)
 (1) Hospital "Prof. Dr. Juan P. Garrahan"

Introducción: El síndrome urémico-hemolítico (SUH) se caracteriza por daño renal agudo, anemia hemolítica microangiopática y trombocitopenia.

El compromiso neurológico aumenta la morbimortalidad y si bien no hay un tratamiento específico para el mismo, existen reportes de casos que evalúan la efectividad del eculizumab en estos pacientes. El eculizumab es un anticuerpo monoclonal IgG humanizado recombinante que inhibe la activación del complemento terminal pudiendo actuar en la fisiopatogénesis de la alteración del sistema nervioso central (SNC).

Se describe la experiencia de un paciente con SUH típico (SUHt), que recibe Eculizumab en contexto de compromiso neurológico.

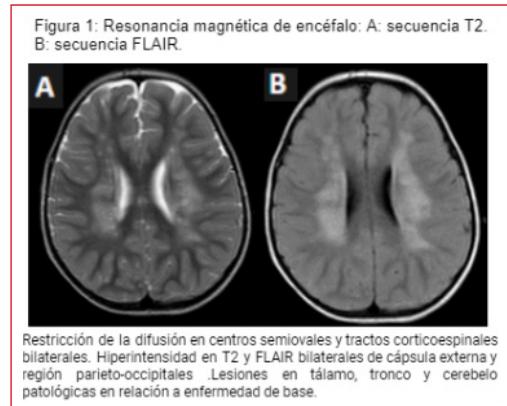
Caso clínico: Paciente de 18 meses, con diarrea sanguinolenta de 5 días de evolución, que consulta por convulsión tónica clónica generalizada. Se descarta causa estructural, metabólica e infecciosa permaneciendo internado. Evolución con insuficiencia renal, anemia hemolítica, plaquetopenia y deterioro del sensorio que requiere de asistencia respiratoria mecánica. Con diagnóstico de SUH se deriva a un centro de mayor complejidad.

Inicia con diálisis peritoneal con filtrado glomerular de 7 ml/min/1.73. Se detecta en materia fecal toxina shiga confirmando el SUHt. Tras suspender analgesación, se evidencia estado comatoso no farmacológico. Se realiza TC y RMN de encéfalo donde se valoran lesiones compatibles con microangiopatía del SNC (figura 1). Por compromiso severo, hipocomplementemia y lesiones activas en SNC, pese a encontrarse en décimo día de enfermedad, se administra eculizumab. Posterior a su indicación, presenta apertura ocular y respiración espontánea que permite la extubación. El paciente evoluciona con hemiparesia izquierda, clonus inagotable, sin sostén cefálico y con poca conexión con el medio.

Discusión: Aunque existen reportes que asocian el uso temprano del eculizumab con mejoría el estado neurológico en niños con SUHt, basándose en que existe una asociación entre la shiga toxina y la activación del complemento, no hay ensayos clínicos randomizados que avalen beneficios y seguridad del mismo.

Conclusión: El eculizumab puede ser una alternativa en niños con compromiso neurológico y SUHt. En nuestro caso, si bien el paciente resuelve el estado comatoso, continua con secuelas motoras y cog-

nitivas graves. Es de destacar, que la administración del biológico podría considerarse tardía, siendo una posible causa de tratamiento ineficaz.



10139 ESTUDIO MULTICÉNTRICO ARGENTINO DE PARO CARDÍACO INTRAHOSPITALARIO: CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS, SUPERVIVENCIA Y OUTCOME NEUROLÓGICO

M VAENA(1), C ORLANDI(2), J SAGARDIA(3), E CUNTO(4), D CAMPS(5), MC CAPUTO(6), M CARDONATTI(7), C DELLE-RA(8), PM DIAZ(3), AT DOTTA(9), P GARCÉS CRUZ(7), AR GIRA(7), K GOITIA CHAVEZ(10), R HERNÁNDEZ(2), DI IVULICH(6), MF LEVERATTO(7), N LISTA(4), M MARINO(11), L MARTINEZ(9), M MIROFSKY(9), PIEZ

(1) Hospital Italiano De Buenos Aires. (2) Hospital Francisco Lopez Lima. (3) Hospital Nacional Profesor Alejandro Posadas. (4) Hospital Francisco Javier Muñiz. (5) Clínica De Las Especialidades. (6) Hospital Alemán. (7) Hospital Austral. (8) Hospital Julio C. Perrando. (9) Hospital Municipal De Agudos Dr. Leónidas Lucero. (10) Hospital General De Agudos Dalmacio Vélez Sarsfield. (11) Hospital Interzonal General De Agudos San José. (12) Hospital De Clínicas José De San Martín. (13) Hospital Domingo Funes

Introducción: El paro cardíaco intrahospitalario (PCIH) constituye un problema para los sistemas de salud, pero la evidencia que guía su manejo es limitada y se basa en paros extrahospitalarios. No existen datos en Argentina sobre características de estos pacientes ni su evolución neurológica tras el evento. Nuestros objetivos fueron: Describir la población que presenta PCIH, su supervivencia y outcome neurológico.

Materiales y métodos: Estudio multicéntrico retrospectivo incluyendo 14 hospitales argentinos. Incluimos todos los primeros eventos de PCIH entre 16/10/2023 hasta 30/04/2024. Evaluamos datos demográficos, fragilidad (Score de Frail), estrategias terapéuticas durante y post paro, y outcome neurológico (Cerebral Performance Category). Se describieron proporciones con número absoluto y respectivos Intervalos de Confianza (IC) del 95%, y variables continuas como mediana o media y desviación estándar o intervalo intercuartílico según distribución.

Resultados: Incluimos 225 PCIH, 59% (CI95% 51, 65%; n=132) pacientes masculinos, grupo etario más frecuente de 60 a 69 años, con 23% (CI95% 17, 28%; n=51). La comorbilidad más frecuente fue enfermedad cardíaca crónica, en 30% (24, 36%, n=68), el 68% (CI95% 62, 74%; n=155) presentaba fragilidad (Score de Frail ≥4), observándose fragilidad en 71% de los que fallecieron y en 35% de los que sobrevivieron (p<0.01) (Tabla 1).

El 76% (CI95% 70, 81% n=171) nunca retornó a circulación espontánea, 5% (CI95% 2, 9% n=12) falleció dentro de las 6 horas posteriores y 11% (CI95% 7, 16%; n=25) durante la hospitalización. Solo 7% (CI95% 4, 11%; n=17) sobrevivió hasta el alta. El 3% (CI95% 1, 6%; n=7) presentó buen estado neurológico al alta, el 1% (CI95% 0.1,

4%; n=3) moderado y otro 1% (IC95% 0.1, 4%; n=3) severo estado neurológico (restante 2% sin datos por derivación a otro centro). **Conclusiones:** Observamos que los pacientes que presentan un PCH son mucho más frágiles que los pacientes con paro cardíaco extra-hospitalario y si bien el 24% pueden ser reanimados, finalmente sólo el 3% egresan del hospital con buen outcome neurológico.

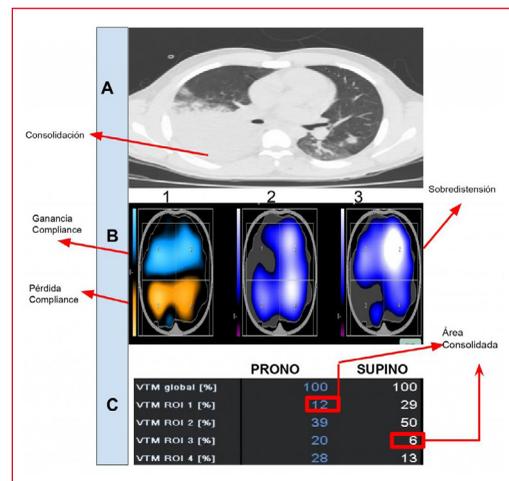
infusión continua y luego posición en decúbito prono (DP). Una vez en dicha posición es monitorizado a través de tomografía por impedancia eléctrica (TIE). El paciente persiste en DP un total de 18 horas y es supinado con una PAFI02 de 222.

La TIE permite valorar la reclutabilidad al borde de la cama, a través de la distribución del volumen pulmonar.

Se presenta la figura N° 1, en la imagen A, se identifica una consolidación basal derecha. En la imagen B, se presentan tres cuadros: en el cuadro 1, se observa (arriba en celeste) la ganancia y pérdida de complacencia (abajo naranja) luego de 18 horas de decúbito prono (DP). En el cuadro 2, correspondiente al DP, en el ROI 3 se detecta un aumento de volumen de hasta un 20% en comparación con el mismo ROI en el cuadro 3, que representa la posición supina, donde desciende hasta el 6%. Este fenómeno observado puede compararse con lo reportado por Gattinoni y cols., denominado "pulmón de esponja", donde las opacidades pulmonares se redistribuyen desde la zona dorsal a la zona ventral

Tabla 1. Características demográficas y clínicas de los pacientes que presentaron un paro cardíaco intrahospitalario reanimado

	Todos (N=228)	Subviviéron (N=17)	Fallecieron (N=208)	p-valor
Grupos etarios, n(%)				0.707
20-29	22 (9.7%)	1 (5.9%)	21 (10.1%)	
30-39	21 (9.3%)	1 (5.9%)	20 (9.6%)	
40-49	31 (13.6%)	2 (11.8%)	29 (13.9%)	
50-59	38 (16.7%)	3 (17.6%)	35 (16.8%)	
60-69	55 (24.1%)	4 (23.5%)	51 (24.5%)	
70-79	35 (15.3%)	2 (11.8%)	33 (15.8%)	
80-89	19 (8.4%)	1 (5.9%)	18 (8.7%)	
90+	6 (2.6%)	0 (0.0%)	6 (2.8%)	
Sexo masculino, n(%)	142 (62.3%)	10 (58.8%)	132 (63.3%)	0.805
Índice de masa corporal, media (IC)	24 (22.0-26.4)	20 (20.3-21.7)	233 (22.0-28.1)	0.035
Comorbilidades, n(%)				
Sin comorbilidades	67 (29.4%)	4 (23.5%)	63 (30.3%)	0.726
Enfermedad cardíaca crónica	68 (29.8%)	6 (35.3%)	62 (30.0%)	0.842
Enfermedad neurológica crónica	36 (15.8%)	3 (17.6%)	33 (15.9%)	0.74
Diabetes mellitus	47 (20.6%)	5 (29.4%)	42 (20.2%)	0.36
Enfermedad oncológica	20 (8.8%)	3 (17.6%)	17 (8.2%)	0.481
Enfermedad pulmonar crónica	49 (21.5%)	1 (5.9%)	48 (23.1%)	0.13
Enfermedad renal crónica	26 (11.4%)	2 (11.8%)	24 (11.5%)	1
Escala de Rankin modificada (mRS) basal del paciente, n(%)				0.015
0 - Sin síntomas	31 (13.6%)	6 (35.3%)	25 (12.0%)	
1 - Sin discapacidad significativa	44 (19.3%)	6 (35.3%)	38 (18.3%)	
2 - Incapacidad leve	20 (8.8%)	3 (17.6%)	17 (8.2%)	
3 - Incapacidad moderada	51 (22.7%)	0 (0.0%)	51 (24.5%)	
4 - Incapacidad moderadamente severa	50 (22.2%)	0 (0.0%)	48 (23.1%)	
5 - Incapacidad severa	9 (4.0%)	0 (0.0%)	9 (4.3%)	
Imposible determinar el mRS basal	1 (0.4%)	0 (0.0%)	1 (0.4%)	
Categoría de rendimiento cerebral (CRC) basal del paciente, n(%)				0.057
1 - Buen rendimiento cerebral (vida normal)	120 (53.3%)	14 (82.4%)	106 (51.0%)	
2 - Discapacidad cerebral moderada (discapacitado pero independiente)	66 (28.9%)	1 (5.9%)	65 (31.2%)	
3 - Discapacidad cerebral grave (consistente pero discapacitado y dependiente)	38 (16.9%)	2 (11.8%)	36 (17.3%)	
Imposible determinar la puntuación CRC basal	1 (0.4%)	0 (0.0%)	1 (0.4%)	
Escala de fragilidad 'Clinical Frailty Scale', n(%)				0.052
Desconocido	2 (0.8%)	1 (5.9%)	1 (0.4%)	
1 - Muy en forma	16 (7.1%)	2 (11.8%)	14 (6.7%)	
2 - Bien	29 (12.8%)	4 (23.5%)	25 (12.0%)	
3 - Se manejan bien	23 (10.2%)	4 (23.5%)	19 (9.2%)	
4 - Vulnerable	46 (20.4%)	4 (23.5%)	42 (20.2%)	
5 - Ligeramente frágil	25 (11.1%)	0 (0.0%)	25 (12.0%)	
6 - Moderadamente frágil	21 (9.3%)	1 (5.9%)	20 (9.6%)	
7 - Severamente frágil	36 (16.0%)	1 (5.9%)	35 (16.8%)	
8 - Muy gravemente frágil	25 (11.1%)	0 (0.0%)	25 (12.0%)	
9 - Terminando enfermo	2 (0.8%)	0 (0.0%)	2 (0.9%)	
Motivo de internación, n(%)				0.011
Medio cardíaco	34 (15.1%)	8 (47.1%)	26 (12.5%)	
Motivo no cardíaco	171 (75.0%)	8 (47.1%)	163 (78.4%)	
Quirúrgico cardíaco	3 (1.3%)	0 (0.0%)	3 (1.4%)	
Quirúrgico no cardíaco	16 (7.1%)	1 (5.9%)	15 (7.2%)	
Desconocido	1 (0.4%)	0 (0.0%)	1 (0.4%)	
Lugar donde ocurre el paro, n(%)				0.014
Servicio de urgencias	18 (8.0%)	3 (17.6%)	15 (7.2%)	
Sala de internación general sin monitoreo	22 (11.1%)	4 (23.5%)	18 (8.8%)	
Sala de internación general con monitoreo	2 (0.8%)	0 (0.0%)	2 (0.9%)	
Unidad de cuidados intensivos	171 (75.0%)	8 (47.1%)	163 (78.4%)	
Sala de diagnóstico por imagen no invasivo	2 (0.8%)	0 (0.0%)	2 (0.9%)	
Sala de procedimientos	3 (1.3%)	2 (11.8%)	1 (0.4%)	
Quirófano	2 (0.8%)	0 (0.0%)	2 (0.9%)	
Otro	2 (0.8%)	0 (0.0%)	2 (0.9%)	
Soporte orgánico requerido previo al paro, n(%)				0.001
Ningún soporte orgánico	50 (22.2%)	10 (58.8%)	40 (19.2%)	
Ventilación mecánica invasiva	142 (62.3%)	0 (0.0%)	138 (66.3%)	0.001
Ventilación no invasiva (BIPAP + CPAP)	6 (2.6%)	0 (0.0%)	6 (2.9%)	1
Cánula nasal de alto flujo (CAF)	16 (7.1%)	1 (5.9%)	15 (7.2%)	1
Hemodiálisis intermitente	11 (4.8%)	0 (0.0%)	11 (5.3%)	1
Tratamiento renal sustitutivo continuo	1 (0.4%)	0 (0.0%)	1 (0.4%)	1
Otro	4 (1.7%)	1 (5.9%)	3 (1.4%)	0.271
Ritmo inicial del paro, n(%)				< 0.001
Actividad eléctrica sin pulso	30 (13.3%)	4 (23.5%)	26 (12.5%)	
Asistolia	145 (64.4%)	3 (17.6%)	142 (68.3%)	
Desconocido	17 (7.5%)	3 (17.6%)	14 (6.7%)	
Fibrilación ventricular	22 (9.7%)	5 (29.4%)	17 (8.2%)	
Taquicardia ventricular sin pulso	11 (4.8%)	2 (11.8%)	9 (4.3%)	
Realización de desfibrilación (en pacientes con PV y V), n(%)	27 (11.8%)	6 (35.3%)	21 (10.1%)	1
Tiempo total de paro en minutos, mediana (DS)	25.9 (16.8)	15.3 (7.3)	27.2 (16.8)	< 0.001
Etiología del paro, n(%)				< 0.001
Cardíaco primario	49 (21.5%)	10 (58.8%)	39 (18.8%)	
Respiratorio primario	38 (16.8%)	2 (11.8%)	36 (17.3%)	
Alteración electrofisiológica grave o desconocida	20 (8.8%)	0 (0.0%)	20 (9.6%)	
Shock	100 (44.4%)	1 (5.9%)	99 (47.6%)	
Otro	4 (1.7%)	0 (0.0%)	4 (1.9%)	
Desconocido	14 (6.2%)	4 (23.5%)	10 (4.8%)	



0140 EVALUACIÓN DE LA RESPUESTA A LA POSICIÓN PRONA A TRAVÉS DE TOMOGRAFÍA POR IMPEDANCIA ELÉCTRICA
 G APPENDINO(1)
 (1) Sanatorio Parque

Paciente de sexo fenotípico masculino, 26 años de edad, sin antecedentes de jerarquía, cursa internación en unidad de cuidados críticos por insuficiencia respiratoria aguda hipoxémica debido a neumonía por estreptococo pneumoniae. Es tratado inicialmente con cánula nasal de alto flujo por presentar índice de ROX de 2,9 puntos a las 3 horas de iniciada la terapéutica es vinculado a asistencia respiratoria mecánica invasiva (ARM). Se presenta imagen de corte transversal de tomografía axial computadorizada denotando consolidación basal derecha. Una vez instaurada la ARM, se evalúa la presión de apertura de la vía aérea y la relación reclutamiento insuflación arrojando esta un resultado negativo, interpretándose como un paciente que no se beneficia del uso de presión positiva al fin de espiración (PEEP) elevada. Por presentar hipoxemia refractaria con una relación presión arterial de oxígeno/ fracción inspirada de oxígeno (PAFI02) de 77, se decide la colocación de bloqueantes neuromusculares en

0143 INTOXICACIÓN GRAVE POR BLOQUEANTES CÁLCICOS
 MD MONTERO(1), AR PETTER(1), CD GIGLIOTTI(1), V GRE-
 CO(1)
 (1) Hospital Nacional Prof. Alejandro Posadas

Los bloqueantes cálcicos son fármacos antihipertensivos, antiarrítmicos y antianginosos ampliamente utilizados en la práctica clínica, de estrecho margen terapéutico, la sobredosis puede llevar a un desenlace fatal. Se presentan dos casos de tentativas suicidas con bloqueantes cálcicos asesoradas desde el Centro Nacional de Intoxicaciones en 2024. Caso 1: mujer de 56 años que ingirió 1200 mg de diltiazem (medicación habitual). Fue encontrada en su domicilio con deterioro del sensorio y llevada al hospital más cercano; el tiempo de latencia era desconocido. Ingresó en coma, hipotensa y bradicárdica. Requiere intubación orotraqueal, asistencia respiratoria mecánica, fluidoterapia, soporte vasopresor y bolo de atropina; sin respuesta. Intercurió con paro cardíaco, respondiendo a maniobras de reanimación. Se instauró tratamiento de hiper-insulinización: carga con insulina corriente a 1 UI/kg, mantenimiento de 0.1 hasta 10 UI/Kg/h, infusión en paralelo de dextrosa para mantener euglucemia y en simultáneo bolos de gluconato de calcio: 60 mg/kg cada 10 a 20 minutos. El hospital no disponía de emulsiones lipídicas ni glucagón. Óbito a la hora del ingreso. Caso 2: mujer 62 años ingirió alprazolam 8 mg, diltiazem 600 mg y 150 g de alcohol etílico. A las 4 horas fue encontrada en su domicilio y trasladada al centro de salud más cercano. Ingresó somnolienta, bradicárdica e hipotensa. Sin cambios clínicos con la fluidoterapia, se administraron drogas vasoactivas (atropina, dopamina y

noradrenalina) con escasa respuesta. Se adicionó tratamiento de hiper-insulinización manteniendo euglucemia, bolos de gluconato de calcio y emulsiones lipídicas a 1,5 ml/kg al 20%. El servicio no contaba con glucagón. Evolucionó favorablemente con suspensión del tratamiento a las 8 horas de su inicio. Continuó con monitoreo cardiovascular continuo durante 24 horas.

La literatura actual avala el uso concomitante y precoz del soporte hemodinámico, hiper-insulinización, gluconato de calcio y glucagón en las intoxicaciones graves por bloqueantes cálcicos; reservándose las emulsiones lipídicas para casos particulares, como la parada cardíaca.

Conclusión: Si bien las intoxicaciones por estos fármacos son poco frecuentes y presentan una elevada morbimortalidad, el diagnóstico temprano así como el tratamiento adecuado son claves para mejorar la sobrevida de los pacientes.

1015 EL ETANOL COMO ANTÍDOTO: REPORTE DE UN CASO GRAVE DE INTOXICACIÓN POR ETILENGLICOL

AR PETTER(1), MD MONTERO(1), CD GIGLIOTTI(1), V GREGO(1)

(1) Hospital Nacional Prof. Alejandro Posadas

El etilenglicol es un solvente hidrosoluble, inodoro y de sabor dulce, utilizado en la síntesis de líquidos para frenos y refrigerantes. Las intoxicaciones de mayor severidad ocurren tras su ingesta intencional. La dosis letal es 1,5 g/kg (100 ml para un adulto 70 kg). Reportamos un caso de evolución fatal por ingesta intencional de etilenglicol.

Paciente de 32 años, sin antecedentes de importancia, que ingresó a un centro de salud de tercer nivel de atención, llevado por sus familiares. Cinco horas previas había ingerido de forma intencional una cantidad desconocida de líquido refrigerante que contenía etilenglicol. Ingresó en coma, hipotenso y anúrico. Requirió intubación orotraqueal, asistencia respiratoria mecánica, fluidoterapia y soporte vasopresor. En el laboratorio se constató pH: 6,7, bicarbonato: 2,4 mmol/l (acidosis metabólica con anión GAP elevado), creatinina: 2,8 mg/dl e hipocalcemia 6,4 mg/dl. Presencia de cristales de oxalato de calcio en orina. Por anamnesis indirecta, cuadro clínico y laboratorio se inició etilterapia por vía enteral al 20%, dosis de carga a 4 ml/kg y dosis mantenimiento a 1,3 a 1,8 ml/kg/h. Se complementó el tratamiento con hemodiálisis intermitente. Evolucionó favorablemente con resolución del cuadro de intoxicación a los 8 días.

El tratamiento con etanol se indica ante la sospecha de ingesta de etilenglicol en un paciente con laboratorio con pH arterial menor a 7,3, concentración de bicarbonato menor a 20 mmol/l y/o presencia de cristales de oxalato de calcio en orina, para evitar la formación de los metabolitos tóxicos responsables del cuadro clínico.

Conclusión: El diagnóstico temprano y el inicio inmediato de la etilterapia condicionan la evolución clínica de esta intoxicación. Debe recordarse que el etilenglicol tiene una baja dosis letal y su ingesta, una alta tasa de morbimortalidad.

1017 REPORTE DE CASO - SÍNDROME DE GOODPASTURE, UNA ENFERMEDAD POCO FRECUENTE EN LA TERAPIA INTENSIVA

MV ZÚCCARO(1), C DE LUCA(1), MA CINZER(1), GS GENOVESE(1), A ANTIK(1), PD CORONADO LUJÁN(1)

(1) Durand

Introducción: El síndrome de Goodpasture (SGP) es una enfermedad autoinmune, poco frecuente, que combina glomerulonefritis, hemorragia alveolar y anticuerpos antimembrana basal glomerular (AMBG). Estos están dirigidos contra el colágeno tipo IV de la membrana basal de capilares renales y pulmonares. Presenta 2 picos: tercera década con predominio en varones y sexta década afectando ambos sexos. La supervivencia se relaciona con el grado de daño

renal al momento de la presentación. Si se instaura el tratamiento antes de la insuficiencia respiratoria o renal, el pronóstico es bueno. Presentamos este reporte de caso con el objeto de alertar al intensivista, ya que el diagnóstico y tratamiento precoz modifican su evolución.

Presentación del caso: Mujer de 61 años, obesa, hipotiroides. Ingreso por astenia y adinamia de tres semanas de evolución asociado a disnea, hemoptisis, anemia (Hb 6.8) e insuficiencia renal aguda (creatinina 13.86) que requirió ARM y hemodiálisis. Cultivos negativos al ingreso. TAC de tórax: consolidaciones bilaterales difusas. Ecografía: riñones de tamaño normal, ecogenicidad aumentada y pérdida de diferenciación corticomedular. BAL: hallazgos inespecíficos. Por síndrome pulmón-riñón recibe metilprednisolona 1 mg/kg/día por 3 días, luego prednisona 1 mg/kg/día. Laboratorio inmunológico: Anticuerpos AMBG > 150 UI. Otros parámetros negativos. Evolución clínica favorable tras una internación prolongada (66 días). Presentó interurrencias infecciosas, weaning dificultoso, alta a piso decanulada y en diálisis.

Discusión: Presentamos un caso de SGP grave con insuficiencia renal dialítica de ingreso que condiciona su pronóstico. No se encontraron factores predisponentes. El diagnóstico se sospechó ante síndrome pulmón-riñón y se confirmó por la detección de anticuerpos AMBG. El tratamiento recomendado es plasmaféresis, metilprednisolona y ciclofosfamida. Sin embargo, en pacientes con mal pronóstico (creatinina > 5.7, diálisis al ingreso, biopsia renal >90% semilunas) la elección debe ser individualizada por el riesgo de inmunosupresión. En nuestro caso se trató con corticoides y, aunque permanece en diálisis, tuvo una buena recuperación.

Conclusión: Considerar SGP en pacientes con glomerulonefritis y/o hemorragia alveolar. Como la mayoría muestra algún grado de insuficiencia renal resulta decisivo no retrasar el tratamiento, no obstante, el tratamiento combinado parece ser en vano para los que se presentan con necesidad de diálisis.

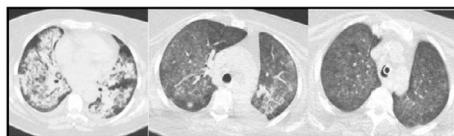


Imagen 1: TC tórax ingreso: parénquima pulmonar muestra consolidaciones con broncograma bilaterales, simétricas y difusas con preservación subpleural. Imagen 2: TC tórax a los 7 días. Imagen 3: TC tórax a los 10 días.

1018 ENCEFALITIS POR DENGUE VS SÍNDROME DE ENCEFALOPATÍA POSTERIOR REVERSIBLE EN PACIENTE CON ECLAMPSIA. REPORTE DE CASO

CS BLANCO CARRERO(1), B COCOMELLO(1), J BATET(1), H GOUVEA FRANCO(1), A CULQUICONDR(1), L FRANCONIERI(1)

(1) Dr. Diego E. Thompson

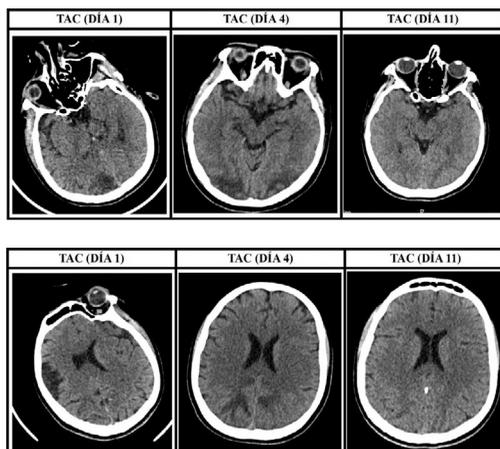
Introducción: La Encefalitis por Dengue es la manifestación neurológica más frecuente asociada a este virus; su clínica similar al Síndrome de Encefalopatía Posterior Reversible (PRES) sugiere plantear ambos diagnósticos diferenciales en pacientes con Eclampsia y síndrome febril, siendo el objetivo del caso propuesto.

Presentación del caso: Paciente cursando embarazo de 36 semanas, acude a guardia por fiebre de 4 días de evolución asociado a leucopenia (4800/L), trombocitopenia (28000/L), hepatograma normal y LDH aumentada (991 UI/L). Durante internación intercorre con cefalea, epigastralgia, hipertensión arterial y proteinuria (585 mg/24h). Se inició labetalol y sulfato de magnesio endovenoso, se realizó cesárea e ingresa a UTI en el postoperatorio inmediato sin déficit neurológico e hipertensa. Posterior a mantenimiento de sulfato de magnesio presentó 2 episodios de convulsión tónico-clónica generalizada, controlados con antimicrobiales. Evoluciona

con síndrome confusional, bradipsiquia, bradilalia. Se realiza TAC cerebral: imagen hipodensa occipital y parietal corticosubcortical derecha. TAC control (4 días después) hipodensidad bilateral occipital. Eco doppler de vasos de cuello, ecocardiograma y evaluación oftalmológica sin alteraciones. Punción lumbar: fisicoquímico no patológico, dengue negativo (NS1, IgM y Rt-PCR en LCR). Paciente evoluciona favorablemente, 3° TAC (11 días después de ingreso a UTI) sin imágenes hipodensas. Alta clínica con antihipertensivos y control por neurología.

Discusión: Posterior a episodios convulsivos la paciente presentó trastornos de conducta y clínica de ingreso sugestiva de encefalitis por dengue, descartado por Rt-PCR en LCR. Los hallazgos en 1° TAC cerebral conllevaron a formular otros diagnósticos como PRES y ACV, realizando ecocardiograma y eco doppler de vasos de cuello (sin alteraciones). El diagnóstico de PRES se reafirmó con la evolución de la enfermedad y hallazgos tomográficos, encontrados en el 98% de los casos, con reversión total de los mismos y mejoría clínica a los 11 días, en el contexto de paciente con Eclampsia.

Conclusión: Ante este cuadro clínico, es indispensable realizar estudios de imágenes, siendo el Gold Standard la RMN cerebral, que por falta de accesibilidad no se logró obtener. Los estudios complementarios efectuados junto con la clínica permitieron llegar a un diagnóstico certero pese a las limitaciones de recursos actuales, logrando así una adecuada terapéutica.



0149 MÁS ALLÁ DE LA DEBILIDAD: EXPLORANDO LOS BENEFICIOS DE LA CREATINA Y EL ENTRENAMIENTO MUSCULAR EN LA RECUPERACIÓN DE PACIENTES CON DEBILIDAD ADQUIRIDA EN LA UCI: UNA SERIE DE CASOS

N QUESTA(1), LN SANABRIA(1), EE LARGENTE(1), F CEOLIN(1), M PETRE(1), MS CAHAIS(1), PB PAEZ(1), E MONTIEL(1), SE GALASSO(1)

(1) Htal Del Bicentenario de Esteban Echeverría

Introducción: La debilidad adquirida en UCI (DAUCI) es una de las complicaciones más frecuentes relacionadas a las enfermedades críticas y está asociada a una alta tasa de morbilidad y mortalidad. La creatina es eficaz para aumentar la masa muscular y la fuerza. El objetivo es evaluar la influencia de la suplementación con creatina en conjunto a un protocolo de fortalecimiento muscular en pacientes con DAUCI (MRC<48).

Presentación del caso: Se describen 2 casos de pacientes con DAUCI (Tabla 1). Ambos tuvieron internaciones prolongadas, intercurrentes infectológicas, requerimiento de AVm, vasoactivos e intervenciones quirúrgicas. La valoración de la fuerza muscular en UCI arrojó un puntaje de 40 y 46 puntos en cada caso. Recibieron seguimiento médico y kinésico, dieta normocalórica y creatina suplementada. Se realizó seguimiento de la función renal de los pacientes. Los kinesiólogos aplicaron el Protocolo de fortalecimiento muscular ins-

titucional a diario y realizaron las evaluaciones. Ambos pacientes evolucionaron favorablemente logrando la fuerza muscular máxima en 13 y 7 días respectivamente.

Discusión: Los pacientes se vieron beneficiados por la creatina y el protocolo de fortalecimiento. También en un subanálisis se observa como el MRC del grupo que recibió creatina obtiene un delta de cambio mayor y más rápido que el grupo histórico (Tabla 2 y 3). No hay evidencia disponible sobre pacientes con DAUCI que realicen un protocolo de fortalecimiento y estén suplementados con creatina.

Conclusión: Estos hallazgos sugieren que la combinación de creatina suplementada con el protocolo de fortalecimiento muscular puede ser un tratamiento prometedor para pacientes con DAUCI.

Caso N	MRC INICIAL	Mean	MRC al 5to día	Mean	MRC alta	Media (SD)
1	40	44	56	56,5	60	60
2	48	44	57	56,5	60	60
1 y 2	44	44	56,5	56,5	60	60

Tabla 1

	MRC INICIAL (Mean)	MRC al 5to día (Mean)	MRC alta (Mean)
Revisión Histórica	42 (+6)	46 (+2)	52 (+12)
P-value entre serie de casos vs R.H	0,89	0,023	0,012

Tabla 2

Grupo	Edad (Mean)	SEXO Masculino (%)	APACHE (Mean)	Días hasta alta (Mean)	Intercurrencias(%)	FAC alta (Mean)
Serie de casos	55,5	50%	28 % (+4)	10	0%	3
Revisión Histórica	59 (+8)	42%	30% (+6)	28 (+4)	25%	2 (+1)
P-value	0,98	0,88	0,038	0,038	0,038	0,038

Tabla 3

0150 DENGUE ¿ES TIEMPO DE RESIGNIFICAR EL NUEVO BROTE EPIDÉMICO? REPORTE DE CASOS

S RODRIGUEZ CALIX(1), F VALLARIN(1), M PATTINI(1), I TESTONI(1), G TOCALLI(1), C SUAREZ(1), L ORSARIA(1), A ANZIANO(1)

(1) Clemente Álvarez

Introducción: La incidencia mundial del DENGUE ha aumentado últimamente según la OMS. Existen serotipos de virus estrechamente relacionados pero antigénicamente diferentes: TIPOS 1 al 4. Recientemente se han observado mayor cantidad de manifestaciones neurológicas (incidencia 0,5 a 6,2%). Las diversas manifestaciones neurológicas reportadas incluyen encefalitis, mielitis, síndrome de Guillain-Barré (SGB); así como miositis. Estas manifestaciones se asocian principalmente con infecciones por DENGUE TIPO 2 y DENGUE TIPO 3.

En la siguiente tabla se muestran las características de 5 pacientes atendidos en nuestro efector.

Métodos diagnóstico: LCR: normal. TC de cráneo: normal, excepto un paciente con edema citotóxico en territorio de ACM izquierda con efecto de masa. RMI con gadolinio: en un paciente se realizó evidenciando extensa alteración de la intensidad del área silviana izquierda, visible en la secuencia de difusión, sin observación de la misma en FLAIR con caída en arcada del coeficiente ADC.

Tratamiento: Además del tratamiento en relación a las necesidades y complicaciones de UTI.

Evolución: 3 pacientes requirieron ARM, 4 fueron dados de alta, 2 con secuelas relacionadas a SGB dolor urente con recuperación de motilidad. Un paciente evolucionó a muerte encefálica siendo donante.

Conclusión: La situación con el DENGUE ha cambiado drásticamente en los últimos años, pasando de ser una infección de curso epidé-

mico a instalarse en nuestra región como una epidemia con brotes epidémicos. Los avances en los métodos de inmunodiagnóstico, junto con la disponibilidad de herramientas de diagnóstico molecular, han facilitado en cierta medida esta difícil tarea. La cuestión del diagnóstico se vuelve más compleja cuando las enfermedades febriles agudas se asocian con características neurológicas. En pacientes febriles con alteración sensorial y serología positiva para DENGUE, la diferenciación entre encefalopatía asociada al DENGUE y encefalitis por DENGUE puede ser todo un desafío. Su diagnóstico radica principalmente en la sospecha clínica asociando datos epidemiológicos y clínicos.

Paciente	Antecedentes	Cuadro clínico	Diagnóstico	Tratamiento
Varón 64 años	Tabaquista. Ex etilista. TBC pulmonar.	Status epileptico.	PCR en suero: Dengue tipo II	
Mujer 23 años	Sin antecedentes	Status epileptico	PCR en suero: Dengue tipo I	
Varón 39 años	Uso de cocaína. Enf. de Chagas.	Disartria, foco motor derecho, convulsiones 10ds antes migrañas y síndrome febril.	Anticuerpos (ELFA): Ig.M reactivo	
Mujer 41 años	Sobrepeso, DBT, HTA, tabaquismo, usuaria de cocaína y marihuana.	Paresia MMII, disestesias, hiporreflexia. 15 días antes síndrome febril, migraña, cefalea.	Anticuerpos para Dengue: Ig.M reactivo	Inmunoglobulina IV.
Mujer 53 años	HTA, DBT tipo II-III, hipotiroidismo.	Paraparesia y parestesias MMII, falta de sostén cefálico. 20 días previos fiebre, astenia, migrañas.	Anticuerpos para Dengue: Ig.M reactivo	Plasmaféresis

0151 LA DIFERENCIA VENOSA CENTRAL - ARTERIAL DE DIÓXIDO DE CARBONO EN EL SHOCK

H CONDE(1), ME BRANDILISIO(1), F DAVIDOW(1), MV DI SANTO(1), L ORSARIA(1), B PALOU(1), M PONS(1), S LUJAN(1), G PETRONI(1)
 (1) Clemente Alvarez

Introducción: Está descrita una relación inversa entre Diferencia Venosa Central - Arterial de pCO₂ (Dvc-aCO₂) aumentada y gasto cardíaco inadecuado a la demanda tisular más falla multiorgánica (FMO). Se considera normal un valor de Dvc-aCO₂ menor a 6 mmhg. **Objetivos:** Analizar en un grupo de pacientes en shock o en riesgo de desarrollarlo, la relación entre Dvc-aCO₂ y desarrollo de FMO.

Material y Métodos: Estudio de investigación clínica, observacional, analítico y prospectivo. En 88 pacientes internados en la UTI del HECA entre 2015 y 2018 se midió:

- 1) DvaCO₂, otros parámetros hemodinámicos y escore "SOFA" al ingreso.
- 2) Dvc-aCO₂ y otros parámetros hemodinámicos post tratamiento inicial (luego de 6 a 12 horas).
- 3) SOFA al tercer día.

Al ingreso se definieron dos cohortes: DvaCO₂ < 6 mmhg y DvaCO₂ ≥ 6 mmhg.

Post tratamiento inicial se definieron cuatro nuevas sub-cohortes: Dvc-aCO₂ < 6 mmhg (persistente) y Dvc-aCO₂ aumentada para la primera cohorte, y Dvc-aCO₂ < 6 mmhg y Dvc-aCO₂ ≥ 6 mmhg (persistente) para la segunda cohorte.

Al tercer día se midió el SOFA en todas las cohortes (Tabla 1). Tanto las dos primeras cohortes como las cuatro sucedáneas fueron homogéneas en edad, sexo y diagnóstico inicial, siendo Trauma el principal y en el tipo de reanimación recibida.

Resultados: En la cohorte inicial con Dvc-aCO₂ ≥ 6 mmhg la mediana del SOFA a las 72 horas fue significativamente diferente entre las dos cohortes del control posterior: Los pacientes que persistieron con Dvc-aCO₂ aumentada tuvieron mayores valoraciones SOFA que los que la disminuyeron (Tabla 2).

Agradecimiento: A Daniela Dianda. Doctora en Estadística, Escuela de Estadística, Facultad de Ciencias Económicas y Estadística. Universidad Nacional de Rosario.

Tabla 1:

INGRESO (n = 88)	Dvc-aCO ₂ < 6 (n=21)		Dvc-aCO ₂ ≥ 6 (n=67)		
	SOFA: Mna (IQR) = 8 (4,10)		SOFA: Mna (IQR) = 7 (4,10)		
REANIMACIÓN					
CONTROL 6 - 12 HORAS (n=63)	n = 16			n = 47	
	Dvc-aCO ₂ < 6 (n=10)	Dvc-aCO ₂ ≥ 6 (n=6)	Dvc-aCO ₂ < 6 (n=16)	Dvc-aCO ₂ ≥ 6 (n=31)	
CONTROL AL 3º DÍA (n=63)	SOFA	SOFA	SOFA	SOFA	

Tabla 2:

Ingreso	Dvc-aCO ₂ ≥ 6 (n = 47)				p-valor
Control 6 - 12 hs	Dvc-aCO ₂ < 6 (n = 16)		Dvc-aCO ₂ ≥ 6 (n = 31)		
Score SOFA 72Mna (IQR)	3.50	(2.25; 5.75)	7.00	(4.00; 10.00)	0.009

0152 SEPSIS SECUNDARIA ABSCESO HEPATICO POR STREPTOCOCCO ANGINOSUS

MN GÖLDY(1), A BIANCHI(1), CJ GARLISI(1), NM ORTIZ(1), P ÁVILA(1), G IZAGUIRRE(1), L TALAMONTI(1), G ELIAS(1)
 (1) Hospital Provincial de Rosario

Introducción: Los abscesos hepáticos, amebianos o piógenos, continúan siendo causa de importante morbimortalidad (hasta el 12%). Afectan a hombres de entre 20 y 40 años y al lóbulo derecho debido al mayor flujo sanguíneo.

Presentación de caso: Varón de 20 años, trabajador informal, con cuadro de fiebre, vómitos, diarrea y dolor en hipocondrio derecho; en tomografía de abdomen presenta múltiples imágenes coalescentes en lóbulo hepático derecho compatibles con absceso; se coloca drenaje percutáneo, con débito purulento, se toma cultivo e inicia tratamiento empírico.

Evoluciona febril persistente, taquicárdico y taquipneico, ingresa a unidad de terapia intensiva y se vincula a asistencia mecánica ventilatoria. Líquido pleural positivo a streptococo anginosus multisenible.

Al 5º día de internación, presenta nuevo embate séptico, derrame pleural moderado derecho, se coloca tubo de avenamiento pleural, con cultivo positivo a igual germen, por lo que se interpreta como diseminación por contigüidad. El control tomográfico posterior presenta disminución volumétrica y mejoría del derrame pleural.

Discusión: El streptococo anginosus, es comensal habitual de la orofaringe, tracto urogenital y de la microbiota gastrointestinal. No constituyen la primera causa de absceso hepático, por lo que se descartaron también parasitosis (amebiasis, hidatidosis), enfermedad granulomatosa diseminada, procesos neoplásicos, e inmunodeficiencias adquiridas.

Cuando producen abscesos, son frecuentemente por diseminación piógena desde la cavidad oral, pero en nuestro paciente no se encontró sitio primario de infección.

Respecto al tratamiento, son sensibles a penicilinas, por lo que se redirigió la antibioticoterapia que completo por 28 días, junto al drenaje percutáneo del mismo.

Conclusión: Como patógeno emergente, es importante considerarlo como agente causal, buscar fuente de infección y tratar combinatoriamente con antibióticos y drenaje percutáneo, en caso que no responda se sugiere cirugía.



1. IMÁGENES OVALES COALESCENTES DE DENSIDAD LÍQUIDA, CON REALCE PERIFÉRICO, CON SEPTOS Y BORDES PARCIALMENTE DEFINIDOS COMPATIBLES CON ABSCESO.



2. DISMINUCIÓN VOLUMÉTRICA DE COLECCIÓN ABSCEDADA, MULTISEPTADA EN LOBULO DERECHO, CON CATETER PIG TAIL EN SU INTERIOR ASOCIADO A LÍQUIDO LIBRE PERIHEPÁTICO

0154 FORMA DE PRESENTACIÓN GRAVE DE FHA: ENCEFALITIS EN PACIENTE ADULTO

C GARLISI(1), G ELIAS(2), L TALAMONTI(2), G IZAGUIRRE(2), S SANCHEZ(2), N ORTIZ(2), MN GOLDY(2), A BIANCHI(2)
(1) Htal Provincial de Rosario. (2) Provincial de Rosario

Introducción: La fiebre hemorrágica argentina es una zoonosis endémica limitada a las zonas del sector centro oeste de la Argentina, producida por el virus Junín y transmitido por el Calomys musculinus. La población de riesgo es la que habita y trabaja en las zonas rurales, predomina en hombres, con alta incidencia en otoño e invierno.

Presentación del caso: Paciente de 18 años con carnet de vacunación incompleto ingresa por cuadro de 12 días de evolución de síndrome febril inespecífico que agrega convulsiones tónico-clónicas generalizadas y en post ictal presenta excitación psicomotriz, se vincula a asistencia mecánica ventilatoria y se realiza tac de cráneo sin particularidades. Al laboratorio de ingreso se evidencia bicitopenia, kptt prolongado e hipertransaminasemia, por lo cual se ingresa ficha para síndrome febril.

Muestra de líquido cefalorraquídeo cristal de roca, 5 elementos, glucosa normal, hiperproteinorraquia, directo y cultivo negativos.

PCR virales no detectables. Se obtiene en orina la detección de cuerpos de Milani.

Por presentar buena evolución clínica continua en seguimiento por servicio de neurología, se realiza RMI SNC que informa lesión focal puntiforme aislada en sustancia blanca frontal derecha hiperintensa en T2 y electroencefalograma normal. Una vez externado se obtiene serología para fha + confirmada por 2da muestra.

Discusión: La mayoría de las zoonosis tienen en su inicio un cuadro prodromico similar lo cual no nos permite descartar diagnósticos diferenciales inicialmente, el diagnóstico de certeza clíniconeurológico y laboratorio: células redondas en el sedimento urinario, leucocitopenia y trombocitopenia las cuales fueron positivas en nuestro paciente, aun así no se logró instaurar el tratamiento específico con plasma de convaleciente debido a que debe iniciarse dentro de los primeros 8 días de la enfermedad con el fin de evitar la progresión a formas clínicas graves.

Conclusión: La severidad de la infección presenta una amplia variación que van desde leves a graves con un porcentaje de mortalidad superior al 30% y con secuelas posteriores. Es importante estar alerta ante la presentación de un síndrome febril inespecífico y pensar en diagnósticos diferenciales de enfermedades endémicas y evitar las consecuencias de un diagnóstico tardío.

Además de la necesidad de continuar realizando campañas de vacunación para prevención de la misma.

0156 ENCEFALITIS AUTOINMUNE SUBAGUDA CON DEBUT PSIQUIÁTRICO, ROL DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

M LAZARO(1)
(1) Sanatorio Güemes

Introducción: La encefalitis límbica por anticuerpos NMDA se define como un desorden autoinmune severo del sistema nervioso central que genera una encefalopatía rápidamente progresiva. Es una enfermedad con potenciales complicaciones y un amplio diagnóstico diferencial que a menudo se presenta con clínica psiquiátrica y neurológica. Las pruebas diagnósticas e imagenológicas son inespecíficas, lo cual retarda la terapia inmunosupresora. El ingreso a UCI de estos pacientes se debe por alteraciones severas del sensorio, necesidad de protección de la vía aérea y status epiléptico.

Presentación del caso: Varón 24 años, con antecedente de trastorno de ánimo en seguimiento por psicología/psiquiatría desde hacía 3 años, comienza con cuadro clínico de 3 meses caracterizado por alteración del comportamiento dado por aislamiento social, enlentecimiento psicomotriz, pérdida de autocuidado, conductas agresivas y desorganizadas. Agregando en los últimos 15 días negativismo a la ingesta, inhibición psicomotriz, desconexión con el medio, con episodios de agitación e relajación de esfínteres, babeo continuo, postura manierista. Ingres a UTI por síndrome de funciones mentales superiores con crisis focales vs descompensación psicótica. Evoluciona con mutismo, sin respuestas a drogas antiepilépticas. Se realizó resonancia de cerebro normal, electroencefalograma normal, punción lumbar normal, analítica sanguínea normal, serologías negativas, Anticuerpos NMDA positivos en suero. Recibió 5 pulsos de corticoides y 5 sesiones de plasmáferesis sin mejoría respondiendo posteriormente a 2000 mg de rituximab.

Discusión: Los trastornos psiquiátricos pueden acompañar a los síntomas neurológicos de la encefalitis autoinmune. La edad joven del paciente y sus antecedentes de trastorno del ánimo complejizaron el diagnóstico. La sospecha y el análisis de anticuerpos en suero con un primer episodio psicótico agudo-subagudo puede contribuir a un diagnóstico precoz. Los pacientes deben estar vigilados y monitorizados tanto por el compromiso del sensorio, que muchas veces es fluctuante, como por la inestabilidad autonómica concurrente.

Conclusión: El sostén en terapia intensiva mientras recibía el tratamiento específico fue clave para evitar su discapacidad permanente y/o la muerte.

0157 INCIDENCIA DE DELIRIUM EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES

M RICCIADDELLI(1), MD SANCHEZ(1), P EULMESEKIAN(1), A CANEPARI(1), M MASSARA(1), ML WAMBA(1), R VERBURG(1), MX IGLESIAS(1)
 (1) Hiba

Objetivo: Actualmente desconocemos la incidencia de delirium en la población infantil que requiere asistencia ventilatoria mecánica invasiva en la Unidad de cuidados intensivos pediátricos. Es por ello que se realizó un estudio con el objetivo de conocer la magnitud del problema e identificar factores asociados. El objetivo principal del estudio es evaluar la incidencia de delirium en aquellos pacientes con requerimientos de ventilación mecánica invasiva por más de 48 horas utilizando como herramientas de medición el Pediatric Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit (pCAM-ICU), para niños mayores de 5 años, y el Preschool Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit (psCAM-ICU), para niños de 6 meses a 5 años de edad. Así mismo se evaluará la asociación entre los factores de riesgo y presentar el evento de delirium. Diseño: cohorte prospectivo observacional.

Ámbito: UCIP del Hospital Italiano de Buenos Aires.

Sujetos: Ingresaron consecutivamente al estudio aquellos paciente mayores de 6 meses a 18 años de edad, con requerimientos de ventilación mecánica invasiva por más de 48 horas y alcanzaron la extubación orotraqueal. Se excluyeron aquellos pacientes con deficiencias auditivas/visuales, trastornos del neurodesarrollo según clasifica el DSM-IV, quienes no hablen lengua española y aquellos pacientes que no logren la desvinculación de la VMI en la unidad.

Intervención: Observar la presencia de delirium a través de la evaluación con el pCAM-ICUy el psCAM-ICU.

Resultados: Ingresaron al estudio 65 sujetos, el 61% fueron varones (IC 95% 49-74), la mediana de edad fue de 48 meses con un (RIQ 15-103), la mediana de peso fue de 17 Kg. con un (RIQ 11-28). La mediana de días de VMI fue de 6 (RIQ 4-9). Se registraron 30 eventos de delirium, presentaron una mediana de uso de benzodiacepinas de 4 días (RIQ 2-7) y recibieron opioides con una mediana de días de 4.5 (RIQ 2-6.5).

Conclusión: La incidencia de delirium observada es similar a la informada por los estudios actuales. Dentro de los factores de riesgo evaluados los días de ventilación mecánica y los días de uso de benzodiacepinas aparecen como factores independientes para el desarrollo del mismo.

Tabla 1. Variables demográficas

	Total	Delirium +	Delirium -	p valor (Delirium + / -)
n	65	30	35	
Género: Masculino	61% (49-74)	56% (38-75)	66% (49-82)	0,458
Edad meses	48 (15-103)	27 (12-64)	55 (23-107)	0,015
Peso kg	17 (11-28)	12,5 (10-22)	18 (11-30)	0,018
Diagnóstico				
Respiratorio	5	4	1	
Cardiovascular	20	6	14	
Neurológico	3	1	2	
Otros	37	19	18	
PIHf	2,4 (1,2-7)	1,8 (1,4-7)	3 (1,3-10,5)	0,600
Días VMI	6 (4-9)	7 (5-10)	5 (4-6)	0,034
Días uso Fentanilo	4 (2-5)	4,5 (2-6,5)	3 (2-5)	0,472
Días uso Midazolam	3 (1-4)	4 (2-7)	2 (0-3)	0,002
Disfunción cardiovascular ¹	68% (56-79)	70% (52-87)	66% (49-82)	0,714
Falla renal aguda ²	11% (3-18)	10% (1-21)	11% (3-22)	0,854

¹ Variables cuantitativas expresadas en Mediana y RIQ. Variable cualitativa frecuencia IC95%. ² Disfunción cardiovascular [24]
³ Falla renal aguda [25] ⁴ Pediatric Index Mortality [23] ⁵ Wilcoxon rank-sum test.

Tabla 3. Regresión logística - Eventos de Delirium

	OR	IC95%	p valor
Género	0.36	0.09-1.46	0.15
Edad (meses)	0.99	0.97-1.00	0.06
Peso (Kg)	0.95	0.94-1.02	0.43
Días VMI	0.95	0.77-1.25	0.88
Días Midazolam	2.14	1.39-3.30	0.001

0158 PÚRPURA FULMINANTE COMO PRESENTACIÓN DE ENDOCARDITIS INFECCIOSA DE DISPOSITIVO: REPORTE DE UN CASO

P DIAZ(1), MM ZAIEG(1), JE LEIVA, L RAMPOLDI, SA LAVAYEN, SDV MARTINETTI
 (1) Hospital Cordoba

Introducción: Púrpura fulminante, síndrome caracterizado por: lesiones cutáneas purpúricas; fiebre; hipotensión y coagulación intravascular diseminada. Asociada a la enfermedad meningocócica, puede estar dada por staphylococcus aureus, la incidencia sigue siendo baja. Se presenta caso de púrpura fulminante secundario a endocarditis infecciosa por staphylococcus aureus secundario a infección asociada a catéter.

Presentación del caso: Paciente con antecedente de miocardiopatía dilatada con FEY 28%, CDI consulta por guardia por rash y astenia, en contexto de paciente que había cursado hace 72hs internación por taquicardia ventricular con cardiodesfibrilación y dengue. Complejizado con catéter central. Al ingreso: tensión arterial 100/60, frecuencia cardiaca 90, SATO2 98%, sin fiebre. Examen físico r1r2 hipofonéticos, soplo sistólico multifocal e ingurgitación yugular. Zona de inserción de vía central flogosis. En piel: rash que no desaparecía a la vitropresión, localizado en brazo y hemitórax, con el paso de las horas presentó extensión abrupta, miembros inferiores y tórax (fig 1.) (fig 2.). Laboratorio: glóbulos blancos 19360 mm³ hb 9.3 g/dL plaquetas 14000 mm³ uremia 108 mg/dL creatinina 1.80 mg/dL app 55'' kptt 40'' láctico 4.18 mmol/L, productos de degradación de fibrina mayor 160 (VN menor de 5), se tomaron cultivos e inició antibióticos. Sospecha de endocarditis infecciosa, fondo de ojo: manchas de Roth y ecocardiograma: imagen de gran tamaño móvil ubicada en el lado auricular de cable y que prolapsa a cavidad ventricular. Se concluye: púrpura fulminante secundario a endocarditis infecciosa por bacteriemia de staphylococcus aureus a punto de partida de infección asociada a catéter. Hematología indica transfusión de plaquetas y plasma. Con el paso de los días comenzo a presentar flictenas y coloración violácea en los lobulos de las orejas. Cirugía cardiovascular: extracción de cables con vegetaciones infecciosas, evoluciona con shock septico/cardiogenico. Paciente fallece.

Discusión: El diagnóstico de púrpura fulminante, en particular en el paciente crítico, plantea dificultades; puede ser confundida con otras entidades sistémicas. Diagnósticos diferenciales: complicación dengue, meningocemia y endocarditis. El paciente no presentó fiebre pero tenía lesiones purpúricas, hipotensión con rmlirlnona, acidosis láctica y coagulación intravascular diseminada por lo cual llegamos al diagnóstico. No se realizó punción lumbar. Las enfermedades por S. aureus no son de declaración obligatoria, no conocemos la tasa precisa de aparición de púrpura fulminante. La fisiopatología es por elaboración de exotoxinas.

Conclusión: La púrpura fulminante debida a S. aureus puede ser una entidad clínica emergente, es importante detectarla, entender la fisiopatología para así darle un tratamiento adecuado.



Presentación del caso: Mujer, 16 años, sin antecedentes personales de jerarquía, ingresa a Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) por ingesta medicamentosa con 300 mg de amlodipina en contexto de intento autolítico. Se realiza monitoreo hemodinámico con POCUS, evidenciándose líneas B pulmonares, vena cava inferior dilatada, función miocárdica conservada y pruebas dinámicas de respuesta a fluidos negativas, interpretándose el cuadro como shock vasopléjico y edema agudo de pulmón no cardiogénico. Se decide colocar catéter de Swan Ganz para monitorización estricta de parámetros hemodinámicos, fluidoterapia y tratamiento vasopresor (vasopresina y azul de metileno). Complica con insuficiencia renal aguda oligoanúrica con requerimiento de hemodiálisis. Intercurre con episodio de hemorragia alveolar con requerimiento transfusional asociado a distrés respiratorio severo y decúbito prono durante 48 horas. Posteriormente a 38 días en UCI, se externa con resolución de sus fallas orgánicas.

Discusión: Los ACC dihidropiridínicos presentan un clearance bajo, otorgando la ventaja de ser utilizados en una dosis diaria. Sin embargo, esta propiedad lo transforma en un fármaco sumamente deletéreo en el contexto de una intoxicación medicamentosa, potenciando sus propiedades farmacológicas con el riesgo de desarrollar bradicardia refractaria profunda, hipotensión, lesión renal aguda, shock vasopléjico y edema pulmonar cardiogénico o no cardiogénico.

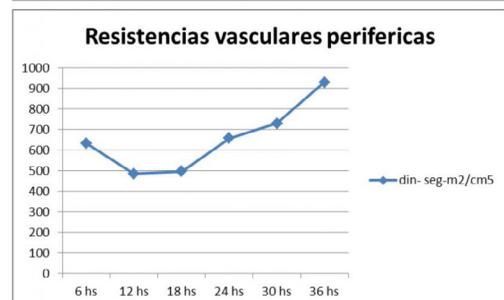
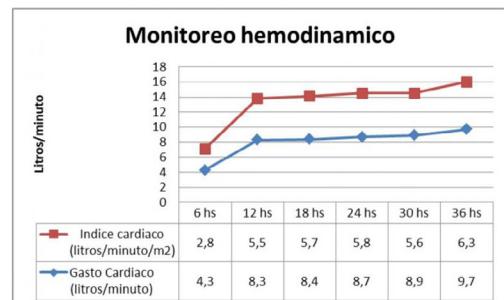
Conclusión: La intoxicación por amlodipina presenta una alta mortalidad debido a la gran repercusión hemodinámica que conlleva, por lo cual la sospecha de ingesta en dosis supraterapéuticas, el manejo hemodinámico estricto y el soporte orgánico son pilares fundamentales para su tratamiento y disminución de la morbi-mortalidad.



0160 SHOCK VASOPLÉJICO POR INTOXICACIÓN CON AMLODIPINA

L LOPEZ MACCAN(1), B LUCIANO(1), G TOCALLI(1), H CONDE(1), MF LOPEZ(1), LJ GIORDANA(1), S RODRÍGUEZ CÁLIX(1), L FACUNDO(1), S PULCINELLI(1)
 (1) Hospital de Emergencias Dr. Clemente Alvarez

Introducción: Las intoxicaciones medicamentosas han sido en los últimos años una importante causa de morbi-mortalidad. La amlodipina es un antagonista de los canales de calcio (ACC) dihidropiridínicos ampliamente utilizado como antihipertensivo de primera línea en el tratamiento de la hipertensión arterial esencial. La intoxicación medicamentosa con ACC presenta tasas de mortalidad hasta del 50% según la bibliografía analizada.



0161 VALIDACIÓN DE LA PRESIÓN DE OCLUSIÓN EN LA VÍA AÉREA (POCC) COMO MÉTODO DE VALORACIÓN DEL ESFUERZO MUSCULAR DURANTE LA VENTILACIÓN NO INVASIVA: UN ESTUDIO DE LABORATORIO

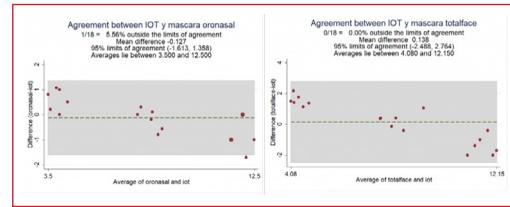
E GOGNIAT(5), E STEINBERG(1), N TIRIBELLI(2), M SETTEN(3), S FREDES(4), F GUTIERREZ(5), G PLOTNIKOW(5)
 (1) Hospital Italiano De Bs As. (2) Hospital Médico Policial Churrucá Vísca. (3) Cemic. (4) Hospital De Clínicas José De San Martín. (5) Hospital Británico De Bs As.

Introducción: La ventilación no invasiva (VNI) es una estrategia de soporte ventilatorio para pacientes con falla respiratoria aguda, capaz de disminuir el trabajo respiratorio, mejorar la ventilación y optimizar la oxigenación. Uno de sus principales objetivos es aliviar la carga impuesta a los músculos respiratorios. Sin embargo, las guías de práctica clínica no proporcionan recomendaciones al respecto. Una maniobra recientemente descrita para estimar el esfuerzo en ventilación mecánica (VM) es la presión de oclusión de la vía aérea (Pocc), que representa la magnitud de caída de la presión de fin de espiración generada por un esfuerzo inspiratorio a válvula cerrada. Incorporarla a la VNI podría ser de utilidad para programar la asistencia basada en el esfuerzo, al igual que lo propuesto recientemente para la VM invasiva en soporte parcial. La validez de Pocc durante VNI no ha sido evaluada, el objetivo principal del estudio es validar Pocc en NIV en un modelo de laboratorio.

Materiales y métodos: Estudio experimental, se utilizó un simulador servo controlado con un maniquí y un ventilador. Se estudiaron 3 máscaras, con 3 fugas distintas, 3 mecánicas del sistema respiratorio, 3 niveles de esfuerzo y 2 niveles de asistencia. Se utilizó como comparador gold estándar un escenario de VM invasiva simulado. Se evaluaron las relaciones con correlación de Pearson, y se usó análisis de Bland-Altman para comparar las mediciones no invasivas (VNI-Pocc) con las invasivas (VM-Pocc). La significancia estadística fue de $p < 0,05$.

Resultados: En VNI sin fuga con máscara oronasal y facial total, VNI-Pocc aumentó con esfuerzo programado mayor ($p < 0.0005$), Tabla 1. VNI-Pocc sin fuga tuvo buena concordancia con VM-Pocc cuando se la registró con máscara oronasal y facial total, Figura 1. El helmet impactó negativamente en todos los escenarios.

Conclusión: En un entorno de laboratorio la valoración de Pocc en VNI demostró ser un método confiable para la estimación del esfuerzo, pero sólo en ausencia de fugas. La utilización de helmet no permitió la valoración del esfuerzo en ningún escenario.



0162 TAPONAMIENTO CARDIACO EN DENGUE GRAVE: A PROPOSITO DE UN CASO

MF LOPEZ(1), F PEZ(1), M ALMADA(1), V COGO(1), L BERLONI(1), S PULCINELLI(1), S RODRIGUEZ CALIX(1), H CONDE(1), L LOPEZ MACCAN(1)
 (1) Emergencia Dr Clemente Alvarez

Introducción: Las manifestaciones graves de las infecciones por dengue están asociadas con varias complicaciones: hemorragia masiva, insuficiencia respiratoria, insuficiencia hepática, encefalopatía, miocardiopatías, y otras. El derrame pericárdico en el dengue hemorrágico generalmente es leve y no clínicamente significativo; ocurriendo como parte de la serositis. Se da sólo en el 8% de los casos de dengue grave.

Presentación del caso: Paciente de 42 años, sin antecedentes, consulta por cuadro de 7 días de evolución de mialgias, artralgias y melena. Ingresa con hipotensión sin respuesta a fluidoterapia con requerimiento de vasoactivos e inotrópicos (noradrenalina/ dobutamina). Presenta paro cardiorespiratorio, constatando por ecocardiografía derrame pericárdico masivo por lo que se realiza pericardiocentesis de urgencia (700ml), interpretando el cuadro como shock obstructivo. Se realiza monitoreo hemodinámico invasivo (catéter Swan ganz) y ecocardiograma con diagnóstico de shock distributivo y cardiogénico asociado a miocarditis. Se agrega tratamiento con terlipresina y se rota inotrópico por levosimendan. Intercurre con falla renal oligúrica con acidosis metabólica con criterio de diálisis diaria. Paciente fallece a los 5 días de internación.

Ecografía abdominal: Escaso líquido libre perihepático, periesplénico y en fondo de saco Douglas.
Ecocardiograma: Fey 30% derrame pericárdico Severo. Función sistólica severamente disminuida, motilidad parietal segmentaria: hipoquinesia difusa, aurícula izquierda levemente dilatada.

Swan ganz: 20/3 GC 5.5 PAM 65 mmhg IC 2.63 L/m Resistencia vascular sistémica (RVS) 1612 dynas Extracción de O2 25% presión de wedge 17.

23/3 GC 3.08 PAM 53 mmhg IC 1.4 L/m RVS 2171 dynas Extracción de O2 19.7% presión de wedge 22.

Discusión: La afectación cardíaca en el dengue suele ser limitada y benigna, pero puede provocar el "Síndrome de shock por Dengue" que puede presentarse como disfunción miocárdica transitoria. En un caso fatal de dengue asociado miocarditis, grandes áreas de necrosis muscular y edema intersticial intenso; pueden estar asociada con trastornos hemodinámicos que conducen al shock refractario

Conclusión: El taponamiento cardíaco en casos de dengue suele implicar la necesidad de un diagnóstico temprano y un manejo médico adecuado para prevenir complicaciones graves. El tratamiento oportuno, drenaje pericárdico y soporte hemodinámico, es crucial para mejorar el pronóstico de estos pacientes.

Tabla 1: Medianas y RIQ de P_{OCC} con las diferentes interfaces y esfuerzos musculares.

	P _{MUS} 5	P _{MUS} 10	P _{MUS} 15	P
IOT	3.5 (3.33-4)	8.05 (7.4-8.7)	12 (12-13)	0.0005
Oronasal				
Sin fuga	4.2 (3.9-4.5)	7.9 (7.7-8.1)	11.65 (11-12)	0.0005
Fuga baja	6.9 (6.4-7.1)	8 (8-8.3)	9.85 (9.4-10)	0.0032
Fuga alta	7.5 (7.4-7.6)	8.1 (8-8.1)	8.65 (8.6-9.1)	0.0051
Total face				
Sin fuga	5.19 (4.9-5.27)	8.13 (7.8-8.4)	11 (10.6-11.3)	0.0005
Fuga baja	6.75 (6.6-6.8)	8.05 (8-8.1)	10 (9.3-10)	0.0005
Fuga alta	7.5 (7.3-7.9)	8.15 (8.1-8.3)	9.1 (8.7-9.2)	0.0023
Helmet				
Sin fuga	-	2.75 (2.7-2.9)	3.85 (3.3-4)	0.0077
Fuga baja	-	4.1	4.45 (4.2-4.8)	0.13
Fuga alta	6.3	6.5 (6.3-7.05)	5.9 (5.8-6.5)	0.30

Tabla 1

	18/03	22/03	23/03
Hto/HB/GB/plaquetas	46/14/7000/80000	53/15/15500/100000	47/15/20300/130000
Na/ K+	136/3.8	140/4.3	140/4.3
Got/Gpt	40/54	15/22	2296/31100
Creatinina	1.1	2.9	5.5
Ph/Pco2/P O2/Hco3	7.35/27/117/17	7.15/24/254/11	7.22/32/90/14
Acido Láctico	27	30	40
PCR DENGUE		Positivo	
Latex AR/ FAN/ C3-4			38 (VN 15) 1:160 patrón moteado/ consumidos
CFO líquido Pericárdico	PH 7.04 E 90 G 134 P 4.2 Rivalta negativo		

0163 INTOXICACIÓN POR PARAQUAT

N MOREL(1), F PODESTA(1), K CINQUEGRANI(1), S LABAT(1),
 L LOPEZ(1), A SANDOVAL(1), F MILORO(1), J PARDON(1)
 (1) El Cruce

El paraquat es un herbicida de rápida acción y alta toxicidad. Se evidencia en las primeras 24 horas lesiones por efecto corrosivo gastrointestinal, secuencialmente entre el segundo y el quinto día, falla hepatorenal y a partir del quinto día, fibrosis pulmonar. No existe antídoto específico para el mismo.

Caso clínico: Paciente de 5 años consulta por cuadro gastrointestinal tras haber ingerido paraquat en forma no intencional, inicia tratamiento con carbón activado y lavado gástrico. Presenta fallo renal y se derivada a centro con mayor complejidad, con síndrome de distrés respiratorio. Requiere hemodiálisis convencional y hemofiltración con Cytosorb. Evoluciona con hipoxemia refractaria orbitando.

Discusión: El paraquat es un herbicida, prohibido en la mayor parte del mundo, aun comercializado en nuestro medio. Generalmente la intoxicación ocurre por vía digestiva, siendo los principales órganos afectados el aparato gastrointestinal en su primera fase, sistema hepatorenal en su segunda fase y finalmente aparato respiratorio. El pronóstico está relacionado con la cantidad y el tiempo transcurrido desde la ingesta. La aparición de falla renal es de mal pronóstico y la fibrosis pulmonar irreversible.

Es importante contar con técnicas de eliminación extracorpórea (hemoperfusión con filtros de carbón).

Conclusión: El paraquat es un herbicida tóxico, de utilización indiscriminada por la sociedad rural y al no existir un antídoto específico, el diagnóstico y tratamiento precoz reduce la mortalidad. Las terapias sugeridas buscan retrasar la absorción, interferir en el mecanismo de toxicidad y reducir posibles secuelas. El hacerla una intoxicación de notificación obligatoria beneficiaria lo anteriormente mencionado.

0164 RABDOMIÓLISIS CON REQUERIMIENTO DE TERAPIA DE SOPORTE RENAL SECUNDARIA A INTOXICACIÓN POR COCAÍNA. REPORTE DE CASO

BV COCOMELLO(1), J BATET(1), CS BLANCO CARRERO(1), H
 GOUVEA FRANCO(1), A ASTURIZAGA ROYMANT(1), R ECHE-
 GARAY(1), A CULQUICONDOR(1), L FRANCONIERI(1)
 (1) Dr. Diego E. Thompson

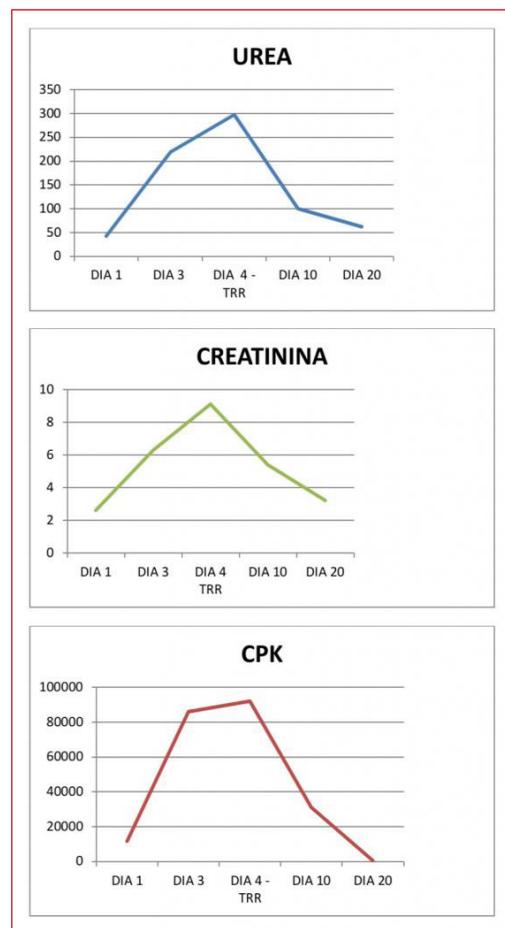
Introducción: La rabdomiólisis es un cuadro clínico caracterizado por daño directo al miocito con liberación de múltiples sustancias intracelulares (CPK, LDH, mioglobina) de múltiples causas; en este caso desarrollaremos la asociada a consumo de cocaína con daño renal principalmente y a otros órganos de forma consecuente.

Presentación del caso: Paciente masculino de 33 años, con ante-

cedentes de tabaquismo, consumo de alcohol y sustancias ilícitas, ingresa por excitación psicomotriz, hipertermia e hipertensión arterial en contexto de intoxicación aguda por cocaína. Se realiza laboratorio: con leve alteración de la función renal y hepática, CPK 11598 U/L, LDH 1800 UI/L, Troponina T 1269 ng/L, dosaje de cocaína positivo en orina, electrocardiograma con supradesnivel del ST en V2, V3 y V4. Ecocardiograma: remodelación concéntrica del ventrículo izquierdo, sin trastornos de la motilidad. FEY 70%. Ecografía renal: ambos riñones de tamaño normal, sin alteración de la relación corticomédular, sistema pielocalicial no dilatado. Se realiza reanimación con cristaloides guiada por objetivos, el uso de diuréticos de asa y manejo de la presión arterial con Nitropusiat de sodio. A las 72 hs evoluciona la falla renal con oliguria y acidosis metabólica refractaria al tratamiento médico asociado a CPK de 92000 U/L, progresión de fallo hepático y coagulopatía con requerimiento de terapia de soporte renal y posterior remisión de las disfunciones orgánicas.

Discusión: El marcado incremento de la actividad simpaticomimética inducida por cocaína provoca vasoconstricción arterial e isquemia en múltiples tejidos, además, efecto tóxico directo en los miocitos. Ante una lesión muscular extensa, reflejada por elevados niveles de CPK, existe alto riesgo de que el fracaso renal progrese con requerimiento de terapia de reemplazo, pese al tratamiento médico instaurado. La mioglobina liberada a circulación, por su alto peso molecular, no es eliminada a través de la hemodiálisis convencional, por lo que la terapéutica fue dirigida a disminuir las consecuencias producto de la oliguria y acidosis metabólica refractaria.

Conclusión: La rabdomiólisis implica aumento de la estancia hospitalaria en pacientes que presentan fracaso renal agudo. El diagnóstico precoz de esta entidad y reconocer los factores esenciales para el inicio de terapia de reemplazo renal es fundamental para modificar el pronóstico del paciente.



0165 REPORTE DE CASO. HISTOPLASMOSIS DISEMINADA EN PACIENTE HIV POSITIVO DE RECIENTE DIAGNÓSTICO EN TIEMPOS DE COVID-19

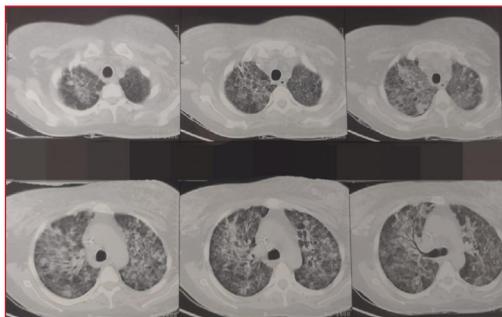
BV COCOMELLO(1), B GILMORE(1), S CETANI(1), B ZAMUDIO(1), L FRANCONIERI(1)
(1) Sanatorio San Justo

Introducción: La histoplasmosis es una micosis de gran relevancia en pacientes con SIDA, causada por un hongo dimórfico: *Histoplasma capsulatum*. Las manifestaciones clínicas dependen de la carga fúngica inhalada, del estado inmunológico del paciente y de la virulencia de las cepas infectadas. La variante diseminada es más frecuente en pacientes inmunocomprometidos, registrándose el 90% de los casos en pacientes con serología positiva para HIV.

Presentación del caso: Paciente femenina con antecedentes de hipertensión arterial e hipotiroidismo que ingresa el 27/10/2021 con insuficiencia respiratoria en contexto de sospecha de COVID-19 asociado a lesiones muco-cutáneas en rostro, tronco y miembros superiores de tipo polimorfas de un mes de evolución. Al examen físico se constató adenopatías cervicales bilaterales más hepatoesplenomegalia. Se realiza: PCR COVID negativo, HIV positivo (CV 2.040.000 copias/ml, log CV 6.31 - CD4: 5/mm³, CD4% 2.0%), serologías VHA, VHB, VHC, CMV y Epstein Baar negativos. Anticuerpos Anti Histoplasma Capsulatum negativo. Espudo para BAAR negativo en tres muestras. Hemocultivos negativos. TAC de torax con nódulos de pequeño y mediano tamaño en ambos campos pulmonares. A las 72 hs, por mala mecánica ventilatoria requiere intubación orotraqueal en ARM. Se inició tratamiento con Itraconazol, Anfotericina liposomal y Trimetoprima-sulfametoxazol. Se realiza biopsia y cultivo de lesión en miembro superior que informó: dermatitis perivasculare media y profunda con infiltrados con hongos compatibles con *Histoplasma capsulatum*. Evolucionó con shock séptico refractario y fallo multiorgánico. La paciente obitó a los 7 días del ingreso.

Discusión: Por sospecha clínico-radiológica se decidió iniciar el tratamiento empírico para histoplasmosis, teniendo en cuenta los diagnósticos diferenciales (Tuberculosis, Pneumocistis jirovecii, COVID-19) en un contexto de deterioro rápidamente progresivo, habiendo obtenido el diagnóstico post-mortem.

Conclusión: La histoplasmosis diseminada cursa con amplio espectro de manifestaciones clínicas y el diagnóstico requiere un alto índice de sospecha clínica, ya que los cultivos y serologías para Histoplasma pueden dar negativos como así también las demoras en el procesamiento de los mismos. El diagnóstico de HIV realizado en etapas tardías de la enfermedad determina una mortalidad mayor al 90%.



0166 PREDICTORES DE FALLA DE EXTUBACIÓN EN EL PROCESO DE LIBERACIÓN DE LA VENTILACIÓN MECÁNICA INVASIVA EN PEDIATRÍA

Y NOCITI(1), JP PALMEIRO(1), P TAFFAREL(1), V LAULHÉ(1), ML GIMENEZ(1), L LAMBERTI(1), P DOI(1), M ERVITI(1), J FASSOLA(1), L LISCIOTTO(1), MS LOPEZ COTTET(1), M DOS SANTOS(1), C MEREGALLI(1), F JORRO BARON(1)
(1) Elizalde

La asistencia ventilatoria mecánica invasiva (AVMI) en unidades de cuidados intensivos pediátricos (UCIP) es una práctica que salva vidas, no exenta de complicaciones. Su liberación oportuna se respalda en predictores, no existiendo alguno que garantice el éxito.

Objetivos: Describir el proceso de liberación de la AVMI y determinar los factores predictores de fracaso de extubación (FE)

Métodos: Análisis retrospectivo. Pacientes con más de 48 h de AVMI. Periodo 11/2019 al 10/2023

Resultados: Se registraron 510 eventos de extubación en 445 pacientes, con una tasa de FE 12,7 %. Se asociaron con FE: el ingreso por causa respiratoria (92 vs 78 %; p=0,02), la mayor frecuencia respiratoria (22 vs 20 por minuto; p=0,017) y fracción inspirada de O₂ previa a la extubación (0,32 vs 0,4; p=0,010); y la utilización de ventilación no invasiva (VNI) posextubación (51 vs 24 %; p=0,0001). La instauración de VNI en modalidad preventiva constituyó un factor de éxito (55 vs 15 %; p=0,0001).

El FE redundó en mayor estancia (días) en AVMI [10 (7 – 12) vs 7 (4 – 9); p=0,0001] y UCIP [13 (10 – 16) vs 9 (6 – 12); p=0,0001].

Conclusión: El diagnóstico respiratorio como causa de ingreso a AVMI, la mayor FIO₂ y frecuencia respiratoria programadas en el ventilador, el mayor uso de VNI posextubación fueron factores predictores de FE, asociándose este a mayor estancia en AVMI y en UCIP.

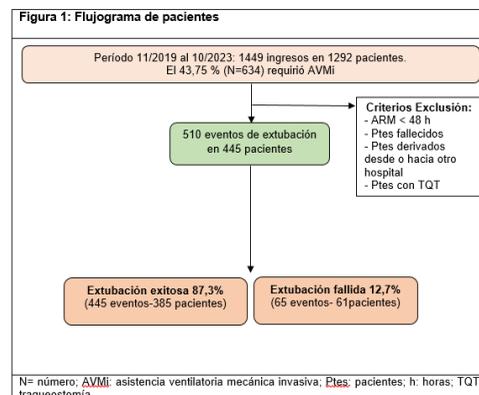




Tabla 1: Comparación grupo éxito y fracaso de extubación

Variables	Grupo Éxito 445 eventos en 385 pacientes	Grupo Fracaso 65 eventos en 61 pacientes	P
Características demográficas			
Edad (meses)	10 (3,6 - 48)	8 (3 - 18)	0,059 *
Peso (Kg)	9 (6 - 17)	9 (6 - 12)	0,169 *
Sexo masculino	58 % (224)	62 % (37)	0,718 *
PIM III	0,99 (0,54 - 4,5)	0,88 (0,48 - 3,2)	0,359 *
Motivo ingreso respiratorio	78 % (300)	92 % (55)	0,028 *
Comorbilidades	31 % (125)	23% (14)	0,136 *
Fracasos de extubación previos	13 % (58 / 445)	11 % (7 / 65)	0,609 *
Extubaciones no planeadas	4,3 % (19 / 445)	6,2 % (4 / 65)	0,484 *
Condiciones previas a PVE			
Modo PC	77 % (341)	72 % (47)	0,446 *
PIM	19 (17 - 22)	20 (17 - 22)	0,404 *
PEEP	5 (5 - 6)	5 (5 - 6)	0,595 *
Fr R	20 (18 - 24)	22 (20 - 25)	0,017 *
FiO ₂	0,35 (0,3 - 0,4)	0,4 (0,3 - 0,4)	0,010 *
VT /Kg	8 (8 - 9)	8 (7 - 9,8)	0,169 *
PH	7,45 (7,41 - 7,48)	7,46 (7,40 - 7,49)	0,613 *
PCO ₂	41,8 (34 - 47)	41,7 (34,7 - 47,2)	0,678 *
PO ₂	93 (77 - 121)	96,6 (81 - 121)	0,289 *
HCO ₃	23 (25 - 33)	20 (25 - 32)	0,887 *
PAFI	274 (210 - 387)	253 (204 - 320)	0,207 *
Prueba de ventilación espontánea			
PVE	86 % (335)	81,5 % (53)	0,333 *
PVE en TT	78,6 % (300/383)	81 % (43/53)	0,470 *
PVE con PS	18,8 % (83/383)	18,9 % (10/53)	0,841 *
Duración PVE (min)	55 (30 - 80)	50 (35 - 80)	0,887 *
Preextubación			
Días de AVMI	6 (4 - 8)	7 (5 - 8)	0,614 *
Posextubación			
VNI Posextubación	24 % (106)	51 % (33)	0,0001 *
VNI Preventiva	55 % (59/106)	18 % (6/33)	0,0001 *
VNI Rescate	44 % (47/106)	85 % (28/33)	0,0001 *
Resultados			
Días de AVMI invasiva totales	7 (4 - 9)	10 (7 - 12)	0,0001 *
Días UCIP	6 (6 - 12)	13 (10 - 16)	0,0001 *

N y %; Mediana (rango intercuartil); * Test de Kuskal Wallis; # Test de Chi-cuadrado
 PIM III: Paediatric Index of Mortality 3; AVMI: asistencia ventilatoria mecánica invasiva; PC: Presión control; PIM: presión inspiratoria máxima; PEEP: presión positiva de fin de espiración; Fr R: frecuencia respiratoria; FiO₂: fracción inspirada de oxígeno; Vte: volumen tidal espirado; EAB: estado ácido base; PCO₂: presión parcial de CO₂; PO₂: presión parcial de O₂; HCO₃: bicarbonato; PaFI: Relación PO₂/FiO₂; PVE: prueba de ventilación espontánea; TT: pieza en T; PS: Presión soporte; UCIP: Unidad de cuidados intensivo pediátrico

0167 RENDIMIENTO Y FACTORES PREDICTORES DE LA PRUEBA DE VENTILACIÓN ESPONTÁNEA EN PROCESO DE LIBERACIÓN DE LA ASISTENCIA VENTILATORIA MECÁNICA EN PEDIATRÍA

J PALMEIRO(1), P TAFFAREL(1), Y NOCITI(1), V LAULHE(1), ML GIMENEZ(1), L LAMBERTI(1), M ERVITI(1), J FASSOLA(1), L LISCIOTTO(1), MS LOPEZ COTTET(1), M DOS SANTOS(1), P DOI(1), C MEREGALLI(1), F JORRO(1)
 (1) Elizalde

La prueba de ventilación espontánea (PVE) en el proceso de liberación de la asistencia ventilatoria mecánica invasiva (AVMI) pediátrica es una práctica avalada, estando su rendimiento escasamente documentado.

Objetivos: Describir la efectividad de la PVE en el proceso de liberación de la AVMI.

Métodos: Análisis retrospectivo. Pacientes con más de 48 h de AVMI. Periodo 03-2022 a 01-2024.

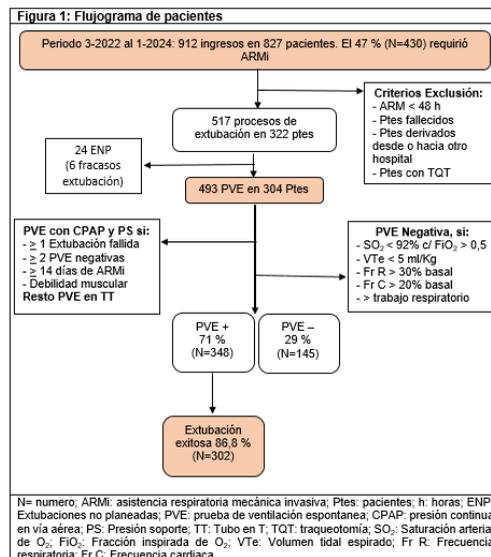
Resultados: Se analizaron 493 PVE en 304 pacientes, presentando una sensibilidad de 0,71 [valor predictivo (VP) positivo: 87 %] y una especificidad de 0,77 (VP negativo: 89 %) para predecir la extubación. Las condicionantes de PVEs negativas fueron: el aumento del trabajo respiratorio (70 %), la frecuencia respiratoria (57 %) y la frecuencia cardíaca (27 %). En el análisis de grupo, la dificultad respiratoria como motivo de ingreso (92 vs 81%; p=0,008), la presión inspiratoria máxima (PIM) previo a la PVE (20 vs 19 cmH₂O; p=0,001) y la mayor proporción de tubo en T (89 vs 77 %; p=0,0002), fueron predictores de PVE negativa. Los pacientes que en el proceso de liberación tuvieron PVE negativas, presentaron más días en AVMI [vs 9 (7-12) vs 7 (4-10); p=0,0002] y en UCIP [11 (9-15) vs 9 (7-12); p=0,0001]

Conclusión: La PVE tiene una alta sensibilidad y especificidad para predecir el éxito de la extubación. La dificultad respiratoria al ingreso, la PIM previa y la mayor proporción de la modalidad tubo en T, son predictores negativos para la prueba. La PVE negativa se asocia a mayor estadía en AVMI y UCIP.

Tabla 1: Comparación de PVE positivas y negativas

Variables	Grupo PVE + 348 eventos en 291 pacientes	Grupo PVE - 145 eventos en 163 pacientes	P
Características demográficas			
Edad (meses)	10 (3 - 36)	8 (3 - 24)	0,229 *
Peso (Kg)	10 (6 - 15)	8 (5 - 15)	0,395 *
Sexo masculino	69 % (120)	55 % (66)	0,790 *
PIM III	0,92 (0,51 - 3,52)	0,88 (0,55 - 3,17)	0,519 *
Motivo ingreso respiratorio	81 % (183)	92 % (95)	0,068 *
Comorbilidades	28 % (52)	21 % (22)	0,411 *
Condiciones previas a PVE			
Modo PC	78 % (265)	79 % (115)	0,504 *
PIM	19 (17 - 22)	20 (18 - 22)	0,001 *
PEEP	5 (5 - 6)	5 (5 - 6)	0,681 *
Fr R	22 (20 - 25)	23,5 (20 - 25)	0,087 *
FiO ₂	0,4 (0,3 - 0,4)	0,4 (0,3 - 0,4)	0,263 *
Vte/kg	8 (8 - 9)	7 (6 - 9)	0,182 *
PH	7,45 (7,41 - 7,48)	7,45 (7,41 - 7,49)	0,503 *
PCO ₂	42 (38 - 46)	42,5 (38 - 47)	0,678 *
PO ₂	100 (83 - 123)	92 (79 - 113)	0,087 *
HCO ₃	28 (25 - 33)	29 (25 - 34)	0,797 *
PAFI	276 (213 - 377)	259 (197 - 326)	0,056 *
Prueba de ventilación espontánea			
Días de AVMI hasta la PVE	7 (5 - 10)	7 (5 - 10)	0,515 *
PVE en TT	77 % (260/348)	89 % (127/143)	0,0002 *
PVE con PS	23 % (59/245)	11 % (16/143)	0,005 *
Duración PVE (min)	58 (30 - 60)	30 (30 - 50)	0,0001 *
Resultados			
Días de AVMI Totales	7 (4 - 10)	9 (7 - 12)	0,0002 *
Días UCIP	9 (7 - 12)	11 (9 - 15)	0,0001 *

N y %; Mediana (rango intercuartil); * Test de Kuskal Wallis; # Test de Chi-cuadrado
 PIM III: Paediatric Index of Mortality 3; AVMI: asistencia ventilatoria mecánica invasiva; PC: Presión control; PIM: presión inspiratoria máxima; PEEP: presión positiva de fin de espiración; Fr R: frecuencia respiratoria; FiO₂: fracción inspirada de oxígeno; Vte: volumen tidal espirado; EAB: estado ácido base; PCO₂: presión parcial de CO₂; PO₂: presión parcial de O₂; HCO₃: bicarbonato; PaFI: Relación PO₂/FiO₂; PVE: prueba de ventilación espontánea; TT: pieza en T; PS: Presión soporte; UCIP: Unidad de cuidados intensivo pediátrico



0168 ROL DE LA VENTILACION NO INVASIVA EN EL PROCESO DE LIBERACION DE LA ASISTENCIA VENTILATORIA MECANICA INVASIVA EN PACIENTES PEDIATRICOS

P TAFFAREL(1), J PALMEIRO(1), Y NOCITI(1), V LAULHE(1), L GIMENEZ(1), L LAMBERTI(1), M ERVITI(1), J FASSOLA(1), L LISCIOTTO(1), S LOPEZ COTTET(1), P DOI(1), C MEREGALLI(1), F JORRO(1)
 (1) Elizalde

En la liberación de la asistencia ventilatoria mecánica invasiva (AVMI), el soporte ventilatorio no invasivo posextubación encuentra sustento en la guías pediátricas, sea en forma preventiva o de rescate. La ventilación no invasiva (VNI) ocupa un lugar preponderante, siendo su rendimiento escasamente documentado

Objetivos: Describir el rol y la efectividad de la VNI en el proceso de liberación de la AVMI.

Métodos: Análisis retrospectivo de una base de datos. Pacientes con más de 48 H de ARMI que ingresaron a la unidad de cuidados intensivos pediátricos (UCIP). Periodo 03-2022 al 09-2023.

Resultados: El 34 % de los eventos de extubación (113/331) requirieron VNI posterior (54 % preventiva), con un 74 % de éxito. La modalidad preventiva vs rescate evitó el reintegro a ARMI en mayor

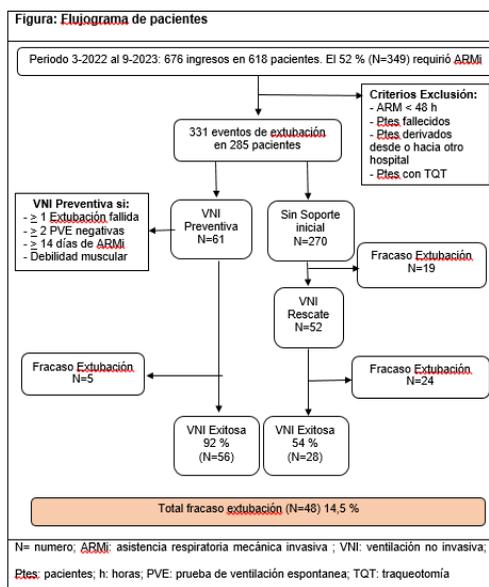
proporción (92 y 54 %). En el análisis de grupos VNI éxito versus fracaso, la utilización VNI preventiva fue un predictor positivo (67 y 17 %, $p=0,001$). En la comparación de VNI preventiva versus extubación sin soporte ventilatorio inicial, el primero presentó menos fracaso de extubación (FE) (8 vs 16 %; $p=0,16$), en pacientes con peores condiciones clínicas, FE previa (45,7 vs 6,3 %; $p=0,001$) y duración de AVMI previa [8 vs 6 días; $p=0,033$]. Siendo la estancia en AVMI total y UCIP mayor para el grupo VNI preventiva [11,5 vs 7 y 15,5 vs 9; $p=0,001$].

Conclusión: La VNI posextubación es una herramienta eficaz para evitar la FE. La modalidad preventiva redundó en mayor éxito y acarrea mayor estancia en AVMI total.

Tabla 2: Comparación VNI Posextubación éxito vs fracaso

	Grupo Fracaso (N=29)	Grupo Éxito (N=84)	P
Sexo femenino#	13 (48,1%)	30 (38,1%)	0,364
Edad (meses)*	9 (3; 18)	8,5 (3; 24)	0,733
Peso (Kg)*	10 (6; 12)	9 (6; 13)	0,468
PIM III*	0,71 (0,46; 3,17)	0,88 (0,48; 3,36)	0,989
Comorbilidades#	3 (11,1%)	22 (27,6%)	0,115
Condiciones previas a PVE			
Modo PC#	21 (72,4%)	67 (79,8%)	0,442
PiM**	20±3	19±3	0,971
PEEP**	5,3±0,4	5,4±0,8	0,427
Fr R**	22±3	22±3	0,679
Ti**	0,64±0,07	0,7±0,1	0,339
FiO ₂ **	0,38±0,08	0,36±0,1	0,175
VT (kg)**	7,6±1,8	8±1,7	0,725
PH**	7,42±0,09	7,43±0,05	0,169
PCO ₂ **	44±11	42±9	0,472
PO ₂ **	108±33	104±33	0,831
HCO ₃ **	26±8	26±8	0,963
PAFI**	276±102	319±134	0,162
Prueba de ventilación espontánea			
PVE pre-extubación#	26 (90%)	76 (90,5)	1
PVE en TT#	21 (81%)	25 (33%)	0,001
PVE con PS#	5 (19%)	51 (67%)	0,001
Duración PVE (min)*	54±25	67±28	0,641
VNI Posextubación			
VNI Preventiva#	5 (17%)	56 (67%)	0,001
VNI Rescate #	24 (83%)	28 (33%)	0,001
Estancia (días)			
AVMI invasiva*	6 (5; 8)	7 (4; 11)	0,359
AVMI totales*	11 (9; 15)	10 (6,5; 13,5)	0,317
Internación UCIP**	14 (13; 17)	13 (10; 17)	0,221

VNI: ventilación no invasiva; PIM III: Pediatric Index of Mortality 3; PVE: prueba de ventilación espontánea; PC: presión control; PiM: presión inspiratoria máxima (cmH₂O); PEEP: presión positiva al final de la espiración (cmH₂O); Fr R: frecuencia respiratoria (por minuto); Ti: tiempo inspiratorio; VT: volumen tidal; FiO₂: fracción inspirada de O₂; EAB: estado ácido base; PCO₂ y PO₂: presión parcial de dióxido de carbono y de oxígeno (mmHg); HCO₃: bicarbonato de sodio (meq/l); PAFI: relación presión arterial de O₂ (mmHg) / fracción inspirada de O₂; TT: tubo en T; PS: presión soporte; AVMI: asistencia ventilatoria mecánica; UCIP: unidad de terapia intensiva pediátrica
 *Wilcoxon rank-sum test. **Test de T de student. #Chi², test exacto de Fisher



0169 IMPACTO DE LA IMPLEMENTACIÓN DE UN PROTOCOLO DE LIBERACIÓN DE LA VENTILACIÓN MECÁNICA INVASIVA EN UNA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA PEDIÁTRICA DE ARGENTINA

J PALMEIRO(1), P TAFFAREL(1), Y NOCITI(1), V LAULHÉ(1), L GIMENEZ(1), L LAMBERTI(1), P DOI(1), M ERVITI(1), J FASOLA(1), L LISCIOTTO(1), M DOS SANTOS(1), S LOPEZ COTET(1), C MEREGALLI(1), F JORRO(1)
 (1) Elizalde

La asistencia ventilatoria mecánica invasiva (AVMI) es una práctica omnipresente en las unidades de cuidados intensivos pediátricos (UCIPs), no exenta de complicaciones. Se recomienda que el proceso de liberación sea guiado por un protocolo, siendo su uso infrecuente y los resultados de su impacto dispares.

Objetivos: Evaluar el impacto de la implementación de un protocolo sobre el éxito de la extubación, la estancia en AVMI y en la UCIP, según grupos de adherencia, en pacientes que requirieron > 48 H de AVMI

Métodos: Estudio prospectivo, no controlado, cuasi-experimental, después de la implementación, desarrollado en 3 etapas. Preintervención (enero-febrero 2022): creación y difusión de un algoritmo de liberación. Intervención (marzo 2022): estrategias de implementación, puesta a punto del protocolo y sistematización de su empleo. Posintervención (marzo 2022-noviembre 2023): monitoreo de la adherencia al protocolo y de los indicadores de resultado.

Resultados: En el periodo de estudio cumplieron criterios de inclusión 294 pacientes, de los cuales 238 adhirieron al protocolo de liberación (81%). En la estratificación por adherencia los distintos indicadores de resultados fueron favorables para el grupo adherencia, con menor tasa de fracaso de extubación (11 vs 39%, $p < 0,001$), menor estancia en AVMI [7 (5; 10) vs 11 (8; 13) días; $p < 0,001$] y en UCIP [9 (7; 12) vs 12 (10; 17) días; $p < 0,001$].

Conclusión: La adherencia a la implementación de un protocolo de liberación se asoció a una reducción en los días de AVMI y de estancia en UCIP, y mayor éxito de extubación.

Tabla 1: Comparación de los pacientes según adherencia

Variable	Adherencia		P
	No	Si	
N	56	238	
Características demográficas			
Edad	8 (3; 24)	9 (3; 28)	0,433 ^A
Sexo Masculino	35/56 (62,5)	129/238 (54,2)	0,279 ^{**}
Peso	7 (5; 12)	8 (5; 13)	0,274 [*]
PIM3	1,26 (0,59; 5,91)	0,83 (0,49; 3,17)	0,193 [*]
Diagnóstico respiratorio	46/47 (97,9)	206/214 (96,3)	0,584 ^{**}
Comorbilidad	13/53 (24,5)	58/233 (24,9)	0,956 ^{**}
Indicadores de resultados			
Días totales AVMI invasiva	11 (8; 13)	7 (5; 10)	<0,001 ^A
Fracaso de extubación	22 / 56 (39,3)	26/238 (10,9)	<0,001 ^A
Estadía en UCIP	12 (10; 17)	9 (7; 12)	<0,001 ^A

PIM 3: Pediatric Mortality Index 3; AVMI: Asistencia ventilatoria mecánica; UCIP: Unidad de cuidados intensivos pediátricos. *Test de T de Student, n/N (%). ^AWilcoxon rank sum test, Mediana (RIC); ^{**}Pearson chi², Media +/- DS

Tabla 2: Comparación de eventos de extubación según adherencia

		Grupo No Adherencia N=57	Grupo Adherencia N=287	P
Condiciones previas a PVE				
A V M	Modo PC	44 / 57 (77)	224 / 287 (78)	0,972**
	PIM	19 +/- 3	19 +/- 3	0,489*
	PEEP	5,2 +/- 0,5	5,4 +/- 0,6	0,051*
	FrR	21 +/- 4	21 +/- 4	0,743*
	TI	0,66 +/- 0,12	0,67 +/- 0,11	0,835*
	FiO ₂	0,37 +/- 0,09	0,37 +/- 0,09	0,643*
E A B	VT /kg	7,9 +/- 1,6	7,8 +/- 1,6	0,918*
	PH	7,44 +/- 0,05	7,45 +/- 0,06	0,546*
	PCO ₂	40,1 +/- 8,8	42,9 +/- 8,4	0,123*
	PO ₂	112,5 +/- 45,4	106,0 +/- 32,5	0,257*
	HCO ₃	27,7 +/- 5,5	29,9 +/- 5,6	0,040*
	PAFI	325 +/- 133	302 +/- 125	0,269*
Prueba de ventilación espontánea				
PVE en TT		35/39 (89,7)	226/232 (97,4)	0,019*
Duración PVE (min)		56 +/- 34 (N=38)	56 +/- 28 (N=248)	0,888*
Posextubación				
VNI		18/57 (31,6)	101/287 (35,1)	0,612*
Fracaso extubación		7/57 (12,3)	44/287 (15,3)	0,685*

*Test de T de Student, n/N (%); **Pearson chi². Media +/- DS: AVM asistencia ventilatoria mecánica; PIM presión inspiratoria máxima; PEEP presión positiva de fin de espiración; FR frecuencia respiratoria; TI tiempo inspiratorio; FiO₂ fracción inspirada de oxígeno; VT volumen tidal; EAB estado ácido base; PCO₂ presión parcial de CO₂; PO₂ presión parcial de O₂; HCO₃ bicarbonato; PAFI Relación PO₂/FiO₂; PVE prueba de ventilación espontánea; VNI ventilación no invasiva; TT pieza en T.

0170 ENCEFALOPATIA POR TACROLIMUS EN TRASPLANTE HEPATICO UNA SERIE DE CASOS

VB PAIS(1), MV GARAÑA(1), E GUAICHA PULLA(1), F MEDINA(1), P BALMACEDA(1), L SANTORO(1), C TONELLI(1), G RAMOS(1), V PICOLLA(1)
 (1) Argerich

Introducción: Los inhibidores de la calcineurina como el tacrolimus están indicados como profilaxis del rechazo del trasplante en receptores de aloinjertos hepáticos, renales o cardíacos. Presenta una gran variedad de efectos adversos, la mayoría de ellos reversibles. Caso 1: paciente de 64 años cursando pop de trasplante hepático por cirrosis por enol. Evoluciona con flapping provocado y mioclonias. Se realiza tacrolinemia de 4,8. Se decide suspensión del fármaco con mejoría clínica.

Caso 2: paciente de 25 años cursando pop de trasplante hepático por cirrosis hepática autoinmune. Evoluciona con cefalea, trastornos de la conducta asociado a IRA AKIN II. Se descartan causas infecciosas, de realiza tacrolinemia de 18. Se suspende fármaco y evoluciona con mejoría del sensorio y de parámetros de laboratorio. Caso 3: paciente de 63 años cursando internación en pop de trasplante hepático por cirrosis por enol. Evoluciona con temblores e IRA AKIN II. Se realiza tacrolinemia de 24. Mejoría con la suspensión del fármaco

Caso 4: paciente de 42 años cursa internación en pop de trasplante hepático por falla hepática subfulminante probable autoinmune. Evoluciona con IRA AKIN II. Se realiza tacrolinemia de 6. Mejora parámetros luego de suspensión del mismo.

Discusión: En un periodo de dos años se trasplantaron 12 pacientes, de los cuales 4 presentaron intoxicación por tacrolimus (33%).

La neurotoxicidad producida por el fármaco puede manifestarse mediante una gran variedad de síntomas, siendo la encefalopatía posterior reversible el efecto adverso más grave que incluye cefalea, alteración del estado mental, alteraciones visuales y convulsiones. Es bastante infrecuente y su aparición está asociada a altos niveles del fármaco en sangre, aunque también se encontró en pacientes con niveles terapéuticos del mismo.

El tratamiento se basa en control de los síntomas y disminución o suspensión del fármaco.

Conclusión: La terapia inmunosupresora requiere un monitoreo estrecho de la farmacocinética y terapéutica para evitar los efectos adversos y complicaciones.

La sospecha de intoxicación debe aparecer ante alteraciones neurológicas y/o valores fuera de rango para lograr un diagnóstico y tratamiento precoz, a fin de evitar mayores daños.

0171 PACIENTE CON CONVULSIONES Y DENGUE. REPORTE DE CASOS

P CAPPONI(1), M MASSONI(1), R BUSTILLO(1), F AGUILAR(1), J HOLLESTEIN(1)
 (1) Sanatorio Nosti

Introducción: La presentación de dos patologías dengue e infecciones del sistema nervioso central es inusual y hay pocos reportes en la literatura.

Infección por dengue asociado a meningitis por *Streptococo pneumoniae* con compromiso sistémico convierte a esta asociación en un factor de riesgo para evolucionar a shock séptico y fallo multiorgánico en pacientes mayores de 60 años con comorbilidades crónicas.

Caso clínico: Paciente de 68 años, hipertenso, diabético tipo 2, índice de masa corporal 30, ingresa a Terapia luego de haber permanecido 48 horas en internación por fiebre, adinamia, anorexia, cefalea y síncope. Tenía antígenemia positiva y anticuerpos IgM positivos. Se realizó tratamiento con hidratación parenteral con soluciones isotónicas.

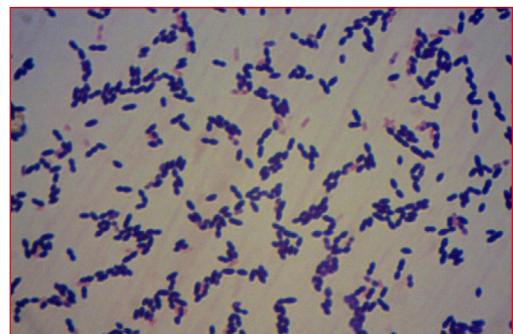
Evoluciona a las 24 horas de internación en piso con convulsión generalizada. Se procede a intubación endotraqueal. Se encontraba con fiebre 38,5° C. Se realiza tomografía de cerebro sin lesiones.

Se decide realizar punción lumbar y hemocultivos. Se inicia ceftriaxona. Cultivo + en líquido y sangre a neumococo.

Evoluciona con shock séptico y fallo multiorgánico. Fallece al día 5.

Discusión: Consideramos que la coexistencia de virus dengue y sepsis a neumococo empeora el pronóstico en adultos mayores de 60 años con presencia de enfermedades crónicas. No tenemos evidencia para concluir si la gravedad esta dada por la asociación.

Conclusión: La mortalidad de las infecciones por neumococo aumenta en mayores de 65 años, con enfermedades crónicas siendo la meningitis asociada a bacteriemia de baja frecuencia. Debido a coinfección con virus dengue debemos sospechar infecciones del sistema nervioso en pacientes con síntomas neurológicos.



0172 PILEFLEBITIS PORTAL. REPORTE DE CASO

M OTAMENDI(1), FE ESPINOZA(1), NA GRASSI(1), M CRUZ(1), MG MONTENEGRO FERNÁNDEZ(1), VA MILLÁN(1), P ZORZANO OSINALDE(1), LG DURAN(1)
 (1) Hospital Municipal Dr Leónidas Lucero De Bahía Blanca

Introducción: La pileflebitis es una complicación poco frecuente pero grave de aquellos procesos infecciosos intraabdominales, cuyo drenaje venoso depende del sistema portal. La principal causa de morbimortalidad es la diseminación de émbolos sépticos. A continuación, se presenta el caso de una paciente con pancreatitis complicada con pileflebitis portal.

Presentación del caso: Paciente femenina de 80 años con antecedente de dislipemia que consultó por dolor epigástrico de 24 horas de evolución iniciado posterior a ingesta copiosa, asociado a vómitos y náuseas. Ingresó hipotensa, taquicárdica, febril. Laboratorio con enzimas hepáticas y pancreáticas aumentadas. Se realizó tomografía de abdomen, que evidenció hepatomegalia, abscesos hepáticos, aerobilia, vesícula hidrópica, de pared engrosada, con

edema subseroso y litiasis en su interior, páncreas con reemplazo graso. Se interpretó el cuadro como pancreatitis aguda de origen biliar complicada con abscesos hepáticos. Posteriormente evolucionó con shock séptico que motivó su ingreso a terapia intensiva, se repitió imagen tomográfica que evidenció abscesos hepáticos aumentados en número y tamaño, además de falta de opacificación de las ramas porta derechas compatible con pyleflebitis, con consecuente trastorno de la perfusión hepática homolateral en fase venosa y dilatación segmentaria de la vía biliar. Se interpretó pyleflebitis portal como nueva complicación e inició anticoagulación. Debido a múltiples complicaciones permaneció 53 días en terapia intensiva, posteriormente logrando el alta hospitalaria.

Discusión: La pyleflebitis es una complicación grave que puede surgir en infecciones en áreas drenadas por el sistema venoso portal, como la diverticulitis aguda. Sin embargo, también puede ocurrir en otros casos, como apendicitis, colecistitis o pancreatitis. Los síntomas más comunes son dolor abdominal y fiebre. El diagnóstico se realiza mediante sospecha clínica y tomografía, y el tratamiento se centra en antibióticos y anticoagulantes.

Conclusión: La pyleflebitis es una infección poco común que a menudo se diagnostica tardíamente debido a la falta de consideración, síntomas inespecíficos o dificultados en la visualización de la vena porta. Por lo tanto, es crucial estar familiarizado con los hallazgos por imagen y los contextos clínicos en los que puede presentarse.



0173 PREVALENCIA DE COLONIZACIÓN / INFECCIÓN POR MICROORGANISMOS MULTIRRESISTENTES EN UCI ADULTOS DE ARGENTINA Y SU IMPACTO EN MORTALIDAD (PREVAR PARTE 1)

C BALASINI(1), W CORNISTEIN(2), C BALASINI(3), VM RODRÍGUEZ(4), Y NUCCETELLI(4), MI STANELONI(4), D ÁGUILA(4), A MACCHI(4), N CUDMANI(4), MV ROCA(4), G SADINO(4), M BRIZUELA(4), A FERNÁNDEZ(3), S GONZÁLEZ(4), E ESTENSORO(3), GDTP1 PREV-AR 1(5)
 (1) Pirovano. (2) Sadi - Sati. (3) Sati. (4) Sadi. (5) Sadi Sati

Introducción: La resistencia a los antimicrobianos dificulta el tratamiento de las infecciones en pacientes críticos, aumenta la mortalidad y los días de internación.

Objetivos: Comparar epidemiología, factores de riesgo, clínica y MOR entre los pacientes que sobrevivieron (SV) y los que no sobrevivieron (NS); Evaluar predictores independientes de mortalidad.

Métodos: Estudio de corte transversal efectuado el 28/11/23 en 165 UCIs. Se registraron variables epidemiológicas, gravedad, sitios de infección, factores de riesgo, infecciones, colonizaciones: se comparó los pacientes SV vs los NS. Los datos se analizaron según su naturaleza. Una $p < 0.05$ fue considerada significativa.

Resultados: Participaron 165 UCIs, se incluyeron 1799 pacientes, de 59 [43-71] años, y 62%. varones. Las variables epidemiológicas y la comparación entre SV y NS se muestran en la Tabla 1.

Con respecto a los factores de riesgo, los pacientes NS tuvieron más: enfermedad respiratoria 18% vs 14% (p0.03), hepatopatía crónica

5% vs 3% (p0.007), enfermedad onco-hematológica 7% vs 4% (p 0.004), HIV 4% vs 2% (0.008), internación previa en los 6 meses 36% vs 30% (p 0.002), días de UCI hasta el día del estudio 9 vs 6 (p0.0031) y colonización por ECR 30% vs 23% (0.002).

Los predictores independientes de mortalidad fueron:

-Edad OR 1.01 IC95% 1.00-1.02 p 0.003.

-Estado de infección: Infección no MOR vs. MOR OR 1.65 IC95% 1.18-2.43 p0.012; Sin aislamiento OR 1.41 IC95% 0.97-2.04 p 0.07.

-SOFA día del estudio: OR 1,18 IC95% 1.13-1.23 p 0.0001.

-Neumonía intrahospitalaria OR 1.84 IC95% 1.12-3.01 p 0.016.

-Además, el modelo evidencia un efecto cluster por hospital.

Conclusiones: Los pacientes NS fueron más añosos, estuvieron más graves al ingreso a UTI y el día del estudio, presentaron más comorbilidades, infecciones intrahospitalarias y aislamiento de MOR. No hubo diferencias con el uso de ATB. Los pacientes de hospitales públicos tuvieron más mortalidad que los de hospitales privados.

	Sobrevivientes n= 1312 (72.0%)	No Sobrevivientes n= 487 (27.1%)	P
Edad	59 [42-70]	62 [46-73]	<0.001
Sexo (masculino)	804 (61%)	314 (65%)	0.214
APACHE II	14 [10-19]	17 [12-23]	<0.001
SOFA a la admisión	4 [2-7]	5 [3-8]	<0.001
Admisión médica/cirugía electiva/ Cirugía emergencia	827/217/267 (63%/17%/20%)	346/49/89 (72%/10%/18%)	<0.001
SOFA al día del estudio	2 [1-3]	5 [3-8]	<0.001
Clínica al día del estudio			<0.001
No infección	663 (50%)	163 (40%)	
Infección sin sepsis	342 (26%)	106 (22%)	
Sepsis	293 (22%)	105 (22%)	
Shock séptico	74 (6%)	83 (17%)	
Categoría estado de infección			0.013
Aislamiento de NO MOR	251 (18%)	75 (15%)	
Aislamiento de MOR	167 (13%)	61 (12%)	
Infección probable, sin aislamiento microbiológico	227 (18%)	107 (22%)	
Sitio de infección			
Neumonía intrahospitalaria	51 (4%)	44 (9%)	<0.001
NAR	138 (11%)	58 (12%)	0.400
BAC	56 (5%)	24 (5%)	0.668
UIF	47 (4%)	26 (5%)	0.844
Infección urinaria asociada a SV	43 (3%)	25 (5%)	0.067
Principales microorganismos aislados			
A baumannii	56 (5%)	32 (6%)	0.075
P aeruginosa difíciles de tratar	12 (1%)	14 (3%)	0.015
Enterobacteriales productoras de carbapenemasas	64 (5%)	32 (7%)	0.155
Microorganismos productores de beta lactamasas de espectro extendido	49 (4%)	17 (4%)	0.307
S aureus metilasa resistente	23 (2%)	12 (3%)	0.332
Enterococo vancomicina resistentes	16 (1%)	5 (1%)	0.735
Otros outcomes			
Días de estancia en UCI	15 [5-36]	22 [12-41]	<0.001
Uso de Antimicrobianos			
ATB empíricos/ ATB dirigidos	310 (24%)/ 260(48%)	168 (35%)/137 (45%)	0.331
ATB Adecuada/ inadecuada	670 (50%)/ 61 (10%)	244 (50%)/ 18 (7%)	0.180
ATB Nuevos / tradicionales	41 (7%)/ 569 (94%)	16 (3%)/ 244 (94%)	0.844
Clasificación AWARE ATB	245 (35%)/ 268 (42%)	66 (30%)/ 117 (45%)	0.770
Acceso/ Vigilancia /Reserva	(42%)/124 (20%)	51 (19%)	
Hospitales públicos/ privados	682/1618 (52%/ 48%)	296/184 (62%/ 38%)	<0.001

0174 DESAFIOS EN LA INDICACION QUIRURGICA DE CORRECCION TIPO UNO Y MEDIO VENTRICULAR EN PACIENTES CON CANAL AURICULOVENTRICULAR DISBALANCEADO E HIPOPLASIA SEVERA DE VENTRICULO DERECHO: A PROPOSITO DE 2 CASOS

MY CABRERA(1), MC MACKERN(1), MB FRATE(1), SV RIVEROS(1), JA TONÓN(1)
 (1) Dr. Humberto J. Notti

Introducción: El objetivo del tratamiento quirúrgico de las cardiopatías congénitas con hipoplasia o disfunción del ventrículo derecho (VD), es establecer un Qp/Qs de 1 sin sobrecargar el ventrículo izquierdo (VI). Hasta hace unos años sólo eran posibles la corrección biventricular (CBV) con o sin fenestración atrial y el procedimiento de Fontan. La CBV resulta exitosa cuando hay desarrollo adecuado de ventrículos y válvulas atrioventriculares (AV). Cuando el VD es insuficiente, es posible realizar la CBV dejando una fenestración atrial de mezcla. La corrección univentricular (CUV) se realiza cuando no es posible el cierre de los defectos septales o valvulares. Recientemente se ha introducido el concepto de "corrección tipo uno y medio ventricular" (CUMV) cuando el VI es normal y el VD hipoplásico o con disfunción crónica. Descripto en 1989 por Billingsley, consiste en agregar una derivación cavopulmonar bidireccional al cierre de los defectos intracardiacos para eliminar la mezcla sistémico-pulmonar, reducir la precarga del VD e incorporarlo a la circulación pulmonar, asegurar flujo pulmonar pulsátil y el aporte de factor hepático (prevención de fistulas arteriovenosas pulmonares).

Presentación: Niña de 7 años, CAV completo disbalanceado e hipoplasia de VD. Cerclaje pulmonar al nacer, con Glenn a los 13 meses.

Cierre de colaterales por hemodinamia y CUMV electiva. Cierre de CIA-CIV, plástica de válvula mitral y tricúspide (VT), y detrabeculación de VD. Varón de 7 años, CAV completo y Fallot. Glenn al año. Cierre de CIA-CIV y plástica mitral. Apertura anular y parche transanular. Por marcada hipoplasia de VD se mantiene Glenn. Reintervención para ampliación del tracto de salida del VD. Ambos pacientes requirieron soporte ventilatorio por 48 hs, extubación a CAFO con óxido nítrico.

Discusión: Siempre que sea posible conviene hacer CBV, sin embargo si el VD disfunciona aplica el concepto de CUMV permitiendo mantener los resultados favorables de la CBV pero restándole carga al VD. Sus indicaciones no están definidas. Se ha utilizado score-z VT hasta -6, con volumen ventricular de hasta 48% del normal.

Conclusión: La CUMV es una buena alternativa para el manejo del VD hipoplásico cuando por diferentes motivos no pueda realizarse cirugía de Fontan, ni CBV.

0175 HEMORRAGIA ALVEOLAR E INSUFICIENCIA RENAL EN VASCULITIS ANCA POSITIVO

CV VILLAVICENCIO(1), C ALFARO CLAROS(1), JF FLORES SANABRIA(2), DA LOPEZ VACA(1)
(1) Clínica Copacabana. (2) Clínica

Las vasculitis ANCA positivo son enfermedades sistémicas, autoinmune que afectan a pequeños vasos de forma predominante. Su incidencia es de 15 casos en un millón. Su presentación clínica con hemorragia alveolar e insuficiencia renal aguda, representan la forma grave de la patología con una mortalidad del 80%, pero con el tratamiento oportuno se reduce al 30%.

Caso clínico: Paciente masculino de 54 años de edad, antecedentes de artritis reumatoidea y ceguera de ojo derecho por uveítis en 2018. Tratamiento con prednisona 10mg/día, metotrexato 5mg/día. Consulta en otro centro por: edemas en extremidades y artralgias simétricas de 7 días de evolución, acompañado de exantemas en miembros inferiores. Radiografía de torax: neumotorax iatrogeno izquierdo. Laboratorio ingreso GB: 15000 (segmentados 85%) hto: 31,0% Hg: 9,9 g/dl (VCM 74 HbCM 22 ChbCM: 30) sin disfunciones orgánicas. Procalcitonina positiva. urocultivo: Echerichia coli sensible a imipenem. Evolucionó con disnea y progresión de infiltrados en radiografía de torax aumento de disfunciones orgánicas SOFA 4 es derivado a nuestro centro. Día 7 lucido, hipertensión, taquicardia, taquipnea e hipoxemia (FIO2 40%): 92%: leucocitosis 26.200 (segmentados 92%) hto: 21,7% Hg: 6,3 g/dl (microcítica hipocrómica) coagulopatía, BT: 1,5Mg/dl (BD: 1,1mg?d) Cr: 3,5 mg/dl GOT/GPT/Inograma normal. Se interpreta como sepsis a foco pulmonar vs infección urinaria. Tratamiento imipenem/levofloxacina, anuria respondedor a Furosemida. Se transfunde 3UGR. Evolucionó síndrome de distrés respiratorio agudo y shock con progresión de infiltrados en radiografía de torax. se decide IOT inicia vasoactivos. Presenta hemoptisis, se sospecha vasculitis de pequeños vasos. ANCA P(aMPO), ANCA C (aPR3) positivo. Biopsia de lesiones de piel: vasculitis vasos pequeños neutrofílica. Se inicia pulsos de corticoides y una sesión de plasmáferesis, continuando con ciclofosfamida. Mejoría de PAFI y fallas orgánicas, Día 11 se extuba a VNI, pasando a piso día 18 por weaning dificultoso por NAV.

Comentario: Analizamos un paciente con antecedentes de uveítis, artralgias y artritis reumatoidea, que años después presenta un cuadro de edemas en miembros inferiores y maculas, progresa con mala mecánica y disfunción multiorgánicas pensando en sepsis. Cuando presenta hemoptisis se sospecha de enfermedad pulmonar. Llegando a su diagnóstico rápidamente y tratamiento oportuno, reduciendo su mortalidad.

Conclusión: La vasculitis ANCA son de baja incidencia. El síndrome pulmón riñón en vasculitis ANCA positivo es la forma grave, con alta mortalidad. su diagnóstico y tratamiento oportuno disminuye ampliamente la mortalidad.



0176 RESPUESTA PARADÓJICA A LA COMPRESIÓN TORÁCICA EXTERNA EN SDRA

I FERNÁNDEZ CEBALLOS(1), J PAVICIC(1), IA CARBONI BISSO(1), MF COURTOIS(1), MJ LAS HERAS(1)
(1) Hospital Italiano de Buenos Aires

Introducción: La respuesta paradójica a la compresión extrínseca (compext) de la caja torácica en el síndrome de distrés respiratorio agudo (SDRA) implica una mejora de la mecánica pulmonar al aplicar una compresión torácica y/o abdominal controlada.

Dicha situación suele evidenciarse en las etapas tardías de la enfermedad al colocar al paciente con la cabecera a 0° y aplicarse transitoriamente la compresión extrínseca. La fisiopatología sugerida es la sobredistensión alveolar al final de la espiración, debido al atrapamiento aéreo en las zonas dependientes debido a la heterogeneidad de la aireación pulmonar.

La tomografía por impedancia eléctrica (EIT) y la capnografía volumétrica (Vcap) son herramientas de monitoreo no invasivas, que permiten medir la distribución de la aireación pulmonar y el espacio muerto alveolar (Vd/Vt).

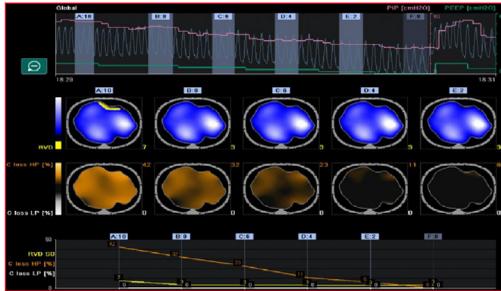
Métodos: Para poner en evidencia la utilidad de la TIE y Vcap para detectar dicha situación, se presentan los cambios de la mecánica ventilatoria, gasometría arterial, distribución de la aireación pulmonar y la ventilación alveolar en un paciente con SDRA evolucionado. Se evaluaron 4 situaciones secuenciales: Cabecera a 30°, a 0°, a 0° + compext del abdomen, y a 30° + compext.

Resultados: El pasaje de cabecera de 30° a 0° produjo una disminución de la presión plateau (Pplat) y delta P de 7cmH2O en ambas mediciones (28 vs 21 y 22 vs 15, respectivamente). Esto se tradujo en una mejoría de la distribución de la aireación del 30%, con mayor representación en la región no dependiente. La Vcap demostró mejoría del Vd/Vt (0.38 vs 0.28), y de la oxigenación (83.1 vs 96.3 mmHg).

La implementación de compext con la cabecera a 0° y 30° provocó un aumento de 2 y 3 cmH2O de la Pplat y delta P. El Vd/Vt fue de 0.26 y 0.31, y la Po2 obtenida fue de 87.4 y 86.5 respectivamente.

Conclusión: La TIE y la Vcap permitieron poner en evidencia que el mecanismo responsable de la respuesta paradójica a la compresión extrínseca en el paciente con SDRA es debida a la limitación de la sobredistensión alveolar.

	Cabecera 35°	Cabecera 0°	Cabecera 0° + comp abdominal	Cabecera 35° + comp abdominal
<i>Plat</i>	28	21	23	24
<i>Delta p</i>	22	15	18	19
<i>Compl</i>	13.6	20	16.7	15.8
<i>PCO2</i>	41.9	39.1	39.7	35.3
<i>PO2</i>	83.1	96.3	87.4	86.5
<i>Vd/Vt alv</i>	0.38	0.28	0.26	0.31
<i>SIII</i>	0.163	0.141	0.090	0.114



0177 MANIFESTACIONES NEUROLÓGICAS EN PACIENTES CON DENGUE EN TERAPIA INTENSIVA

Y LAMBERTO(1), PA SAUL(1), L DOLDAN(1), N CAMPAGNUCCI(1), A RODRIGUEZ(1), M ALIAGA(2), V CHEDIACK(1), E CUNTO(1)
 (1) Muñiz. (2) Churrucá

Es una enfermedad causada por un virus de la familia Flaviviridae que se transmite a través de la picadura de mosquitos del genero Aedes, principalmente el Aedes aegypti.

En 2024 hasta la semana epidemiológica 13 se notificaron 4,820,955 casos sospechosos de dengue. Con un incremento de 260% respecto al mismo periodo del 2023 y 448% al promedio de los últimos 5 años. Existen múltiples manifestaciones neurológicas como encefalopatía, parálisis hipokalemica, encefalitis, meningitis, mielitis, síntomas por reacciones autoinmunes con neuromielitis optica, entre otras.

Presentación del caso: De enero a abril de 2024, ingresaron a UTI 61 pacientes con dengue. 9(14.7%) presentaron síntomas neurológicos. Mediana de edad 48(19-79). 66.6% fueron mujeres. Media entre inicio de síntomas e ingreso UTI fue 3.5 das y media de estadía fue de 3.8.

Referente al diagnóstico, obtuvieron 6 PCR positivas, 7 NS1 positivas, ninguno presentaba serología positiva.

Los síntomas neurológicos asociados fueron(figura 1):

- Convulsiones: 4/9 (44.4%)
- Síndrome confusional: 2/9 (22.2%)
- Meningismo: 2/9 (22.2%)
- Excitación psicomotriz 1/9 (11.1%)
- Deterioro del sensorio 3/9 (33.3%)

2 pacientes presentaban hiponatremia asociada.

Se realizo TC de cerebro en 6 pacientes, 1 presento edema generalizado, el resto sin alteraciones.

De 6 punciones lumbares, se encontraron hallazgos alterados en 2 con hiperproteinorraquia. Se realizó PCR en las mismas y en 3 casos (50%) resultado positiva. Los cultivos de LCR de bacteriología, otros virus y hongos fueron negativos.

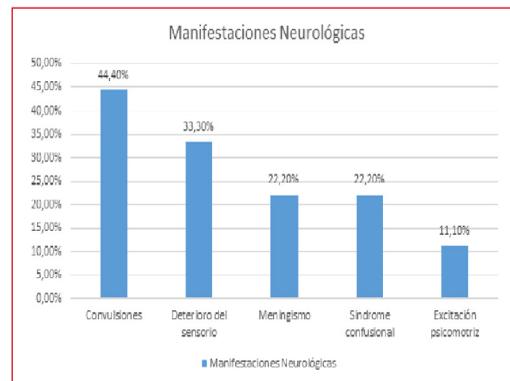
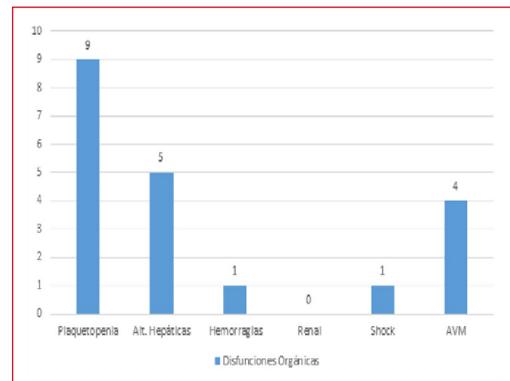
Las disfunciones orgánicas asociadas se pueden evaluar en la figura n°2.

Requirieron ventilación mecánica 4 pacientes (44.4%). la mortalidad fue de 22.2%.

Discusión: El dengue es una enfermedad viral, que puede afectar múltiples sistemas, ya sea por la infección propiamente dicha o por la respuesta inmune que genera.

Resulta importante evaluar las diferentes presentaciones neurológicas a fin de una correcta evaluación del paciente, así como incorporarlo entre los diagnósticos diferenciales frente a cuadros neurológicos.

Conclusión: Consideramos que es importante compartir experiencias de manifestaciones no tan frecuentes de esta enfermedad, dado el aumento de su frecuencia. Debemos encontrarnos alertados sobre las diferentes presentaciones que podemos encontrar para una rápida detección de la misma y un adecuado tratamiento.



0179 INTUBACIÓN PRECOZ EN PACIENTE CON QUEMADURA DE VÍA AÉREA

VP LOBO, M ISA(1), J PEREZ(1), R DILACCIO(1), D AMAYA(1), M ROTH(1)
 (1) Clínica Regional del Sud

Introducción: Las quemaduras son la cuarta causa de trauma en el mundo. Entre un 10 y 20% de los pacientes admitidos en un centro especializado tienen quemadura de la vía aérea, lo que se asocia directamente al tamaño de superficie quemada, duplicando la tasa de mortalidad de los quemados.

El daño de la vía aérea superior puede causar un edema rápidamente progresivo que lleva a la obstrucción, sobre todo en caso de quemadura de la laringe. La víctima de este tipo de quemadura requiere una intubación inmediata, antes de que se produzca la obstrucción.

Presentación del caso: Paciente de 73 años, que presenta quemaduras en cara y miembros superiores secundarios a combustión de nafta. Se calculo la SCQ del 7%, con compromiso de la vía aérea, por lo cual se realiza IOT en forma inmediata. Se evalúa vía aérea con fibrobroncoscopia en donde se objetiva gran compromiso de la misma y debido a ello se decide realizar traqueostomía percutánea temprana. Luego de buena evolución clínica y previo a la decanulación se realiza nuevamente fibrobroncoscopia en donde se objetiva indemne la vía aérea.

Discusión: Se debe sospechar compromiso de vía aérea cuando los pacientes sufren de quemaduras en espacios cerrados (habitaciones o interior de vehículos), son encontrados inconscientes o cuando sus quemaduras ocurren cara y cuello.

El diagnóstico de una quemadura inhalatoria se hace bajo visión directa de fibrobroncoscopia, donde se observa detritus endotraqueal carbonero, ulceraciones, enrojecimiento o palidez de mucosas. Debemos de sospecharla siempre que se presente ampollas en los labios, pelos chamuscados en la barba o en los orificios nasales. La tos y la expectoración de secreción de color marrón son manifestaciones de quemaduras de la vía aérea inferior que en poco tiempo conducen a una insuficiencia respiratoria. La quemadura de la vía aérea puede acompañarse de una intoxicación, en diferentes grados, por el monóxido de carbono y otros gases.

Conclusión: La intubación es una indicación terapéutica frecuente. Aunque la intubación orotraqueal no tenga urgencia inmediata, es mejor intubar precozmente antes de que progrese el edema y provoque la obstrucción de la vía aérea.



0183 ABSCESO CEREBRAL POR STREPTOCOCCUS PYOGENES EN ADULTO INMUNOCOMPETENTE

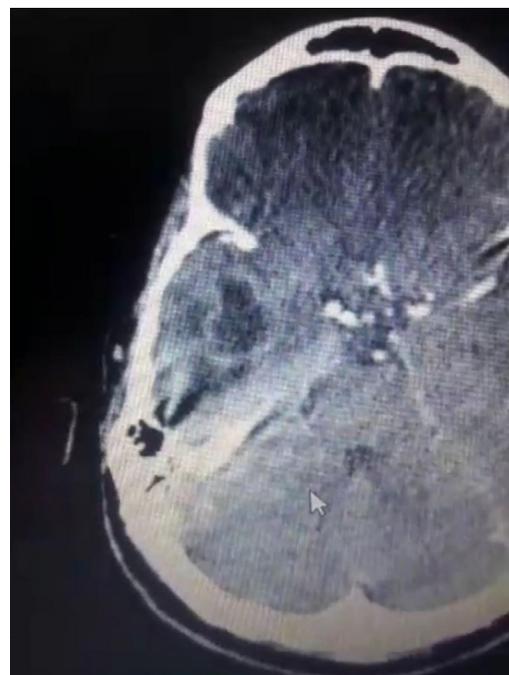
M CAPRILES(1), B VAZQUEZ(1), S HEALY(1), W ARGANA MONTAN(1), M RAGAZZOLI(1), P SANCHEZ(1), R CARBALLO OROZCO(1), C BALASINI(1), A ELINGER(1)
(1) Pirovano

Introducción: El *S. Pyogenes* es una bacteria Gram-positiva del grupo Streptococcus grupo A (SGA). Comúnmente origina distintas infecciones cutáneas en adultos e infecciones respiratorias en menores de edad, sin embargo, puede presentarse como enfermedad invasiva potencialmente mortal, siendo responsable de más de 500.000 muertes anuales a nivel mundial. La transmisión ocurre por contacto directo con heridas en una persona infectada o a través de gotas aerosolizadas. El Boletín Epidemiológico Nacional de Argentina noviembre 2023 advirtió sobre la detección de cepas virulentas.

Presentación del caso: Paciente femenina de 40 años con antecedentes de G1 P1, resección de quiste ovárico, que ingresa por cuadro meníngeo donde se toma muestra de LCR que detecta (PCR y cultivo) *S. pyogenes*, por el cual estuvo internada con tratamiento antimicrobiano EV con ceftriaxona y linezolid, continuando posterior con amoxicilina VO en ambulatorio. A las 48 hs re-ingresa por presentar cefalea intensa y náuseas, se realiza tomografía de encéfalo donde se evidencia imagen hipodensa temporal derecha de 33 x 25 mm, bordes definidos que a la administración de contraste realza con edema y desviación de línea media. Ingres a cirugía para drenaje de absceso cerebral. Durante el postquirúrgico inmediato en UTI se evidencia neutropenia (GB 1,000 - 4% Neutrófilos) sin órgano de disfunción asociado, por lo cual comienza con tratamiento filgrastim con adecuada respuesta, continuando posterior evolución en sala.

Discusión: La cápsula es un importante determinante de virulencia bacteriana y las cepas de *S. pyogenes* altamente encapsuladas se asocian con una enfermedad más grave y una mayor resistencia a la muerte mediada por neutrófilos. La detección en Argentina de clones M1UK y el hallazgo de casos con un sublinaje con elemento genético móvil que codifica para la toxina super antigénica, que expresarán casos graves por el germen y en localizaciones atípicas.

Conclusión: No existe actualmente vacuna ni profilaxis específica para prevención de la enfermedad por SGA las principales medidas son la sensibilización del equipo de salud para realizar un diagnóstico oportuno de los casos, la indicación del tratamiento adecuado de manera temprana y la realización de los controles clínicos necesarios.



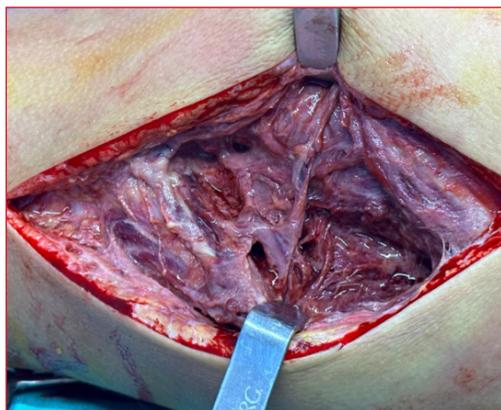
0185 PIOMIOSITIS PRIMARIA, A PROPOSITO DE UN CASO
 C LUENGO(1), MS FACHINAT(1), D VILLANI(1), R RODRIGUEZ(1), L LEIT(1)
 (1) Higa San Jose

Introducción: La piomiositis primaria es una infección poco común pero significativa del músculo esquelético, caracterizada por la formación de abscesos. Causada por una variedad de microorganismos siendo el Staphylococcus aureus (SAU) el agente causal más frecuente. Afecta predominantemente a niños y adultos mayores, con mayor incidencia en aquellos con comorbilidades como diabetes, inmunosupresión o trauma muscular. Su mortalidad varía entre el 2% y 20%. La presentación clínica es variable con síntomas locales que pueden estar ausentes en las etapas iniciales, lo que dificulta su diagnóstico. Las imágenes complementarias son fundamentales para confirmar el diagnóstico y evaluar la extensión de la infección.

Presentación del caso clínico: Paciente de 15 años de edad, sin antecedentes, consulta por cuadro de 3 días caracterizado por dolor, eritema, tumefacción de ambos miembros superiores (MM-SS), acompañado de edema palpebral bilateral y angioedema. Laboratorio con falla renal aguda, hemocultivos x 2 negativos y Tomografía computada (TC) de MMSS donde se evidencian burbujas de gas en espacio subacromial izquierdo. Se realizó toilette quirúrgica evidenciándose material purulento y signos de necrosis muscular. Se aísla SAU meticilino resistente en músculo y se ajusta antibioticoterapia. Evoluciona con progresión de falla renal con necesidad de hemodiálisis, y aparición de nuevos focos en región lumbar e isquiotibial homolateral, con requerimiento de múltiples drenajes quirúrgicos. Completa 21 días de tratamiento antibiótico con evolución favorable.

Discusión: Para un diagnóstico temprano se requiere un alto índice de sospecha en pacientes con dolor muscular espontáneo, teniendo en cuenta diagnósticos diferenciales como osteomielitis, artritis séptica, celulitis o síndrome compartimental. El compromiso muscular multifocal por diseminación hematogena se presenta en el 15-43% de los casos. Su diagnóstico es clínico y el valor de la TC es determinar la profundidad, extensión y presencia de necrosis. Presenta una mortalidad del 100% sin intervención quirúrgica. El tratamiento es antibioticoterapia junto con la remoción del foco en las primeras 24 horas y si fuese necesario el desbridamiento seriado para extraer el tejido necrótico.

Conclusión: Se destaca la importancia de la sospecha clínica en pacientes sin antecedentes de jerarquía con o sin puerta de entrada, así como también la intervención quirúrgica y el tratamiento antibiótico precoz.



0186 EXPERIENCIA DE TRES AÑOS (2020-2023) EN HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA ANEURISMÁTICA EN EL HOSPITAL ESCUELA GRAL. JOSÉ FRANCISCO SAN MARTÍN DE LA PROVINCIA DE CORRIENTES

J BERNACHEA(1), LJ OJEDA FLORES(1), JE ALFONSO(1), JM MARTINEZ AQUINO(1), HJM ÁLVAREZ(1)
 (1) Hospital Escuela Gral. San Martín

Introducción: La hemorragia subaracnoidea (HSA) aneurismática tiene una alta tasa de morbimortalidad. Tras el sangrado inicial fallecen el 50% de los pacientes, y el porcentaje asciende entre el 60% y el 75% debido al resangrado.

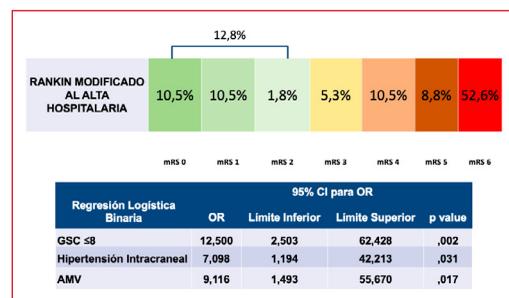
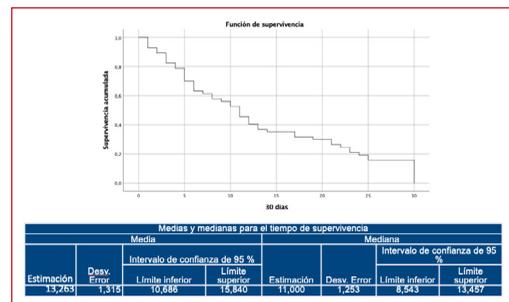
Objetivos: Describir pacientes con HSA tratados en el Hospital Escuela Gral. J.F. San Martín. Se analizó el rankin modificado (mRS), sobrevida y factores asociados a mortalidad.

Material y métodos: Estudio observacional, retrospectivo. Se incluyeron pacientes >18 años con HSA. Para el análisis univariado se utilizó T student y CHI2, y regresión logística binaria para el multivariado.

Resultados: Se analizaron 57 pacientes. Media de edad 51±15 años. Sexo femenino 58%. Media de Hunt y Hess 3±1, WFNS 3±1 y Fisher modificado 3±1. El 58% de los pacientes fueron embolizados y el 24,6% se cliparon. La mortalidad fue del 52.6%. La media de supervivencia por Kaplan-Meier fue de 13 días. El 12,8% presentó un mRS menor a 2 al alta. La edad (p=,022), Hunt y Hess (p=,000), WFNS (p=,000), Fisher modificado (p=,001), Glasgow ≤8 (p=,000), HSA de mal grado (p=,000) hipertensión intracraneal (p=,000), ventilación mecánica invasiva (p=,000) se asociaron a mortalidad. En el análisis por regresión logística binaria, el Glasgow ≤8 OR 12,5 (p=,002), HIC OR 7,09 (p=,031), AMV OR 9,11 (p=,017), se asoció con mayor riesgo de mortalidad.

Discusión: La HSA sigue presentando una mortalidad elevada con un bajo porcentaje de pacientes con buenos resultados funcionales.

Conclusiones: En HSA el Glasgow ≤8, la hipertensión intracraneal y el requerimiento de AMV se asociaron con mayor riesgo de mortalidad.



0187 ECOGRAFÍA NUTRICIONAL EN UTI: DEPLECIÓN DE MASA MUSCULAR EN PACIENTES SÉPTICOS

V FERNÁNDEZ ABELLO(1), R GREGORI(1), P SAÚL(1), S CÁCERES(1), C DOMÍNGUEZ(1), L DOLDÁN(1), M GALINDO(1), Y LAMBERTO(1), N CHACÓN(1), C VARGAS(1), M ABOT(1), L GONZALEZ(1), N CAMPAGNUCCI(1), V CHEDIACK(1), E CUNTO(1)
(1) Muñiz

Introducción: La debilidad muscular en pacientes críticos se asocia a mayor estadía y mortalidad en terapia intensiva (TI) y es consecuencia en su mayor parte a la pérdida de masa muscular (PMM) debido a inmovilidad, uso de fármacos, estado inflamatorio sistémico, sepsis y falla multiorgánica (FMO). Se estima una pérdida del 2 % por día durante la primera semana, pudiendo ser mayor en pacientes sépticos y con FMO. La medición por ecografía del grosor del cuádriceps femoral (CF), compartimiento flexor del brazo y área del recto femoral (RF) parecen ser buenos métodos subrogantes para estimar PMM en pacientes críticos con variabilidad inter e intra-observador muy baja.

Objetivos: Primario: Cuantificar la PMM mediante ecografía por ultrasonido en pacientes críticos con sepsis.

Secundarios: 1- Medir disminución del grosor del CF, bíceps braquial (BB) y área del RF.

2- Asociar disminución del CF y BB con mortalidad.

Material y Método: Estudio descriptivo, prospectivo longitudinal. Se evaluaron 14 pacientes sépticos internados en TI durante Octubre 2023-Mayo 2024. Se realizó estadística descriptiva usando porcentaje (%), media (M), rango (mínimo-máximo). Las mediciones fueron realizadas por dos observadores los días 1-3 y 7 de ingreso a TI. Se utilizó ecógrafo con transductor lineal en modo B, en punto medio de muslo y brazo derechos según recomendaciones de Hadda et al (BMC 2018) y área del RF según Seymour et al (Thorax 2009)

Resultados: Edad M 45 años (24-64) varones 50% (7) shock séptico 92.8% (13) HIV+ 35% (5) asistencia ventilatoria mecánica 92,8 % (13) Post quirúrgicos 2% (1) terapia de reemplazo renal continuo 21.4% (3) FMO 21.4% (3) óbitos 50% (7)

Los pacientes fallecidos tuvieron PMM media/día similar al resto: CF día 7: 2.1 % BB día 7: 2.9 %

Conclusiones: La medición del CF Y BB realizada el día 3 se vio afectada probablemente por retención de líquidos y/o edemas, observándose la PMM de forma más evidente al día 7. El área del RF pareció menos influenciado por este motivo.

Cuantificar la PMM mediante ecografía es un desafío que permitirá realizar un seguimiento nutricional más específico del paciente crítico séptico y con una muestra mayor se podría determinar el impacto sobre el pronóstico de muerte en estos pacientes.

CUADRO 1: PMM MEDIA EN PACIENTES SÉPTICOS

MÚSCULO EVALUADO	PACIENTES CON DISMINUCIÓN MM(%)	PÉRDIDA MEDIA DE MM (%)	PÉRDIDA MEDIA DE MM /DÍA (%)
CF DIA 3	38	9.9	3.3
CF DIA 7	90	14.9	2.1
BB DIA 3	38	12.5	4.1
BB DIA 7	62.5	20.6	2.9
ÁREA RF DIA 3	77.8	16.6	5.5
ÁREA RF DIA 7	83.3	23.7	3.4

0189 INCIDENCIA DE ESTREÑIMIENTO EN UN SERVICIO DE TERAPIA INTENSIVA DE BAHIA BLANCA

ME BEILMAN(1)

(1) Hospital Municipal De Agudos Leonidas Lucero.

Introducción: El paciente crítico sufre importantes modificaciones fisiológicas y está expuesto a múltiples factores asociados a la es-

tancia hospitalaria que aumentan el riesgo de presentar diversas complicaciones, entre las que se destaca el estreñimiento. Específicamente, en nuestro servicio se desconoce la frecuencia de estreñimiento y no se cuenta con protocolos para prevenirlo. El objetivo del presente trabajo es describir la incidencia de estreñimiento en pacientes bajo asistencia ventilatoria mecánica (AVM) de nuestro servicio y los factores de riesgo asociados.

Métodos: Estudio descriptivo, observacional, prospectivo. Si incluyeron consecutivamente todos los pacientes bajo AVM por al menos 72 horas durante el período de 6 meses. Se diseñó una base de datos para la recolección de datos y se calculó un tamaño muestral necesario de 91 pacientes. Se utilizó la prueba de Chi-cuadrado para la asociación entre variables ordinales/nominales.

Resultados: De los 91 pacientes incluidos el 58.2% (53/91) fueron masculinos, la edad promedio fue de 54.75, y el diagnóstico de ingreso predominante fue alteraciones respiratorias con un 34,1% (31/91). El estreñimiento se presentó en un 84.6% (77/91) de los pacientes. El 86,8% (79/91) recibió tratamiento, abarcando un 44,3% (35/79) la administración enteral de vaselina y/o lactulón. La fórmula de nutrición estándar se usó en un 85.7% (78/91); al cruzar las variables estreñimiento y fórmula de nutrición con la prueba de Chi-cuadrado se obtuvo un valor p de 0,04. En el 83,4% (76/91) se inició nutrición enteral entre el mismo día del ingreso y a las 24 hs de éste.

En cuanto a los factores de riesgo asociados, el 100% uso midazolam como sedante. El 100% recibió opioides como analgesia. Un 84,6% tuvo infusión de noradrenalina; y un 87,9% (80/91) recibió tratamiento con antibióticos.

Conclusiones: Nuestro servicio cuenta con una frecuencia elevada de estreñimiento, compatible con valores reportados en la bibliografía. Se identificó asociación entre el estreñimiento y el tipo de fórmula nutricional.

0190 INFECCIONES POR ESTAFILOCOCO METICILINO RESISTENTE DE LA COMUNIDAD EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS

A AGULLÓ(1), L BARSANTE(1), G NORALY(1), MDP ARIAS(1), L AIZAGA(2), L VITERBO(2)

(1) Hospital De Niños Dr. Ricardo Gutierrez. (2) Hospital de Dr. Niños Ricardo Gutierrez

Introducción: Un pequeño porcentaje de los niños hospitalizados por infecciones causadas por estafilococo aureus meticilino resistente de la comunidad (SAMRC) presentan compromiso multisistémico, necesitando tratamiento en unidades de cuidados intensivos (UCIP).

Objetivo: Describir las características clínico-epidemiológicas y evolución en la UCIP de pacientes ingresados con infección por SAMRC. Comparar resultados entre los periodos 2011-2015 y 2016-2024.

Material y métodos: Estudio observacional, retrospectivo. Ámbito: UCIP polivalente de un hospital pediátrico. Análisis secundario de base de datos del servicio (SATIQ). Se incluyeron pacientes ingresados entre el 1/12/2011 y el 14/03/2024. Se consideró Enfermedad Invasiva (EI) por SAMRC a toda infección producida por dicho germen que afecte a cualquier órgano interno y/o sangre. Se usó estadística descriptiva para caracterizar la población: las variables continuas se expresan como mediana y rango intercuartílico (RIC); las variables categóricas como frecuencias y porcentajes. Se utilizó test de X² para comparar la mortalidad entre ambos periodos y métodos no paramétricos para comparar variables continuas. Valor de P significativo < 0.09.

Resultados: Durante el periodo de estudio ingresaron en la UCIP 25 pacientes con diagnóstico de EI por SAMRC, 13(52%) de sexo masculino. La mediana de edad fue 68.73 meses (3.37-185.27). El motivo de ingreso fue shock séptico en el 46% de los pacientes (12/25), insuficiencia respiratoria 16%(4/25), monitoreo postquirúrgico en 12%(3/25), insuficiencia cardíaca 8%(2/25), shock tóxico 4%(1/25), otras causas 12%(3/25).

El principal foco infeccioso al inicio del cuadro fue cutáneo (48%,12/25).

En la tabla 1 se muestra el grado de invasión de los pacientes. El 96% (24/25) de los pacientes descartaron SAMRC en hemocultivos de ingreso. La sensibilidad es un dato faltante en 2 casos; el resto todos fueron sensibles a TMS, y 91% (21/23) sensibles a Clindamicina. La mortalidad observada en el periodo 1 fue 30% vs 6.6% en el periodo 2. La tasa de mortalidad estandarizada (TME) fue 3.17 vs 0,73 respectivamente. La estadía en UCIP tuvo una mediana de 9,5 días vs 17.

Conclusiones: Los pacientes con EI por SAMRC presentaron alta mortalidad. Si bien la diferencia de resultados no fue estadísticamente significativa, se observó una disminución de la mortalidad y un aumento de la estadía entre ambos períodos analizados.

DISPOSITIVOS DE INVASION	N (%)	Porcentaje (%)	Duración (mediana)	Duración (RIC)
ARM Invasiva	22	88	14	19
ARM no invasiva	2	8		
VAFO	2	8		
Cateter Venoso Central	23	92	15	18,5
INOTROPICOS	18	72		
Noradrenalina	18	72	8,5	8,75
Milrinona	12	48	6,5	8,5
Adrenalina	5	20	6	4
Dopamina	1	4		
DRENAJES	16	64	18	17

*un paciente puede haber tenido más de un inotrópico o soporte ventilatorio.

0191 CREENCIAS SOBRE LA DONACIÓN DE ÓRGANOS Y TEJIDOS, CORRIENTES CAPITAL. AÑO 2023

N ZORZOLI(1), G SANDOVAL(1), L BAZAN(1), R MAMBRIN(2), C GOMEZ(3)

(1) Hospital Escuela Jose Fransisco de San Martin. (2) Hospital Angela Llano. (3) Hospital Julio C Perrando

El trasplante de órganos y tejidos representa una herramienta fundamental para salvar vidas a personas de todas las edades. Esta investigación tuvo como objetivo describir las creencias sobre la donación de órganos y tejidos que refieren las personas. Estudio de tipo cuantitativo, descriptivo, transversal y observacional. Para la recolección de los datos se utilizó un cuestionario adaptado de los autores: Gómez-Rázuri.J K Ballena-López.F Jiménez. L. con 9 ítems estructurados que permitieron describir las creencias de las personas, el mismo se aplicó a un total de 322 unidades de análisis que cumplimentaban los criterios de inclusión para este estudio.La información recolectada fue tabulada en una planilla de Excel del paquete de Microsoft Office. Se estudiaron a 322 personas donde se hallaron que las creencias siguen imperando en la actitud de las personas pese a la ley establecida. En cuanto a edad, se observó que 50% de los encuestados tenía menos de 31 años. En términos de género, 57% corresponden al sexo femenino y 43% al sexo masculino. Se evidenció que 85% de los encuestados cree en la existencia del tráfico de órganos, un 39% desconoce la opinión de la religión; el 61,26% de sexo femenino y el 38,74% de sexo masculino declararon estar inscriptos como donantes. Sin embargo, el 58% de las personas cree que la muerte cerebral es reversible, y un 49% afirma que la muerte cerebral es inmovilidad. Es esencial proporcionar información precisa y confiable sobre el proceso de donación y trasplante para mejorar la eficacia de los programas de donación en la región, con el objetivo de salvar vidas.

0193 SINDROME DESCOMPRESIVO TORÁCICO EN TUMOR INTRATORACICO GIGANTE. REPORTE DE CASO

J PANIAGUA MONTERO(1), P BOSCHINI(1), J MADERA(2), VL PUENTE ARI(1), M MELEAN FLORES(1), C MARTINEZ CRUZ(1), FD DAZA SILES(1), D RODRIGUEZ(1)

(1) Higa Eva Peron San Martin. (2) Instituto De Oncología "Angel H. Roffo"

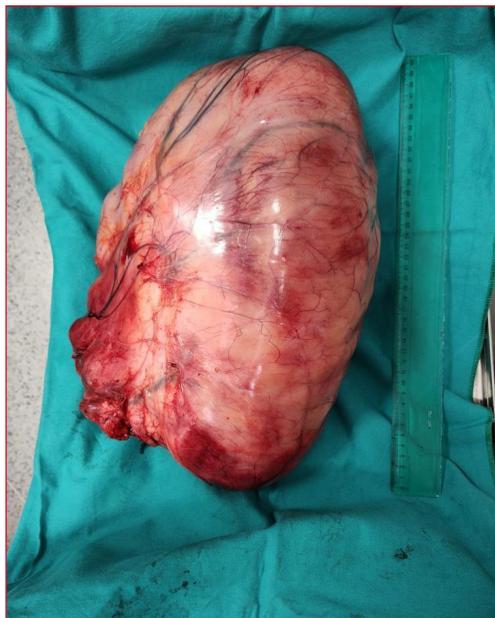
Introducción: Los tumores intratorácicos gigantes de gran volumen, habitualmente benignos o con bajo grado de malignidad que ocupan mediastino, son de características compresivas, infiltrativas,

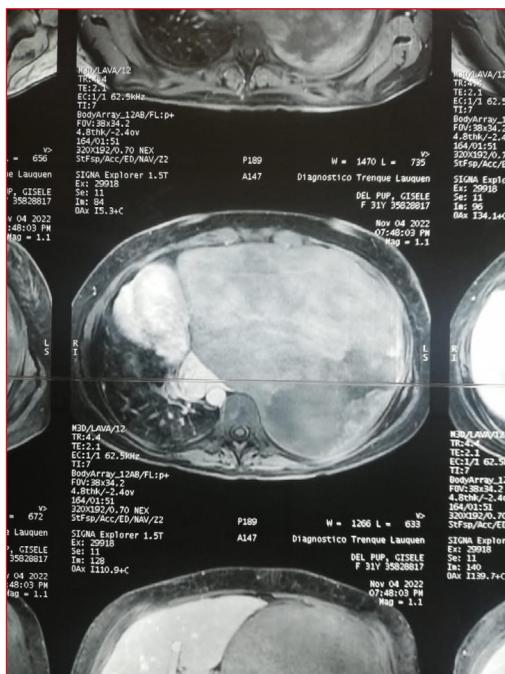
de origen mesenquimal mayormente, que colapsan órganos, son un reto quirúrgico. Son extensas masas con captación variable de contraste, áreas quísticas, hemorrágicas y calcificaciones. Causando complicaciones hemodinámicas como el síndrome de descompresión pericárdica. Siendo una patología infrecuente consideramos oportuna la comunicación de este caso.

Presentación de Caso: Paciente femenina de 31 años, antecedentes de tabaquismo y gastritis. Presenta cuadro en julio 2022 caracterizado por disnea progresiva, se realiza Tomografía tórax observando masa gigante intratorácica izquierda, densidad partes blandas, colapso pulmonar y desplazamiento severo mediastinal hacia la derecha. Anatomía Patológica: proliferación mesenquimática fusocelular. Ingres a Terapia Intensiva requiriendo mascarar Venturi, posteriormente cánula de alto flujo y finalmente IOT/ARM. De ventilación mecánica compleja por parámetros de dinámica respiratoria. Se inicio antibioticoterapia por probable neumonía con atelectasia en pulmón no colapsado. En fibrobroncoscopia con importante compresión de vía aérea. Valorado quirúrgicamente indica resección pulmonar izquierda con incisión Clamshell, presenta shock obstructivo y cardiogénico. Realizó reanimación cardiopulmonar, masaje y desfibrilación a cielo abierto. Fallece durante intraoperatorio.

Discusión: Los tumores mesenquimales de mediastino son raros y representan 2% de los tumores mediastínicos. Con clínica variada, desde asintomáticos hasta síntomas severos dependiendo del efecto de masa. El síndrome descompresivo pericárdico es una complicación post-resección grave por su fisiopatología hemodinámica. Dado este caso, la descompresión cardíaca y de vasos mediastinales mayores, se comportó similarmente al síndrome de descompresión pericárdica, asociado aparentemente a disfunción ventricular. Con desbalance entre la precarga del ventrículo derecho y la resistencia periférica elevada post-resección, insuficiencia cardíaca y shock cardiogénico.

Conclusiones: Los tumores mediastinales, de hallazgo incidental, son un reto diagnóstico y terapéutico. Requieren evaluación y tratamiento oportuno por complicaciones fatales durante la resolución con enfoque médico-quirúrgico, que afectan la calidad de vida y pronóstico del paciente.





0195 INFECCIONES NOSOCOMIALES POR KPC EN LA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA, UN NUEVO DESAFÍO

J PARDON(1), K CINQUEGRANI(1), F PODESTA(1), M LANGARD(1)
 (1) El Cruce

Introducción: Actualmente, la *Klebsiella pneumoniae* productora de carbapenemasas es un patógeno que provoca aumento de la morbimortalidad, prolongación del tiempo de internación y mayores gastos hospitalarios.

Objetivos: Conocer la prevalencia en nuestro servicio.

Estudiar la relación entre portación e infecciones asociadas a los cuidados de salud.

Métodos: Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo, de tipo cohorte, se revisaron historias clínicas de pacientes menores de 16 años, ingresados en la unidad de terapia intensiva pediátrica del Hospital de Alta Complejidad en Red "El Cruce" desde enero hasta diciembre de 2023, los cuales presentaron portación de KPC.

Evaluamos las variables: edad, sexo, diagnóstico de ingreso, días de internación y factores de riesgo, obtenidas de la base de datos SATI Q.

Resultados: En nuestro servicio se realiza screening con hisopado de vigilancia a todos los pacientes una vez por semana. En el período evaluado se realizaron 1210, registrándose 39 KPC nuevas con mayor cantidad de casos en mayo, junio y julio.

Del total, 10 pacientes presentaron una infección asociada a los cuidados de la salud; 4 de estos presentaron reinfecciones por KPC, por lo que se registraron un total de 16 eventos. La media de estancia hospitalaria fue de 62 días. El motivo de ingreso fue infección respiratoria baja grave (8) y cardiopatía congénita (2).

De estos 16 eventos, 7 fueron Bacteriemias asociadas a catéter por KPC, 3 infecciones del tracto urinario asociados al uso de sonda vesical; 4 infecciones asociadas a respirador y 2 traqueobronquitis. 8 pacientes egresaron; 2 bitaron, 1 de ellos debido a la intercurencia infectológica.

Del total, se rescataron 3 *Klebsiella Pneumoniae* Nueva Delhi Metabolactamasa.

Conclusiones: Las infecciones por KPC, representan un desafío para la salud pública. Es una problemática que abarca a la mayoría de los países de América Latina, donde se evidencia un aumento de gérmenes multiresistentes y escasa disponibilidad de nuevos tratamientos antibióticos.

Es fundamental implementar medidas para prevenir la diseminación, estrategias para control de infecciones, screening semanal con hisopados de vigilancia y promover el uso racional de antibióticos.

0196 VALORACIÓN FUNCIONAL DEL DIAFRAGMA MEDIDO POR DOPPLER TISULAR COMO PREDICTOR DEL FRACASO EN LA EXTUBACIÓN: PRUEBA DE CONCEPTO

J FERNÁNDEZ(1), S SAAVEDRA(1), L BERTORELLO(1), J ROBERTI(1), M BUISEL(1), L BALSAMO(1), D ARAUJO(1), C CAPUTO(1), F SOSA(1)
 (1) Hospital Alemán

Introducción: Entre un 15-35% de pacientes en terapia intensiva (UTI) con asistencia ventilatoria mecánica (AVM) experimenta internación prolongada por dificultades en la extubación de la AVM. 1-5 La disfunción diafragmática está asociada a fracaso en la extubación. 1-3 Para evaluarla se utilizan predictores como excursión diafragmática (ED) y fracción de engrosamiento (FE). Con doppler tisular, técnica sencilla y de bajo costo, se podría medir velocidad de contracción y relajación diafragmática. 2,3,6 Resta confirmar su sensibilidad y seguridad con respecto a la FE y ED. Por ello presentamos los primeros resultados de evaluación de función diafragmática valorada por doppler tisular para predecir fracaso en la extubación.

Método: Estudio descriptivo prospectivo. Criterios de inclusión y exclusión en tabla 1. Las mediciones con Doppler tisular diafragmático (dT) se obtuvieron del hemidiafragma derecho, a pie de cama con sujetos en posición entre 30-45°. Se usó transductor fase array 2-4mHz, preset cardíaco con Philips CX50 o Vivid iq GE. Se obtuvo integral velocidad tiempo (VTI) de contracción diafragmática, pendiente de aceleración de velocidad contracción y relajación, velocidad pico de contracción y excursión del diafragma derecho valorada en cm desde la región subcostal línea medioclavicular y FE del diafragma en zona de aposición calculado a través del valor de máximo grosor durante contracción y mínimo valor durante relajación. Las mediciones fueron realizadas por 3 operadores expertos. Se consideró éxito en extubación paciente libre de re-intubación o muerte dentro de 48 hs. Se identificaron valores de corte dTP en pacientes con desvinculación exitosa o no exitosa.

Resultados: Los parámetros clásicos de valoración de función diafragmática como FE y ED muestran peores valores en la paciente que fracasó en la extubación. Con respecto al dTP la aceleración espiratoria fue significativamente más elevada en el paciente con fracaso de extubación lo que coincide con lo informado en la literatura. La significancia no es estadística. La tabla 2 muestra características y valores de pacientes.

Conclusión: Este estudio sirvió como prueba de concepto, con el fin de proporcionar una visión preliminar e identificar posibles tendencias que podrían servir de base para estudios más amplios y definitivos en el futuro.

Tabla 1. Criterios de inclusión y exclusión de pacientes

Criterios de inclusión	Criterios de exclusión
<ul style="list-style-type: none"> Adultos mayores de 18 años Vinculación a asistencia ventilatoria mecánica por más de 24 horas Medición realizada entre los 20 y 30 minutos de colocados en tubo en T. Haber cumplido con éxito prueba de ventilación espontánea de tubo en T durante 30 min y vayan a ser extubados según criterios clínicos. 	<ul style="list-style-type: none"> Diagnóstico de parálisis diafragmática Toracotomía o esternotomía en el último año Diagnóstico de neumotórax o neumomediastino Embarazo Extubación de fin de vida Ventana ecográfica diafragmática deficiente Enfermedades neuromusculares

Tabla 2. Características y valoraciones de pacientes

Característica y valoraciones	Éxito extubación(n=7)	Fracaso extubación (n=1)
Edad, años, media±DS	72.6±12.4	66
Sexo femenino, n(%)	6 (85.7)	0 (0)
Tiempo AVM, en días, media±DS	7±4.6	7
Corticoides, n(%)	6 (85.7)	1(100)
Extubación día de eco, n(%)	7(100)	1(100)
VNI post extubación, n(%)	5(71.4)	1(100)
Bloqueantes neuromusculares, n(%)	2(28.6)	0(0)
Ecografía Diafragma		
Fracción engrosam %, media±DS	35.7±10.0	25
Excursión diafragmática, cm, media±DS	1.6±0.5	1.4
Doppler tisular diafragmático		
Vel. pico contracción (cm/seg), media±DS	3.2±1.0	2.3
Aceleración inspiratoria (mseg), media±DS	237.4±142.6	237.3
VTI inspiratorio (cm), media±DS	2.3±1.0	1.5
Vel pico relajación (cm/seg), media±DS	2.4±1.0	2.4
Aceleración espiratoria (seg), media±DS	227.6±128.7	259
LUS, media±DS	11.4±5.1	13

Abreviaturas: AVM: Asistencia Ventilatoria Mecánica; LUS: Lung Ultrasound Score (Puntuación de Ultrasonido Pulmonar), media±DS: Media y Desviación Estándar; VNI: Ventilación No Invasiva; Vel. pico contracción: Velocidad Pico de Contracción del Diafragma; VTI inspiratorio: Integral Velocidad Tiempo Inspiratorio; Vel. pico relajación: Velocidad Pico de Relajación del Diafragma.

0197 DECANULACIÓN DE PACIENTES TRAQUEOTOMIZADOS CON DAÑO CEREBRAL ADQUIRIDO CON Y SIN ALTERACIÓN DE LA CONCIENCIA

F CEOLIN(1), M MALDONADO(1), N MARTIN(1), R GOUVERT(1), F FRANCO(1), L SANABRIA(1), M PETRE(1)
 (1) Hospital de Alta Complejidad del Bicentenario de Esteban Echeverría

Introducción: El daño cerebral adquirido (DCA) representa una alteración en las estructuras cerebrales, causada por accidentes o enfermedades, produciendo una reducción en la capacidad funcional y calidad de vida. Los pacientes con DCA experimentan diversos niveles de alteración de la conciencia, evaluados por la Escala de Recuperación del Coma (ERC). La traqueotomía es común en estos pacientes, especialmente cuando requieren asistencia respiratoria mecánica prolongada. La decanulación de la traqueotomía se ha vuelto un punto de interés, especialmente en pacientes con alteración de la conciencia, pero aún se debate sobre su seguridad y los criterios para realizarla.

Objetivo: Analizar la evolución de pacientes con DCA decanulados con o sin alteración crónica de la conciencia mediante la escala ERC. Buscando determinar si la decanulación es segura (definiéndose esta como la sobrevida del paciente sin necesidad del restablecimiento de una vía aérea artificial) y si la alteración de la conciencia forma parte de un criterio condicionante para la retirada de su vía aérea artificial.

Metodología: Se realizó un estudio analítico, comparativo y retrospectivo en un hospital de alta complejidad en la provincia de Buenos Aires durante el año 2023. Se incluyeron pacientes con DCA decanulados, con edades entre 18 y 70 años. Utilizando registros médicos y fichas de evaluación para la recopilación de datos.

Resultados: Se analizaron 33 pacientes traqueotomizados con DCA, de los cuales el 50% presentó alteración de la conciencia. No se encontraron diferencias significativas entre los grupos con y sin alteración de la conciencia.

Conclusiones y Discusión: La decanulación en pacientes con DCA y alteración de la conciencia sigue siendo controversial. Este estudio sugiere que la alteración de la conciencia no afecta significativamente la seguridad de la decanulación. Se destaca la importancia de evaluar las funciones de protección de la vía aérea y la evolución de la conciencia después de la decanulación. Se sugiere la necesidad de investigaciones futuras para comprender mejor el impacto de la decanulación en la sobrevida y evolución de estos pacientes luego de su extubación.

Tabla 1- Analisis poblacional.

	Grupos	Masculino		Femenino		Media	Pvalue
		n	%	n	%		
Sexo	Sin alteracion de conciencia (%)	13	(82%)	3	(18%)	-	-
	Con alteracion de conciencia (%)	13	(82%)	3	(18%)	-	-
Edad	Sin alteracion de conciencia (Std. Dev)	-	-	-	-	35.06 (+16)	0.242
	Con alteracion de conciencia (Std. Dev)	-	-	-	-	42.18 (+17)	
Dias de AVM	Sin alteracion de conciencia (Std. Dev)	-	-	-	-	26.625 (+8)	0.171
	Con alteracion de conciencia (Std. Dev)	-	-	-	-	31.438 (+10)	
Dias de IOT	Sin alteracion de conciencia (Std. Dev)	-	-	-	-	15.063 (+4)	0.447
	Con alteracion de conciencia (Std. Dev)	-	-	-	-	16.313 (+4)	
Dias de TQT	Sin alteracion de conciencia (Std. Dev)	-	-	-	-	21.688 (+9)	0.068
	Con alteracion de conciencia (Std. Dev)	-	-	-	-	29.688 (+13)	
Grupos conciencia	Sin alteracion de conciencia (%)	-	-	-	-	16 (50%)	-
	Con alteracion de conciencia (%)	-	-	-	-	16 (50%)	

En la prueba de T-student se observa que no existen diferencias significativas en mortalidad ni en falla de decanulación en ambos grupos. *Tabla 3 y 4.*

Tabla 3 - Mortalidad según estado de conciencia

Mortalidad según estado de conciencia	P Value
	0.999

Tabla 4 - Recanulaciones por grupo

Recanulaciones por grupo	P Value
	0.999

0198 HISTEROSALPINGITIS POR STREPTOCOCCO PYOGENES

R DOMINGUEZ(1), S HEALY(1), M CAPRILES(1), R CARBALLO OROZCO(1), P SANCHEZ(1), M TORO(1), MB VAZQUEZ(1), M DE ARMAS(1)
 (1) Pirovano

Introducción: Streptococcus pyogenes, clasificados como Estreptococos beta hemolíticos del grupo A, son bacterias de amplia distribución comunitaria que, habitualmente, producen infecciones no invasivas de rápida resolución. Sin embargo, en forma esporádica, pueden originar una enfermedad invasiva con riesgo de vida.

Se presenta el caso producido por S. pyogenes en una paciente adulta, presentando un abdomen agudo quirúrgico: histerosalpingitis.

Presentación del caso: Paciente femenina de 40 años, sin antecedentes clínicos. Ingres a Emergencias por cuadro de 4 días de evolución, luego de consultar en varias instituciones por fiebre, hiperoxia y astenia, acompañada de dolor abdominal en región umbilical que irradiaba a hipogastrio donde el cuadro había sido interpretado como infección urinaria y se indica nitrofurantoina, sin mejoría del cuadro clínico.

La paciente ingresa en mal estado general, abdomen agudo en tabla, shock, anuria y mala perfusión periférica. Cirugía decide realizarle una laparotomía exploradora hallándose peritonitis purulenta en 4 cuadrantes por absceso tubo ovárico bilateral. Se realiza salpinguectomía bilateral con lavado y toma de muestra. Ingres a Terapia Intensiva hemodinámicamente inestable con noradrenalina 0.25mcg/kg/min con livideces generalizadas (score Mottling 5), relleno capilar enteltecido en ARM bajo sedación y analgesia en anuria. Inició tratamiento ATB con piperacilina/ tazobactam cubriendo una infección abdominal severa de la comunidad y se le tomaron hemocultivos periféricos.

Se realiza reanimación con cristaloides, altas dosis de noradrenalina, vasopresina, corticoides, infusión de furosemida, con empeoramiento de las fallas orgánicas, no tolerando hemodiálisis. La paciente obita a las 12 hs del ingreso a UTI.

Posteriormente se recibe resultado de 2/2 hemocultivos y líquido abdominal positivos para S. pyogenes con sensibilidad habitual.

Conclusión: Esporádicamente, *S. pyogenes*, produce enfermedades invasivas, potencialmente mortales. Si bien estas enfermedades pueden darse en la comunidad, son especialmente vulnerables quienes padezcan diabetes, inmunodeficiencias, etc.

La mortalidad del 25-50%, el serotipo M1 es uno de los más ampliamente reconocidos como productores de enfermedad invasiva en el mundo.

La enfermedad invasiva por *S. pyogenes* fue declarada en un alerta epidemiológica del Ministerio de SALUD. Por lo cual, ante el contexto epidemiológico se debe pensar en este germen e instalar un adecuado control de foco y antimicrobianos.

0199 GASTROPATÍA GANGRENOSA EROSIVA SECUNDARIA A PSITACOSIS FULMINANTE

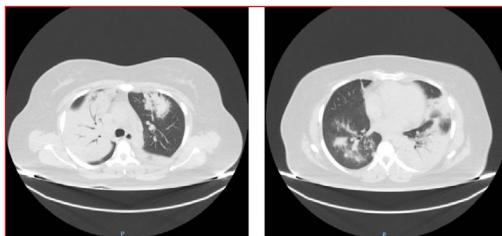
V LEON(1), V REYES(1), M CASTRO(1), A BALDIVIEZO(1), J ROSSINI(1), S MACKFARLANE(1), C ZIELINSKI(1), M NANO(1), E ANTOLA(1), F SOTO(1)
(1) Horacio Dupuy

Introducción: Aunque la patogénesis no es completamente conocida, se han reportado algunos casos luego de procedimientos endoscópicos como polipectomía o mucossectomía. La mortalidad global es alta, estimada entre un 40-60%. La sospecha y el reconocimiento temprano de esta entidad podrían evitar resultados fatales. Considerando lo anterior y los pocos casos reportados, creemos importante presentar en este informe un caso de gastropatía gangrenosa en paciente que cursaba con Psitacosis Fulminante.

Presentación: Femenina de 43 años, contacto epidemiológico con ave Psittacidae (loro), ingresa con dificultad respiratoria con intubación orotraqueal. bajo diagnóstico de neumonía grave de la comunidad que progresa a SDRA con hipoxemia refractaria, por lo cual requiere decúbito prono sin respuesta, presenta fallo multiorgánico con alto requerimiento de soporte vasopresor, se realizan serologías para Chlamydia psittaci 2 positivo >3,20, presentando hemorragia digestiva alta; llevando a un shock mixto (hipovolémico y séptico) PCR de 3 min se maneja con transfusión de hemoderivados, se realiza VEDA, donde se confirma diagnóstico por gastropatía gangrenosa erosiva, la paciente es derivada a otra institución para realización de second look por gastroenterología donde fallece por nuevo resangrado.

Discusión: En este caso, la gastropatía gangrenosa erosiva probablemente se desarrolló como resultado de la hipoxia tisular severa en la mucosa gástrica. La hipoxia puede dañar la barrera mucosa gástrica, aumentando la susceptibilidad a la ulceración y la hemorragia. La hipoxia refractaria, a pesar de las medidas de soporte hemodinámico y ventilatorio, sugiere un desequilibrio profundo entre el DO₂ y el VO₂, posiblemente agravado por la disfunción microvascular y la alteración de la función endotelial, aunque se cumplió con los objetivos terapéuticos las estrategias para mejorar el DO₂, a pesar de colocar todas las medidas descritas en este caso la cascada inflamatoria y fallo multiorgánico como consecuencias de la alteración del delivery de oxígeno tisular tuvo graves consecuencias produciendo la fatalidad de la paciente.

Conclusión: La Psitacosis fulminante puede causar fallo multiorgánico y hemorragia digestiva grave. Se necesitan guías nacionales para manejo crítico y manejo multidisciplinario para esta enfermedad. Se destaca la importancia de la anamnesis, vigilancia epidemiológica, educación sanitaria y medidas preventivas para controlar la transmisión de la Psitacosis.



0200 TRAQUEOSTOMÍA PERCUTÁNEA: EXPERIENCIA DE LA TERAPIA INTENSIVA DEL HOSPITAL PIROVANO

S HEALY(1), P FALVO(1), M CAPRILES(1), R CARBALLO OROZCO(1), P SANCHEZ(1), CDV BARRIOS(1), A SIRINO(1), W ARGANA MONTAN(1), F LUNA(1), C VANINI(1), H CESARIO(1), F COSTA(1), D DENIS(1), C BALASINI(1)
(1) Pirovano

Introducción: La traqueostomía percutánea (TP) es un procedimiento que los médicos de Terapia Intensiva comenzamos a realizar durante la pandemia. Actualmente somos centro formador de TP con una técnica percutánea que consiste en el uso de ecografía de la vía aérea y videolaringoscopia.

Objetivos: Evaluar las complicaciones mecánicas, sangrado, infecciones, confort y mortalidad.

Materiales y Métodos: Estudio de cohorte prospectivo realizado en pacientes mayores de 18 años, con indicación de traqueostomía desde el 1/01/20 hasta el 31/12/23.

Se evaluaron variables epidemiológicas, scores de gravedad al ingreso, tiempo a la traqueostomía, días de traqueostomía, y posterior al procedimiento: infección de ostoma, sangrado, neumotórax y mortalidad. También se evaluó confort mediante la comparación del uso de sedación 48 hs antes y después del procedimiento.

Análisis estadístico: Las variables se informarán como promedio, DS; mediana, RI 25-75% y %.

Resultados: Durante el periodo se realizaron 109 TP, la indicación fue mayoritariamente por ventilación mecánica prolongada. Las variables epidemiológicas y resultados se observan en la tabla 1.

Conclusiones: La mitad de las TP fueron realizadas durante la pandemia. Fueron pacientes de mediana edad, críticamente enfermos. El tiempo hasta la TP fue corto, la mortalidad fue baja.

La TP es una técnica que se puede realizar en la UTI, presenta mínimas complicaciones realizada con tecnología para evaluar la vía aérea y entrenamiento profesional.

PACIENTES con TP		Complicaciones de la TP	
Edad (años)	109	Complicaciones infecciosas	0%
Sexo masculino	53 (48%)	Pneumotórax	0%
APACHE II	37 (34%)	Sangrado ostomía	1 (0.91%)
APACHE II	15 ± 5	Mortalidad dentro de las 48 hs	0%
SOFA	5 ± 3		
Clinicos	77 (71%)		
Cirugía electiva	7 (6%)		
Cirugía urgencia	25 (23%)		
Trauma	14 (13%)		
COVID-19	48 (44%)		
Días hasta la TP	15 (13-20)		
Días a la decanulación	22 (14-43)		
Días de ARM	37 (25-53)		
Días de UTI med (RI 25-75%)	43 (29-63)		
Días de internación en UTI	43 (29-63)		
Mortalidad %	24 (22%)		



0202 PSITACOSIS EN TERAPIA INTENSIVA: USO DE TRATAMIENTO COMBINADO. REPORTE DE CASOS

P SAÚL(1), V CHEDIACK(1), E CUNTO(1), C DOMINGUEZ(1), JJ VIDELA(1), R GREGORI-SABELLI(1), Y LAMBERTO(1), S CÁ-CERES(1), N CHACÓN(1), N CAMPAGNUCCI(1), C VARGAS, A RAMIREZ(1), J FERNANDEZ(1), E CORTEZ(1)
 (1) Hospital Muñiz

Introducción: La psitacosis, zoonosis de distribución mundial, puede presentarse en brotes o esporádicamente. Un 65% de los casos tienen contacto con aves.

Abarca cuadros asintomáticos, síndrome febril agudo, neumonías leves, neumonías moderadas y graves que requieren ventilación mecánica (VM) y fulminantes (shock).

El tratamiento de elección en neumonías graves/fulminantes es la doxiciclina endovenosa, los macrólidos podrían tener menor eficacia en este contexto. Describen el uso de moxifloxacina o levofloxacina, solas o combinadas con doxiciclina en neumonías graves/fulminantes, con buenos resultados.

Reportamos 5 pacientes con psitacosis que fueron tratados con levofloxacina más doxiciclina.

Material y métodos: Evaluación retrospectiva de 5 historias clínicas de pacientes internados en terapia intensiva con diagnóstico de neumonías por psitacosis (Chlamydia psittaci en muestras respiratorias con reacción en cadena de la polimerasa positiva). Período enero-abril 2024.

Resultados: En la tabla 1 se observan las características clínicas de los 5 (cinco) pacientes con psitacosis.

Se observó en la radiografía o tomografía de tórax (caso 3) infiltrados bilaterales con consolidación. Recuento de leucocitos normal. El caso 1 recibió hemofiltración veno-venosa continua por distrés. En todos los casos se administró levofloxacina endovenosa 750 mg/día y doxiciclina enteral 200 mg/día.

Discusión: En Argentina no hay doxiciclina endovenosa y los macrólidos parecen tener menor eficacia en neumonía grave/fulminante por psitacosis. La levofloxacina endovenosa es una opción en neumonías graves/fulminantes, pero podría ser menos efectiva que doxiciclina, por ello en China se tiende a usar en pacientes críticos con frecuencia combinada con doxiciclina.

Por estos antecedentes usamos levofloxacina endovenosa y doxiciclina (el mejor tratamiento disponible) enteral.

Conclusiones: La levofloxacina endovenosa parece ser una opción adecuada en neumonías graves/fulminantes por psitacosis. Se podría considerar el agregado de doxiciclina enteral.

Se deben realizar estudios con mayor número de casos para definir mejor la utilidad de fluoroquinolonas y el tratamiento combinado. En el contexto epidemiológico actual se debe considerar la psitacosis como probable agente etiológico de neumonía grave de la comunidad (Ministerio de Salud Nación reporta aumento inusitado de psitacosis, con nivel de brote, 40 % requirieron terapia intensiva).

La presencia de consolidación bilateral y leucocitos normales parecen ser sugestivos de psitacosis.

Tabla 1. Características clínicas de pacientes con psitacosis

Caso	Edad Años	Sexo	Contacto con aves	Macrólido previo	VM	Prono	Shock	Evolución
1	37	Femenino	Si	No	Si	Si	Si	Alta
2	38	Femenino	No	Si	Si	Si	Si	Alta
3	43	Femenino	No	Si	Si	Si	Si	Mejoría clínica (internada)
4	60	Masculino	Si	No	No	No	No	Alta
5	72	Masculino	Si	No	No	No	No	Alta

0205 SOPORTE VENTILATORIO EN PACIENTES NEUROCRITICOS

E PEREYRA ZAMORA(1), V MONROY(1), R GOMEZ(1), G AVILA(1), M NEYRA(1), D DIAZ CATIVAS(1), J PARODI(1)
 (1) Enrique Vera Barros

Introducción: Los pacientes Neurocríticos (NC) representan un número importante de ingresos en nuestra unidad con edades variadas y con una fuerte prevalencia de origen traumático. Dicha población representa un desafío para el equipo a cargo de la ventilación mecánica.

Objetivos: - Realizar un análisis descriptivo de la epidemiología de pacientes ingresados en UTI de nuestro hospital.

- Establecer causas de ingreso en UTI.

- Visibilizar la población de pacientes Neurocríticos dentro del ámbito de la provincia.

Pacientes y Métodos: De 1011 pacientes ingresados en la unidad, el 38% corresponden a la población neurocrítica. 372 pacientes con patología neurológica, ingresados entre 1/01/2.022 al 31/12/2.023, fueron analizados: edad, sexo, días de internación, AVM, extubación, requerimiento de traqueostomías y mortalidad.

Resultados: De 372 pacientes neurocríticos, Se analizaron 246 pacientes que requirieron soporte ventilatorio invasivo, representando el 66% del total de la muestra. Las causas de ingreso fueron: traumatismo craneoencefálico 103 (42%), accidente cerebrovascular (isquémico y hemorrágico) 69 (28%) y otras causas neurológicas 74 (30%). El sexo masculino fue predominante con el 60 %. La edad promedio fue de 41 años (15-88). El promedio de días de VM fue de 9,38; mientras que los días de internación fue de 12.3. Fueron extubados 68 (28%) y traqueotomizados 45 (18%). El número de pacientes reintubados fue solo de 4 y todos posterior a las 48 hs con lo que no se considera fallo de extubación. La mortalidad por todas las causas fue de 62% y las altas del 38%. Cabe mencionar que, de los óbitos, el 27.8 % tuvieron muerte encefálica siendo donantes reales el 41%.

Conclusión: La población de pacientes NC con soporte ventilatorio, representan una población importante, esto puede corresponder a la gravedad medida por scores validados, que representa nuestra muestra, se requiere diseñar estrategias públicas para reducir el ingreso en los cuidados críticos y revisión del manejo dentro de la unidad, a fin de poder reducir la mortalidad que presentamos en este trabajo.



PACIENTES NEUROCRÍTICOS	372
VENTILADOS	246 (66 %)
MASCULINOS	148 (60 %)
FEMENINOS	98 (40 %)
EDAD	15-88 AÑOS
APACHE II	PROMEDIO 27 (M.E. 55 %)
SOFA INGRESO	PROMEDIO 13 (M.E. 40-60 %)
MARSHALL	PROMEDIO 3
ICHS	PROMEDIO 2
NIHSS	PROMEDIO 12
MEDIANA AVM	10
MEDIANA DIAS DE INTERNACIÓN	13
EXTUBACION	68 (28 %)
TRAQUEOSTOMIA	45 (18 %)
REINTUBACION	4 (Posterior a las 48 Hs)
MORTALIDAD	(62%)
ALTAS	(38%)

0206 VENTILACIÓN ASISTIDA PROPORCIONAL Y ESTIMACIÓN DEL ESFUERZO RESPIRATORIO EN PACIENTES CRÍTICOS DURANTE LA TRANSICIÓN A LA VENTILACIÓN ESPONTÁNEA. ESTUDIO PILOTO

A DOMINGUEZ(1), FJ BIANCHINI(1), I BROZZI(1), I GONZÁLEZ(1), M TORRES(1), RS MORACCI(1), FJ GUTIERREZ(1), GA PLOTNIKOW(1)

(1) Hospital Británico de Buenos Aires

Introducción: El período de transición a la ventilación espontánea es un momento crucial para el retiro de la ventilación mecánica en los pacientes críticos. Durante esta fase, los pacientes pueden presentar dificultades y requerir de soporte ventilatorio, lo cual los expone a la posibilidad de enfrentarse a sobreasistencia o subasistencia. La ventilación asistida proporcional (PAV+) ajusta el soporte en función del esfuerzo del paciente, mejorando la sincronía paciente-ventilador. El objetivo de este estudio será estimar el esfuerzo durante la programación de PAV+ con medidas invasivas y no invasivas de trabajo ventilatorio, y compararlas con las mediciones de la barra de trabajo del respirador en pacientes que se encuentren en transición a la ventilación espontánea.

Materiales y métodos: Estudio piloto, descriptivo y prospectivo en la unidad de cuidados intensivos del Hospital Británico de Buenos Aires, realizado entre febrero y mayo de 2024.

Resultados: Se evaluaron 9 pacientes y se obtuvieron un total de 36 registros. La mediana de edad fue de 68 años, en su mayoría hombres que ingresaron por motivos médicos (56%) con un SAPS II al ingreso de 51 y un APACHE II de 20 (Tabla 1).

Cuando el trabajo respiratorio del paciente estuvo entre 0.3 y 0.7 J/L, las mediciones de trabajo, esfuerzo y drive respiratorio se encontraron dentro del rango recomendado: PTPes fue de 8.7 cmH₂O/seg, Pes de 7 cmH₂O, Pocc de 10.9 cmH₂O y P0.1 de 1.9 cmH₂O (Tabla 2).

Los valores presentaron comportamientos representativos de lo esperado, mostrando diferencias conforme varió el esfuerzo. Tanto la Pes, como la Pocc y la P0.1 fueron significativamente diferentes ($p=0.009$; $p<0.001$; $p=0.012$ respectivamente) siendo mayores para esfuerzos altos y menores para esfuerzos bajos (Tabla 2).

Conclusión: Con base en nuestros hallazgos, el monitoreo que ofrece PAV+ podría verse optimizado mediante el uso de mediciones objetivas, invasivas y no invasivas, al pie de la cama. Esto permitiría un manejo más efectivo de la transición a la ventilación espontánea, minimizando los riesgos de sobreasistencia y subasistencia.

Tabla 1. Datos demográficos

Edad*	68 (66-76)
Género (hombre)*	6 (67%)
SAPS II*	51 (44-59)
APACHE II*	20 (14-23)
SOFA 24hs*	11 (9-13)
Score Charlson*	5 (3-8)
Mortalidad*	3 (33%)
LOS UCI*	18 (15-44)

*Mediana (RIQ); *n (%)

Tabla 2. Registros de esfuerzo y drive respiratorio con métodos invasivos y no invasivos de acuerdo al nivel de trabajo respiratorio registrado por la barra de trabajo del respirador Puritan Bennett 980 en modo PAV+

Mediciones	Adecuado n = 23 ¹	Alto n = 8 ¹	Bajo n = 5 ¹	p-value ²
WOB paciente (J/L)	0.5 (0.4-0.6)	0.8 (0.8-0.94)	0.27 (0.25-0.28)	<0.001
PTPes/min (cmH ₂ O/min)	160 (110-203)	161 (146-283)	107 (88-161)	0.2
PTPes (cmH ₂ O/s)	8.7 (7.26-10.2)	10.4 (8.8-11.9)	7.3 (7.2-7.5)	0.11
Pes (cmH ₂ O)	7 (4.7- 8.7)	9.8 (8.1-13.6)	3.8 (3-4.2)	0.009
Pocc (cmH ₂ O)	10.9 (8.6-15.2)	15.8 (14.6- 23.5)	7.1 (6.1- 8)	<0.001
P0.1 (cmH ₂ O)	1.9 (1.5-2.7)	3.1 (2.2-6.5)	1.2 (0.9-1.4)	0.012

¹Adecuado = WOB entre 0,3 y 0,7 J/L. Bajo = WOB menor de 0,3 J/L. Alto = WOB mayor de 0,7 J/L.
²Kruskal-Wallis rank sum test; Valores expresados en Mediana (RIQ)

0207 LESIONES CATASTRÓFICAS O DEVASTADORAS EN CRÁNEO ASOCIADAS A TRAUMA

A RAMIREZ JUNCOS(1), PB PAHNKE(1), LI CORBALÁN(1)

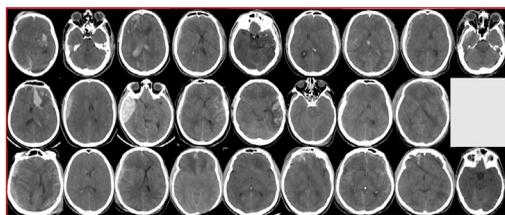
(1) Hospital Municipal de Urgencias.

Introducción: El trauma tiene una alta mortalidad y morbilidad. El TEC representa la principal causa de muerte en hombres jóvenes. Las lesiones cerebrales catastróficas o devastadoras son aquellas lesiones neurológicas que al ingreso son una amenaza inmediata para la vida o incompatible con una buena recuperación funcional, en la cual en algunos casos se considera la limitación o retirada temprana de la terapia. La piedra angular de la neuromonitorización en este contexto sigue siendo el examen neurológico. Además, se utiliza el ISS para categorizar las lesiones traumáticas.

Objetivos: Determinar las características de la lesión catastrófica en cráneo en pacientes que ingresaron al Shock Room entre enero 2023 a febrero 2024; y, además, intentar establecer una relación con las variables: escala de Glasgow al ingreso, descripción pupilar, clasificación de Marshall para la tomografía de ingreso y la mortalidad, a fin de establecer un índice, para la ayuda en la práctica clínica.

Resultados: De 26 pacientes, 84% fueron masculinos, con edad promedio de 34 años. El 65.4% ingreso de GCS de 3. De ellos, el 57.7%, correspondieron a motociclistas, y el 93.3% no utilizaban el casco correctamente. A su vez, el 69.23% presentó un ISS entre 16 a 25. El 76.9% presentó un toxicológico positivo al ingreso. En cuanto al examen pupilar, el 30.8% presentaban midriasis bilateral. En el análisis de la tomografía de ingreso, presentan un Marshall de IV. En cuanto a la mortalidad el 61.5% falleció durante la internación. El análisis estadístico de las variables, Glasgow de 3 al ingreso, junto con midriasis bilateral, con una clasificación de Marshall superior de III o más; asociado a un ISS mayor a 15, se estableció un índice para predecir la mortalidad en pacientes con Lesiones Catastróficas en cráneo, con la finalidad de ayudar a guiar la práctica clínica, en el cual se encontró una relación significativa entre ellas y la mortalidad.

Conclusión: Se necesitan más investigaciones prospectivas debido a las limitaciones de la muestra, y se destaca la importancia de un pronóstico neurológico preciso para guiar las decisiones de tratamiento y ofrecer expectativas realistas a los familiares.



0209 ENCEFALITIS DE BICKERSTAFF EN PACIENTE PEDIATRICO, A PROPÓSITO DE UN CASO

FR MARTINEZ(1), S ÁBALOS(1), R BURGOS PRATX(1), C NIEVA(1)

(1) Materno Infantil Jujuy

Introducción: La encefalitis de Bickerstaff, es una entidad neurológica poco frecuente, post infecciosa, inmunomediada, grave al inicio, de pronóstico benigno. Criterios clínicos: oftalmoplejía externa, ataxia, alteración de la conciencia o hiperreflexia. Precedida por enfermedad febril. Seropositividad de acGQ1b en la mayoría de pacientes. Buena respuesta a la inmunoglobulina. Remisión completa a los 6 meses.

Caso clínico: Varón de 1 año, previamente sano, se interna en clínica médica por enfermedad de 48 hs con irritabilidad, dificultad para gatear y respiratoria. Mala evolución, pasa a UTIP grave, coma profundo con respiraciones agónicas y pupilas midriáticas, reactivas lentas. AVM, TAC Cerebral con Edema, LCR: glucorraquia 140 mg/dl, proteínas 76mg/dl, cel 2, presión apertura de LCR de 38, FO normal. Se policultiva, tratamiento con ceftriaxona/ aciclovir. Serología TORCH negativas. Evolución a coma profundo, pupilas midriáticas fijas, arreflexia en MMII, ROT + MMSS, reflejo tusígeno abolido, sin respiraciones espontáneas. EEG: actividad enlentecida. RMN cerebral edema. RMN espinal: mayor captación de contraste en raíces de cola de caballo. Cultivos, PCR neurovirus negativos. Se descartaron causas tóxicas, infecciosas, metabólicas y maltrato infantil. Se plantea Encefalitis de Bickerstaf. Es tratado con corticoides y Gammaglobulina.

Buena evolución, recupera conciencia, EEG normalizado, mejoría progresiva motora, Traqueostomizado por AVM prolongado. Alta con cierre traqueostomía.

Discusión: En la encefalitis de Bickerstaff, la alteración del estado de conciencia varía desde somnolencia a coma profundo, lo que permite diferenciarla con Guillain Barré y Miller Fisher. No se obtuvo resultados de AcGQ1b por limitaciones epidemiológicas; el diagnóstico se basó en la clínica, antecedentes de infección respiratoria, neuroimágenes y buena respuesta a la inmunoglobulina. Se describe formas atípicas con Ac negativos.

Conclusión: La sospecha diagnóstica oportuna ante un cuadro de encefalitis aguda, debilidad muscular y alteración de ROT, permitirá tratamiento precoz condicionando morbimortalidad.

0210 ADECUACIÓN DEL ESFUERZO TERAPÉUTICO EN EL PERÍODO 2022-2024. ESTUDIO OBSERVACIONAL, RETROSPECTIVO Y LONGITUDINAL: MI PRIMER TRABAJO CIENTÍFICO

ML AIZAGA(1), L VITERBO, MDP ARIAS(1), D TURINA(1), A GATTARI(1), G NORALY(1), B LUCIA(1), A AYMARÁ(1)

(1) Ricardo Gutierrez

Introducción: La adecuación del esfuerzo terapéutico (AET) es compleja en pediatría por la naturaleza única de la relación médico-paciente ampliada a la familia. Se adiciona la escasez de bibliografía actualizada para su correcta implementación.

Objetivos: Determinar la prevalencia de AET en una unidad de cuidados intensivos pediátricos polivalente, describiendo el tipo de adecuación que se realizó y las características de la población.

Métodos: Diseño: Estudio observacional retrospectivo. Revisión de historias clínicas y base de datos del servicio (SATI Q)

Población y ámbito: Pacientes entre 28 días y 21 años ingresados en UCIP polivalente de un hospital pediátrico (CABA) entre el 1-1-22 y el 1-5-24.

Variables analizadas: Datos demográficos, probabilidad de muerte estimada al ingreso, motivo de ingreso. Se registró el uso de dispositivo para el soporte vital, las características de la adecuación (Retiro del soporte, no escalar, abstenerse). Se define AET como decisión clínica de no iniciar o retirar medidas de soporte vital al percibir una desproporción entre estas y los fines a conseguir, evitando la obstinación terapéutica y reforzando los aspectos positivos relacionados a los cuidados paliativos en búsqueda del confort al final de la vida.

Análisis estadístico: Las frecuencias y distribución de las variables categóricas se expresan en cantidad absoluta y porcentaje. Las variables cuantitativas se expresan como media y desvío estándar o mediana y rango intercuartil, según características de su distribución.

Resultados: Ingresaron 1209 pacientes. Se adecuaron 21 pacientes con prevalencia 1.73% (1-2.6% IC). El promedio de edad fue 87 meses (5-222 meses). La mediana fue de 57 meses (Rango intercuartil 36-126). La distribución de pacientes a lo largo del tiempo en el trabajo fue de 6 pacientes en 2022, 9 pacientes en 2023 y 6 pacientes en 4 meses de 2024. El tipo de adecuación fue de: retirar soporte 33.3%, no escalar en el tratamiento 52.4% y abstenerse en un 9.5%. Las patologías que se hallaron en estos pacientes se dividen en tres grandes grupos: neurológicas, metabólicas y oncológicas.

Conclusión: La AET presenta baja prevalencia pero que ha aumentado este último año con respecto al 2022 y 2023. Puede deberse a mayor conocimiento de la bibliografía por parte del equipo médico tratante.

0211 MANIFESTACIONES INUSUALES DE DENGUE. DENGUE EXPANDIDO

EL ROMERO(1), E ROMERO(1), I VILLARRUEL(1), R COPELLO(1), V OLIVA(1), M VILLEGAS(1), P CALCAGNO(1), E MINOLDO(1), C GALLETI(1)

(1) Sanatorio Allende

Introducción: La infección por dengue puede manifestarse como dengue febril (DF), dengue hemorrágico (DHF) y síndrome de shock por dengue (SSD). La Organización Mundial de la Salud (OMS) acuñó el término "síndrome dengue expandido" (SDE) para designar casos que no entran ni en el DHF ni en el SSD, con manifestaciones inusuales en órganos como el sistema cardiovascular, el sistema nervioso, los riñones, el intestino y el sistema hematológico, que son reportados con creciente frecuencia y denominados desde entonces SDE.

Presentación del caso: Se presentan 16 pacientes admitidos en UCI entre los meses de marzo y mayo de 2024 que ingresan o intercurren con clínica compatible y con posterior diagnóstico confirmado a través de pruebas serológicas o de detección de antígeno o ARN viral.

Resultados: La edad promedio fue 51 años (17/83) Sexo M:53.3% F: 46.7%.

Se agruparon las manifestaciones en 6 grupos (Gráfico 1) Se presentaron manifestaciones varias (Tabla 1). Hemorragias no dependiente de DH (HDA), metabólicas (SHH, hiponatremia) que son las más frecuentes, seguidas por las neurológicas (hemorragia intraparenquimatosa, neuropatía axonal, convulsiones). Otras asociaciones encontradas fueron bacteriemia, MAT, SCASEST.

Un solo paciente falleció. Los 15 restantes recibieron alta de unidad crítica.

Tabla 1. Pacientes evaluados con manifestaciones y mortalidad. HDA: hemorragia digestiva alta. MAT: microangiopatía trombótica. SCASEST: síndrome coronario agudo sin elevación de ST
Gráfico 1. Distribución en porcentajes de manifestaciones según afectación de órganos/sistemas

Discusión y Conclusión: La infección por dengue puede cursar asin-

tomática o manifestarse como, DF, DHF y SSD. Cada vez más se informan manifestaciones poco reconocidas y poco frecuentes con afectación orgánica grave. SDE es un término enunciado por la OMS en 2011 para cubrir las expresiones poco comunes del dengue que involucran daño grave al hígado, los riñones, la médula ósea, el corazón o el cerebro. Pueden estar relacionados con comorbilidades, coinfecciones asociadas o shock prolongado.

Aunque los mecanismos subyacentes de las formas graves no se han explicado completamente se presume relación con diferentes serotipos y una reacción inmunomediada.

Esta presentación enfatiza el conocimiento del SDE cuya detección temprana, particularmente durante las epidemias, ayuda a establecer el diagnóstico y el tratamiento más adecuado.



PACIENTE	EDAD	MANIFESTACIONES	MORTALIDAD
1	52	HDA. Úlcera duodenal	NO
2	79	Neumonía + bacteriemia por E.Coli	NO
3	63	Neumonía bilateral por Haemophilus + neuropatía motora axonal difusa	NO
4	22	Genitorragia y epistaxis	NO
5	64	Síndrome hiperglucémico hiperosmolar(SHH)	NO
6	20	HDA	NO
7	83	Hiponatremia. Síncope	NO
8	17	Crisis focal motora	NO
9	33	MAT	NO
10	71	Hemorragia Intraparenquimatosa	SI
11	65	Hiponatremia	NO
12	23	HDA	NO
13	53	HDA úlcere gástrica	NO
14	77	Hiponatremia	NO
15	53	Hiperkalemia. Falla renal	NO
16	66	SCA/SEST	NO

0212 HIPERGLUCEMIA DE ESTRÉS Y SUS FACTORES DESENCADENANTES EN EL PACIENTE CRÍTICO

GA ACEVEDO(1), AA ANCHAVA(1), GF MONGELOS(1), SA TOLEDO(1)

(1) Hospital Escuela José de San Martín

Introducción: Se define a la hiperglucemia de estrés como la concentración plasmática de glucemia en ayuno mayor a 126 mg/dl o una glucemia al azar mayor a 140 mg/dl en pacientes críticamente enfermos sin evidencia previa de Diabetes Mellitus. Está asociada a un incremento de la morbimortalidad y se ha reconocido a la variabilidad de la glucemia como un predictor pronóstico.

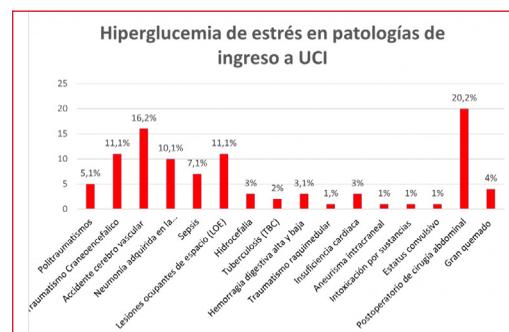
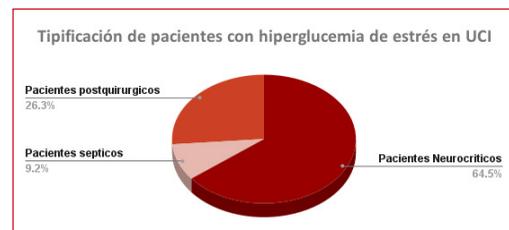
Los objetivos de este trabajo investigativo es describir, identificar y tipificar los factores desencadenantes de la hiperglucemia de estrés en el servicio de terapia intensiva del Hospital José de San Martín de la Ciudad de Corrientes en el periodo de febrero, marzo y abril del año 2024.

Métodos: Es un estudio descriptivo, retrospectivo y observacional de medición transversal, se realizó la recolección de datos mediante

las historias clínicas y acta de enfermería de pacientes internados en el servicio de UCI de nuestra institución. Se analizaron 158 pacientes, de los cuales 99 presentaron hiperglucemia de estrés mediante el valor de glucemia arterial preprandial. Las variables utilizadas fueron el sexo, la edad, glucemias arteriales preprandiales, diagnóstico de ingreso a UCI y estadía media en UCI.

Resultados: El 62% del total de pacientes presentaron hiperglucemia de estrés, con una edad media de 42,2 años (r18-87), 64,6% de sexo masculino, la estadía en terapia intensiva tuvo una media de 10,9 días ($\pm 1,37$) y el 31,1% fallecieron en UCI. Los desencadenantes fisiopatológicos más relevantes fueron el Postoperatorio de cirugía abdominal con un 20,2%, Accidentes cerebrovasculares 16,2%, Lesiones ocupante de espacio y traumatismos craneoencefálicos con un 11,1% y Sepsis con el 7,1%. Al tipificar los mecanismos fisiopatológicos, la hiperglucemia de estrés predominó en pacientes neurocríticos con el 64,5%, en cuanto a pacientes postoperatorio de cirugía abdominal presentaron el 26,3% y con el 9,2% en pacientes sépticos.

Conclusión: Los enfermeros tienen un papel vital para alcanzar los rangos de glucemia adecuadas, haciendo hincapié en los desencadenantes fisiopatológicos más relevantes del estudio como las patologías neurocríticas, postoperatorios abdominal y sepsis. Su responsabilidad en la apertura, monitoreo, sostenimiento de los protocolos para la vigilancia oportuna se hace fundamental para alcanzar resultados establecidos.



0215 INCIDENCIA DE LESIONES POR PRESIÓN Y LESIONES ASOCIADAS A DISPOSITIVOS MÉDICOS EN PERSONAS INTERNADAS EN EL SERVICIO DE TERAPIA INTENSIVA DEL HOSPITAL INTERZONAL DE AGUDOS DR. O. ALENDE DE LA CIUDAD DE MAR DEL PLATA

CM PERAL(1), EIA AMANTE(1), RDM TALMA(1), M CARRIZO(1), J IRASSAR(1), MT ROBOTTO(1)

(1) Higa Alende

Introducción: Las lesiones por presión (LPP) y las lesiones asociadas a dispositivos médicos (LPADM) son lesiones de etiología conocida, en las que influyen múltiples factores de riesgo. Los pacientes en estado crítico, por las patologías que sufren y la situación aguda que presentan, están expuestos a desarrollarlas. Por ello, su aparición representa un problema que impacta en su salud y recuperación, en la calidad asistencial y los costos. Las intervenciones de enfermería juegan un papel preponderante en la prevención de éstas, resultando crucial identificar puntos claves en el accionar.

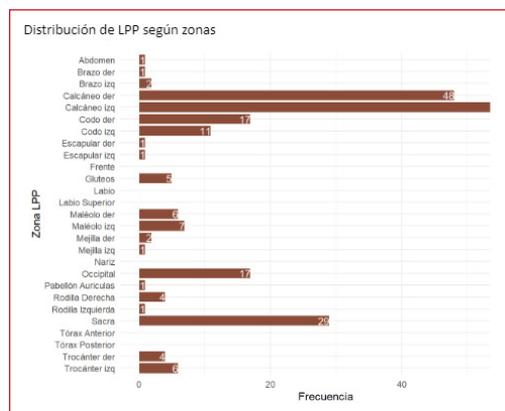
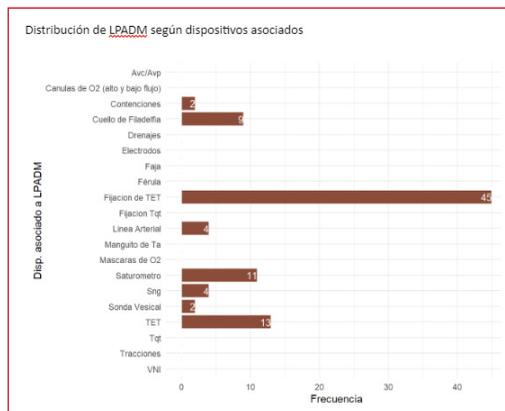
Objetivo: Determinar la incidencia de LPP y de LPADM en pacientes que atraviesan su internación en Terapia Intensiva del Hospital Interzonal General de Agudos Dr. Alende durante los meses de enero, febrero y marzo de 2024.

Material y método: Se plantea un estudio cuantitativo, descriptivo y longitudinal. Para la recolección de datos se utilizó un instrumento diseñado en Google Forms, que incluyó variables como presencia o no de LPP y/o LPADM, lugar de localización, grado y riesgo según escala Braden. Las tomas se realizaron en las primeras 72 hs (estadía inmediata), 5 a 9 días (estadía mediana) y a los 14 días o más (estadía tardía).

Resultados: En total se analizaron 60 pacientes, con una mediana de edad de 41,5 años, en su mayoría de sexo masculino (76,7%).

El 80,0% de los pacientes desarrolló LPP. Los períodos de estadía mediana y estadía tardía tuvieron mayor incidencia de LPP, y el 86,2% se generaron en pacientes de alto riesgo en la escala Braden. La zona más frecuente fue en calcáneo izquierdo, seguido por calcáneo derecho y zona sacra. La presentación mayoritaria fue de grado I seguido por grado II.

El 70,0% desarrolló LPADM. Los períodos de estadía mediana y tardía tuvieron mayor incidencia de lesiones, y el 87,5% se generaron en pacientes de alto riesgo. La zonas más frecuente fueron en comisura labial, seguido por labio superior y labio inferior. La mayoría de las lesiones fue de grado I seguido por grado II. Los dispositivos asociados con mayor frecuencia fueron: fijación del TET, seguido por TET y saturómetro.



0216 SUBPROGRAMA DE GARANTÍA DE CALIDAD GLASGOW 7: EPIDEMIOLOGÍA Y RESULTADOS EN LA TERAPIA INTENSIVA PEDIÁTRICA DEL HOSPITAL DE NIÑOS DE LA SANTÍSIMA TRINIDAD CÓRDOBA

FG PAPTERRA FERNANDEZ(1), EG RUBIO(1), ADC LUJAN VILLAVERDE(1)

(1) Hospital de Niños de La Santísima Trinidad.

El Subprograma de Garantía de Calidad Glasgow 7, en el proceso de procuración de órganos tiene por objeto aumentar la detección de las muertes encefálicas y realizar un mejor seguimiento del paciente. Consiste no solo en realizar la detección y el registro de todo enfermo neurocrítico grave, sino también su seguimiento posterior, garantizando calidad en el tratamiento, pero en caso de evolución ominosa, evitando la parada cardíaca y manteniendo una adecuada función de los órganos, lo que determina la calidad del desarrollo de los procesos que derivan en la realización de los trasplantes. El objetivo general del trabajo es cuantificar los pacientes ingresados en el programa Glasgow 7, menores de 16 años, en el período de 1 de Enero de 2018 hasta 10 de mayo de 2024, en el Hospital de Niños Santísima Trinidad, de Córdoba capital. Es un estudio descriptivo y retrospectivo. Se analizan variables como número de pacientes ingresados al programa por año, diagnóstico de ingreso al programa, alta, fallecimientos, muerte encefálica, paro cardiocirculatorio, donación, sexo, edad. En el período se cargaron en el programa un total de 67 pacientes, de los cuales 35 de estos tenían entre 0 y 5 años, 14 entre 6 y 10 y 18 entre 11 y 16. De todos ellos, 52,2% fueron mujeres y 47,8% hombres. De los mismos 20 fueron dados de alta y 47 fallecieron, de estos últimos, 22 presentaron paro cardiocirculatorio y 25 muerte encefálica. Aquellos pacientes que tuvieron muerte encefálica, 14 fueron donantes. En base a la bibliografía consultada, se puede establecer una gran diferencia en cuanto al número de pacientes adultos y pediátricos ingresados en el programa Glasgow 7. Siendo mucho más limitado en este último grupo, lo cual lleva a un menor número de donaciones. Como conclusión se busca promover el registro a nivel nacional con el objetivo de mejorar los estándares de calidad.

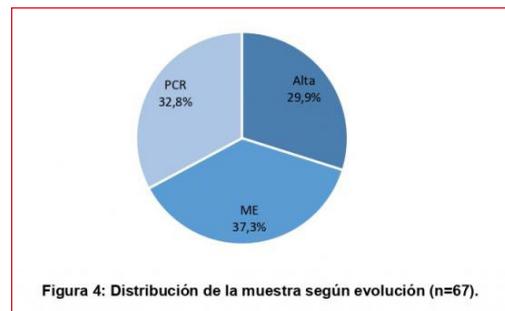


Figura 4: Distribución de la muestra según evolución (n=67).

Tipo	Causa	Cantidad de pacientes	Porcentaje
TCE (38,8%)	TCE accidente de tránsito	13	10,4%
	TCE	6	9,0%
	TCE accidente caída de altura	2	3,0%
	TCE accidente coz de caballo	2	3,0%
	TCE herida de arma de fuego	2	3,0%
	TCE grave	1	1,5%
Anoxia (25,4%)	Anoxia	9	13,4%
	Anoxia por inmersión	3	4,5%
	Anoxia suicidio	3	4,5%
	Anoxia por accidente	1	1,5%
ACV (10,4%)	Anoxia complicación post quirúrgico	1	1,5%
	ACV	7	10,4%
Tumor (6,0%)	Tumor SNC	4	6,0%
	Infección SNC	3	4,5%
Otros (19,4%)	Enfermedad autoinmune	1	1,5%
	FMO - causa no infecciosa - LES	1	1,5%
	HAF por suicidio	1	1,5%
	Hidrocefalia	1	1,5%
	Injuria eléctrica	1	1,5%
	SHOCK séptico - FMO	1	1,5%
	SHU-HIC	1	1,5%
	Síndrome metabólico	1	1,5%
	Status convulsivo eléctrico	1	1,5%
	Ahogamiento	1	1,5%

Tabla 1: Distribución de la muestra según causa de internación.

0217 LA ADECUACIÓN TERAPÉUTICA UN COMPONENTE CLAVE PARA EL DESARROLLO DE LA DONACIÓN EN ASISTOLIA

MA RODRIGUEZ GÓMEZ(1), HR CHAVEZ SOLIZ(1), MV ZÚCCARO(1), JT CASTAÑO PINZÓN(1), MS TOMEZ(1), M DEGUARDIA(1), GS GENOVESE(1), S FIORETTI(1), A ANTIK(1), PD CORONADO LUJÁN(1)
(1) Durand

Introducción: La adecuación del esfuerzo terapéutico (AET): decisión de no iniciar o retirar, si ya se hubiese iniciado, cualquier tratamiento, incluidos los de soporte vital que tengan como finalidad la prolongación de la vida en situaciones de futilidad.

La donación en asistolia (DA): proceso de extracción de órganos y tejidos luego del fallecimiento de una persona certificada mediante el cese irreversible de las funciones cardiocirculatorias. Existen 2 tipos: controlada (parada circulatoria esperada tras AET) y no controlada (parada cardíaca inesperada).

Objetivo: Describir el rol del intensivista en el proceso de DA. Demostrar nuestra experiencia como estrategia para incrementar la disponibilidad de órganos y tejidos.

Material y Métodos: Estudio retrospectivo, observacional. Desde 01-09-23 al 28-02-24. Terapia intensiva 2 - Hospital Durand. Se incluyeron pacientes según protocolo de AET SATI 2019 (Fig. 1). Se completó ficha de AET (Fig. 2). Se utilizó la clasificación Maastricht modificada III para los potenciales donantes. Variables analizadas: edad, sexo, diagnóstico, modalidad AET y porcentaje DAC.

Resultados: 131 pacientes, 8 (6%) con indicación para AET. Edad 71.37 ± 11.73 . Varones 62%. Diagnóstico de ingreso en los que se aplicó AET: 4 neurológicos, 2 enfermedad oncológica avanzada, 2 neumonía. En 4 se realizó extubación terminal. 2 no cumplían criterios DAC (edad, CKD-EPI <50). 2 (25%) fueron DA: varón 59, CKD-EPI 100 y mujer 64, CKD-EPI 84. Se obtuvieron 4 riñones y 4 córneas.

Discusión: La implementación del protocolo de AET en la UTI 2 permitió desarrollar el protocolo de DAC INCUCAI (en vigencia desde 2/10/2023).

La AET es previa e independiente de la donación. El intensivista acompaña al paciente al quirófano, retira el soporte vital y certifica su muerte. Si no fallece en el tiempo previsto, brinda los cuidados de fin de vida.

En pro de lograr la autosuficiencia en trasplante, no se limita al fallecido en muerte encefálica, sino que se incorpora la posibilidad de donación luego de la parada cardiocirculatoria.

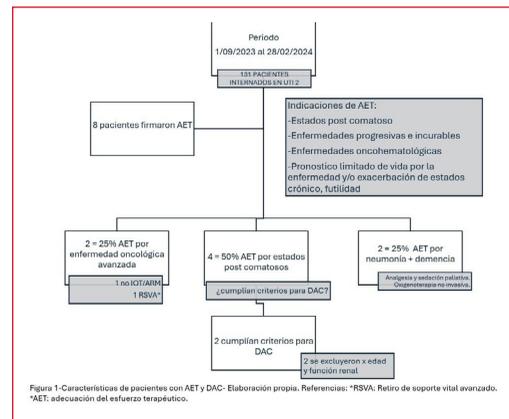
Conclusiones: El rol del intensivista es crucial ya que participa activamente en este proceso. La aplicación del protocolo de DAC es sencilla y constituye una alternativa para la obtención de órganos para trasplante.



Hospital Carlos G. Durand
Buenos Aires
Servicio de Terapia Intensiva
FICHA TÉCNICA-AET

- Datos filiatorios
- Motivo de ingreso y fecha
- Motivo de adecuación terapéutica, fecha en que se realizó
- Tipo de AET realizada (según protocolo AET sati 2019)
- Fecha ARM. Vasopresores. Fallos orgánicos. Infecciones. Procedimientos realizados (traqueotomía, cirugías, etc)
- Estudios complementarios realizados (informes)
- Laboratorio de ingreso y del día de AET.
- Fecha de fallecimiento
- Motivos por los que no se incluyó a DAC.

Figura 2- Ficha técnica de Adecuación del esfuerzo terapéutico. Hospital Durand



0218 PARACOCCIDIODOMICOSIS EN PACIENTE JOVEN INMUNOCOMPETENTE

C TORANCIO(1), V ARIZTIMUÑO(1), C ARNAUDIN(1), C ORELLANO(1), A MANTI(1), L CHOQUE(1), A SANCHEZ(1), L FUENZALIDA(1)
(1) Hospital San Juan de Dios.

Introducción: Se presenta caso clínico de paciente masculino de 34 años quien cursó internación en el Hospital San Juan de Dios de la Plata por caso grave de paracoccidioidomicosis.

Caso clínico: Paciente concurre a nuestro Hospital por disnea, tos, y astenia de 6 meses de evolución. Relata haber recibido tratamiento con tuberculostáticos durante 4 meses, con alta sospecha de TB a pesar de baciloscopia negativa, tras haber consultado en varias instituciones por similar sintomatología, sin mejoría de los síntomas. Antecedentes: tabaquista y enolista. Serología VDRL, VHB, VHC, VHI negativas, GENEXPERT negativo.

Ingresa a este nosocomio al servicio de neumonología, quienes diagnosticaron paracoccidioidomicosis por cultivo de esputo, iniciando tratamiento con itraconazol. Durante su internación evolución con registros febriles, aumento de requerimientos de oxígeno, mala mecánica ventilatoria por lo que se decide el pase al Servicio de Terapia Intensiva.

El paciente ingresa a UTI febril, estable hemodinámicamente, lúcido, con mala mecánica ventilatoria, e hipoxemia progresiva por lo que se decide intubación orotraqueal y conexión a ARM.

Se elige estrategia ventilatoria ultraprotectiva (VT a 4/5 ml/kg) debido a las altas presiones del sistema respiratorio. Evoluciona con inestabilidad hemodinámica, requerimiento de vasopresores y fiebre persistente, por lo que se cultiva y se rota antimicótico a Anfotericina liposomal por tratarse de un caso grave. Se realiza tomografía de tórax donde se evidencian imágenes cavitarias múltiples. Presentó interurrencias infectológicas, que fueron tratadas con antibioticoterapia dirigida sin respuesta favorable.

Después de un mes de internación evoluciona con, síndrome de distrés respiratorio severo, falla multiorgánica y fallece.

Conclusiones: En nuestro medio, ante un cuadro clínico con estas características, el principal diagnóstico diferencial que debemos sospechar es el de tuberculosis, sin embargo no deben olvidarse las micosis profundas como paracoccidioidomicosis, sobre todo considerando los movimientos migratorios de los últimos años en nuestra región y, más aun, teniendo en cuenta la facilidad para arribar a su diagnóstico.

0219 SEGUNDA VÍCTIMA EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS: ESTUDIO DE CORTE TRANSVERSAL

MV BRUNELLI(1), M SALAS(2), MG SEISDEDOS(2)
(1) Universidad Austral. (2) Hospital Universitario Austral

Introducción: El termino segunda víctima define a los trabajadores que están afectados negativamente por eventos adversos (EA)

no intencionales, sintiéndose personalmente responsables y cuestionando su desempeño profesional. En las unidades de cuidados intensivos (UCI) los EA pueden tener consecuencias más graves en los pacientes.

Objetivo: Describir y analizar la experiencia individual de la segunda víctima en área de cuidados críticos.

Método: Estudio analítico trasversal. Participaron profesionales de UCI de un Hospital de Alta Complejidad. Se utilizó el cuestionario Second victim experience and support tool (SVEST) en su versión validada en Argentina, con preguntas en escala Likert en nivel de acuerdo, siendo 1 (nada) al 5 (totalmente). El estudio fue aprobado por el Comité de Evaluación Institucional y los participantes firmaron un consentimiento informado.

Resultados: Participaron 113 profesionales. El 67 % eran enfermeros, 15 % médicos, 15 % kinesiólogos. El promedio de edad fue: 35.2. (\pm 5.8) y de antigüedad: 7.5 (\pm 8.5). El 91 % reconoció que había cometido un error. Predominaron los errores en medicación (43.4%), seguidos de procedimientos (23.3%) y caídas del paciente (18.9%). Las consecuencias en los pacientes variaron entre un 56.6% donde hubo ausencia de daño y un 37 % con algún nivel de daño en el paciente.

Las consecuencias psicológicas fueron las que obtuvieron mayor puntaje ($x=3.2$). Entre las medidas de apoyo, los profesionales percibieron mayor apoyo en familiares y amigos ($x=3.2$) y de la institución ($x=3.2$). Las consecuencias psicológicas presentaron una correlación negativa con las medidas de soporte (colegas, supervisor, institución y extralaboral) Hubo relación estadísticamente significativa en la dimensión abandono con la antigüedad (Rho: -0.202, $p:0.04$) y la edad (Rho: -0.237, $p:0.01$).

Conclusión: Las consecuencias psicológicas predominaron sobre las físicas y las profesionales. Las medidas de apoyo percibidas fueron principalmente las institucionales y las extralaborales. El apoyo de colegas y supervisor se percibió como débil. Esto sugiere la necesidad de capacitar a los profesionales en primeros auxilios emocionales y en la atención inmediata de la segunda víctima.

0220 CONCILIACIÓN DE MEDICAMENTOS AL INGRESO A LA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA DE ADULTOS

L PEDRAZA(1), FJ ACOSTA(1), MV STOFFEL(1), MJ DIBO(1)
(1) Sanatorio Allende

La conciliación de la medicación se define como el proceso consistente en comparar al completo la medicación habitual (incluyendo dosis, intervalo y vía de administración) del paciente con la medicación prescrita después de una transición asistencial. Este proceso tiene un margen de 24 horas post admisión para ser realizado. Se considera discrepancia a cualquier diferencia entre la medicación que el paciente tomaba previamente y la prescrita tras una transición asistencial. No constituye necesariamente un error. Toda discrepancia entre ambas historias farmacoterapéuticas que no esté justificada por la situación clínica del paciente se considera un error de conciliación.

Los objetivos del presente trabajo fueron determinar el porcentaje de conciliación al ingreso a UTI, conocer cuáles son los tipos de discrepancias más frecuentes y los principales fármacos involucrados. En un periodo de 6 meses (noviembre 2023-abril 2024), se estudiaron 53 pacientes, de los cuales el 49% tenía realizada la conciliación. Se analizaron los pacientes que no fueron conciliados correctamente, y se identificaron dos tipos de discrepancias:

-Omisión de medicamento, cuando el paciente toma un medicamento necesario y no se ha prescrito.

-Prescripción parcial, la prescripción del tratamiento se realiza de forma incompleta.

Dentro de estas discrepancias, las familias de medicamentos frecuentemente involucradas son las de los antihipertensivos (76,5%), anticoagulantes (17,6%) y antiepilépticos (14.7%).

Las discrepancias de medicación en las transiciones asistenciales colocan al paciente en una situación de riesgo de sufrir efectos ad-

versos. Es imprescindible contar con el compromiso y el apoyo de los profesionales involucrados, dado que la conciliación es un proceso complejo, que además exige una reorientación en la actual forma de trabajar para lograr una atención centrada en los pacientes y de esta forma lograr una mejora en la seguridad de los mismos.

0221 SHOCK POSTOPERATORIO DE ETIOLOGIA INFRECUENTE- LA CLAVE DEL ABORDAJE ULTRASONOGRAFICO A PIE DE CAMA

MG OLAVE AVILA(1), L PESCE(1), A FURLOTTI(1), I BOLLA-
TI(1), M ACQUAVITA(1), A GARCIA(1), M BRIZUELA(1)
(1) Misericordia Nuevo Siglo

Introducción: El abordaje diagnóstico y terapéutico de un paciente en shock mediante métodos invasivos puede no ser concluyente en muchas oportunidades; en cambio la ecocardiografía a pie de cama se constituye como método indispensable para su manejo.

Presentación del caso: Femenina de 74 años, hipertensa, dislipémica, tumor de colon; sometida a hemicolectomía con shock intraoperatorio sin sangrado, con reanimación en quirófano hasta uso de dosis elevadas de vasopresores; ingresa a nuestra unidad, donde profundiza el shock con oliguria, hipoxemia, balance hídrico positivo; Electrocardiograma sin isquemia y en analítica troponina I 1400, proBNP >25000. Se sospecha shock cardiogénico 2º a posible infarto de miocardio (IAM). Ecocardiograma: discinesia anteropical del VI (ventrículo izquierdo), posible Takotsubo, disfunción sistólica leve, hipertrofia del septum interventricular basal con hipercinesia compensadora y movimiento sistólico anterior de válvula mitral con insuficiencia moderada, determinando una obstrucción dinámica del tracto de salida del VI (OD-TSVI). Expansión con coloides, diuréticos en bolos; evitando inotrópicos; descenso de vasopresores (noradrenalina). Tras 48 hs, mejoría de perfusión tisular, descenso de troponina I con desaparición de OD-TSVI y normalización de contractilidad segmentaria.

Discusión: Takotsubo es una cardiomiopatía reversible, representa el 1.97% de los IAM; afecta más a mujeres jóvenes de raza blanca. Se asocia con disfunción sistólica del VI y el 5-10% evoluciona a shock cardiogénico. La OD-TSVI clásicamente se presenta en contexto de miocardiopatía hipertrófica obstructiva, más frecuente en ancianos con hipertensión arterial e hipertrofia del VI; así como también en postoperatorios hipovolémicos tratados con inotrópicos-vasopresores. La ecocardiografía permite ante la sospecha de IAM descartar otras causas de complicación mecánica además de la OD-TSVI; importante por su diferente abordaje, además del monitoreo hemodinámico con el tratamiento y la reversibilidad en los casos de TK.

Conclusiones: La ecocardiografía a pie de cama en un paciente en shock permitió su diagnóstico específico, manejo hemodinámico y valoración del tratamiento.

0223 TROMBASTENIA DE GLANZMANN, UNA CAUSA INUSUAL DE SANGRADO POSTOPERATORIO Y DESAFÍO PARA LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA

GE BENITEZ(1), A SANCHEZ(2), L MEZA(2), MA ACOSTA(2),
I LAVOLETTA(2), E MONZÓN(2), R KARATANASOPULOZ(2)
(1) Dr José Ramón Vidal. (2) Dr. José Ramón Vidal

Introducción: La Trombastenia de Glanzmann (TG) es una enfermedad congénita caracterizada por un trastorno de la función plaquetaria. Consiste en una mutación genética que provoca que el fibrinógeno no pueda unirse a su receptor, por tanto, disminuye la adhesión plaquetaria con ausencia de retracción del coágulo. A continuación, se abordará un caso clínico de un paciente con shock hipovolémico en postoperatorio de amigdalectomía y posterior diagnóstico de TG a través la valoración de enfermería y un plan estandarizado de enfermería con las taxonomías NANDA-NOC-NIC.

Presentación del caso: Paciente de sexo masculino de 42 años, sin antecedentes clínicos con dos cirugías menores previas, que ingre-

sa 30/07/2023 al servicio de emergencias con hemorragia severa postamigdalectomía de 72 horas de evolución, shock hipovolémico y obstrucción de la vía aérea. Ingres a quirófano para cauterización del lecho amigdalino derecho. Posteriormente ingresa a UTI, ventilado mecánicamente, politransfundido. Minutos después se constata nuevo sangrado por lo que reingresa a quirófano en dos oportunidades. A las 48 horas revierte el shock, retirando paulatinamente el soporte vital, mostrándose asintomático.

Los estudios hematológicos confirman el diagnóstico de TG por lo que se continúa con el tratamiento de transfusiones de hemoderivados y agentes hemostáticos. El 6/08/2023 cumpliendo el día 7 de internación presenta nuevo sangrado severo con shock hipovolémico por lo que reingresa a quirófano, no lográndose controlar el mismo. Es trasladado nuevamente a UTI donde se constata actividad eléctrica sin pulso y sangrado profuso, falleciendo minutos después

Discusión: El manejo del paciente con hemorragia inesperada postoperatoria como la de este paciente, conllevó a aplicar los protocolos de diagnóstico y tratamiento con las taxonomías NANDA-NOC-NIC lo que optimizó la alerta temprana y el manejo del shock, acompañando el tratamiento multidisciplinario del paciente. Así mismo, en el tratamiento terapéutico se hallaron similitudes con el autor M. Kannan quien para evitar la inmunización plaquetaria administró hemoderivados y agentes hemostáticos.

Conclusión: La intervención de enfermería siguiendo protocolos de trabajo, como las taxonomías NANDA-NOC-NIC permitió el manejo agudo de una patología inesperada y grave, alertando y acompañando tempranamente al equipo multidisciplinario.

0226 DENGUE GRAVE, PRESENTACIÓN ATÍPICA

E LUCCA MARTIN(1), MJ ARAUZ RODRIGUEZ(1)
(1) Sanatorio Allende

Introducción: El dengue es una enfermedad con diferentes presentaciones clínicas, pudiendo ser asintomática o cursar con fiebre moderada a alta, cefalea, dolor muscular, articular y sarpullidos; y al coexistir con factores de riesgo (edad >65 o < 5 años, patologías crónicas, infección previa) o la infección por un segundo serotipo puede evolucionar a dengue grave.

Según el informe de la OPS durante el año 2023 se observó un aumento de casos y muertes en la región de las Américas a comparación con años anteriores

Caso Clínico: Niña de 4 años de edad que ingresa con diagnóstico de dengue, complicado con múltiples lesiones úlcero-necróticas en mucosa genital y anal con rápida progresión a fascitis necrotizante con shock séptico y fallo múltiple de órganos. Muestras de tejido y hemocultivo positivas para pseudomona. Requiere desfuncionalización intestinal y múltiples debridaciones de región perineal. A los 21 días se logra la reconstrucción de complejo muscular, anastomosis colcutánea, reconstrucción perineal y cierre del lecho vaginal.

Discusión: No existe evidencia de la asociación de dengue con úlceras genitales y fascitis necrotizante en pediatría. Existen reportes aislados en adultos con coinfección bacteriana. Esta última se ha asociado a mayor mortalidad

Conclusión: La presentación atípica y grave es quien motiva la presentación de este caso. La coinfección bacteriana aumenta la mortalidad con respecto a aquellos que no la tuvieron.



0229 DENGUE. EXPERIENCIA EN TERAPIA INTENSIVA EN EL BROTE ACTUAL

E CUNTO(1), A BOCASSI(1), Y LAMBERTO(1), A RODRIGUEZ(1), N LISTA(1), P SAÚL(1), N CAMPAGNUCCI(1), V CHEDIACK(1), E DE VIRGILIO(1), M PERALTA(1), L DOLDAN(1), Y HUARACHI-CHIRILLA(1), MDLM NANO(1), P VELASQUEZ-LOPEZ(1)

(1) Hospital Muñiz

Introducción: Dengue (DEN) es una infección viral sistémica y dinámica. Consta de tres fases: febril, crítica y de recuperación. En Argentina, hasta la SE 19/2024, se han notificado 492.792 casos, fueron graves 1.134 (0,23%) y 335 fallecidos.

Representan 3.4 veces más casos que el mismo período del 2022/2023 y 8.43 veces más que 2019/2020.

Presentamos la experiencia de DEN en terapia intensiva (TI)

Objetivo: Describir características clínicas de pacientes con DEN en TI durante el brote 2024.

Materiales y métodos: Estudio retrospectivo, descriptivo. Período enero-mayo 2024. Población: 67 pacientes ingresados en TI. El diagnóstico virológico se realizó por NS1, IgM y/o reacción en cadena de la polimerasa (PCR).

Se utilizó estadística descriptiva: porcentaje(%), mediana(Me), media(M) y rango.

Resultados: Ingresaron 67 pacientes, 60% hombres. Edad media 35(16-79) años. Según la clasificación de la Organización Mundial de la Salud (OMS) ingresaron: B1: 13%, B2: 37%, C: 49% (Gráfico 1). Inicio de síntomas-ingreso a TI fue: 5 días(1-30). Media de estadía 5 días(1-29). Diagnóstico virológico confirmado en todos los pacientes (55 con NS1, 13 con IgM, 33 con PCR). Serotipificación 24 casos, 25% fueron Den-1 y 75% Den-2.

Ecografía-POCUS realizada en el 87% de pacientes, 45% tenía 1 o más signos de extravasación plasmática o compromiso de órgano. 81% presentó plaquetopenia (12%, recuento menor a 20.000 cel./mm³). 60% con compromiso hepático (el 15% curso hepatitis), 27% tuvo insuficiencia renal, 22% síntomas/ signos neurológicos (5 con encefalitis, PCR+ en líquido cefalorraquídeo), 4% miocárdico, pleuropulmonar 1%. 24% presentaron manifestaciones hemorrágicas. 4% curso shock hipovolémico (100% falleció). Letalidad 11%

Discusión: Debemos estar alertas por el aumento de casos y formas clínicas más graves evidenciado en este brote. Aplicamos la clasificación OMS (A, B1, B2 y C), detectamos así quienes se beneficiarían con internación en clínica o TI. La clínica, la ecografía y el laboratorio son útiles en las presentaciones que puede cursar.

Conclusión: Debido al aumento del DEN, debemos estar atentos a formas graves -como el compromiso orgánico y el shock-, y asegurar una atención precoz. Aplicamos el tratamiento según las guías de la OMS y el uso de ecografía POCUS. El futuro es prometedor con la introducción de la vacuna.

Gráfico 1: pacientes y clasificación OMS

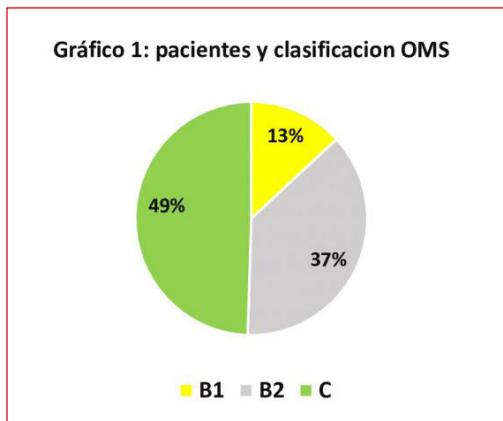


Tabla 1. Análisis en pacientes con Dengue.

Análisis	Media	Mediana	Rango	Referencia
Hematocrito%	39	41	12-54	H 40-50/M 36-44
Leucocitos cel./mm ³	7.204	5.000	700-36.200	3.6-11.0 ¹⁰ /µL
Relación Neutrófilos/linfocitos	3.36	2.1	0.2-16.9	1.4-2.1
Plaquetas cel./mm ³	105.970	77.000	10.000-583.000	105-405 ¹⁰ /µL
Urea mg/dl	50.8	25	10-367	10-50 mg/dl
Creatinina mg/dl	1.53	0.73	0.43-12.94	0.70-1.40 mg/dL
GOT U/ml	481	90	18-6.948	Hasta 32 U/L
GPT U/ml	327	62	6-3.816	Hasta 31 U/L
Quick%	81.1	86.5	24-120	70-120%

0230 REPORTE DE CASO. ACIDOSIS LÁCTICA SECUNDARIO A INTOXICACIÓN AGUDA POR METFORMINA

HR CHAVEZ SOLIZ(1), MA RODRÍGUEZ GÓMEZ(1), M DEGUARDIA(1), GS GENOVESE(1), A ANTIK(1), PD CORONADO LUJÁN(1)

(1) Durand

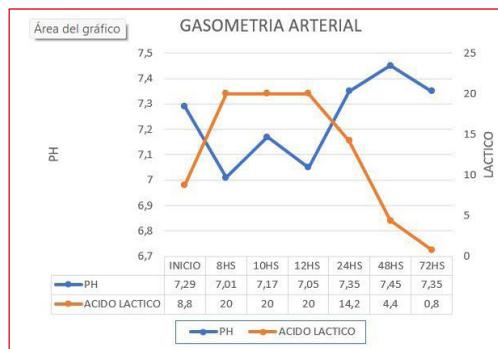
Introducción: La intoxicación aguda grave por metformina es poco frecuente, constituye una entidad de riesgo vital elevado, tasa de mortalidad variable, alcanzando hasta el 30%. La acidosis metabólica asociada a metformina (MALA) y su asociación a otras disfunciones orgánicas determinan la gravedad. Se presenta el caso de una intoxicación aguda grave por metformina secundaria a intento autolítico con el objetivo de aportar conocimiento para identificar esta entidad y mejorar el abordaje de urgencia.

Presentación del caso: Adolescente de 17 años, sexo femenino, antecedentes de trastorno en la conducta alimentaria, madre diabética tratada con metformina. Ingresó lúcida refiriendo ingesta voluntaria de 50 gr de metformina con fines autolíticos. Al examen físico: diaforesis, náuseas y vómitos. Laboratorio que evidencia acidosis láctica (Tabla 1). A las 8h de la ingesta evolución tórpida con deterioro neurológico e hipotensión arterial, requerimiento de asistencia mecánica ventilatoria y vasopresores. Recibe infusión de bicarbonato y tres sesiones de hemodiálisis por MALA con respuesta clínica favorable, extubación programada a las 48hs. (Figura 1). Pase a sala con intervención de servicio social, salud mental y adolescencia.

Discusión: La intoxicación aguda por metformina debe ser considerada en el diagnóstico diferencial de pacientes con acidosis metabólica e incremento de ácido láctico, principalmente cuando no se llega a explicar por otras causas. Se debe distinguir entre la intoxicación aguda que ocurre con ingesta de altas dosis en intentos autolíticos, usualmente en pacientes sin comorbilidades y la intoxicación crónica que se presenta en diabéticos habitualmente con factores de riesgo, como el deterioro de la función renal.

En diferentes guías se recomienda el uso de bicarbonato de sodio endovenoso en el manejo de la acidosis láctica no causada por hipoperfusión. Su uso de rutina continúa siendo controversial, no obstante, podría prevenir el empeoramiento en el equilibrio ácido-base como puente hasta instaurar la terapia de reemplazo renal, siendo el tratamiento de elección.

Conclusión: A pesar que el uso de bicarbonato de sodio es una estrategia controversial en el paciente con MALA e inestabilidad hemodinámica debería ser considerada como tratamiento puente mientras se instaura la terapia de reemplazo renal intermitente o continua.



Tipo de análisis (valor de referencia)	Ingreso	Día 1	Día 2	Día 3	Día 4	Día 5	Alta
Leucocitos (5.1-12.4x10 ⁹ /l)	12000	41200	22000	20300	14100	11800	8600
Hemoglobina (11.5-15.5 g/dl)	12.0	11.1	9.2	8.1	6.7	5.9	10.5
Hematocrito (36-46% mujeres)	35.3	26.0	20.2	20.0	20.0	16.3	15.7
Plaquetas (150-400x10 ⁹ /l)	570	366	175	150	139	173	185
Chloruro (90-110 mg/dl)	213	206	150	197	89	88	94
Sodio (130-140 mg/dl)	149	139	149	129	144	137	141
Creatinina (0.5-0.9 mg/dl)	1.16	1.87	1.87	1.83	0.71	0.68	0.89
Urea (20-30 mg/dl)	22	28	38	38	20	21	21
Test (ACT) (0-10 min)	20	13	25	30	18	16	20
Hidroxido Total (0.3-1.1 mg/dl)	Suero Anticéfalo						
Hidroxido Directa (0.5-0.30 mg/dl)	Suero Anticéfalo						
Sodio (130-140 mg/dl)	140.0	140	141	144	137	138	138
Potasio (3.5-5.0 mg/dl)	4.7	4.0	3.3	3.5	2.8	3.2	2.7
Cloro (95-110 mg/dl)	106	99	89	111	100	98	93
Test de embarazo	Negativo						

0232 AFECIONES FUNGICAS INVANSIVAS Y DENGUE. REPORTE DE UN CASO EN TERAPIA INTENSIVA LE MAIDANA(1)
 (1) Angela I. De Llano

Introducción: Es reconocido que las disfunciones inmunológicas son soporte de sobreinfecciones fúngicas invasivas, se desconoce la incidencia de mucormicosis, (enfermedad emergente). Se reportan aumento de casos en brote epidémico por Dengue.

Caso clínico: Paciente femenina, 45 años, obesa, inicia cuadro de fiebre, mialgias, diarrea, se interna en Clínica Médica, con hipotensión sostenida, taquicardia, taquipnea, livideces y mala perfusión. Ingres a UTI, requiere ARM y altas gamas de vasoactivos, en región interescapular se evidencia Placa eritematosa, edema, necrosis, bordes infractuosos la BIOPSIA cutánea describe: hifas hialinas cenocíticas (mucormicosis), inicia anfotericina 50 mg/d + antibióticos de amplio espectro, CURSA SU estadia con infecciones recurrentes, ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS Y LABORATORIO:

GBL: 8000 (18/54/0/2/14/6) // 12000, hiperglucemia: 177/200 mg/dl, plaquetas: 180.000 mm³, coagulo normal, hiponatremia (160 mmol/l, cpk: 7617 u/l, pcr: negativa, transaminasas levemente aumentada, fallo renal: u: 88 mg/dl, c:1,8 mg/dl (ckd-epi: 33ml/min), acidosis metabólica.

Serología HIV y VDRL negativos.

Serología antígeno NS1 detectable.

Ecg taquicardia.

Rx Torax norma.

Hemocultivos negativos.

Urocultivo: Streptococcus viridans.

ecocardiograma: no verrugas, Fey conservada.

minibal: desarrollo Stenotrophomona + Pseudomona Aeruginosa.

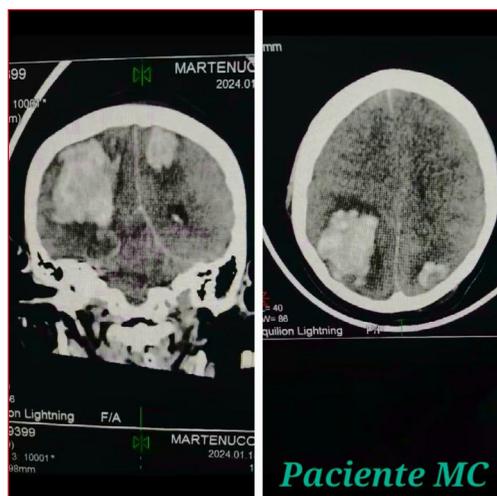
Kpc Tipo MBL Enterobacter Cloacae.

EVOLUCION: En vacaciones de sedantes, evidencia, midriasis bilateral, arrefléctica, reflejos corneano y orofaríngeo negativos, TAC de cerebro HSA, HEMATOMAS Intraparenquimatosos, en cuadro neurológico catastrófico, hipertensión endocraneana inicia reanimación cerebral y uso de medicación vasoactiva en altas gamas. En disfunción multiorganica, shock refractario y paro cardíaco se produce óbito.

Discusión: En hiperglucemia y acidosis metabólica persistente, en curso agudo de dengue grave, donde también se describen afecciones neurológicas, creemos que esta conjunción conspiraron para el desenlace Fatal.

Conclusión: La Mucormicosis debe ser pensada en cuadros de dengue grave, al ser oportunista, de rápida angioinvasión y letal. Si bien su presentación cutánea es infrecuente (10-19%), mayormente Rino Orbito Cerebral y Pulmonar).

Por lo que el tratamiento y abordaje multidisciplinarios, son menesteres para resultados favorables.



0233 AFÉRESIS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS: TRATAMIENTO PRIORITARIO PARA PACIENTES CRITICOS EN UN HOSPITAL INTERZONAL DE BUENOS AIRES: ESTUDIO DESCRIPTIVO Y RETROSPECTIVO

MA NAVARRO(1), GS AMAYA(1)

(1) Higa Vicente López y Planes de General Rodríguez

Introducción: La aféresis es un procedimiento médico que implica la extracción, tratamiento y retorno de componentes sanguíneos al paciente, y se utiliza en diversas condiciones clínicas, especialmente en pacientes críticos.

El Hospital Interzonal General de Agudos (HIGA) Vicente López y Planes (VLyP) de General Rodríguez, reconocido como centro regional de aféresis, ha registrado un aumento significativo en el ingreso de pacientes con diversas patologías críticas que requieren aféresis como tratamiento de elección en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI).

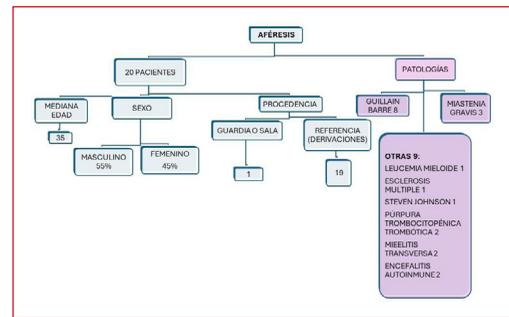
Objetivo: Describir las características y la evolución de los pacientes que ingresaron en la UCI del HIGA VLYP para recibir tratamiento de aféresis.

Materiales y método: Se realizó un estudio observacional, descriptivo y retrospectivo. Los datos fueron analizados con el programa SATIQ de la UCI y el servicio de estadística del hospital durante el período comprendido entre el 1 de enero al 31 de diciembre de 2023. Se incluyeron pacientes mayores de 18 años, de ambos sexos, referidos desde otras instituciones que no disponían del tratamiento propuesto.

Resultados: Se estudiaron 20 pacientes durante el período, principalmente hombres (55%) con una mediana de edad de 35 años, rango intercuartílico (RIQ) 25.5. Las enfermedades prevalentes fueron Guillain Barré (40%); Miastenia Gravis (15%); Encefalitis autoinmune (10%); Mielitis transversa 10%; Púrpura trombocitopénica trombótica 10%; Síndrome de Stevens Johnson 5%; Esclerosis Múltiple 5% y Leucemia mieloide 5%. La estancia promedio en la UCI fue de 11 días, con un promedio de 5 sesiones de aféresis por paciente. El 25% de los pacientes requirió ventilación mecánica, no se registraron óbitos durante el tratamiento.

Conclusión: El Guillain Barré fue la patología neurológica más prevalente entre los pacientes estudiados, siendo el sexo masculino el predominante. Los pacientes presentaron una alta complejidad, evidenciada por la frecuencia de terapia recibida. No se observó mortalidad asociada al tratamiento de aféresis.

Palabras claves: Unidad de cuidados intensivos, aféresis, terapia, paciente crítico.



0234 INTOXICACIÓN SEVERA POR MONÓXIDO DE CARBONO, COMPLICACIONES NEUROLÓGICAS Y USO DE CÁMARA HIPERBÁRICA EN LA CIUDAD DE USHUAIA

AM SANCHEZ(1), M COLMAN(2), S MORA(3), E PERRAULT(2), A TOBAL(2)

(1) Hospital Regional de Ushuaia. (2) Regional de Ushuaia. (3) Regional de Ushuaia

Introducción: La intoxicación por monóxido de carbono (CO) causa aproximadamente 200 muertes anuales en Argentina, con alrededor de 40,000 hospitalizaciones. El CO es un gas incoloro e inodoro, peligroso ya que pasa desapercibido hasta que los síntomas se vuelven graves. Estos varían desde cefalea, mareos y náuseas hasta confusión, pérdida de conciencia y muerte. La fisiopatología implica hipoxia tisular debido a la alta afinidad del CO por la hemoglobina (Hb) y la toxicidad directa del gas a las células, especialmente en la sustancia blanca, lo que puede dejar secuelas neurológicas severas. Esta presentación abordará las complicaciones habituales y las menos frecuentes, el manejo terapéutico habitual y los nuevos métodos de tratamiento.

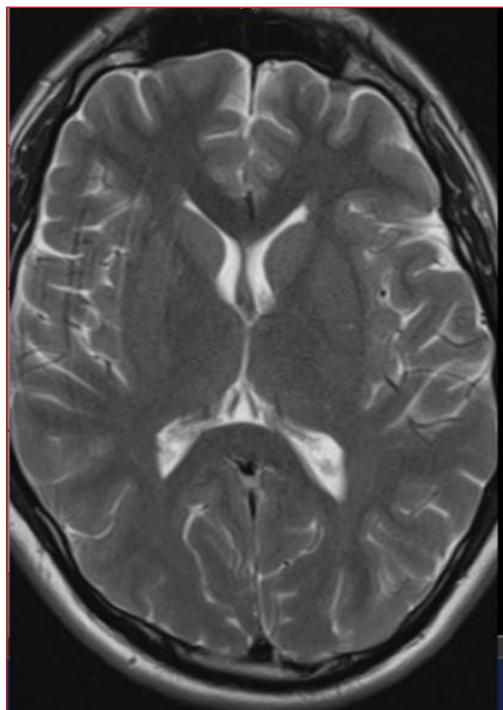
Presentación del caso: Se presentan dos casos de pacientes ingresados por emergencia tras ser encontrados con alteración del sensorio en un vehículo en marcha. Un paciente masculino de 22 años y una paciente femenina de 35 años. A su ingreso: paciente masculino: Glasgow 3/15, requiriendo intubación de secuencia rápida, complicando con fibrilación ventricular (FV) requiere RCP por 7 minutos, revirtiendo a ritmo sinusal. ECG mostró trastornos de repolarización con ST isoelectrico. Femenina: Glasgow 9/15 (RO3-RM5-RV1) y hipotensión arterial con respuesta a fluidos, recibió oxígeno al 100% y fue derivada a cámara hiperbárica (CHB). Complementarios: TC de cerebro y ecocardiograma sin alteraciones significativas.

Evolución: Ambos pacientes externados de UTI. El paciente masculino desarrolló paresia GII de MSD, persistente dos semanas después del alta, con RNM sin alteraciones patológicas relevantes.

Discusión: La intoxicación por CO provoca desplazamiento del O2 en la Hb, formando carboxihemoglobina (COHb), que causa hipoxia tisular y puede llevar a muerte por disfunción orgánica múltiple (DOM). Además, puede causar raddomiólisis e infarto agudo de miocardio (IAM) en pacientes susceptibles. Las alteraciones neurológicas, debidas a la desmielinización de sustancia blanca conocida como Encefalopatía de Grinker, no tienen tratamiento específico y se detectan por clínica y alteraciones en RNM.

Conclusión: La relevancia de estos casos radica en la escasez de reportes sobre formas severas de esta patología, especialmente en cuanto a la evolución y manejo de la encefalopatía, la cual puede presentar reversión espontánea de los síntomas hasta dos años después de la intoxicación.

TABLA 1. características de los participantes	
Variables	N= 20
Edad, Mediana (RIQ), Años	25.5 (18-80)
Sexo, N (%)	
Masculino	11 (55)
Femenino	9 (45)
Días de internación	220
Diagnóstico, N (%)	
Guillain Barré	8 (40)
Miastenia Gravis	3 (15)
Encefalitis autoinmune	2 (10)
Mielitis transversa	2 (10)
Esclerosis Múltiple	1 (5)
PTT	2 (10)
Leucemia Mieloide	1 (5)
Síndrome Steven Johnson	1 (5)
Origen de ingreso, N (%)	
Derivaciones	19
Guardia o sala	1
Estado al alta, N (%)	
Vivo	20
No vivo	0
Destino, N (%)	
Contrarreferencia	19
Clínica médica	1
Tipo de vía aérea, N (%)	
VAN	15 (75)
IOT	5 (25)
Tiempo promedio de estadía general %	220
Guillain Barre	77 (35)
Miastenia Gravis	36 (16)
Referencia: RIQ (Rango intercuartílico), VAN (Vía aérea natural), IOT (Intubación orotraqueal).	



Laboratorios	Ingreso		a las 24hs	
	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino
3 Carbohemoglobina	32%	29%	1.2%	2%
4 Acido lactico	6.3	7.7	1.1	0.9
5 pH	7.17	7.26	7.32	7.41
6 PCO2	37	32	35	39
7 PO2	386	185	232	109
8 %O	96%	98%	99%	97%
9 HCO3	13	15.6	18.9	20
10 EB	-13	-11	-7	-4
11 CPK	718	634	3988	7760
12 Troponina US	354	329	17264	1200
13 GOT	328	18	117	22
14 GPT	272	34	153	32
15 BT	1.2	0.6	1.9	0.4

0235 TAQUIARRITMIA CON QRS Y QT PROLONGADOS EN CONTEXTO DE INTOXICACIÓN CON ANTIDEPRESIVOS TRICÍCLICOS

R RESTA(1), B SANCHEZ(1), F PIRCHIO(1), M RE(1), N ROCHETTI(1), S GATTINO(1), C SETECASE(1), D BAGILET(1)
 (1) Hospital Escuela Eva Peron

Introducción: Los antidepresivos tricíclicos (AT) son psicofármacos cuyo mecanismo de acción la inhibición de la recaptación de serotonina y noradrenalina a nivel presináptico; poseen estrecho rango terapéutico. La intoxicación por su uso o abuso puede poner en peligro la vida.

Caso: Paciente femenina de 53 años con antecedente de ACV isquémico, hipotiroidismo, depresión y trastorno bipolar, ingresa a unidad de cuidados intensivos (UCI) por coma y taquiarritmia a QRS ancho y QT prolongado secundario a intoxicación con antidepresivos tricíclicos en contexto de intento de autolisis. Examen físico: Glasgow 4/15 sin sedoanalgesia, TA 100/70 mmHg, FR 24 rpm, pupilas isocóricas reactivas simétricas, sin signos meníngeos. Laboratorio: Hb 13 g/dl; plaquetas 142000 mm³, leucocitos 2699 mm³, urea 20 mg%, creatinina 1,56 mg%, NA 135 meq/l, K 3.9 meq/l, Cl 102 meq/l, Ca 7.8 mg%, P 4.4 mg%, Mg 1.9 mg%, glicemia 195 mg/dl, TSH mayor a 100 uU/ml, tiroxina libre 0,17 ng/dl. Tomografía de cráneo sin alteraciones. Líquido cefalorraquídeo: cristal de roca, glucoorraquia 0.98 g/l, proteínas 0.4 g/dl, Elementos 2. ECG: FC 145 lpm, sinusal, onda p 0,10 mseg, QRS 0,48 mseg, QTc 712 mseg, eje eléctrico -50°. Tomografía de cráneo normal. Toxicológico en orina: positivo para antidepresivos tricíclicos. Se realiza tratamiento con infusión de bicarbonato logrando control de la arritmia y levotiro-

xina endovenosa por hipotiroidismo. Buena evolución clínica alta de UCI.

Discusión: Las anomalías de la conducción cardíaca son comunes en pacientes con intoxicación por AT, es necesario realizar ECG. La taquicardia ventricular y la fibrilación ventricular ocurren casos graves (4%). Los signos de cardiotoxicidad son: prolongación del QRS >100 mseg, la morfología anormal del QRS. El tratamiento es con bicarbonato de sodio.

Conclusión: Las arritmias inducidas por intoxicación por AT pueden ser fatales y revertidas con un tratamiento adecuado ante la sospecha diagnóstica.

0236 HIPERTERMIA MALIGNA EN CIRUGÍA DE URGENCIA

R RESTA(1), B MERES(1), B SANCHEZ(1), M RE(1), N ROCHETTI(1), S GATTINO(1), C SETECASE(1), D BAGILET(1)
 (1) Hospital Escuela Eva Peron

Introducción: La hipertermia maligna es una entidad genética que se produce tras exposición de un huésped predispuesto a succinilcolina y anestésicos generales inhalatorios de tipo halogenados produciendo un síndrome hipermetabólico del músculo esquelético potencialmente mortal. Su incidencia en la población general es 1:100.000.

Caso: Paciente masculino de 26 años con antecedente de Distrofia Muscular de Duchenne e hipertermia maligna. Ingres a terapia intensiva derivado de otra institución por hipertermia maligna en contexto cirugía de urgencia por peritonitis secundaria a perforación intestinal por a íleo por bridas en desconocimiento de antecedentes patológicos del paciente. Examen físico: Inestable hemodinámicamente, bajo sedoanalgesia y ventilación mecánica, vasoactivos en dosis bajas, FC 112 lpm; temperatura 38°, FR 24 rpm, pupilas isocóricas reactivas simétricas, rigidez muscular generalizada y del músculo masetero. ECG: taquicardia sinusal. Laboratorio: Hb 8 g/dl; leucocitos 12500 mm³, Urea 20 mg%; Creatinina 0,8 mg%; CPK 2982 u/l, Na 134 mEq/l; K 2,9 meq/l, gasometría 7.39/49/78/32/8/97%; Ph 7.30; Co2 66 mm/Hg; O2 78 mm/Hg; Bicarbonato 32 mEq/L; Sat 76%. Se administró Dantroleno durante 5 días con buena respuesta. Se realizaron antibióticos empíricos cubriendo el foco abdominal. Buena evolución, alta al día 11.

Discusión: La hipertermia maligna puede ocurrir en un periodo variable tras la exposición a los desencadenantes. Las manifestaciones son: aumento inexplicable del dióxido de carbono al final de la espiración, taquipnea, rigidez muscular generalizada en especial del músculo masetero, arritmias e hipertermia, acidosis metabólica y respiratoria, hiperpotasemia, CPK elevada. El tratamiento se basa en suspender desencadenantes, sostén, monitoreo, y administración de dantroleno.

Conclusión: La hipertermia maligna es una patología con elevada mortalidad si no se administra el tratamiento adecuado el cual debería estar disponible en todas las instituciones en las que se realicen procedimientos quirúrgicos.

0237 FRACASOS DE EXTUBACIÓN EN UNA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA PEDIÁTRICA

AS CORDIDO(1), V GOMINA(1), L GONZALEZ(1), R MILONE(1), L ROMERO(1), MC SANCHEZ(1), N SCHWAB(1), M RICCIARDELLI(2)
 (1) Hospital Pediátrico San Luis. (2) Hospital Teodoro Schestakow

Introducción: La asistencia ventilatoria mecánica (AVM) es una herramienta de vital importancia en la unidad de cuidados intensivos¹. El tiempo en AVM como el fracaso de la extubación (FE) se asocia a un aumento de morbi-mortalidad². Las publicaciones reportan tasas variadas de FE que oscilan entre un 2 y 22%³. Se han estudiado diversos factores que pueden influir en el FE, sin embargo los mismos son por causas multifactoriales debido a las variables intervinientes.

Objetivo: Determinar la prevalencia y causas asociadas al FE en pacientes pediátricos de una unidad de terapia intensiva.

Materiales y métodos: Estudio observacional retrospectivo analítico en la unidad de cuidados intensivos pediátricos. Se incluyeron los pacientes que ingresaron desde 1 de enero de 2023 hasta 31 diciembre de 2023 y recibieron AVM. Se excluyeron pacientes que no lograron extubación. Las variables cuantitativas se expresaron con su mediana y rango intercuartilico. Se describió la frecuencia de las variables cualitativas en porcentaje. Se realizó un análisis univariado entre la variable dependiente FE y cada variable independiente.

Resultados: Ingresaron 43 pacientes con una mediana de edad fue 51 meses, con predominio de sexo masculino (51%), el diagnóstico al ingreso fue mayoritariamente respiratorio (44%), la mediana en AVM fue 82 horas y el fracaso a la extubación fue del 19%. Siendo las principales causas de fracaso la presencia de mala mecánica ventilatoria y alteraciones neurológicas. Se utilizó ventilación no invasiva de rescate en un 25%. Durante el análisis univariado, los pacientes con mediana de edad mayor tuvieron mayor fracaso p 0,04, al igual que los que presentaban antecedentes de patología crónica p 0,02. Mientras que tener un ciclo ventilatorio mas corto 81 hs (47-160) vs 209 hs (82-294) se asocio a éxito en la extubación.

Conclusión: Los fracasos a la extubación se asociaron a mayor edad, mayor cantidad de horas en asistencia ventilatoria mecánica al momento de la prueba de ventilación espontánea y poseer algún antecedente de enfermedad crónica.

Variable	Valor
n	43
Edad	51 (10-108)
Sexo	
femenino	21 (49%)
APP	13 (30%)
Diagnóstico	
Respiratorio	19 (44%)
Neurológico	5 (12%)
Cardiovascular	2 (5%)
Otros	17 (40%)
Hs AVM	82 (55-232)
PRE: TT	36 (84%)
Duración 30'	39 (91%)
Fracaso extubación	8 (19%)
Motivo fracaso	
Mala mecánica ventilatoria	3 (7%)
Mal manejo de secreciones	2 (5%)
Alteración neurológica	3 (7%)
Tiempo al fracaso min	390 (156-915)
Rescate	
VNI	10 (23%)
CAFO	5 (12%)
Estadía UTIP días	9 (5-16)
Mediana y RIQ - n y %	

Variable	Éxito EOT	Fracaso EOT	p
n	35	8	
Edad meses	36 (7-96)	99 (57-145)	0,04
Sexo			
femenino	15 (43%)	6 (75%)	0,1
APP	8 (23%)	5 (62%)	0,02
Diagnóstico			
Respiratorio	15 (43%)	4 (50%)	
Neurológico	4 (11%)	1 (12%)	
Cardiovascular	2 (6%)		
Otros	14 (40%)	3 (38%)	
Hs AVM	81 (47-160)	209 (82-294)	0,02
PRE: TT	29 (83%)	7 (87%)	
Duración 30'	33 (94%)	6 (75%)	
Estadía UTIP días	8 (5-16)	16 (15-32)	0,01
Mediana y RIQ - n y %			
Test Mann-Whitney			

0238 ESTRATEGIAS VENTILATORIAS NEUROPROTECTIVAS EN PACIENTES NACIDOS PRETÉRMINO INTERNADOS EN UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES

MA SESTINI(1), L SECO(2)
 (1) Garrahan. (2) Delicia Concepción Masvernat.

El recién nacido pretérmino (RNPT) nace en un período de vulnerabilidad neurológica y de inmadurez de la barrera hematoencefálica. Se ha estudiado que dichas condiciones aumentan el riesgo de inflamación cerebral y de injuria de la sustancia blanca, ocasionando diferentes lesiones en el cerebro. Como consecuencia, entre el 25 y el 40% de los recién nacidos vivos desarrollarán algún tipo de secuela sensorial, motora y/o cognitiva. Los estudios realizados demostraron que la duración del soporte ventilatorio en la UCIN es proporcional al riesgo de deterioro neurológico. Conociendo la gran variedad de estrategias ventilatorias que se utilizan en la UCIN, y teniendo presente que existe poca evidencia científica que describa la forma más adecuada de ventilar a esta población cuidando el neurodesarrollo, el presente trabajo tiene como objetivo identificar cuáles, de dichas estrategias benefician la neuroprotección de los RNPT con requerimiento de asistencia ventilatoria.

Materiales y Métodos: Se realizó una búsqueda bibliográfica incluyendo artículos que desarrollaran los temas de neuroprotección en pacientes prematuros y con requerimiento de asistencia ventilatoria, ya sea invasiva, no invasiva o por medio de dispositivos de oxigenoterapia como cánulas nasales de alto flujo (CNAF), y se excluyeron aquellos artículos que no describieran el abordaje de pacientes prematuros, que sólo tomaban a la encefalopatía hipóxica isquémica (EHI) como daño del SNC y aquellos que no describieran las estrategias ventilatorias utilizadas para el abordaje de los pacientes.

Resultados: De un total de 33 trabajos publicados, 29 fueron preseleccionados por título y luego 20 fueron seleccionados por abstract, dando un total de 20 artículos.

Conclusión: No existe aún evidencia que determine una estrategia ventilatoria que pueda favorecer la neuroprotección en pacientes RNPT. Existen varios estudios experimentales realizados en animales que indican que la hipercapnia permisiva puede ser neuroprotectora, siempre que el pH se mantenga dentro de límites normales. A su vez, se observó que la estrategia de ventilación con objetivo de volumen puede ser también neuroprotectora. Serán necesarios más estudios a largo plazo, prospectivos, que permitan evaluar de forma objetiva si las estrategias utilizadas logran disminuir los trastornos en el neurodesarrollo de los neonatos prematuros.

Resumen/Referencia	Altera Definición Descriptiva	Alteró Organización	Resistencia de Alta Presión	Propósito a tener una hipoxemia controlada a 21 mmHg durante el primer día de vida con LPV* que sea como consecuencia	No existe suficiente evidencia
PaCO ₂	<ul style="list-style-type: none"> Fluctuaciones en un nivel de saturación al momento del inicio de MV. Fluctuación (PCO₂) a 21 mmHg controlada en la fisiología de las series neurológicas. 	<ul style="list-style-type: none"> Resistencia controlada (PaCO₂ 41-45 mmHg con pH 7.32) 	<ul style="list-style-type: none"> Objetivo: 21 mmHg Alta Presión (AP) 	<ul style="list-style-type: none"> No existe suficiente evidencia 	<ul style="list-style-type: none"> No existe suficiente evidencia No asocia el riesgo de complicaciones comunes.
PaO ₂	<ul style="list-style-type: none"> Fluctuaciones por encima de 95% con riesgo de hiperoxemia al momento con mejor evidencia de BOPV* superior. Episodios prolongados de SpO₂ normal < 94% se relacionan con daños en el sistema nervioso central. 	<ul style="list-style-type: none"> No existe suficiente evidencia 	<ul style="list-style-type: none"> CPAP High-flow CPAP nasal 	<ul style="list-style-type: none"> No existe suficiente evidencia 	<ul style="list-style-type: none"> Relaciona en la necesidad de VT, desarrollo de BOPV* y de enfermedad pulmonar crónica
Resistencia Máxima Inspiratoria	<ul style="list-style-type: none"> Consejo de expertos a través de dos vías: la primera inflama los niveles locales y la sensibilidad bronquial y la hiperreflexia ventral por selección del PVP. La VPP parece en la sala de parto en la asociado con el desarrollo de BTV grave. El VT < 40 ml/kg provoca una respuesta inflamatoria pulmonar que aumenta la inflamación sistémica y central. 	<ul style="list-style-type: none"> No existe suficiente evidencia 	<ul style="list-style-type: none"> La ventilación con volumen objetivo se asocia con una disminución de la VILI, BTV grave e hipoxemia. La estrategia ventilatoria en BOPV* que reduce la respuesta inflamatoria aguda y así el estrés oxidativo sistémico. 	<ul style="list-style-type: none"> No existe suficiente evidencia 	<ul style="list-style-type: none"> No existe suficiente evidencia

0239 MUCORMICOSIS PULMONAR

B MERES, A RODRIGUEZ(1), R RESTA(1), M RE(1), N ROCCHETTI(1), S GATTINO(1), C SETTECASE(1), D BAGLIET(1)
 (1) Hospital Escuela Eva Perón

Introducción: La mucormicosis es una infección oportunista de rápida progresión y significativa mortalidad (40-50%). *Rhizopus arrhizus* y *Rhizopus microsporus* son las especies más frecuentes en humanos. Producen infecciones rinocerebrales, orbitonasales o pulmonares, por inhalación de esporas; infecciones locales por inoculación percutánea o del tracto digestivo por ingestión.

Caso clínico: Paciente masculino de 51 años de edad, con antecedentes de tabaquismo, EPOC, internación 39 días en clínica por mucormicosis pulmonar (3 esputos +Rhizopus). Tomografía de tórax: lóbulo superior derecho cavidades de paredes engrosadas, con contenido heterogéneo en su interior, lóbulo inferior múltiples formaciones nodulares, derrame pleural laminar. En tratamiento con Anfotericina Liposomal. Ingresa a UCI en postoperatorio de lobectomía derecha, en AVM. Examen Físico: Ta 100/60 FC 70 FR22 Sat90% Hipoventilación derecha, 2 tubos de avenamiento pleural. Laboratorio Hb 9.8 g/dl Hto 29.7 % Plaquetas 494000 xmm³ Gb 48600 xmm³ Urea 29 mg% Creatinina 0.80 mg% Ph 7.36 Pco₂ 43mmHg Po₂ 123mmHg Bicarbonato 24 mEq/l Exc Base -1.5 mEq/l Sat98.6 % Na 133 mEq/l K 3.6 mEq/l Lactato 1.6 mmol/l VES 52 mm/h PCR 6 mg/dl; anatomía patológica: esporas micóticas. Complica con fistula broncopleural, shock séptico, se inicia Vancomicina, Meropenem, Colistin y realiza toilette quirúrgica, fallece al día 15.

Discusión: Los mucorales se encuentran en el suelo, la madera y restos orgánicos. Causan infecciones fatales en inmunocomprometidos o diabéticos mal controlados. Fiebre, hemoptisis e infarto tisular son característicos en afectación pulmonar. Radiológicamente se observa: consolidación, nódulos o cavitación. Generan angio invasión, trombosis y necrosis tisular por lo que es necesario el desbridamiento quirúrgico para asegurar buena penetrancia del antifúngico.

Conclusión: La afectación pulmonar por mucoral es una infección poco común, con elevada mortalidad que requiere un diagnóstico y tratamiento oportuno.

0240 VIGILANCIA DEL VOLUMEN CORRIENTE EN PACIENTES CON VENTILACIÓN MECÁNICA EN UNA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA PEDIÁTRICA

MC SANCHEZ, NR SCHWAB(1), M RICCIARDELLI(2), AS CORDIDO, R MILONE(1), G VALERIA(1), G LOURDES, R MARIA LILIANA

(1) Hospital Pediátrico San Luis. (2) Hospital Schestakow

El volumen corriente (VC) y la presión meseta son predictores clínicos para el desarrollo de lesión pulmonar asociada a la ventilación mecánica invasiva.

Los objetivos propuestos son observar el VC utilizado en la programación inicial del paciente pediátrico ingresado a la unidad de terapia intensiva pediátrica. Comparar la programación inicial del VC con el VC calculado de acuerdo con el percentil 50, considerando edad y peso de acuerdo con el sexo.

Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo, periodo comprendido entre enero 2022 y diciembre 2023 en la Terapia Intensiva Pediátrica del Hospital Pediátrico San Luis, Argentina. Se incluyó pacientes que requirieron Asistencia ventilatoria Mecánica, con el modo ventilación mandataria continua controlada por Volumen (VMC_V) de 1 mes de vida a 15 años. Se recogieron en un documento EXCEL y se analizaron con Stata 15.

Se analizaron 37 sujetos, masculinos 16(43%) mediana de edad en meses de 36 (6-108), mediana de peso real en kg de 13(7-34), mediana de VC administrado de acuerdo con el peso real de 120ml (50-255) con mediana de vt/kg peso real de 7,5ml (7-8). El VC calculado para el percentil 50 (p50) de peso presentaron mediana de peso en kilos según p50 de 14 (8-28), obteniendo mediana de VC de 8 ml/kg peso del percentil 50, 112 ml (64-224) arrojando mediana de Delta de presión 10 (8-13). La relación de peso real con el calculado por percentil 50 es de p 0.76, y la relación de VC administrado con el VC calculado 8 ml/kg por percentil 50 es de P 0.99.

Concluimos que la utilización del VC de acuerdo con el peso real en comparación con el peso obtenido del cálculo de 8 ml/kg del percentil 50 no arroja diferencias estadísticas significativas, manteniéndose en rangos protectivos y valorados por delta de presión < 10. La estrategia de selección del VC es aceptable ya que no sobrepasa volúmenes supra fisiológicos corroborados con valores de delta de presión, a considerar si es la estrategia ventilatoria Controlado por volumen la más utilizada, de lo contrario valorar los rangos de VC

en estrategias ventilatorias controladas por presión, y observar los volúmenes protectivos.

Tabla 1 Datos epidemiológicos

	n	37
Sexo		
Masculino	16	(43%)
Edad meses	36	(6-108)
Peso real Kg	13	(7-34)
Vt administrado	120	(50-255)
Vt/Kg real	7.5	(7-8)
Peso P50	14	(8-28)
Vt 8ml/Peso P50	112	(64-224)
DP	10	(8-13)

N (%), mediana (RiQ)

Kg: kilogramo - Vt: volumen - ml: mililitros
P50: percentil 50

Tabla 2. Análisis univariado

Peso real Kg	Peso P50	p
13 (7-34)	14 (8-28)	0.76
Vt administrado	Vt 8ml/P50	p
120 (50-255)	112 (64-224)	0.99

Test Mann-Whitney

0242 VALOR DE ALBUMINA SÉRICA AL INGRESO EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS COMO PREDICTOR DE MORTALIDAD

MDP ARIAS LOPEZ(1), G GONZALEZ(1), A CAIRNIE(1), G PALACIO(1), J STEINER(1), R POTERALA(2), A GATTARI(1)

(1) Ricardo Gutierrez. (2) Ricardo Gutierrez

Introducción: Distintos estudios reportan que un alto porcentaje de pacientes que ingresan en las unidades de cuidados intensivos pediátricos (UCIP) presentan hipoalbuminemia y que la misma se asocia con mortalidad. Sin embargo, no encontramos estudios realizados en una población de pacientes en nuestro país. El objetivo de este estudio es describir el perfil de albumina sérica (AS) al ingreso en UCIP y su asociación con la mortalidad.

Material y métodos: Diseño retrospectivo, observacional. Ámbito: UCIP polivalente ubicada en un hospital pediátrico. Análisis secundario de base de datos del servicio (SATI-Q). Unidad de análisis: egresos de la UCIP entre el 1-1-2018 y el 31-12-2023. Se utilizó estadística descriptiva para caracterizar a la población (mediana/rango intercuartilo RIC-media/DS); análisis bivariado para evaluar la asociación entre el valor de AS obtenido dentro de las 24 hs. del ingreso del paciente a UCIP y la mortalidad, así como con sus características demográficas, diagnósticos y probabilidad de muerte por PIM3. Se utilizó análisis multivariado de regresión logística para ajustar la asociación entre mortalidad y valor de AS por factores confundidores. La fuerza de la asociación se informa como OR e IC95%. Se consideró estadísticamente significativo un valor de p ≤ 0.05.

Resultados: Egresaron en el periodo analizado 1967 pacientes. En el 74% (1459/1967) se midió AS dentro de las 24 hs del ingreso a UCIP. Las características de la población analizada se muestran en la tabla 1. La mortalidad observada fue 9.39(137/1459) vs. predicha: 6.04. El valor promedio de AS al ingreso fue 3,37 g/dl DS 0.83. El 51,82% de los pacientes presentaban hipoalbuminemia (AS <3.5g/dl). En la figura 1 se describe el valor de AS según motivo de ingreso.

El valor de AS se asoció a mortalidad (p>0.000; OR: 0,48 0.38-0.59), a presencia de Condición Crónica (CC), patología oncológica y motivo de ingreso, en particular sepsis. El análisis multivariado mostró que la asociación entre valor de albumina y mortalidad se mantuvo ajustada por factores confundidores (CC, PIM3) (p>0.000; OR: 0,52

[0.42-0.66]). Un valor de albumina 0.000; OR ajustado: 2.96 [2-4.35])
Conclusión: La presencia de hipoalbuminemia al ingreso a UCIP es frecuente en nuestra población y se asoció a mortalidad.

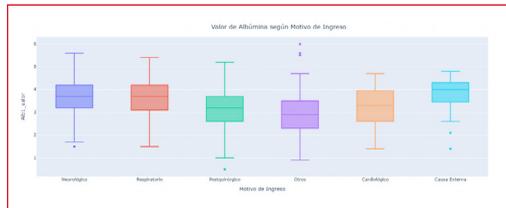


Tabla 1- Características de los pacientes

Características	N	%
Sexo Masculino	813	55.7
Condición Crónica Compleja	829	56.8
Patología Oncológica	235	16.1
Motivo de Ingreso		0.0
Respiratorio	495	33.9
Postquirúrgico	294	20.2
Neurológico	215	14.7
Otros	360	24.7
Cardiológico	43	2.9
Causa Externa	52	3.6

0243 TERAPIA ENDOVENOSA CON INMUNOGLOBULINA G EN EL SÍNDROME DE SHOCK TÓXICO ESTREPTOCÓCICO EN LA POBLACIÓN PEDIÁTRICA: SERIE DE CASOS
 R VITTAR HADAD(1), V VILLARREAL(1)
 (1) Hospital Privado Universitario de Córdoba

Introducción: El síndrome de shock tóxico (SSTS) es una infección causada por *Streptococcus Pyogenes*. Se describe una mortalidad estimada entre el 14-64%. La utilización de inmunoglobulina G (EVIG) disminuye la tormenta inflamatoria inicial del cuadro, bloqueando la actividad superantigénica y presentando actividad antiinflamatoria, limitando la intensidad del shock y la falla orgánica. Es escasa la información de esta entidad en la población pediátrica; a continuación, presentamos una serie de casos de pacientes pediátricos con diagnóstico de SSTS y el uso precoz de inmunoglobulina.

Presentación: Desde julio 2023 hasta marzo 2024 se diagnosticaron cuatro casos de SSTS en la Terapia Intensiva pediátrica del Hospital Privado Universitario de Córdoba. Las características clínicas se describen en Tabla 1. Todos los pacientes recibieron antibioterapia dentro de la primera hora. En todos los casos ante el aislamiento del *Streptococcus Pyogenes* se añadió al esquema antibiótico Clindamicina, cumpliendo con esta última 7 días totales. Los pacientes recibieron tratamiento con EVIG dentro de las 24 horas de confirmado el diagnóstico. La evolución de los pacientes se describe en Tabla 2. No hubo fallecidos en esta cohorte.

Discusión: La evidencia científica es baja, el único estudio multicéntrico realizado en Europa tuvo que suspenderse por el escaso reclutamiento de pacientes; sin embargo, en este estudio se pudo destacar la seguridad y eficacia del tratamiento con EVIG. Un estudio observacional en Canadá muestra una mortalidad significativamente menor en pacientes tratados con EVIG que los pacientes control. El efecto de la EVIG asociado a clindamicina se evaluó en un estudio prospectivo en Suecia en donde se observó la mejoría en la supervivencia en sus pacientes. Un metaanálisis observó una disminución de la mortalidad de 33.7% a 15.7% en el grupo de pacientes en tratamiento con EVIG asociado a clindamicina versus clindamicina sola. En nuestra cohorte de pacientes con el esquema combinado de tratamiento con Clindamicina asociado a EVIG no se registraron muertes.

Conclusión: En esta serie de casos se describe el uso de EVIG asocia-

do a clindamicina en una pequeña cohorte de pacientes pediátricos. Se necesitan estudios prospectivos, aleatorizados y ciegos que comparen su eficiencia para poder realizar una recomendación.

Tabla 1. Características, factores de riesgo y tratamiento al ingreso.

	A	B	C	D
Edad	14 años	2 años	3 años	18 meses
Sexo	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino
Antecedentes Patológicos	LLA-T	NO	NO	NO
Manifestaciones clínicas al ingreso	-Angioedema -Shock tóxico	-Neumonía complicada con derrame -Edema Agudo de Pulmón -Neutropenia Febril -Shock tóxico	-Neumonía complicada con derrame -Shock tóxico	-Neumonía complicada con derrame -Shock tóxico.
Antibiototerapia al ingreso	Ceftriaxona + Vancomicina.	Piperacilina-Tazobactam.	Ceftriaxona + Vancomicina	Ceftriaxona + Vancomicina.
Cultivos al ingreso	Hemocultivo: estreptococo pyogenes.	Hemocultivo: estreptococo pyogenes.	Hemocultivo: estreptococo pyogenes.	Hemocultivo: estreptococo pyogenes.
Cultivos de control (72 horas del ingreso)	Negativo	Negativo	Negativo	Negativo

Tabla 2. Complicaciones y evolución.

	A	B	C	D
Complicaciones	PIMS Derrame Pleural	-	Trombosis arteria femoral izquierda	Empiema
FMO	NO	SI	SI	SI
Días en ARM	2	3	3	2
PARDS	NO	SI	NO	NO
Días de Clindamicina	7	7	7	7
Inmunoglobulina G	SI	SI	SI	SI
Días de internación	30	13	19	12
Huerto	NO	NO	NO	NO

0244 ¿POR QUÉ SE MUEREN NUESTROS PACIENTES CON BAJA PROBABILIDAD DE MORTALIDAD? ESTUDIO DE MORTALIDAD EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS
 M CYUNEL(1), MA FRANCAVILLA(1), A GATTARI(1), S MAGEE BAHL(1), E MONTEVERDE(1)
 (1) Gutierrez

Objetivo: Caracterizar los pacientes fallecidos en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos del Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez con baja probabilidad de mortalidad por PIM-3 de ingreso.

Antecedentes: Se presentaron dos trabajos de estudio de mortalidad en la Unidad, el primero del periodo abril 2017-abril 2019, y el segundo abril 2017-diciembre 2022, para caracterizar las causas de muerte de los pacientes.

Método: Estudio retrospectivo, de centro único con recolección de datos del SATI Q e historias clínicas, del periodo enero 2021 - diciembre 2023, de los pacientes fallecidos con PIM-3 con menos de 10% de probabilidad de muerte.

Resultado: Durante el periodo de estudio fallecieron 85 pacientes, de los cuales 53 tenían PIM <10%. Del grupo de estudio se encontró que la mediana de edad fue de 10 años y el 58% eran de sexo masculino. El 56% ingresó desde salas de clínica médica. En cuanto al motivo de ingreso la causa más frecuente fue la infectológica 41,5% (n 22) seguida de respiratoria 35,8% (n 19). La mayoría (88,7%) tenía al menos una condición crónica compleja (CCC), siendo las más frecuentes malignidad (35,8%) y congénita o genética (22,6%). La mediana de internación fue de 14 días y el 37,7% (n 20) tuvo infecciones asociadas al cuidado de la salud. En 37 pacientes la muerte se produjo por paro cardiorespiratorio (PCR), en segundo lugar 12 pacientes luego de la limitación del soporte vital (LSV) y muerte bajo criterios neurológicos (MBCN) en 4 pacientes.

Conclusión: Los pacientes con baja probabilidad de muerte <10% por PIM-3 de ingreso que fallecieron en nuestra Unidad ingresaron en su mayoría de salas de clínica, por causa infectológica o respi-

ratoria. Observamos que el padecimiento de CCC fue en aumento con respecto a los trabajos previos, y no se modificó el tipo de CCC más frecuentes. Encontramos alta tasa de infecciones asociadas al cuidado de la salud.

La causa principal de muerte fue el PCR, situación similar a la reportada previamente, sin embargo más pacientes murieron por LSV.

0246 NEUROPROTECCIÓN EN LESIÓN AXONAL DIFUSA: USO DE ESTRÓGENOS EN TRAUMA CRANEOENCEFÁLICO GRAVE

G WERNICKE(1), G WERNICKE(2), V FERNÁNDEZ BEASSONI(2), G ABRILE(2), CE RODRIGUEZ(2)

(1) Instituto Médico Río Cuarto. (2) Imrc.

Introducción: La lesión axonal difusa (LAD), es una lesión primaria intraaxial, que puede coexistir con otros tipos de lesiones encefálicas en el trauma craneoencefálico. Es consecuencia de fuerzas de cizallamiento en la sustancia blanca profunda que generan disrupción axonal. Debido a su alta morbimortalidad y a las escasas opciones terapéuticas, resulta importante estudiar nuevas opciones de tratamiento.

Presentación del caso: Masculino de 18 años, sin antecedentes, ingresa con traumatismo craneoencefálico grave y estado de mal epiléptico convulsivo refractario mientras realizaba actividad deportiva. RMN cerebral: lesiones a nivel subcortical frontoparietal izquierdo, cuerpo calloso y protuberancia; correspondiendo a LAD grado III. Internación por 23 días donde se realiza tratamiento de sostén (con requerimiento de vasopresores, ARM y traqueostomía), neurorrehabilitación y uso de estrógenos (Etinilestradiol 8 mcg/Kg/día) durante los primeros tres días. A lo largo de su internación se observó paulatina mejoría respecto a funciones mentales superiores y motrices, ingresando con un Glasgow de 4/15, RASS - 4 en los primeros tres días y egresando con una Glasgow 15/15. Posteriormente fue derivado a centro de neurorrehabilitación donde logra el alta sin secuelas mayores, con escala de GOS (Glasgow outcome score): 5.

Discusión: Diversos estudios han demostrado un rol neuroprotector de los estrógenos. Estos podrían desempeñar un papel fundamental sobre las redes neuronales, volúmenes de contusión cortical, apoptosis, y barrera hematoencefálica, disminuyendo el edema, las citocinas proinflamatorias, reduciendo la presión intracraneana con mejoría en la presión de perfusión cerebral y mejorando los resultados neurológicos al alta.

Conclusión: Aunque el caso reportado mostró una respuesta clínica positiva al utilizar estrógeno, y algunos estudios respaldan su potencial como tratamiento complementario en pacientes masculinos con LAD y TEC grave, se requiere una mayor investigación para validar estos hallazgos y comprender completamente los mecanismos subyacentes del efecto neuroprotector del estrógeno en las lesiones cerebrales traumáticas.

0247 LA SIMULACION COMO ESTRATEGIA PARA MEJORAR EL ENTRENAMIENTO EN LA COLOCACIÓN DEL CATÉTER VENOSO CENTRAL

LG DURAN(1), LG DURAN(2), P ZORZANO OSINALDE(3), MG MONTENEGRO FERNANDEZ(3), AV MILLAN(3), NA GRASSI(3), M CRUZ(3), M OTAMENDI(3), FE ESPINOZA(3), ST LACO(3), FB VAZQUEZ BRIGNOLE(3)

(1) Hospital Municipal de Agudos Dr. Leónidas Lucero de Bahía Blanca. (2) Hospital Municipal de Agudos Dr. Leónidas Lucero - Universidad Nacional del Sur. (3) Hospital Municipal de Agudos Dr. Leónidas Lucero.

Introducción: La cateterización venosa central es común en terapia intensiva. La simulación es una herramienta clave para reducir errores médicos y es especialmente efectiva en la enseñanza de este procedimiento. El objetivo del presente estudio fue comparar la ta-

sa de éxitos de la colocación de los catéteres venosos centrales (CVC) entre los residentes previo y posterior a la actividad de simulación.

Métodos: Diseño cuasiexperimental pre-post que reúne las colocaciones de CVC de residentes de terapia intensiva, clínica médica y Emergentología. Se recolectaron los datos a través de un registro de propia autoría confeccionado con anterioridad para registrar cada procedimiento realizado durante la formación de los residentes. Las variables medidas fueron: Sitio anatómico de colocación del CVC, tipo de abordaje, ecoguiado, número de punciones, complicaciones, año de residencia, especialidad. Se calcularon porcentajes y medianas para el análisis univariado de las variables involucradas. Para la comparación entre variables nominales pre-post intervención se utilizó la prueba de Chi-Cuadrado, mientras que para las variables numéricas se utilizó la prueba de Wilcoxon. Se consideró estadísticamente significativo un valor $P < 0.05$, se utilizó el software SPSS-23.

Resultados: Se incluyeron 8 residentes y se colocaron 510 CVC (266 previo y 244 posterior a la intervención). Del total de CVC, el 81.2% (216/266) y el 84.4% (206/244) se hicieron con el paciente bajo asistencia ventilatoria mecánica tanto en el pre como post intervención, respectivamente. Al comparar el éxito del procedimiento y la presencia de complicaciones generales previo y posterior a la intervención con la estrategia de simulación se obtuvieron los valores $P 0.156$ y < 0.001 para la prueba de chi-cuadrado de, y el RR 1.743 (IC 95% 0.843-3.603) y 0.106 (IC 95% 0.037-0.304), respectivamente.

Conclusiones: El presente estudio demuestra que la capacitación basada en simulación y la práctica deliberada en un entorno de aprendizaje de dominio mejora el desempeño de las inserciones de CVC tanto simuladas como reales por parte de los residentes, sobre todo en términos de una reducción de cantidad de punciones necesarias por procedimiento.

0248 ADENOCARCINOMA NEUROENDOCRINO EN PACIENTE CON ANTECEDENTE DE LINFOMA DE HODKING

F VAZQUEZ BRIGNOLE(1)

(1) Hospital Municipal Agudos Leonidas Lucero

Caso clínico: Se presenta un paciente masculino de 58 años de edad con antecedente de Linfoma de Hodking en remisión luego de 12 sesiones de QT-ABVD, hipertensión arterial y dislipemia en seguimiento por Neurología por paresia braquial derecha, derivado de dicho servicio por encontrarse con síndrome de repercusión general asociado a hallazgos tomográficos en encefalo. Se evalúa Tomografía de torax abdomen y pelvis con los siguientes hallazgos: en encefalo se observan imágenes nodulares con realce anular y edema perilesional a nivel de lobulo frontal y parietal derecho de 13 y 11 mm respectivamente. En el lobulo temporal derecho se observa imagen de 15mm nodular con realce postcontraste y edema perilesional. Por ultimo en parénquima pulmonar se revela la existencia en el segmento apical del lóbulo inferior derecho de un nódulo de 5 mm. Se visualiza imagen nodular en proyección pleura y diafragmática derecha mide 10 mm. Dichas imágenes encefálicas estaban en seguimiento con múltiples RMN de encefalo que luego de descartar patología desmielinizante se interpretan como secundarismo de primario desconocido y por esto es derivado a Clínica Médica para evaluación.

Se realiza VEDA y VCC interpretando por anemia y prevalencia origen digestivo, donde no se hayan particularidades únicamente signos de diverticulosis en sigmoides. Por esto se decide la punción de nódulo subpleural.

A la espera de resultados, paciente intercorre con abdomen agudo perforativo por lo que se realiza enterectomía segmentaria con ileostomía por tumor perforado a 15 cm de válvula ileocecal y peritonitis generalizada. Pasa a Unidad de Terapia Intensiva postoperatorio.

Se recibe anatomía patológica de muestra subpleural: Infiltración por adenocarcinoma pobremente diferenciado. Segmento de intestino delgado con infiltración por adenocarcinoma pobremente diferenciado con rasgos neuroendocrino con abundantes embolias

angiolímfáticas. Los rasgos inmunofenotípicos no permiten establecer origen (ver restos de marcadores en protocolo C24-21).

Comentario: Se trata de un caso de metastasis en sistema nervioso central con primario desconocido que habiendo rotado por distintos servicios y con sus consecuentes intercurencias se logra llegar a diagnostico final. Recalco la importancia de llegar a un diagnostico final para lograr un correcto abordaje terapeutico oncologico.

0249 IMPACTO DEL ENTRENAMIENTO EN APNEA VOLUNTARIA SOBRE EL DIAFRAGMA EN PERSONAS SANAS NO DEPORTISTAS, DEPORTISTAS Y APNEISTAS

J HOPKINS(1), AM CALIVA(1), ME FERNANDEZ(1), LN RODRIGUEZ(1), JE ALFONSO(1), A FERNANDEZ DA VEIGA(1), JM MARTINEZ AQUINO(1), V GIMÉNEZ(1), L BRZOWSKI(1)
 (1) Escuela J.F. de San Martín

Introducción: El entrenamiento de la apnea voluntaria puede tener un impacto significativo en el fortalecimiento del Diafragma. Al practicar la suspensión voluntaria de la respiración, se somete al mismo a un esfuerzo adicional lo que puede llevar a un aumento en su resistencia y capacidad de contracción.

Antecedentes: Experimentos anteriores han demostrado que la mayoría de los sujetos que voluntariamente contenía la respiración en capacidad residual funcional (FRC) muestran contracciones rítmicas espontáneas de músculos respiratorios, que comienzan poco tiempo después de la apnea, aumentando en amplitud y frecuencia hasta el punto de ruptura (Agostini, 1963; Lin et al. 1974; Whitelaw et al 1981). Mediciones de la presión generada por estas contracciones muestran que son mucho más fuertes y más frecuentes que los esfuerzos respiratorios realizados por los mismos sujetos respirando espontáneamente (Whitelaw et al, 1981).

Objetivo: Comparar la eficacia del entrenamiento en apnea voluntaria sobre el diafragma en personas sanas no deportistas, deportistas y apneistas.

Método: Estudio descriptivo observacional. Se incluyeron 6 individuos > de 18 años sanos no deportistas, deportistas y apneistas. Se evaluó antes y después de la apnea: frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria, tensión arterial, saturación, petco2, excursión, FED y grosor diafragmático.

Resultados: Se observó mayor valor en la excursión, grosor y contracción diafragmática entre apneistas y no apneista del mismo género.

Conclusión: En base a los resultados obtenidos se sugiere que el entrenamiento de apnea voluntaria mejoraría la fuerza y eficacia diafragmática.

Valores pre y pos apnea									
Valores pre apnea	Sexo	Edad	PAS	PAO	PAM	FC	FR	SatO2%	PetCO2
Masculino deportista	M	32	153	92	108	85	13	100%	41
Masculino no deportista	M	28	134	72	92	75	18	99%	42
Femenino deportista	F	27	124	81	91	70	10	100%	41
Femenino no deportista	F	26	129	82	90	81	16	100%	38
Apneista 1	F	41	128	84	87	80	20	97%	40
Apneista 2	F	49	117	74	83	75	14	100%	41
Valores pos apnea	Sexo	Edad	PAS	PAO	PAM	FC	Tiempo de apnea	SatO2%	PetCO2
Masculino deportista	M	32	155	99	112	97	2' 14"	99%	44
Masculino no deportista	M	28	126	86	98	68	1' 23"	100%	53
Femenino deportista	F	27	128	73	94	80	1' 10"	100%	50
Femenino no deportista	F	26	161	85	111	98	0' 59"	98%	38
Apneista 1	F	41	129	99	82	73	1' 40"	99%	41
Apneista 2	F	49	134	88	83	60	2' 40"	100%	53

Valores diafragmáticos en deportistas, no deportistas y apneistas				
	Grosor en inspiración	Grosor en espiración	Excursión normal	FED
Masculino deportista	0,75	0,16	2,17	0,56mm
Masculino no deportista	0,25	0,22	1,44	0,33mm
Femenino deportista	0,15	0,11	2,64	0,36mm
Femenino no deportista	0,14	0,11	1,78	0,27mm
Apneista 1	0,19	0,15	2,28	0,66mm
Apneista 2	0,3	0,13	2,96	1,30mm

0250 MAS ALLA DEL INTESTINO, PERICARDITIS PURULENTO POR SALMONELLA – REPORTE DE CASO

MA SABBATINI, VR GIUDICCE(1), CA BILLORDO(1)
 (1) Clínica Del Valle

Introducción: La pericarditis es una enfermedad inflamatoria del pericardio, que puede tener causa infecciosa o no infecciosa. Las

salmonelas son bacilos gramnegativos móviles que infectan a una amplia gama de huéspedes mediante transmisión fecal-oral. El compromiso cardiovascular por *Salmonella* es una manifestación extraintestinal extremadamente rara constituyendo menos del 5% de las bacteriemias y puede presentarse como miocarditis, endocarditis infecciosa o infección intravascular. Aquí presentamos un caso raro de pericarditis asociada a *Salmonella*.

Caso clínico: Paciente femenina de 50 años, con antecedentes de diabetes mellitus tipo 2, consulta en guardia de este centro por disnea clase funcional III (NYHA), diabetes descompensada y diarrea por lo que se decide ingreso a Unidad de Terapia Intensiva. Se solicita tomografía de tórax, evidenciando derrame pleural bilateral leve, y áreas de consolidación pulmonar; además se evidencia derrame pericárdico (Figura 1).

Se realiza ecocardiograma con evidencia de derrame pericárdico severo (Figura 2) que requirió pericardiocentesis para drenaje y diagnóstico, obteniendo líquido purulento, por lo que se realiza drenaje pericárdico por servicio de cirugía cardiotorácica. Se obtiene en líquido pericárdico (Tabla 1) y coprocultivo *Salmonella enterica spp paratyphi A*. Se asume como pericarditis purulenta por dicho germen, cumple tratamiento endovenoso dirigido con ceftriaxona por 14 días y se rota a ciprofloxacina para completar 14 días vía oral. Evolución favorablemente, se otorga alta institucional.

Discusión: La distribución generalizada de *Salmonella* en el medio ambiente, su creciente prevalencia, su virulencia y su adaptabilidad tienen una gran repercusión médica y sanitaria a nivel mundial. Aunque las salmonelas, en general se limitan al tracto gastrointestinal, eventualmente la infección puede comprometer otros órganos expresando diferentes síndromes clínicos. Revisando la literatura se identificó una condición de inmunosupresión en más del 50% de los pacientes y como principal factor de riesgo se reportó el consumo de esteroides.

La duración del tratamiento antibiótico para infecciones extra-intestinales oscila entre cuatro y seis semanas con cefalosporinas de tercera generación o fluoroquinolonas y debe considerarse el drenaje quirúrgico el cual se prefiere sobre la pericardiocentesis.

Conclusión: La pericarditis purulenta es un cuadro que requiere diagnóstico precoz debido a su rápida evolución. El tratamiento oportuno puede ayudar a prevenir las complicaciones y la mortalidad.

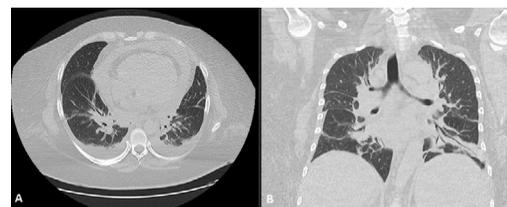


Figura 1 (Tomografía de tórax A corte axial, B corte coronal)



Figura 2 (EcoDoppler cardíaco, vista apical de 4 cámaras)

0251 ENCEFALOPATÍA POR ENFERMEDAD NEUROMETABÓLICA MUTACIÓN DE NAXD

L ROSSI(1), FM CAMPOS(2), M ZUAZAGA(3)

(1) Hospital de Pediatría Juan P. Garrahan. (2) Hospital Juan P. Garrahan. (3) Htal. Juan P. Garrahan

Introducción: La encefalopatía en la UCI pediátrica es multifactorial. El uso de herramientas moleculares diagnósticas con paneles prevalentes permite un diagnóstico y tratamiento adecuado.

Objetivo: Presentar un caso de encefalopatía progresiva de origen genético en un paciente pediátrico.

Caso clínico: Paciente masculino de 3 años, con encefalopatía progresiva de un año de evolución, sin etiología, se interna por aparición súbita de ataxia, disartria, mioclonías, paresia miembro inferior derecho, clonus y babinski a predominio ipsilateral. Asociaba fiebre, aftas en mucosa yugal, úlceras perianales y pancitopenia. Se realiza electromiografía compatible con polineuropatía desmielinizante, recibe pulsos de corticoides y gammaglobulina. Progresó presentando status convulsivo, y por depresión respiratoria ingresa a UCI. Se descarta etiología infecciosa, oncohematológica, toxicológica y endocrinológica.

Se constatan en RMN de SNC lesiones corticales, de núcleos lenticulares y tálamos ópticos, acentuación difusa de espacios aracnoideos corticales y ventricularomegalia.

El Servicio de Neurología, solicita panel genético que determina dos variantes en el gen NAXD ambas heterocigotas. Se implementa tratamiento combinado con anticonvulsivantes y corticoides.

El paciente evoluciona con falla múltiple de órganos sin respuesta a la reanimación avanzada, con posterior óbito.

Discusión: El gen NAD⁺ codifica para la enzima NAD(P)HX deshidratasa, que participa en los procesos de reparación intracelular. Su alteración conduce a la acumulación de metabolitos tóxicos. Actualmente, se conocen variantes heterocigotas en su mutación, lo que contribuye a la variedad clínica. Se describen anticonvulsivantes en combinación con vitamina B3 y coenzima Q como un tratamiento potencial, ya que restauran los niveles de NADPH y su función. La encefalopatía causada por mutaciones en el gen NAXD fue identificada en 2019, al momento no hay suficientes informes de casos ni experiencia clínica para extrapolar resultados.

Conclusión: El estudio de las encefalopatías en pediatría debe enfocarse en las causas más frecuentes, sin embargo los estudios genéticos y moleculares pueden colaborar con el diagnóstico y tratamiento. Esto facilita la investigación familiar y la consejería genética. Integrar estas herramientas en la práctica clínica mejora la comprensión de las enfermedades neurológicas.

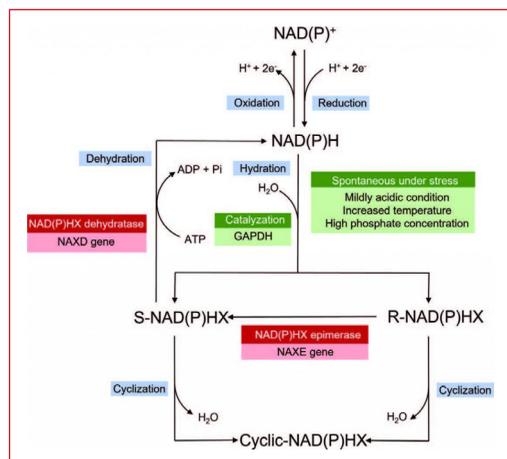


Figura1:Work Cited <http://dx.doi.org/10.1097/MD.000000000027548>.

0252 HEMODIÁLISIS INTERMITENTE EN HIPERAMONEMIA GRAVE POR INSUFICIENCIA HEPÁTICA: REPORTE DE UN CASO

B DE ARAUJO CASOTTI(1), R CANAVIRI ESCOBAR(1), MA ALVAREZ PEREZ(1), PC MOREIRA SANCHEZ(1), JA SABALZA CASTILLA(1), F LIPOVESTKY(1), AA LA MANNA(1), A CANCHILA DE LA ESPRIELLA(1)

(1) Clínica Ciudad de la Vida

Introducción: El amonio es esencial para la síntesis de aminoácidos y el equilibrio ácido-base. En concentraciones elevadas ($\geq 341 \mu\text{g/dL}$), es neurotóxico, tanto por su acción directa como por la elevación de la glutamina en los astrocitos, especialmente en casos de insuficiencia hepática. Las terapias buscan reducir los residuos de degradación de proteínas endógenas. El uso de terapias extracorpóreas no renales y de reemplazo renal para controlar la hiperamonemia y los síntomas neurológicos están en aumento, aunque las guías sobre indicaciones y métodos dialíticos no están definidas.

Presentamos el caso de un paciente con hiperamonemia grave e insuficiencia hepática tratado con hemodiálisis intermitente.

Presentación del caso: Paciente masculino de 50 años con cirrosis hepática alcohólica en plan de trasplante hepático e hipertensión portal. Ingresó a la UTI, tras 3 días de confusión y convulsiones tónico-clónicas generalizadas, vigilia, confusión, con trastornos mnésicos y fabulación, sin déficit motor franco. La tomografía de cerebro no muestra lesiones agudas.

A las 24 horas, evoluciona con encefalopatía hepática grado II, CHILD PUGH: B y MELD: 23 puntos, inicia ventilación mecánica invasiva.

El dosaje de amonio revela $389 \mu\text{g/dL}$. Se inicia tratamiento farmacológico, sin respuesta tras 4 días. Se decide hemodiálisis por valor de amonio. A los 13 días, el amonio desciende a 91mcg/dL , logrando la extubación y mejoría neurológica a los 23 días de iniciado el cuadro.

La Tabla 1 reporta los laboratorios durante la internación.

Tabla 1: Laboratorio durante internación.

Discusión: La hiperamonemia puede causar encefalopatía fatal con daños neuronales irreversibles sin un tratamiento rápido y efectivo. El consenso sobre la terapia dialítica intermitente es limitado debido al efecto rebote post-HD del amoniaco intracelular. No obstante, su eliminación puede reducir los efectos neurotóxicos, el edema cerebral y la presión intracraneal. En un paciente gravemente enfermo sin respuesta al tratamiento convencional, la terapia dialítica intermitente es una opción que puede mejorar la evolución clínica.

Conclusión: Presentamos un caso de insuficiencia hepática e hiperamonemia refractaria en el que la terapia hemodialítica intermitente mejoró la evolución clínica. La hemodiálisis intermitente no renal debe estudiarse para la eliminación rápida de amoniaco en pacientes críticos.

	Urea (mg/dl)	Crea (mg/dl)	Bili T (mg/dl)	Bili d (mg/dl)	Na mEq/l	K mEq/l	Ca mEq/l	NH4 mcg/dl	pH	PCO2 mmHg	HCO3- mEq/l
Ingreso	22	1	5,75	3,37	129	4,6	7,7	-	-	-	-
24 horas Ingreso	30	0,99	6,8	3,77	128	5	7,6	-	7,46	28	21
Antes HD	27	0,83	3,39	2,75	140	3,4	8,3	-	7,36	42	25
8 días	28	0,91	3,77	2,62	133	3,0	7,8	91	7,50	34	28
Post Extubación	33	0,84	2,62	2,24	135	3,8	7,9	-	7,41	35	22
Alta UTI	15	0,89	4,13	3,42	132	3,4	7,9	90	7,35	42,9	23,2

0255 SERIE DE CASOS NEUMONIA ATÍPICA

S QUINTANA(1), J MARIA SOLEDAD(1)

(1) Sanatorio del Oeste

Introducción: El término de neumonías atípicas surge a comienzos de los años 40 tras el inicio de la era antibiótica, que define a aquellas que asocian clínica extrapulmonar, presentan un patrón radiológico parcheado o intersticial en la radiografía de tórax.

Presentación del caso: En nuestra serie de casos presentamos 4 pa-

cientes jóvenes entre 19 y 41 años de edad con neumonía atípica grave entre enero y abril 2024.

Primer caso fem de 41 años, sin ant patológicos de relevancia, profesión controladora vial, ingresa a Uti, mala mecánica, disnea CFIV, desaturando, tac infiltrado bilateral 4 cuadrantes, lot, hipoxemia refractaria, prono durante 3 ciclos, tto atb ceftriaxona-claritromicina-doxiciclina-oseltamivir, hmx2 neg, minibal neg, psitacosis negativo, nexo epidemiológico loros en domicilio, cambio de interfase Cafo hacia día 13, buena evolución, alta sanatorial.

Segundo caso. Masculino de 21 sin ant patológicos, estudiante, ingresa con regular mecánica ventilatoria, tac infiltrados bilaterales, evolución tórpida, iot, prono durante 1 ciclo, hmx2 neg, minibal neg, psitacosis negativo, atb ceftriaxona, claritromicina, doxiciclina, extubación intercambio de fase Cafo al 7mo día, buena evolución, alta sanatorial.

Tercer caso masculino de 19 años sd de Asperger, estudiante, ingresa con mala mecánica ventilatoria, desaturación, tac infiltrados bilaterales, hipoxemia refractaria, iot, prono 2 ciclos, positividad Chlamydia pneumoniae, hmx2 negativo, atb ceftriaxona claritromicina, extubación al 8vo día, buena evolución, alta.

Cuarto caso, fem de 27 años, sin ant patológico, cajera, ingresa con desaturación, evol 3 días empeoro disnea CFIII, mala mecánica, tac torácica infiltrados tipo algodono bilaterales, inestable, iot, prono dos ciclos, hmx2 neg, nexo epidemiológico psitacosis con resultado negativo, tto ant ceftriaxona+claritromicina+doxiciclina, buena evolución extubación a los 11 días, alta domiciliaria.

Conclusión de los pacientes internados en la terapia intensiva, resultados de cultivos negativos, se realiza tto atb adecuado también sospechando en Psitacis, por nexo epidemiológico de dos pacientes, los 4 pacientes en particular tienen tomografía torácica infiltrados 4 cuadrantes, con hipoxemia refractaria y realización de ciclos de prono, el tto si bien fue empírico funciono en todos los pacientes.

0256 USO DEL PUPILOMETRO COMO ALTERNATIVA MONITOREO NEUROLOGICO

S QUINTANA(1), MS JEREZ(2)

(1) Eva Peron de Merlo. (2) Hospital Eva Peron de Merlo.

Introducción: La pupilometría se ha empleado como medida indirecta de condición cerebral y a su vez, pronosticar y predecir supervivencia en pacientes con traumas cerebrales La determinación de parámetros pupilares a partir del reflejo pupilar tales como tamaño, reactividad, forma y simetría de esta, permiten detectar tempranamente lesiones expansivas por aumento de la presión intracraneal (PIC) que conllevarían al deterioro en las funciones del tallo cerebral Presentación de un caso

Masc 26 años ingresa contexto de de caída de propia altura, presentado a su ingreso, deterioro conciencia, Glasgow 12/15, se realiza tac de encéfalo donde se observa contusiones múltiples a nivel occipital, se realiza iot para protección de vía aérea, se realiza neuromonitoreo con diferentes métodos de estudios, entre ellos se realiza pupilometría con parámetros de inicio de OD size 1.7mm NPI 4.4. OI size 1.8 NPI 4.3, paciente presenta criterios de HTE se requiere craneotomía descompresiva, y colocación de PIC, se realiza nueva toma de pupoilometría donde se observa OD size 4.3mm NPI 0 OI Size 4.4 NPI 3.9 Notandose anisocoria a través de pupilometría, Pic 25 Se realiza medidas anti edema y nueva realización de tomografía evidenciándose aumento de tamaño del sangrado, línea media desviada, se realiza nueva ic neurocirugía quienes indican aumento de craneotomía descompresiva, regresa de quirófano estable, pic 17 nuevo monitoreo por pupilometro donde se evidencia OD size 2.6 NPI 3.8 OI 2.7mm NPI 2.7, presenta anisocoria, con mejoría de parámetros clínicos se decide realizar ventana neurológica, eviden-

ciándose a las 24hs, mejoría clínica por diferentes neuromonitoreos, a través de pupilometría se observa OD size 1.9 NPI 4.1 OI size 2.1 NPI 4.2 se evidencia mejoría neurológica, posterior extubación programada, y pase a CM

Conclusión: Se plantea la alternativa y complemento de neuromonitoreo en paciente neurocrítico, permitiendo nuevas ventanas de estudio y progreso en el manejo de estos pacientes.

0257 ENFERMEDAD DE KAWASAKI ATÍPICA E INCOMPLETA. COMPLICACIONES SEVERAS EN UN LACTANTE: A PROPOSITO DE UN CASO.

L BOVO(1), MB QUIROGA(1), N WATZLAWIK(1), A TEVES(1), R CARMONA(1)

(1) Hospital de Pediatría S.A.M.I.C "Juan P. Garrahan".

Introducción: La enfermedad de Kawasaki (EK) es una vasculitis sistémica aguda, cuya presentación afecta principalmente las arterias de pequeño y mediano calibre. Su incidencia en nuestro país es de 4/100.000 consultas y es la principal causa de afección coronaria adquirida entre los 18 y 24 meses de edad. Se define como incompleta a aquella que se presenta con fiebre sin otros síntomas y como atípica a la que asocia síntomas poco comunes como los aneurismas sistémicos. Describimos el caso de un lactante de tres meses con EK atípica e incompleta, con múltiples aneurismas arteriales sistémicos.

Presentación del caso: Lactante sano de 3 meses de edad, internado en hospital de origen por síndrome febril sin foco. A los 20 días de inicio de los síntomas, sin diagnóstico definitivo, persiste febril y agrega tumoración axilar compatible con malformación vascular. Se decide derivación a centro de mayor complejidad. Al ingreso, se realiza ecografía axilar, compatible con aneurisma (Fig. 1) ecocardiograma en el que se observa dilatación severa de ambas arterias coronarias y angiogramografía con la presencia de múltiples aneurismas arteriales en carótidas, coronarias, renales, ilíacas y femorales (Fig. 2). En reunión multidisciplinaria se asume EK atípica de más 20 días de evolución con indicios de actividad por resultados de laboratorio. Se indica pulso de metilprednisolona y antiagregantes plaquetarios. Durante su primer día de internación presenta rápido aumento del tamaño de la tumoración con signos compatibles con shock hemorrágico y síndrome compartimental de miembro superior derecho. Se decide ingreso a quirófano para amputación. Tras un mes de hospitalización, evoluciona favorablemente

Discusión: El caso es de presentación incompleta y atípica lo que dificultó su diagnóstico inicial. La dilatación de las arterias coronarias es frecuente pero los aneurismas sistémicos, aparecen como complicación sólo en el 2% de los pacientes.

Conclusión: Se destaca la importancia de considerar la enfermedad de Kawasaki aun sin signos clínicos típicos y con compromiso vascular poco habitual. La sospecha clínica precoz y evaluación multidisciplinaria, permitirían instaurar un tratamiento oportuno y minimizar el riesgo de complicaciones severas.



Figura 1. Evolución de lesión axilar derecha desde el comienzo del cuadro: a) 21 días; b) 22 días; y c) 25 días.



Figura 2. Reconstrucción 3D de angiografía de cuello, tórax, abdomen y pelvis.

0258 ABDOMEN AGUDO POR DENGUE O CON DENGUE? REPORTE DE UN CASO EN TERAPIA INTENSIVA

LE MAIDANA(1)

(1) Angela I. De Llano

Introducción: Dengue es el arbovirus, mas importante en el mundo, puede presentarse en forma asintomática, típicas (fiebre por dengue, fiebre hemorrágica y shock), o con manifestaciones ATÍPICAS, en los que el cuadro abdominal es de consideración. Se desconoce verdadera incidencia.

Caso clínico: Paciente femenina de 16 años, sin enfermedad previa, inicia cuadro de vómitos y diarreas por lo que consulta, asumiéndose a probable cuadro de dengue, recibe antiinflamatorios y reposo en domicilio. Transcurridos 48 hs. agrega fiebre y dolor abdominal. En peor estado clínico y con más de una semana de evolución, ingresa a UTI con cuadro de abdomen agudo.

Signos Vitales: Ta: 115/70, Fc: 127 min, Fr: 30 min, Afebril. Blanca constitucional, Lucida sin focalización neurológica, taquicardia, taquipnea.

Buena perfusión periférica, Saturación AA 97%.

Abdomen: Doloroso, tenso, defensa muscular, Rha escasos, cataris (-), flatos (-), Cirugía define expectar (Probable abdomen agudo urémico).

Oligoanurica inicia furosemida en infusión.

LABORATORIOS: Leucocitosis, hipoglucemia, fallo renal, hipocalcemia, hiperfosfatemia, k normal, hipomagnesemia, transaminasas elevadas, hiperbilirrubinemia predominio directa, coagulopatía, acidosis metabólica.

Serología HIV y VDRL negativas.

Serología Dengue IGG + IGM DETECTABLES.

ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS: Hemocultivos y Urocultivos Negativos.

Ecografía Abdominal: Hidronefrosis bilateral.

Rx abdomen:

Rx torax:

Tac de Abdomen: aumento del tamaño del apéndice cecal, gas en su interior, distensión de asas intestinales delgada, rarefacción del tejido graso intraabdominal en región pericecal y colecciones líquidas. engrosamiento del peritoneo ascitis leve-moderado.

Evolución: Realizan Laparotomía Exploradora, evidencian peritonitis generalizada (apendicitis aguda gangrenosa), abdomen abierto y contenido. Anatomía patológica, edema hemorragia y Necrosis con infiltrados leucocitarios a predominio PMN.

En shock refractario, amplio uso de vasopresores, transfusión de hemoderivados y en reemplazo renal se produce el óbito.

Discusión: La OMS definió criterios para dengue grave, los cuales estaban presentes en nuestro caso (extravasación de plasma, daño de órganos y shock), etiquetando así un ominoso resultado.

Conclusiones: En contexto epidemiológico actual, en dengue con clínica de abdomen agudo, resulta crucial realizar evaluación personalizada y multidisciplinaria, no desestimar otras causas de dolor abdominal y en lo posible exploración quirúrgica ante la sospecha, para no sumar morbimortalidad.

0263 EPIDEMIOLOGÍA DE CIRUGÍA CARDIOVASCULAR DE CARDIOPATÍAS CONGÉNITAS EN UN CENTRO PRIVADO

MA FRANCAVILLA(1), A GATTARI(1), A MENECE(1), R POTERALA(1), V ALTUNA(1)

(1) Sanatorio Anchorena San Martin

Introducción. Las cardiopatías congénitas (CC) tienen alta incidencia en el mundo. Constituyen de las malformaciones más comunes en recién nacidos. En Argentina, nacen al año 7 mil niños con CC. Alrededor del 50% requieren cirugía cardiovascular (CCV) el primer año de vida y dos tercios son solucionables con diagnóstico oportuno y tratamiento. Constituyen la principal causa de muerte en menores de un año y segunda causa de muerte en la infancia. Asimismo, el 95% de los pacientes que reciben tratamiento oportuno mejoran su pronóstico y calidad de vida. En nuestro país la mayoría de las CC se resuelven en el sector público, con pocos centros especializados.

Objetivos: Describir la epidemiología de pacientes con CC sometidos a CCV tratados en la Unidad Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIP) del Sanatorio Anchorena San Martín (SASM), Provincia de Buenos Aires (PBA) en el período octubre de 2018 a mayo de 2024. **Materiales y Métodos:** Estudio retrospectivo, descriptivo, transversal que evaluó pacientes ingresados a la UCIP del SASM, octubre de 2018 a mayo de 2024, en postoperatorio inmediato de cirugía de CC. Se describieron variables preoperatorias, operatorias, postoperatorias.

Resultados: Se incluyeron 222 pacientes intervenidos quirúrgicamente. El promedio de edad fue 22 meses (DS +/-37meses). De acuerdo al RACHS-1 (Risk Adjustment in Congenital Heart Surgery) los porcentajes fueron: grupo de riesgo 1, 20.2% (n=45), grupo 2, 36% (n=80), grupo 3, 29.7% (n=66), grupo 4, 10.8% (n=24), grupo 5, 0.4% (n=1), grupo 6, 2.7% (n=6). De los pacientes sometidos a cirugía que utilizaron bomba de circulación extracorpórea (CEC), el tiempo de CEC tuvo una media de 82.6 minutos (SD +/- 48.84 minutos, rango 14-214 minutos) y el tiempo de clampeo aórtico tuvo una media de 44.14 minutos (SD +/- 31.5 minutos, rango 3-135 minutos). La mortalidad global fue de 6.75% (n=15).

Discusión: A pesar del menor volumen de pacientes, los resultados por mortalidad y RACHS-1 fueron similares a publicaciones de centros especializados de Argentina. Para lograr buenos resultados en CCV pediátrica es necesario contar con equipo multidisciplinario capacitado.

Conclusión: El volumen de pacientes quirúrgicos fue menor comparado con centros de referencia de CCV pediátrica. Los resultados obtenidos reflejan el desarrollo de un centro privado que tiene como objetivo alcanzar los estándares de excelencia de los centros ya consolidados.

0264 PRECISIÓN DE DOS MÉTODOS PARA LA MEDICIÓN DE LA P01 EN DIFERENTES CONDICIONES

D VIOLI(1), C POZO(1), C PASCETTA(2), C SHUERTS(2), LM(2)

(1) Higa Prof Dr Luis Guemes. (2) Leistung

Introducción: Existen dos métodos para la medición de p0.1 en ventilación mecánica, la maniobra de oclusión de la válvula inspiratoria o la cuasi oclusión utilizando la sensibilidad del disparo del ciclo ventilatorio.

Objetivo: Evaluar la precisión de la medición de la p 0,1 de forma continua y por el método de oclusión con distintos respiradores en diferentes condiciones clínicas.

Metodología: Se realizaron un total de 36 simulaciones de condiciones clínicas utilizando el simulador ASL 5000 ® Active Servo

Lung de la empresa IngMar Medical. Utilizando el simulador en 4 condiciones clínicas distintas, 3 presiones musculares diferentes y 3 pendientes de presión inspiratoria distintas.

Se utilizaron 3 ventiladores distintos comercializados en Argentina 2 con medición de p 0.1 continua y uno con medición por método de oclusión.

La concordancia de las mediciones con el simulador se analizaron mediante el gráfico de Bland y Altman.

Resultados: En las mediciones registradas el ventilador Luft informo p0.1 en 28 de las 36 simulaciones (77.77%) por no cumplir los criterios de confiabilidad del fabricante, mientras que los otros 2 ventiladores informaron p 0.1 en la totalidad de las simulaciones. Se evidenció correlación entre las mediciones del simulador y los diferentes ventiladores. Posteriormente se construyó un gráfico de Bland y Altman de las diferencias entre p 0.1 de ASL y los distintos ventiladores frente a su media para evaluar la concordancia entre las distintas mediciones.

Para las mediciones continuas de p 0.1 el gráfico de Bland y Altman mostro un sesgo de -1,3 cmH₂O (-3,37 a 0,81) y -1,38 cmH₂O (-4,29 a 1,58) mientras que la medición por oclusión mostro un sesgo de -0,13 (-2,69 a 2,47).

Se observó en condiciones de pendiente de presión inspiratoria cortas menor concordancia de las mediciones respecto de la media con un sesgo de -2,53 (4,21 a -0,76) y -3,13 (-5,67 a -0,48) mientras que para la medición por oclusión mostro un sesgo de 0,58 (-3,25 a 4,57)

Conclusión: Existe concordancia y precisión por el método de Bland y Altman para las mediciones registradas por los tres ventiladores utilizados. Además en las mediciones con condiciones extremas debería correlacionarse con la clínica del paciente.

0265 INSUFICIENCIA CARDIACA AGUDA SECUNDARIA A MIOCARDITIS POR SARS-COV-2

I MALDONADO(1), F PIRCHIO(1), B SANCHEZ(1), M RE(1), N ROCCHETTI(1), S GATTINO(1), C SETTECASE(1), D BAGILET(1) (1) Heep

Introducción: La miocarditis es una complicación cardiovascular del COVID-19. Sus manifestaciones clínicas varían desde formas leves, hasta cuadros graves con insuficiencia cardiaca aguda y shock cardiogénico.

Caso clínico: Varón de 42 años, sin antecedentes, que consulta por cuadro de 10 días de disnea progresiva y tos, realiza levofloxacina. Ingresa a UCI por fibrilación auricular que revierte a sinusal farmacológicamente. Al examen físico: GCS 15/15, taquicárdico, taquipneico, afebril, TA 110/65 mmHg, Sat O₂ 96% (FiO₂ 2 0,30). Ingurgitación yugular 2/3, R3, rales crepitantes en base derecha, edema en miembros inferiores Godet (+). Laboratorio: glóbulos blancos 9.300/mm³, uremia 56 mg%, creatinemia 1,4 mg%, bilirrubinemia total 0,53 mg%, TGO 151 mU/ml, TGP 210 mU/ml, GGT 141 mU/ml, FAL 83 mU/ml, LDH 332 U/l, CPK 122 mU/ml, PCT 0,14 ng/ml, PCR 0,3 mg/dl, VES 2 mm x hora, Troponina T 0,059 ug/l, proBNP 6581 pg/ml, TSH 0,86 mU/ml, Serologías HIV, HVB, HVC, VDRL, Chagas, CMV, dengue, leptospira, hantavirus, mycoplasma, chlamydia, coxsaque, herpes simple, varicela zoster, parvovirus B 19, RT-PCR Influenza A y B negativas. RT-PCR SARS-CoV-2 de hisopado nasal positivo. Hemocultivos y urocultivos negativos. Panel inmunológico negativo. Electrocardiograma: ritmo de FA, FC 170 lpm, QRS 0,08 seg, QTc 0,34 seg, ECM + 20°. Signos de sobrecarga auricular y ventricular izquierda. Radiografía de tórax: índice cardiorrástico aumentado, redistribución vascular, infiltrado intersticial bilateral. Ecocardiograma: FEV 15%, aurícula y ventrículo izquierdos dilatados e hipokinésia parietal difusa.

Se deriva a Unidad Coronaria, evoluciona con taquiarritmia supraventricular e inestabilidad hemodinámica que requiere cardioversión eléctrica y fallece al día 3.

Discusión: La miocarditis es una enfermedad multicausal. Se estima que 7-17% de los pacientes hospitalizados por COVID-19 sufren lesiones miocárdicas: desde falso síndrome coronario agudo has-

ta insuficiencia cardiaca congestiva. El diagnóstico es clínico y se confirma con biopsia. El tratamiento se basa en corticosteroides, diuréticos, inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina, bloqueadores del receptor de angiotensina-II, β-bloqueadores, ECMO y eventual trasplante cardiaco.

Conclusión: La morbimortalidad por miocarditis es elevada, por lo que un diagnóstico precoz y tratamiento oportuno mejora los resultados.

0266 ENFERMEDAD NEUMOCOCCICA INVASIVA

I MALDONADO(1), B SANCHEZ(1), F PIRCHIO(1), M RE(1), S GATTINO(1), N ROCCHETTI(1), D BAGILET(1), C SETTECASE(1) (1) Heep

Introducción: La enfermedad neumocócica invasiva (ENI), se caracteriza por la invasión del St. Pneumoniae de sitios estériles. Tiene elevada morbimortalidad, especialmente en pacientes con factores de riesgo y en adultos mayores.

Caso clínico: Paciente femenino de 47 años. Antecedentes: G2P2; Chagas; tabaquismo. Ingresa a UCI por shock séptico secundario a neumonía con deterioro del sensorio. Examen físico: TA 100/60 mmHg, FR 32 rpm, afebril, saturando 98%, GSC 8/15, pupilas isocóricas reactivas simétricas, rigidez de nuca, reflejos cutáneos plantares presentes, rales en campo pulmonar medio basal derecho. Laboratorio: Hto 39.9 g/dl; Gb 25740 mm³; plaquetas 287000 mm³; Ur 72 mg%; Cr 1.1 mg%; Na 129 mEq/l; K 2.3 mEq/l; Cl 88 mEq/l; EAB: Ph 7,38 Po2 114 mmHg Co2 33 mmHg Hco3 19 mEq/l; EB -5 mEq/l Sat 97%; Pct 4.3 ng/ml; Líquido cefalorraquídeo: turbio, 456 elementos, 68% PMN, glucosa 0,02 g/l, proteínas 2,4 g/l, lactato 9,9 mmol/l. HIV, VHB y VHC negativos. Radiografía de tórax: radiopacidad para cardiaca derecha.

Tomografía de cráneo sin contraste normal. PCR para VHS, CMV, VZ, VEB negativos, Pneumococo positivo. Hemocultivos 2/2 + Pneumococo sensible a penicilina. Se interpreta como neumonía bacteriemi con meningitis a Pneumococo, realizo tratamiento con Ceftriaxona. Ecocardiograma transesofágico sin vegetaciones. Luego de 7 días de tratamiento la paciente continua febril, se toman nuevos cultivos se escala tratamiento a meropenem vancomicina. Hemocultivo, urocultivo y LCR negativos. Intercurre con neumonía asociada a ventilador a Stenotrofomona Mantophilia se ajusta tratamiento con levofloxacina/timetoprima sulfametoxazol, evoluciona con shock séptico refractario y fallece.

Discusión: Las personas inmunodeficientes, con asplenia o disfunción del bazo, diabetes, asma, tabaquistas y etilista tienen mayor riesgo de ENI. Los niños menores de cinco años y las personas ancianas muestran mayores tasas de mortalidad, la misma oscila 7% para neumonías a 30% para sepsis.

Conclusión: Es importante tener una elevada sospecha clínica diagnóstica de las complicaciones de infecciones por Pneumococo debido a su alta morbimortalidad y la incidencia de nuestro accionar en el pronóstico.

0268 SINDROME DE SHOCK TÓXICO POR STREPTOCOCCUS GRUPO A

A PÉREZ ANDES(1), A GIRA(1), V BRIZUELA(1), F LEVERATTO(2), P PRATESI(2) (1) Universitario Austral. (2) Universidad Austral.

Introducción: La enfermedad por estreptococo del grupo A, una incidencia de 3,5 por 100000 habitantes, mortalidad del 50%. El 30% evoluciona a Síndrome de shock tóxico por streptococo grupo A (SST), es producido por una exotoxina l que actúa como superantígeno generando liberación masiva de citoquinas produciendo fuga capilar y daño tisular.

Presentación del caso: Mujer de 32 años, G2, P2, hija con CVAS, A los 4 días de parto eutócico presenta exantema maculo eritematoso en tórax y dolor abdominal, ingresa por emergencias taquicardica con

hipotensión arterial, livedeces, lengua aframbuesada, laboratorio con coagulopatía, plaquetopenia y acidosis. Se sospecha shock anafiláctico vs séptico inicia fluidoterapia, corticoides, antihistamínicos y adrenalina más noradrenalina. Se tomaron cultivos e inició antibióticoterapia. El examen físico obstétrico no presentó signos de infección local, evolucionó con miocardiopatía séptica con Fe₂ 30%, se aisló en hemocultivo streptococcus pyogenes se roto a ceftriaxona y clindamicina y recibió gammaglobulina por 3 días, a los 15 días se da alta médica.

Discusión: La paciente cumplía con los criterios diagnósticos de SST, presentaba hipotensión arterial, afección de 2 o más órganos, coagulopatía con plaquetopenia compromiso hepático, exantema y aislamiento del germen en un sitio estéril (hemocultivos), se trató con antibióticos combinando un beta lactámico más clindamicina e inmunoglobulina endovenosa a dosis de 1 gr/kg el primer día y 0,5 grs/kg los días 2 y 3, según sugiere la bibliografía.

Conclusión: La gran repercusión hemodinámica de nuestra paciente junto al exantema llevó al diagnóstico presuntivo pudiéndose administrar el tratamiento adecuado y precoz.

0270 RELACIÓN ENTRE ANCHO DE LA COLUMNA DE AIRE LARÍNGEA Y ESTRIDOR POST EXTUBACIÓN EN PACIENTES PEDIÁTRICOS

A MAYORGA, G GARCIA(1), G BOGGIO(1)
(1) Hospital de Niños de la Santísima Trinidad

Introducción: La obstrucción de la vía aérea alta es causa común de estridor post extubación (PES) y fallo en pediatría, por lo que representa una preocupación creciente; no existe en la actualidad un método estandarizado para predecir este resultado. Novedosos estudios evalúan la utilidad y rendimiento potencial de la medición de la diferencia de ancho de la columna de aire laríngea (ACWD) previo a la extubación, medido por ultrasonido laríngeo, en relación con PES clínicamente significativo.

Objetivos: Evaluar la relación entre la ACWD y la presencia de PES clínicamente significativo en pacientes críticos pediátricos.

Materiales y Métodos: Pacientes: De 1 mes a 15 años intubados con TET con balón durante 24 horas o más desde septiembre de 2023 a marzo de 2024 en UTI terciaria de la Provincia de Córdoba.

Diseño del estudio: Prospectivo, observacional.

Metodología: Se realizó ecografía laríngea en pacientes seleccionados midiendo la diferencia del ancho de la columna de aire laríngea con balón desinflado e inflado con 20 cmH₂O. Se registraron los valores obtenidos en una planilla prediseñada y se evaluó la presencia o no de estridor post extubación.

Resultados: Se incluyeron 20 pacientes, 70% de género masculino. 35% (7) ingresaron a UTI por causa respiratoria, siendo la sepsis la segunda causa más frecuente; 11 pacientes no tenían comorbilidades asociadas.

Se observó que un 30% (6) fueron intubados con TET mayor al esperado por fórmula; con una media de 8 días de ventilación totales y 15 de los pacientes, recibieron corticoides pre extubación.

35% (7) presentaron estridor post extubación y 1 debió ser reintubado.

Aquellos pacientes que presentaron ACWD 0,7 mm o menos tuvieron mayor estridor post extubación con una asociación estadísticamente significativa (0= 0,01).

Conclusiones: La ecografía laríngea es una técnica novedosa, que puede realizarse al pie de la cama del paciente y que requiere un periodo de formación breve para su adecuada realización.

Son necesarios más estudios prospectivos y controlados para continuar la evaluación de este método y analizar sus potenciales beneficios en la incorporación del paquete de medidas de preparación para la extubación.

0272 INFECCIONES INVASIVAS POR STREPTOCOCCUS BETA HEMOLÍTICO DEL GRUPO A EN NIÑOS INTERNADOS EN HOSPITAL REGIONAL VÍCTOR SANGUINETTI DE COMODORO RIVADAVIA ENTRE ENERO 2022 Y MARZO 2024

PL BUREU(1), MI SUBIRA(1), MD NIETO(1), S MUSSINI(1), N NICKELS(1), G MANY(1), S ORTIZ(1), M BERNALDO DE QUIRÓS(1)

(1) Regional "Victor Sanguinetti"

Introducción: Las infecciones invasivas por Streptococcus pyogenes (SBHA) son causa importante de morbimortalidad. En los últimos años, hubo un aumento en la incidencia de dichas infecciones en diferentes regiones del país y del mundo. En nuestra institución también se evidenció este incremento.

Objetivo: Describir las características epidemiológicas, clínicas y evolutivas de los niños con infecciones invasivas por SBHA en nuestro hospital y relacionarlas con el aumento de la circulación del mismo.

Material y métodos: Estudio retrospectivo, descriptivo de infecciones invasivas por SBHA en niños ≤ 15 años, internados en sala de pediatría y en unidad de terapia intensiva pediátrica (UTIP) del Hospital Regional Víctor Sanguinetti de Comodoro Rivadavia entre enero 2022 y marzo 2024.

Resultados: N: 5 pacientes. El rango de edad fue de 5 y 10 años. Dos tenían patología previa (neurológica crónica y síndrome de Down). La presentación clínica más frecuente fue Síndrome de Shock Tóxico (SST) en 4 pacientes. Tres tuvieron neumonía supurada, una infección de piel y partes blandas (PyPB) y otro faringoamigdalitis. Solo uno presentó bacteriemia, en tres se documentó SBHA en líquido pleural (LP) y uno en muestra de PyPB.

Se realizaron pruebas fenotípicas y sensibilidad, siendo sensibles a penicilina, eritromicina, clindamicina y levofloxacina. Se remitieron a centro de referencia para secuenciación, hallándose: emm1 (M1 linaje global) en 2 pacientes (1 hemocultivo y 2 LP), emm 12 (LP) y emm 22 (PyPB).

Todos recibieron beta lactámico más clindamicina. Uno recibió gammaglobulina.

El promedio de días de internación total fue 39.8 y 13 en UTIP. Los 4 pacientes que ingresaron a UTIP tuvieron SST con FOM, requirieron inotrópicos y ventilación mecánica con una media de ARM de 10.5 días. Ninguno requirió terapia de reemplazo renal. Tampoco hubo fallecidos. Uno requirió amputación del miembro inferior izquierdo.

Conclusiones: La forma de presentación más frecuente fue SST. No hubo fallecidos, probablemente por la detección temprana y tratamiento oportuno. El hospital no registraba infecciones invasivas en niños desde 2018. En correspondencia con la tendencia nacional, las infecciones invasivas se registraron en un periodo coincidente con el alza en los rescates de SBHA en hisopados ambulatorios, desde marzo 2023.

0273 REPORTE DE CASO CLÍNICO DE ESTATUS EPILÉPTICO DE RECIENTE INICIO SÚPER-REFRACTARIO

L GIORDANA(1), F LIBARDI(1), L LOPEZ MACCAN(1), F LOPEZ BARBAYANI(1), S RODRIGUEZ CÁLIX(1), H CONDE(1), L BERLONI(1), G TOCALLI(1), F PEZ(1), S PULCINELLI(1), D SOUTO(1)
(1) Heca

Introducción: El estatus epiléptico (SE) se define como una convulsión que persiste por un tiempo suficientemente prolongado (más de 5 minutos) o se repite con tal frecuencia que no hay recuperación de la conciencia entre los episodios (2 o más). Se denomina "refractario" cuando dura más de 30 minutos o no responde al tratamiento con 2 o 3 fármacos. Cuando dura más de 24 horas aún con fármacos anestésicos se denomina "súper-refractario".

Presentación del caso: Hombre 15 años, internado en sala general para estudio por crisis parciales de mioclonías, sospecha de epilepsia juvenil, sin antecedentes patológicos. Realizó durante 5 días pulsos de corticoides, tuvo tres RMI de cráneo con contraste normales, LCR

normal con Filmarray, panel viral y GenXpert negativos. Ingresó a UTI por SE. Recibía tratamiento con 4 anticonvulsivos (Fenitoína, Levetiracetam, Lacosamida y Ácido Valproico). Se inició plasmaféresis por sospecha de encefalitis autoinmune, completando 5 sesiones sin respuesta. Posteriormente, el panel inmunológico fue negativo. A las 72 hs. se decidió iniciar coma barbitúrico con Tiopental por 15 días, agregando Fenobarbital EV, continuando con patente epileptógena en el EEG durante los primeros 10 días. Simultáneamente, realizó 5 días de Inmunoglobulina EV, sin respuesta. Se indicó dieta cetogénica durante 10 días, (suspendió por hipoglicemias). A los 22 días, presentó episodio de midriasis bilateral arreactiva, la TAC de cráneo mostró área de isquemia bi-occipital, el eco-Doppler transcraneal mostró signos de HEC y el EEG, patente epileptógena. Revirtió dicha midriasis espontáneamente en 72 hs. A los 45 días, mejoró la patente del EEG, se suspendió progresivamente la sedación y anticonvulsivantes, se destetó del ventilador, mostró aisladas convulsiones tónico-clónicas, apertura ocular espontánea, movilizándolo 4 miembros y comprendiendo órdenes simples.

Discusión: El SE representa aproximadamente el 3,5% de ingresos a UTI. Representa uno de los mayores problemas de salud pública en el mundo, una de las emergencias neurológicas más frecuentes y hasta el 40% son refractarios.

Conclusión: El SE representa un desafío diagnóstico, hasta un 50% de casos sin etiología identificada. Es esencial identificarlo y tratarlo oportunamente debido a su alta morbi-mortalidad.

0274 SHOCK CARDIOGÉNICO EN PACIENTE CON INSUFICIENCIA MITRAL SEVERA SECUNDARIA A FIEBRE REUMÁTICA

M ENZETTI(1), MB CORONA(1), C MEREGLI(1), V ROMBOLÁ(1), V APREA(1)

(1) Hospital General de Niños Pedro de Elizalde.

Introducción: La fiebre reumática es una complicación de la faringitis estreptocócica no tratada. En la enfermedad cardíaca reumática se afecta principalmente la válvula mitral. La fiebre reumática es una de las principales causas de insuficiencia cardíaca en niños de países de medianos y bajos recursos.

Presentación del caso: Paciente de 5 años previamente sano consulta por dolor abdominal, vómitos y fiebre de 24 horas de evolución. Como antecedente presentó cuadro de fiebre y odinofagia un mes antes, el cual no recibió tratamiento.

Ingresó en regular estado general con signos clínicos de insuficiencia cardíaca compensada. Se ausculta soplo sistólico en foco mitral y ritmo de galope. Radiografía de tórax con cardiomegalia. El ecocardiograma informa insuficiencia mitral severa e hipertensión pulmonar. Laboratorio con hemoglobina 8.3 y hematocrito 26, EAB: acidosis metabólica compensada. PCR 63, troponina T 76 y ProBNP >25000. Hemodinámicamente compensado inicia diuréticos y droga vasodilatadora vía oral. Recibe transfusión de glóbulos rojos.

Se toman múltiples muestras para búsqueda etiológica. Como dato positivo de relevancia presenta ASTO 909. Inicia tratamiento antiinflamatorio.

Evoluciona con signos de shock cardiogénico. Ingresó en asistencia ventilatoria mecánica, inicia inodilatadores continuos y diuréticos endovenosos. El ecocardiograma agrega disfunción biventricular severa.

Luego de estabilizar al paciente se realiza cirugía cardiovascular. En el procedimiento se observa válvula mitral severamente dañada con superficie friable y cuerdas rotas. No pasible de reconstrucción. Se coloca válvula mecánica.

Evoluciona favorablemente con extubación electiva a los 5 días. Suspende fármacos inotrópicos. El control a los diez días describe válvula protésica normoimplantada con apertura conservada y disfunción sistólica biventricular mejorada. Continúa anticoagulado, con diuréticos y vasodilatadores vía oral. Continúa con profilaxis con Penicilina y seguimiento multidisciplinario.

Discusión: La enfermedad cardíaca reumática causa dilatación biauricular e insuficiencia ventricular izquierda. Eleva la resistencia

vascular pulmonar y a su libre evolución provoca fallo ventricular derecho con consiguiente shock cardiogénico.

En el paciente se realizó tratamiento de sostén clínico por fallo cardíaco. A pesar de ello, la evolución de la enfermedad requirió del abordaje quirúrgico para tratar el compromiso mecánico valvular.

Conclusión: La cardiopatía reumática es un problema de salud pública grave pero prevenible.

Las intervenciones precoces eficaces pueden evitar la morbi-mortalidad prematura por cardiopatía reumática.



0275 SEPSIS VERSUS SIRS EN PACIENTES QUEMADOS

L KENIG(1), M NOTRICA(1)

(1) Hospital Garrahan

Introducción: La sepsis es una de las principales causas de muerte; se estimó que causa alrededor de 11 millones de muertes anuales, una cifra que representa un 19.7% del total de muertes(1). En los pacientes quemados sobreviven a la reanimación inicial; la sepsis se convierte en la principal causa de mortalidad. Estos pacientes presentan un SIRS que solapado con infecciones, hacen dificultosa la distinción de ambos cuadros. Llevando a sobremedicar, y consecuentemente aumentando la resistencia microbiológica.

Objetivo: Realizar una búsqueda bibliográfica de parámetros de diagnóstico temprano de sepsis en pacientes quemados.

Discusión: En el último meta-análisis (2); se incluyeron 28 estudios, estudiando 58 biomarcadores, en los cuales los más estudiados fueron la Procalcitonina (19 estudios) presentó una sensibilidad del 73% (IC 95%: 53-58) y especificidad 75% (IC: 66-82); y la PCR (10 estudios) con una sensibilidad de 86% (IC: 70-94) y especificidad 54% (IC 43-56). Existen estudios que comparan el valor de Procalcitonina y el rescate microbiológico; siendo esta más elevada cuando hay rescate de gram negativos, alcanzando una sensibilidad y especificidad aún mayor cuando se trata de microorganismos multirresistentes(3). Finalmente ambas fueron moderadamente sensibles, aunque pobremente específicas. Si bien existen nuevos biomarcadores (ej: TNF-alfa; Péptido Natriurético Atrial) con sensibilidad y especificidad elevadas, se tratan de determinaciones de alto costo y de difícil acceso. Se destaca un estudio(4) de un único centro, en el que a través de inteligencia artificial, analizaron historias clínicas de 2757 pacientes quemados que desarrollaron sepsis y shock séptico. Se compararon valores obtenidos de los hemogramas, analizando cuantitativamente y morfológicamente los hemocomponentes; con resultados prometedores (ver tabla 1).

Conclusión: No existe al momento un biomarcador lo suficientemente sensible y específico para realizar el diagnóstico temprano de sepsis en el paciente quemado; es el trabajo multidisciplinario del equipo de salud, las determinaciones de laboratorio y la clínica

del paciente, las mejores herramientas con las que contamos para lograr esta distinción. Es necesario continuar investigando para evitar el uso inadecuado de antibióticos y la resistencia microbiológica.

Tabla 1.

Parámetro	Sepsis (N: 1806)	Valor de P
Distribución de glóbulos rojos		0,001
Volumen medios de plaquetas		0,001
Relación neutrófilos/linfocitos		0,001
Volumen medio de plaquetas/recuento de plaquetas		0,001
Volumen medio de plaquetas/recuento de linfocitos		0,48
	Shock séptico (N: 341)	
Recuento de plaquetas		0,001
Volumen medio de plaquetas/recuento de plaquetas		0,001

0278 VENTILACIÓN PROLONGADA E HIPOGLUCEMIA EN LACTANTE COMO PUNTO DE PARTIDA PARA EL DIAGNÓSTICO DE PANHIPOPITUITARISMO CONGÉNITO

MF KLOR(1), LG TORRADO ALFONZO(1), T HERLEIN CORCOBA(1)

(1) Hospital de Niños de la Santísima Trinidad

Introducción: La insuficiencia hipofisaria congénita es un trastorno que determina la disminución o falta de hormonas hipofisarias. Es una patología compleja e infrecuente que, debido a su sintomatología inespecífica, suele ser difícil de reconocer a edades tempranas, con aumento de la morbilidad y mortalidad.

Presentación del Caso: Paciente femenina de 10 meses, con retraso ponderoestatural y neuromadurativo en estudio. Embarazo no controlado, pretérmino grande para edad gestacional, deprimida al nacer, facie peculiar, cariotipo 46 XX, 2 screening neonatal sin alteraciones, colestasis neonatal, hipoplasia de coana izquierda. Consulta por 48 horas de evolución de hiporexia y decaimiento asociados a episodios de hipo e hipertonia con retroversión ocular. Al ingreso paciente en mal estado general, hipotonía generalizada, febril e hipoglucémica. Se intuba, se toman cultivos y con sospecha de neuroinfección inicia esquema Ceftriaxona y Aciclovir. Permanece con parámetros de sostén, cultivos negativos. Se intenta destete con tres fracasos por fallo neurológico más estridor. Persiste hipoglucémica y se agrega hiponatremia por pérdidas renales. Luego del tercer fallo se toma muestra crítica: hipoglucemia con niveles bajos de cortisol, hormona de crecimiento, insulina y T4. Se suplementa con hidrocortisona y levotiroxina, luego de 28 días de ventilación mecánica invasiva se extuba de exitosamente.

Discusión: Durante internaciones previas se habían tomado muestra para metabolopatías y estudios genéticos no concluyentes. Con el hallazgo de laboratorio más resonancia compatible se diagnóstica Panhipopituitarismo congénito.

Conclusión: Se requiere una alto índice de sospecha ya que el diagnóstico luego del período neonatal sólo se realiza en un 23% de los casos.

0279 IMPLEMENTACIÓN DEL DECÚBITO PRONO EN PACIENTES CON SÍNDROME DE DISTRES RESPIRATORIO AGUDO PEDIÁTRICO

J1 SIMONASSI(2), V GIORINA(1), MT CANZOBRE(2), N SCHWAB(1), V LÓPEZ FIORITO(2), L GONZÁLEZ(1), C SANCHEZ(1), A CORDOVA(1)

(1) Pediátrico De San Luis. (2) Garrahan

Introducción: El decúbito prono (DP) es una terapia complementaria frente a la hipoxemia refractaria en el síndrome de distrés respiratorio agudo pediátrico (SDRA-P).

Objetivos: Identificar la frecuencia de utilización del decúbito pro-

no (DP) en los pacientes con SDRA-P, reconocer las características de la población en la que se utiliza, los niveles de oxigenación al inicio del DP y a las 24 horas posteriores, la metodología de uso y posibles eventos adversos.

Métodos: Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo observacional en dos unidades de cuidados intensivos pediátricos, mixtas clínico-quirúrgicas: el Hospital Nacional de Pediatría Juan P. Garrahan con 17 camas y el Hospital Pediátrico San Luis con 12 camas. Se incluyeron pacientes de entre 1 mes y 18 años de edad, que requirieron ventilación mecánica (VM) invasiva y DP durante su internación con diagnóstico de SDRA-P entre enero de 2022 y diciembre de 2023. Se excluyeron aquellos sin diagnóstico de SDRA-P que necesitaron DP por otro motivo.

Resultados: De 531 pacientes que recibieron VM invasiva, 86 presentaron SDRA-P (16,1%) y de estos, 60/86 (69,7%) requirieron DP. Los pacientes pronados tenían una mediana de peso de 12 kg [RIQ 7,2-20], edad de 22,5 meses [6,25-64,25] y una mortalidad de 8,3% (5/60). Los datos demográficos según la gravedad del SDRA-P se detallan en la Tabla 1. La oxigenación mejoró significativamente a las 24 horas del inicio del DP en los grupos leve-moderado y severo ($p < 0,0001$) tanto en el Índice de Oxigenación como en la relación PaO₂/FiO₂. Los pacientes que fallecieron no mostraron mejoras significativas en la oxigenación a las 24 horas. Los pacientes con SDRA severo fueron pronados más tempranamente (25,5 horas [5,3-96]), pero la duración del DP fue similar en ambos grupos (50 horas [30-93] vs 48 horas [24-95]). El 13,3% de los pacientes presentaron úlceras por presión asociadas al DP (Tabla 2).

Conclusión: La implementación del DP fue frecuente en pacientes con SDRA-P, se inició tempranamente con una duración promedio de dos días, y mostró una mejora significativa en la oxigenación a las 24 horas desde su inicio en los pacientes que sobrevivieron.

	Tubo n=60	SDRA-P leve-moderado n=20	SDRA-P severo n=21	P valor
Edad en meses, med [RIQ]	22,5 [6,25-21]	16 [5-48]	30 [13,5-96,5]	0,121
Peso en kg, med [RIQ]	12 [7,2-20]	10 [7-18]	15 [8,3-27,5]	0,177
Gendero femenino, n (%)	29 (48,3)	17 (86,4)	12 (57,1)	0,232
PrIM, med [RIQ]	0,89 [0,3-4,5]	0,49 [0,18-1,83]	4,21 [0,75-11,05]	0,001
Intensidad, n (%)	1 (1,7)	1 (5,0)	4 (19)	0,586
Índice de oxigenación inicial, med [RIQ]	13,3 [10,4-17,5]	11,4 [8,4-13,5]	10 [7,5-20]	<0,0001
Grupos diagnósticos, n (%)				
• IRAG	0 (0)	36 (92,3)	10 (48,1)	-
• Infección NO resp	3 (5)	1 (5)	2 (9,5)	-
• Evento neurológico	2 (3,3)	1 (5)	1 (4,8)	-
• Postparto	2 (3,3)	0 (0)	2 (9,5)	-
• Trauma	1 (1,7)	0 (0)	1 (4,8)	-
• Otros	1 (1,7)	1 (5)	0 (0)	-
Condición crónica compleja si, n (%)	38 (63,3)	25 (64,1)	13 (61,9)	0,866
• Sin CCC	20 (33,3)	14 (35)	4 (19,1)	-
• Respiratorio	12 (20)	9 (23,1)	3 (14,3)	-
• Neurológico	12 (20)	6 (15,4)	6 (28,6)	-
• Oncológico	0 (0)	1 (2,6)	1 (4,8)	-
• Cardiológico	3 (5)	3 (7,7)	0 (0)	-
• Otros	7 (11,7)	6 (15,4)	1 (4,8)	-
Días de ventilación mecánica	13 [9,2-20]	10 [9,2-21]	13 [7,5-30]	0,786
Días libres de VM a los 28 días	12,5 [9,1-18]	13 [11-18]	12 [9,1-18]	0,435
Días de internación en UCP	21,2 [19,25,7]	23 [19,5-27]	17 [11,4-30,5]	0,545
Días de internación hospitalaria	20 [19,4]	20 [19,4]	22 [12,2-44,7]	0,332

Tabla 1. CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS SEGÚN GRAVEDAD DEL SDRA-P

Tabla 2. Oxigenación al inicio del DP y a las primeras 24 horas Implementación del DP. Eventos adversos.

	Oxigenación inicial y a las 24 horas - Gravedad del SDRA-P	P valor
SDRA-P leve-moderado (n=33)		
• Inicio de oxigenación, med [RIQ]	11,4 [8,5-14,2]	8,2 [6,8]
• PaO ₂ /FiO ₂ , med [RIQ]	104 [97,6-116]	144 [128-158]
SDRA-P severo (n=21)		
• Inicio de oxigenación, med [RIQ]	10 [7,5-20]	15,7 [10,5-23]
• PaO ₂ /FiO ₂ , med [RIQ]	77,8 [50,5-97,9]	115 [82,2-162]
SDRA-P leve (n=10)		
• Inicio de oxigenación, med [RIQ]	13,5 [10,5-17,6]	8,6 [8,3-11,4]
• PaO ₂ /FiO ₂ , med [RIQ]	99 [80-112]	140 [122-158]
SDRA-P crítica (n=5)		
• Inicio de oxigenación, med [RIQ]	30 [18,2-33]	27 [19,3-32,6]
• PaO ₂ /FiO ₂ , med [RIQ]	62 [54-111]	70 [51-90]
Implementación del decúbito prono		
Total n=60	SDRA-P leve-moderado (n=33)	SDRA-P severo (n=21)
Horas previas al DP, med [RIQ]	44 [12-96]	40 [16-96]
Horas en DP, med [RIQ]	48 [24-93]	48 [24-96]
Días en DP, med [RIQ]	2,04 [1,3-3,38]	2,1 [1,3-3,3]
Cantidad de ciclos de DP, med [RIQ]	9 [5,1]	10 [5,1]
Duración en horas de los ciclos de DP, med [RIQ]	48 [24-74,8]	50 [24,4-85,3]
Eventos adversos asociados al DP		
Total n=60	SDRA-P leve-moderado (n=33)	SDRA-P severo (n=21)
Úlceras por presión, n (%)	0 (0)	1 (4,8)
Edulcoración no programada, n (%)	1 (1,7)	0 (0)

Referencias: SDRA-P: síndrome de distrés respiratorio agudo pediátrico; DP: decúbito prono; med: mediana; RIQ: rango intercuartil; Sj: síndrome de Sjögren; PaO₂/FiO₂: Prueba arterial de oxigenación inspirada de oxígeno.

0280 SÍNDROME DE MORVAN PRESENTE COMO SÍNDROME PARANEOPLÁSICO EN PACIENTE CON TIMOMA
MI CAZENAVE(1), M CARDONATTI(1), A GIRA(1), F LEVE-
RATTO(1), D CZWERWONKO(1), P PRATESI(1)
(1) Universitario Austral

Introducción: El Síndrome de Morvan es una enfermedad para-neoplásica poco frecuente, caracterizado por hiperexcitabilidad de nervios periféricos, delirium, alucinaciones e insomnio, disfunción autonómica.

En 1890 Morvan describió “La choreé fibrillaire” contracciones musculares, calambres, sudoración, delirio. Presentan anticuerpos anti complejo de canales de potasio (anti-CASPR 2) estos generan hiperexcitabilidad neuronal por disminución del número de canales funcionantes, no permite la repolarización.

Un 40% presenta un timoma subyacente. El tratamiento es con inmunomoduladores.

Presentación del caso: Hombre de 64 años, en estudio de una miastenia gravis ACRA+ se le diagnostica un timoma Masaoka 2, con resección quirúrgica incompleta mas radioterapia.

Evoluciona con debilidad de miembros inferiores, calambres y sudoración, diagnóstico presuntivo de síndrome colinérgico por piridostigmina, se solicitan anticuerpos onconeuronales y un electromiograma que informó hiperexcitabilidad muscular.

El paciente evoluciona con empeoramiento de los síntomas Neuro musculares, disautonomía y fasciculaciones, requiere conexión a ARM, TC de tórax evidencia recidiva de timoma, se sospecha síndrome paraneoplásico e inicia inmunoglobulina en Se interpreta cuadro como Síndrome de Morvan, mala respuesta a la inmunoglobulina se realiza metilprednisona por tres días. Se entuba y evoluciona con mejoría de síntomas neuromusculares y psiquiátricos

Discusión: Se sospecha síndrome de Morvan, por hiperexcitabilidad neuromuscular con neuromiotonías en electromiograma y con fasciculaciones, trastornos psiquiátricos y autonómicos, diagnóstico diferencial con síndrome colinérgico, se descarta ante progresión del cuadro pese a suspensión de anticolinérgicos, electromiograma compatibles si bien están pendientes resultado de los anticuerpos onconeuronales, su ausencia no descarta el diagnóstico.

Conclusiones: Es necesario conocer los diagnósticos diferenciales del síndrome miasteniforme en pacientes con timoma, la hiperexcitabilidad de nervios periféricos podría ser un síndrome paraneoplásico.

0281 PERFORACION ESOFAGICA Y CIERRE ENDOSCOPICO MEDIANTE EL SISTEMA OVER-THE SCOPE CLIP OVESCO
MC PALACIO(1), JC MEDINA(1), M CHAMADOIRA(1), A GUTIERREZ(1), C REYES(1), C HERBAS(1), C BEDOYA(1), D BOSCH(1), J CAMARGO(1)
(1) Sanatorio Anchorena Itoiz

Introducción: La perforación de esófago es una patología poco frecuente y grave, siendo una urgencia medico quirúrgica con una mortalidad del 15 a 30%. La causa iatrogénica supone un 50%, debido al aumento de las técnicas endoscópicas diagnósticas y terapéuticas. El intervalo entre la lesión y la terapéutica es fundamental. Su manejo, es controvertido.

Caso clínico: Paciente de 87 años que presenta pancreatitis aguda litiasica y Síndrome coledociano constatando litiasis múltiple y dilatación de VB intra y extra hepática con colédoco de 11 mm con lito. Se realiza Colangio pancreatografía retrograda endoscópica evidencia hepatocolédoco de 10 mm con barro biliar, esfinteropapilotomía y extracción de barro biliar. A las 24 hs se procede a colecistectomía laparoscópica. Evoluciona con hidroneumotorax derecho y desplazamiento mediastinal con enfisema subcutáneo. Se realiza de urgencia toracocentesis y avenamiento pleural. Por sospecha de fistula esófago-pleural se realiza VEDA. Se constata en esófago tercio medio a 23-24 cm ADS orificio fistuloso de bordes

regulares de 5 mm. Se realiza consenso terapéutico con especialistas realizando colocación de sistema OVESCO con cierre endoscópico sin complicaciones.

Evoluciona con alimentación enteral por K 108 distal y controles tomográficos evidenciando cierre de fistula esófago pleural. Inicia alimentación oral con buena tolerancia. Buena evolución.

Discusión: En nuestra paciente añosa la lesión esofágica post endoscopia se ubicó en el tercio medio de esófago y se realizó avenamiento pleural, antibióticos y cierre de la perforación con sistema OVESCO por vía endoscópica, con buenos resultados.

Conclusión: El tratamiento conservador versus quirúrgico es controvertido y multifactorial e individualizado con pronóstico grave de acuerdo a múltiples variables.

0283 INFARTO CEREBRAL POR DISECCION CAROTIDEA SECUNDARIO A DISPLASIA FIBROMUSCULAR
MC PALACIO(1), JC MEDINA(1), M CHAMADOIRA(1), A GUTIERREZ(1), C HERBAS(1), C REYES(1), C BEDOYA(1), D BOSCH(1), J CAMARGO(1)
(1) Sanatorio Anchorena Itoiz

Introducción: Los accidentes cerebrovasculares en pacientes jóvenes, presentan otros mecanismos menos frecuentes como la disección de las arterias carótidas, etiología que representa entre un 10 a 20%. Dentro de este grupo de pacientes la disección arterial puede ser espontanea (displasia fibromuscular y las enf del tejido conectivo) y secundarias (traumática e iatrogénica). La displasia fibromuscular es una entidad rara y sistémica con dilataciones en collar de perlas en arterias de mediano y pequeño calibre, en arterias carótidas, renales etc. Presentando un reto diagnóstico.

Caso clínico: Paciente de sexo femenino de 33 años con antecedentes de HTA que ingresa a guardia por cefalea, vómitos, parestesias de MSI y paresia facial izquierdo. Se realiza al ingreso TAC cerebral: sin patología. RMN cerebral: Área de restricción cortico subcortical fronto temporo parietal derecho, proceso isquémico vascular agudo. Angio RMN cerebral: arteria carótida derecha cervical doble luz con desgarro miointimal (flap) y reducción distal de flujo. Se realiza angiografía digital observó disección de la arteria carótida derecha cervical derecha en contexto de displasia fibromuscular. En arteria carótida izquierda cervical gran tortuosidad, imagen compatible con Angiodisplasia fibromuscular.

Se realiza terapéutica de consenso indicando doble antiagregación a posteriori anticoagulación.

Discusión: En nuestro caso se presenta una paciente femenina joven, constatando ictus y disección carotidea cervical derecha con características de collar de perlas observada en la angiografía digital. El tratamiento fue individualizado.

Conclusión: La displasia fibromuscular es una entidad de gran reto diagnóstico y su tratamiento es individualizado ya que no hay datos contundentes del mismo.

0284 SISTEMA DE TRASLADO DE PACIENTES CRÍTICOS. ESTRATEGIA DE MEJORA EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS CRÍTICOS PEDIÁTRICOS
G MENDEZ, E CAMACHO(1)
(1) Hospital Público Materno Infantil

Introducción: El transporte oportuno, seguro y de calidad de los niños críticos representa un desafío en la atención médica de alta complejidad. Éste tipo de traslado debe ser realizado por personal capacitado y con equipamiento biomédico apto para tal fin. Siendo éste tipo de transporte una extensión de la Unidad de Terapia Intensiva. La conformación de un Sistema de Traslado (ST) de Pacientes Críticos es una estrategia de mejora y clave a la hora de garantizar la seguridad y calidad de la atención.

Objetivos: 1- Describir las etapas de conformación del ST en el Hospital Público Materno Infantil de la provincia de Salta. 2-Determinar los beneficios del mismo. 3- Identificar los factores de limitan su implementación.

Tipo de diseño: Estudio de tipo descriptivo, de implementación sin grupo control.

Material y Método: La Estrategia de Mejora se realizó a través de intervenciones secuenciales, sistemáticas y sostenidas. Se definieron etapas: Diagnóstico de Situación. Definición del perfil del Recurso Humano. Conformación de Recurso Humano. Adquisición del Recurso Material. Logística y flujograma. Capacitación. Protocolos. Los datos se obtuvieron de la base de datos del ST.

Resultados: Se realizaron desde diciembre/2022 hasta abril/2024; 75 traslados. Edad: mediana 12 meses (rango 2 – 180). El 73,3% (55) de los traslados se realizó en Salta Capital: 32 (42,7%) a clínicas privadas y/o hospitales para completar tratamiento y 23 (30,6%) para estudios complementarios y/o intervenciones endovasculares. El 26,7% (20) de los traslados se realizaron desde hospitales del interior de la provincia. Los pacientes se estabilizaron y luego trasladaron a la Terapia Intensiva del hospital. La patología respiratoria fue la causa del 60% (12) de los traslados desde el interior y en menor medida: Status Convulsivo, Politraumatismo y lesión por quemadura. No hubo registro de mortalidad en los traslados como tampoco durante la internación. La comunicación efectiva entre los diferentes efectores es uno de los factores que limitan la adecuada implementación del ST.

Conclusiones: La incorporación del ST fue exitosa y nos permitió mejorar la calidad de los traslados. La implementación de estrategias para la capacitación continua, la comunicación efectiva y la adecuada coordinación son los desafíos para continuar con el proceso de mejora.

0285 FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS CON LA RECURRENCIA DE ECLAMPSISMO EN LOS TRASTORNOS HIPERTENSIVOS DEL EMBARAZO GRAVES

R GIANNONI(1), IS GONZALEZ POMPILIO(1), CR GARNICA(1), AM ANTÓN(1), MG ARCE GALLARDO(1), E MARTINEZ(2), FD MASEVICIUS(3)

(1) Regional Ramon Carrillo. (2) Juan A Fernandez. (3) Sanatorio Otamendo Y Mirolí

Introducción: Se ha reportado que la recurrencia del eclampsismo en los trastornos hipertensivos del embarazo (THE) se asocia con mayor morbilidad materna. Sin embargo, existe escasa evidencia sobre los factores de riesgo asociados con la persistencia de síntomas neurológicos.

Objetivos: Determinar la asociación entre las variables derivadas del DTC y autorregulación cerebral con la recurrencia de síntomas neurológicos en pacientes con THE graves.

Describir los patrones de flujo derivados del DTC en las pacientes con o sin recurrencias de síntomas neurológicos.

Material y método: Estudio observacional prospectivo. Se incluyeron pacientes ≥ 16 años con diagnóstico de preeclampsia grave o eclampsia ingresadas en forma consecutiva en la UTI entre el 04/2022 y 05/2024. El DTC se realizó durante las primeras 24 horas de la admisión y se repitió ante la presencia de recurrencia de síntomas neurológicos y durante la administración de SO4Mg. Se midieron velocidades de flujo sanguíneo cerebral en circulación anterior y posterior (cerebral posterior y basilar). Se evaluó autorregulación estática, variables clínicas, epidemiológicas y de laboratorio. La comparación entre grupos se realizó con Test estadísticos apropiados. Se evaluó la asociación independiente entre las variables derivadas del DTC y la presencia de eclampsismo, se construyó un modelo de regresión logística.

Resultados: Se incluyeron 78 pacientes con THE graves. La incidencia de eclampsismo fue del 25% en los THE graves. La recurrencia de síntomas se asocia con mayores días de internación hospitalaria, necesidad de ARM, mayor puntaje de los scores de gravedad (SOFA

y APACHE), niveles de ácido urico e hipoalbuminemia al admision. Sin embargo no se encontraron diferencias en los velocidades de flujo en los territorios vasculares en DTC inicial. (ver tabla 1). La hipoalbuminemia inicial se asocia de manera independiente al la gravedad del paciente con el desarrollo de recurrencia de eclampsismo. (ver Tabla 2).

Conclusiones: La recurrencia de eclampsismo es una complicación frecuente y se asocia con mayor morbilidad materna-fetal. La persistencia de eclampsismo se asocia de manera independiente con la severidad de la enfermedad e hipoalbuminemia al ingreso. Son necesarios más estudios que permitan confirmar estos hallazgos.

Tabla 1.	Recurrencia	Sin Recurrencia	p
n (%)	19 (25)	59 (75)	/
Edad (años)	26,2 (7,2)	25,6 (6)	0,72
Indice de masa corporal (Kg/m ²)	31 (7)	32 (6,5)	0,55
Eclampsia (%)	13 (68)	26 (45)	NS
Edad Gestacional (Sem)	32 (4,1)	33 (4,9)	0,66
Biochemical Variables			
Lactico deshidrogenasa (UI/ml)	625 (470-840)	595 (435-707)	0,85
Acido Úrico (mg/dl)	5,4 (4,1-6,4)	5,4 (4,6-7,3)	0,03
Proteinuria (g/24hs)	222 (184-493)	348 (133-493)	0,34
pCo ₂ (mmHg)	40 (36-44)	36 (31-44)	0,9208
Albúmin Serum (g/dl)	2,6 (0,5)	3 (0,3)	0,001
Scores and Severity			
Apache II	9 (6-14)	6 (4-14)	0,001
SOFA	4 (3-6)	3 (1-4)	0,007
Shock (%)	4 (21)	8 (14)	0,45
AVM (%)	12 (63)	16 (27)	0,004
Variables of Cerebral Hemodynamics			
TAM (mmHg)	96±15	98±14	0,74
PPC Belfort	57 (47-78)	68 (55-83)	0,08
Area de Resistencia Vascular (mmHg/cm ² /seg)	1,9 (1,40-2,18)	1,47 (1,13-2,10)	0,09
Preserved cerebrovascular autoregulation n (%)	7(36)	32 (55)	
Indice flujo cerebral	40 (33-60)	49 (35-63)	0,3
Arteria Cerebral Media			
Velocidad Sistolica	82±25	85±30	0,74
Velocidad Diastolica	42±15	44±19	0,62
Velocidad Media	55±17	58±22	0,58
IR	0,49±0,07	0,48±0,77	0,08
IP	0,73±0,21	0,75±0,23	0,81

Anterior Cerebral Artery			
Velocidad Sistólica	75±19	69±29	0,45
Velocidad sistólica	31±10	28±11	0,53
Velocidad Media	43±19	46±17	0,5
IR	0,57±0,1	0,57±0,22	0,91
IP	0,75±0,22	0,77±0,22	0,38
Arteria cerebral Posterior			
Velocidad Sistólica	66±23	63±25	0,38
Velocidad diastólica	35±14	33±16	0,69
Velocidad Media	46±16	43±19	0,66
IR	0,47±0,09	0,47±0,09	0,1
IP	0,72±0,3	0,74±0,25	0,69
Basilar			
Velocidad Sistólica	59 (49-79)	56 (45-69)	0,36
Velocidad Diastólica	31 (26-35)	29 (24-36)	0,58
Velocidad Media	40 (36-47)	40 (36-47)	0,45
IR	0,50 (0,45-0,55)	0,46 (0,40-0,50)	0,01
IP	0,8 (0,65-0,97)	0,71 (0,53-0,90)	0,08
Resultados Materno-Fetal			
RCIU	11 (58)	14 (24)	0,006
Estadia UTI	8 (4-10)	5 (1-7)	0,024
Estadia hospital	13 (8-16)	8 (5-10)	0,027
Hta PSI	5 (26)	13 (22)	0,95
Obito Materno	0	1	NS
Mortalidad Prenatal (%)	3 (16)	7 (13)	NS

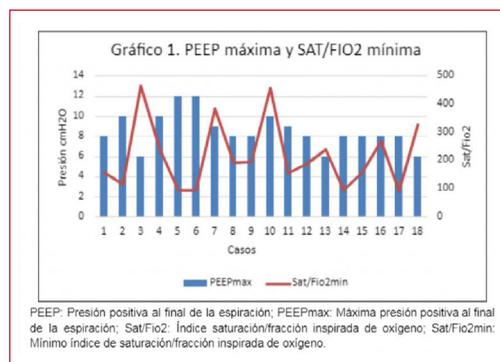
Tabla 2. Modelo de regresión logística.

Recurrencia	OR	IC 95%	p
Albumina (g/dl)	0,16	0,03-0,85	0,03
ARM	1,13	0,20-6,11	0,88
Apache II	1,13	0,94-1,35	0,2

los pacientes que requirieron VNI paliativa entre 2021-2024 en una terapia pediátrica polivalente de CABA.

Resultados: Se colocó VNI paliativa a 18 pacientes entre 9 meses y 16 años con una mediana de 102 meses (RIC 21-156) consensuado con sus familias. La mortalidad fue del 50% (n=9). Los pacientes tuvieron una mediana del score de gravedad PIM3 3.79% (RIC 3.16-6.46), días de internación 14 días (RIC 2.75-21.25), días de VNI 9.5 días (RIC 2-13.75), máxima presión de soporte 10 cmH2O (RIC 9.5-12), PEEP 8 cmH2O (RIC 8-10), FiO2 50% (RIC 24-60) y Sat/FiO2 de 191 (RIC 110-284.75). Se utilizaron equipos de tipo intermedio, la interfaz más requerida fue la Total Face y en todos los casos el modo fue PC-CMV. Se necesitó la aplicación de analgesia y sedación en goteo continuo al 55% de los pacientes y se registró una lesión en el puente de la nariz como única complicación.

Conclusión: La VNI en su rol paliativo pretende mejorar la calidad de vida del paciente y proporcionarle una muerte digna con el menor sufrimiento posible en compañía de su familia. El entorno debe estar involucrado en el proceso de decisión y colocación de la VNI debiendo ser capaz de modificar en forma dinámica las metas terapéuticas de acuerdo a la evolución clínica del paciente.



PEEP: Presión positiva al final de la espiración; PEEPmax: Máxima presión positiva al final de la espiración; Sat/FiO2: Índice saturación/fracción inspirada de oxígeno; Sat/FiO2min: Mínimo índice de saturación/fracción inspirada de oxígeno.

Tabla 1. Datos demográficos.

Variable		
Pacientes FRa (FR: %)		18 (100%)
Femenino FRa (FR: %)		12 (66%)
Diagnóstico		
-Neurológico FRa (FR: %)		8 (44%)
-Genético FRa (FR: %)		4 (22%)
-Neuromuscular FRa (FR: %)		4 (22%)
-Respiratorio FRa (FR: %)		2 (11%)
Condición		
-DNI FRa (FR: %)		15 (83%)
-DNRI FRa (FR: %)		3 (16%)
Tipo de VNI		
-Post extubación FRa (FR: %)		3 (16%)
-Inicial FRa (FR: %)		15 (83%)
Días de internación MD (Q 0.25 - Q 0.75)		14 (2.75-21.25)
Días de VNI MD (Q 0.25 - Q 0.75)		9.5 (2-13.75)

FRa: Frecuencia absoluta; FR: Frecuencia relativa; DNI: No intubación; DNRI: No re-intubación; MD: Mediana; Q: Cuartil; VNI: Ventilación No Invasiva.

0286 USO DE VENTILACIÓN NO INVASIVA PALIATIVA EN PACIENTES PEDIÁTRICOS

JP BONORA(1), A MORACH(1), F TORRICOS(1)
 (1) Hospital Garrahan

Introducción: Actualmente los cuidados paliativos ocupan un lugar relevante en las terapias intensivas considerándose el abordaje estándar en los pacientes con patologías terminales. La VNI es una terapéutica utilizada no solo para evitar la intubación y la re intubación en el marco de la dificultad respiratoria aguda sino también para aliviar los síntomas en pacientes con progresión irreversible de su enfermedad. En este caso, se puede desempeñar como soporte de vida para pacientes con decisión de no intubar, no reintubar, no reanimar y como medida paliativa para pacientes con cuidados de confort en el fin de su vida.

Objetivo: Describir las características del uso de la VNI en pacientes pediátricos paliativos.

Metodología: Estudio descriptivo retrospectivo. Se incluyeron todos

0287 INTERVENCIÓN AMBIENTAL EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS

JP BONORA(1), A MORACH(1), F TORRICOS(1)
 (1) Hospital Garrahan

Los efectos negativos del ambiente en términos de luz y ruidos sumados a la severidad de la enfermedad pueden tener gran repercusión en la morbilidad asociados a la calidad de sueño y el desarrollo de delirium. La falta de conciencia del personal y cuidadores sobre el ambiente, su evaluación y posibles modificaciones justifica una intervención para mejorar la calidad de los cuidados en la salud crítica pediátrica.

Objetivo: Evaluar los resultados de una intervención ambiental en una terapia intensiva pediátrica polivalente.

Metodología: Se hizo un relevamiento de las condiciones ambientales de ruido y luz de una unidad de cuidados intensivos pediátricos polivalente; se realizó una intervención mediante un programa educacional que abarcó charlas de concientización al personal;

material gráfico para padres y cuidadores; indicadores visuales; un protocolo de control de flujo de personal y cuidadores; y un protocolo de higiene de sueño. Posteriormente se realizó un nuevo monitoreo y evaluación de los resultados.

Resultados: Las mediciones ambientales mostraron encontrarse por fuera de los estándares recomendados. Luego de la intervención se observó un descenso leve en los niveles de ruido continuo y ruido de impacto mínimo. (md 55.40 RIC 54.22-59.22 vs md 54.02 RIC 51.78-56.94 y md 52.3 RIC 51.4-53 vs md 50.7 RIC 46.12-52.27 decibeles respectivamente) El ruido máximo se redujo casi un 42% en frecuencia (picos > 65 db md 48 RIC 8-160 vs md 28 RIC 5-79). Los niveles de luz se redujeron en las habitaciones con y sin ventana (md 49.25 RIC 31.1-56.75 vs md 17.5 RIC 13-30; y md 12.10 RIC 9.8-17.4 vs md 0.85 RIC 0.7-1.07 lux respectivamente).

Conclusiones: La intervención a través de un paquete de medidas para modificar las condiciones ambientales logró reducir los niveles de ruido continuo y ruido de impacto así también como los niveles de luz de la unidad.

Tabla 1: Niveles de ruido recomendados y medidos

Entidad	Ruido continuo (ruido promedio[dB])	Ruido Intermitente (ruido máximo[dB])
OMS	30	< 40
AAP	45	< 65
Ley 1540 CABA	40	< 50
UCIP	55,40	71.8

OMS: Organización Mundial de la Salud
 AAP: Asociación Americana de Pediatría
 Ley 1540 CABA: ley de control de la contaminación acústica de la Ciudad de Buenos Aires
 UCIP: Terapia Intensiva Pediátrica Polivalente

Tabla 2: Niveles de ruido y luz pre y postintervención

Niveles de ruido y luz	Preintervención	Postintervención	Valor de P
Ruido promedio dB md (RIC)	55.40 (54.22-59.22)	54.02 (51.78-56.94)	0.09
Ruido máximo dB md (RIC)	71.80 (66.3-78.3)	74.6 (69.27-78.4)	0.382
Ruido mínimo dB md (RIC)	52.3 (51.4-53)	50.7 (46.12-52.27)	0.003
Picos > 65 dB/hora md (RIC)	48 (8-160)	28 (5-79)	0.111
Habitación sin ventana lux md (RIC)	12.10 (9.8-17.4)	0.85 (0.7-1.07)	0.002
Habitación con ventana lux md (RIC)	49.25 (31.1-56.75)	17.5 (13-30)	0.002

db: decibeles md: mediana RIC: rango intercuartílico

0289 USO DE E.C.M.O. EN HEMORRAGIA ALVEOLAR SECUNDARIA A LEPTOSPIROSIS

B MERES(1), ROSARIO, SANTA FE, AR RODRIGUEZ(1), ROSARIO, SANTA FE, I MALDONADO(1), ROSARIO, SANTA FE, MD RE(1), ROSARIO, SANTA FE, NS ROCCHETTI(1), ROSARIO, SANTA FE, SP GATTINO(1), ROSARIO, SANTA FE, CJ SETTECASE(1), ROSARIO, SANTA FE, DH BAGILET(1), ROSARIO, SANTA FE

(1) Hospital Eva Peron Granadero Baigorria. (2) Rosario. (3) Santa Fe

Introducción: El síndrome de hemorragia pulmonar difusa (HPD) se caracteriza por hemoptisis, disminución del hematocrito e infiltrados pulmonares bilaterales en la radiografía de tórax. Dentro de sus causas la Leptospira spp. es una de ellas; la afectación pulmonar oscila 20-70%, y con mortalidad del 50%.

Caso clínico: Varón de 25 años con antecedente de tabaquismo consulta por cuadro de 7 días presentando disnea, tos, fiebre, agregando vómitos y hemoptisis las últimas 48hs. Ingresó a UCI por insuficiencia respiratoria, inestable hemodinámicamente, somnoliento TA 110/60 mm/Hg; FC 110 LPM, SAT O2 89%, FR 34 RPM, mala mecánica ventilatoria, rales crepitantes bilaterales. Hb 6g/dl; hto 18,2%; plaquetas 148.000/mm³; GB 13.000/mm³; Urea 38mg%; Creatinina 1.27 mg%; Tp 11,8seg; Kptt 22seg; Ph 7.20; Co2 45 mm/

Hg; O2 67 mm/Hg; Bicarbonato 22.6mEq/L; Sat 76%; Na 145 mEq/l; K 3.1 mEq/l; CL 106 mEq/l; lactato 3.6 mmol/l; VES 70 mm/h, PCR 5mg/dl; tóxicos orina: Cocaína positivo. Radiografía de tórax: infiltrados alveolares medio basales bilaterales. Se solicita panel inmunológico y serologías para enfermedades endémicas: Hantavirus; Leptospirosis; Fiebre Hemorrágica; Dengue. Se interpreta como SDRA por hemorragia alveolar, se sospecha inhalación de cocaína; se toman hemocultivos, Mini-bal e inicia vancomicina, ceftriaxona y pulso de metilprednisolona (1gr). Optimizándose medidas hemodinámicas y ventilatorias presenta hipoxemia refractaria pese a sesión de pronó. Se deriva a otro efector para vincularse a E.C.M.O. el cual realizo 11 días. Obteniéndose Ac IgM para Leptospira spp. positivo. Luego de 22 días se externa.

Discusión: La hemorragia alveolar, hipoxemia y falla multiorgánica por leptospirosis es poco frecuente. La literatura que avala la utilización de E.C.M.O. veno-venosa como medida de rescate en casos de leptospirosis severa esta descripta en distintas partes del mundo, pero es escasa en nuestro medio.

Conclusión: En los casos HPD severos con hipoxemia refractaria la mortalidad es sumamente alta y el diagnóstico etiológico precoz es difícil de arribar, es necesario implementar medidas terapéuticas tempranas para disminuir la mortalidad.

0290 VALIDACIÓN DE HATCH SCORE COMO PREDICTOR DE OUTCOME NEUROLÓGICO EN PACIENTES CON HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA ANEURISMÁTICA

MV GONZALEZ(2), CG VIDELA(1), I HUESPE(1), S VENUTI(1), M BERDIÑAS ANFUSO(1), S PRATI(2), G YOSSA(3), V ORTEGA(3), D IVULICH(3), S SCHVERDFINGER(2), NM CIARROCCHI(2)

(1) Italiano De Buenos Aires. (2) Hospital Italiano De Buenos Aires. (3) Hospital Aleman

Introducción: En pacientes con hemorragia subaracnoidea aneurismática (HSA) los modelos de predicción clínica desempeñan un papel crucial en predicción de mortalidad y outcome neurológico. En este contexto surgen diferentes escalas, entre ellas el score de HATCH que combina características de hemorragia, edad del paciente, tipo de tratamiento, estado clínico y presencia o ausencia de hidrocefalia, para la predicción del estado neurológico los 12 meses del alta.

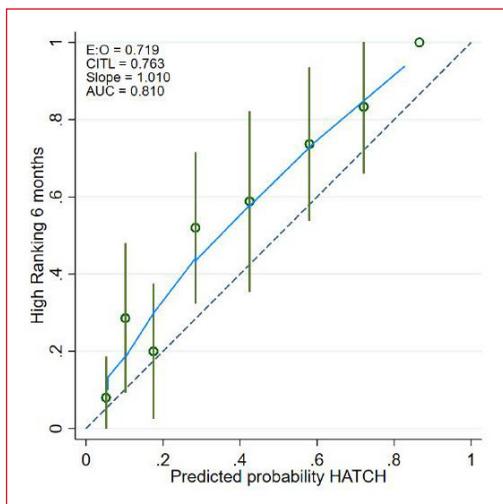
Materiales y Métodos: Estudio de cohorte retrospectivo, se incluyeron pacientes con HSA 1/2011 hasta 7/2023 en 3 hospitales (Hospital Aleman, Hospital Italiano de Buenos Aires, Hospital Universitario Austral). Se evalúa el estado neurológico a los 6 meses del alta con la escala de Rankin Modificado.

Se realizó validación del Score de HATCH, evaluando la Calibración de Cox y la discriminación con el área bajo la curva ROC (AUROC)

Resultados: Se incluyeron 150 pacientes ingresados por HSA con seguimiento completo a los 6 meses posteriores al alta. La población tenía una media de edad de 59 años (DE 14). Los pacientes con buen outcome neurológico tenían un promedio de Score de HATCH de 3.4 (SD 1.8), vs 6.2 (SD 1.9) en los pacientes con mal outcome. Al evaluar la discriminación se obtuvo AUROC de 0.8 (IC 95% 0.74-0.87) para la predicción de mal outcome neurológico a los 6 meses. En el análisis de calibración, se observó que el puntaje infra predijo levemente el mal outcome neurológico, evidenciado con una calibración en el largo (CITL) de 0.76, pero con un Slope de 1, lo que evidencia que a medida que las probabilidades predichas aumentaban, la proporción de pacientes con mal outcome aumento en paralelo (Figura 1).

Conclusión: El score de HATCH es una herramienta efectiva para la predicción de outcome neurológico en pacientes con HSA aneurismática en nuestra población. Aunque inicialmente validado en otra cohorte, nuestros hallazgos respaldan su aplicabilidad en nuestro contexto clínico.

	Todos (n=150)	mRS <4 a 6 meses	mRS ≥4 a 6 meses	p valor
Edad en años	59.8 (14.5)	56.2 (15.1)	64.0 (12.5)	0.001
Estado biológico				0.862
Femenino	100 (66.7%)	53 (65.4%)	47 (68.1%)	
Masculino	50 (33.3%)	28 (34.6%)	22 (31.9%)	
APACHE II	13.1 (8.63)	8.96 (7.27)	18.1 (7.45)	<0.001
Charlson	2.00 (0.00-4.00)	1.00 (0.00-2.00)	3.00 (1.00-4.00)	0.001
Hipertensión arterial	62 (41.3%)	28 (34.6%)	34 (49.3%)	0.098
Requerimiento de ARM durante la internación	101 (67.3%)	37 (45.7%)	64 (92.8%)	<0.001
Días de ventilación mecánica	18.0 (5.50-28.5)	15.0 (2.00-22.0)	21.0 (8.25-26.0)	0.025
Hunt y Hess:				<0.001
1	14 (9.33%)	12 (14.9%)	2 (2.90%)	
2	50 (37.3%)	44 (54.5%)	12 (17.4%)	
3	20 (13.3%)	12 (14.9%)	8 (11.4%)	
4	16 (10.7%)	4 (5.0%)	11 (15.9%)	
5	45 (30.0%)	9 (11.1%)	36 (52.2%)	
Ranking modificado al alta del paciente:				
0	25 (16.7%)	25 (30.9%)	0 (0.00%)	
1	27 (18.0%)	26 (32.1%)	1 (1.43%)	
2	7 (4.67%)	7 (8.64%)	0 (0.00%)	
3	13 (8.67%)	9 (11.1%)	4 (5.80%)	
4	22 (14.7%)	11 (13.6%)	11 (15.9%)	
5	19 (12.7%)	3 (3.70%)	16 (23.2%)	
6	37 (24.7%)	0 (0.00%)	37 (52.8%)	
Presencia de vasoespasmo	52 (34.7%)	26 (32.1%)	26 (37.7%)	0.567
Clasificación de Fisher modificada:				0.001
1	5 (3.33%)	5 (6.17%)	0 (0.00%)	
2	14 (9.33%)	11 (13.6%)	3 (4.35%)	
3	34 (22.7%)	23 (28.4%)	11 (15.9%)	
4	97 (64.7%)	42 (51.9%)	55 (79.7%)	
Hidrocefalia	61 (40.7%)	21 (25.9%)	40 (58.0%)	<0.001
Drenaje de líquido cefalorraquídeo	64 (42.7%)	22 (27.2%)	42 (60.9%)	<0.001
Tratamiento del aneurisma:				0.392
No se realiza tratamiento	11 (7.33%)	5 (6.17%)	6 (8.70%)	
Quimíngro	45 (30.0%)	28 (34.6%)	17 (24.6%)	
Endovascular	94 (62.7%)	49 (59.2%)	46 (66.7%)	
Ranking modificado a los 6 meses del alta del paciente:				<0.001
0	40 (26.7%)	40 (49.4%)	0 (0.00%)	
1	23 (15.3%)	23 (28.4%)	0 (0.00%)	
2	9 (6.00%)	9 (11.1%)	0 (0.00%)	
3	9 (6.00%)	9 (11.1%)	0 (0.00%)	
4	13 (8.67%)	0 (0.00%)	13 (18.8%)	
5	16 (10.7%)	0 (0.00%)	16 (23.2%)	
6	40 (26.7%)	0 (0.00%)	40 (58.0%)	
Paciente falleció dentro de los 12 meses posteriores al alta	42 (28.0%)	1 (1.23%)	41 (59.4%)	<0.001
Paciente falleció dentro de los 5 años posteriores al alta	35 (23.3%)	1 (1.49%)	34 (50.0%)	<0.001



0291 NEUMONIA EOSINOFILICA EN TERAPIA INTENSIVA
 S HEALY(1), A FELMAN(1), R CARBALLO OROZCO(1), M CAPRILES(1), P SANCHEZ(1), W ARGANA MONTAN(1), M BERMEO RODRIGUEZ(1), C BALASINI(1), F MALANCA(1)
 (1) Pirovano

Introducción: Se presenta un caso de una neumonía grave de la comunidad no filiada, que no responde al tratamiento y progresa a SDRA. La neumonía eosinofílica aguda (NEA) es una entidad, que mejora con corticoides sistémicos.

Caso clínico: Paciente de 57 años sin antecedentes patológicos, que ingresa a la guardia por disnea CF III/IV, luego de finalizar un procedimiento odontológico en su consultorio. Se lo interpretó como neumonía grave de la comunidad y por insuficiencia respiratoria pasó a UTI con requerimiento de Intubación orotraqueal y ARM, cubriéndolo empíricamente con ampicilina/sulbactam más claritromicina. En la tomografía de tórax se observó condensación con vidrio esmerilado y patrón retículo-nodular y en el laboratorio,

HIV negativo, BNP y enzimas cardíacas que fueron normales. El Filmarray, virus respiratorios, COVID y aspirado traqueal fueron negativos inclusive para BAAR, Por la gravedad del paciente con distres respiratorio severo y sospecha de NEA se realizó un BAL a los 7 días, donde se aisló una Klebsiella neumonía BLEE y se rota el esquema a meropenem y se realizaron empíricamente pulsos de metilprednisolona. Al día 15 de ARM se realizó traqueotomía percutánea. En el BAL presentó recuento celular de 15% de eosinófilos. Dado que persiste refractario al tratamiento, se indicó una única dosis de mepolizumab, luego de la cual evoluciona favorablemente y se decanuló al día 31 de estadía en la UTI y pasó a clínica médica.

Discusión: El diagnóstico de NEA se realiza cuando está presentes el cuadro clínico, la imagen radiológica y la eosinofilia alveolar. Los eosinófilos en sangre periférica suelen estar marcadamente elevados; sin embargo, puede estar ausente en el momento de la presentación.

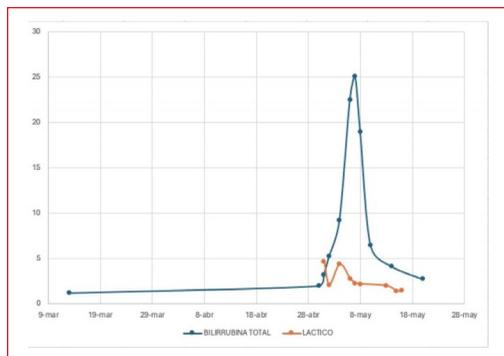
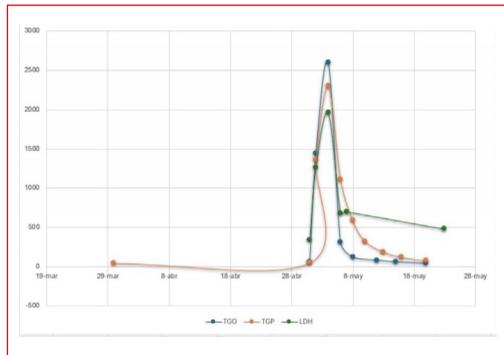
Conclusiones: La NEA es una entidad caracterizada por la presencia de daño alveolar difuso en el parénquima pulmonar. Dado que comúnmente se diagnóstica como una neumonía grave de la comunidad con falla en el tratamiento y muchas veces hay ausencia de eosinofilia periférica, es necesario realizar procedimientos invasivos para poder darle el tratamiento adecuado y mejorar la morbimortalidad.

0292 HEPATITIS ISQUÉMICA
 J BRAVO(1), M MOREYRA(2), J BRAVO(2), A FELDMAN(2), L MACCHIAVELLO(2), M RAGAZOLLI(2), S BAUQUE(2), F RIOS(2), C BALASINI(2), A AGUSTIN(2)
 (1) San Martín- Pirovano. (2) Pirovano

Introducción: La Hepatitis Isquémica se asocia típicamente con una enfermedad cardíaca subyacente, tiene una prevalencia muy baja con una tasa de mortalidad muy alta.

Presentación del caso: Paciente masculino de 48 años, con antecedentes de sobrepeso, miocardiopatía dilatada con fracción de eyección del 20%, portador de marcapaso, insuficiencia cardíaca y aleteo auricular crónico anticoagulado y en plan de ablación. Ingresó por guardia por cuadro de insuficiencia cardíaca descompensada y aleteo auricular de alta respuesta. Días previos fue evaluado en consultorios externos donde se encontraba con signos de congestión derecha. Se le realiza amiodarona y balance negativo con diuréticos. Pasa a coronaria luego de 48 hs de tratamiento. Evoluciona con cuadro de sepsis, hipotensión que respondía a micro expansiones, hipertransaminasemia por 20, alteración de la función hepática (hiperbilirrubinemia y descenso del quick que no respondía a vit k), hiperlactacidemia y AKI grado I. Se interpreta como hepatitis tóxica versus colangitis, en contexto de insuficiencia cardíaca descompensada confirmada con ecodoppler cardíaco. Inicia antibióticos previo cultivos. Se solicitan serologías. Dengue negativo. Por empeoramiento del hepatograma y de la función hepática y descartándose obstrucción biliar, pasa a Terapia Intensiva con cuadro de insuficiencia hepática aguda. El paciente evolucionó lúcido, afebril, con aleteo auricular de alta respuesta y signos de bajo gasto cardíaco. Ecocardiograma bedside: hipoquinesia global, disfunción severa de la función ventricular, FEY 12%, patrón restrictivo del llenado y vexus con congestión moderada y consolidación pulmonar basal derecha. Inició Dobutamina más Noradrenalina y balance negativo, respondiendo favorablemente con mejoría progresiva de la función hepática en pocos días.

Discusión: En la hepatitis isquémica la lesión hepática resulta de una insuficiencia anterógrada causada por bajo gasto cardíaco y una insuficiencia retrógrada que causa congestión hepática. Hay necrosis hepatocelular debido a hipoperfusión y/o hipoxia. Nuestro paciente fue inicialmente malinterpretado por confundidores como SIRS. La optimización del gasto cardíaco mejoró el outflow hepático, aumentando la perfusión hepática y permitiendo una evolución favorable del paciente.



0293 BROTE DE DENGUE EN ARGENTINA 2024. ESTADO DE SITUACION DE LOS LABORATORIOS DE URGENCIAS

MDC IÑIGUEZ(1), MA CASTRO(1), S DER PARSEHIAN(1), R SHOCRON(1), AE DEMARCO(1)
 (1) Capítulo Bioquímico-SATI

Introducción: El dengue, Chikungunya y Zika, transmitidos por *Aedes aegypti*, representan una carga sanitaria significativa. El dengue, frecuente en las Américas, puede ser grave. Los laboratorios son esenciales para diagnóstico y monitoreo, asegurando un tratamiento adecuado.

Objetivo: Evaluar capacidad de respuesta. Provisión de insumos. Identificar fortalezas y áreas de mejora. Optimizar la gestión de estas enfermedades.

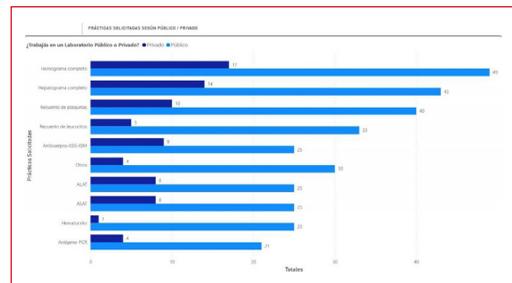
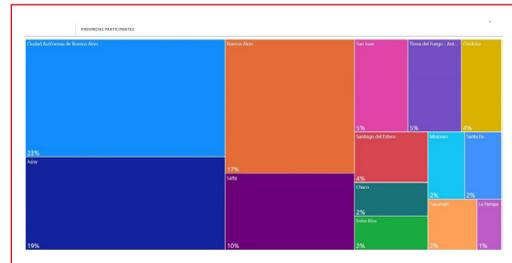
Metodología: La encuesta se realizó del 5 al 21 de abril usando la herramienta Google Forms, difundida por redes sociales, la SATI y WhatsApp, invitando a bioquímicos de laboratorios de urgencias públicos y privados. Para evitar duplicados, se solicitó el correo electrónico y el lugar de trabajo. Los datos se analizaron con Power BI.

Resultados: Se recibieron respuestas de 81 bioquímicos de 14 provincias, representando 69 instituciones. La mayor participación fue de la Ciudad de Buenos Aires (23%), seguida por las provincias de Jujuy (19%), Buenos Aires (17%) y Salta (10%). El 78 % pertenecían al sector público y 22 % al privado. Un 63 % indicó tener un área de triage y el 53 % tener un protocolo para el manejo del dengue. El 95 % reportó un aumento en solicitudes con sospecha de dengue en el primer trimestre de 2024 y el 96 % un aumento respecto al último trimestre de 2023. Los parámetros más evaluados fueron hemograma, hepatograma, plaquetas, leucocitos, IgG e IgM, ALAT, ASAT, hematocrito y antígeno PCR. La confirmación diagnóstica por PCR se realiza "a veces" en 40 %, "no" en 48 %, y "sí" en 12 %. Para otros virus, el 80 % no realiza diagnóstico, 16 % Chikungunya y 3.7 % Zika.

En cuanto a reactivos, el 39.5 % cubre la demanda y el 60.5 % no, con mayores faltantes de antígeno y anticuerpo.

Conclusiones: Los datos muestran un aumento significativo en la demanda de servicios de laboratorio durante el brote de dengue. Hay una variabilidad considerable en los protocolos y áreas de

triage entre instituciones y provincias. La falta de reactivos afecta notablemente la capacidad de diagnóstico y seguimiento, lo que subraya la necesidad de mejorar la gestión de recursos y procedimientos en futuras epidemias.



0295 REPORTE DE CASO: TROMBO EN TRÁNSITO INTRACARDIACO, HALLAZGO INESPERADO EN UN PACIENTE POLITRAUMATIZADO

LI CASTILLO(1)

(1) Clínica Universitaria Reina Fabiola.

Introducción: El trombo en tránsito es aquel que está alojado temporalmente en las cámaras cardíacas derechas en su camino hacia arteria pulmonar, su hallazgo es infrecuente. En su foramen permeable (FOP) se detecta con frecuencia mediante ecocardiografía. Un trombo atrapado en un FOP es relativamente raro, habiéndose descrito en menos del 4% de los pacientes con embolia pulmonar. Describiremos el caso de un paciente que ingresa a UTI por politrauma complicado con trombo en tránsito secundario a foramen oval permeable y tromboembolismo pulmonar.

Presentación del caso: Hombre 55 años, con diagnóstico de politraumatismo secundario a accidente de tránsito, complicado con hematomas hepático intraparenquimatoso, subcapsular, pelviano. Presenta desaturación (88% con bigotera a 4L), taquicardia y fiebre. Tomografía de tórax: tromboembolismo pulmonar en silla de montar. Resonancia cardiaca: trombo en tránsito hacia aurícula izquierda con desplazamiento ventricular. Ecografía miembros inferiores: trombosis femoral derecha profunda. Se decide intervención quirúrgica con extracción de trombo transfórmen con posterior anticoagulación. Paciente evoluciona sin complicaciones.

Discusión: El trombo en tránsito es una emergencia debida a su alta tasa de mortalidad (> 44%), el 21.1% de los pacientes mueren dentro de las primeras 24 horas desde la admisión. El tratamiento de elección aún no se encuentra definido, los reportes publicados difieren en las recomendaciones para el tratamiento: médico, quirúrgico o percutáneo, el mismo es definido de acuerdo a las características imagenológicas, riesgo de complicaciones y posibilidades de centro. En este caso, el hallazgo del foramen oval con trombo intracavitario, aumentó la morbimortalidad e implicó un desafío terapéutico para el equipo médico.

Conclusión: En trombo en tránsito cardiaco, la decisión terapéutica implica indudablemente un abordaje interdisciplinario para mejorar la morbimortalidad y la evolución. Ya que como se mencionó previamente el tratamiento de elección sigue siendo tema de estudio. Por lo que a la hora de decidir el mismo es de suma importancia

conocer las ventajas, desventajas de cada una y las posibilidades del centro en el que se encuentra el paciente y el contexto del mismo.



0296 ECOGRAFÍA DÚPLEX ARTERIAL EXTRACRANEAL COMO MÉTODO PARA CERTIFICAR LA MUERTE CEREBRAL ¿ES HORA DE INCORPORARLA?

M DOMANICO(1), E MONTIEL(1), N GALINDEZ(1), B MURGUIA(1), V MARTINEZ(1), X BENAVENTE(1), M ANCHORENA(1), J SERVIN(1), P CENTENO(1)

(1) Hospital Del Bicentenario de Esteban Echeverría

Introducción y objetivos: El protocolo nacional para la determinación del cese irreversible de las funciones encefálicas constituye una

guía de procedimientos a fin de certificar el fallecimiento. Como método instrumental de flujo, la ecografía doppler transcraneal se utiliza para la evaluación de la circulación cerebral.

El objetivo de este estudio es valorar el impacto de la evaluación por duplex arterial extracraneal como método complementario para certificar la parada circulatoria cerebral, caracterizada por espiga sistólica o flujo reverberante.

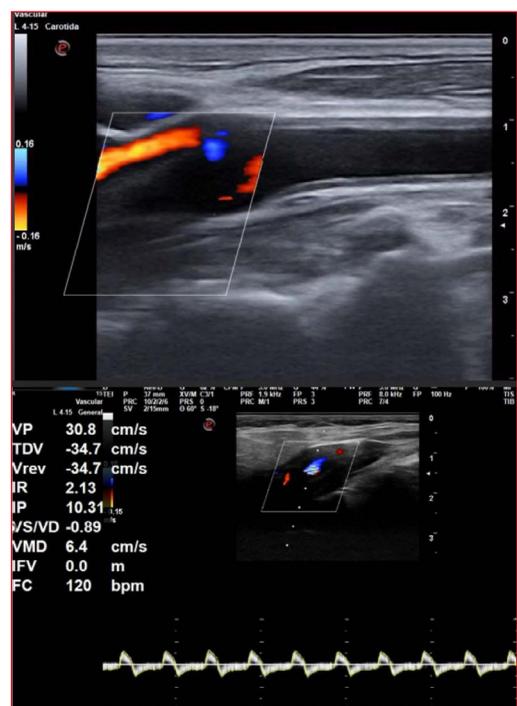
Materiales y métodos: Estudio descriptivo, observacional, realizado en el Hospital del Bicentenario de Esteban Echeverría, en el que se incluyó a 10 pacientes con criterios clínicos de muerte encefálica.

En todos se realizó el doppler transcraneal como método instrumental para su certificación. En los que no pudo certificarse por su mala ventana ultrasónica, se utilizó la electroencefalografía. En la totalidad de los casos se realizó la evaluación de las arterias extracraneales: carótida interna, vertebral y oftálmica bilateral mediante la herramienta duplex.

Resultados: En 7 (70%) de los pacientes se certificó el fallecimiento por doppler transcraneal. En 2 (20%) no pudo completarse al no poder evaluar alguno de los vasos del territorio anterior. En estos 9 (90%) la evaluación duplex extracraneal fue compatible con morfología de parada circulatoria cerebral. El único paciente craniectomizado (10%), no presentó morfología compatible con parada circulatoria cerebral ni en el doppler transcraneal ni en el duplex extracraneal y se certificó mediante electroencefalografía.

Conclusiones: En esta serie de casos la sensibilidad del duplex extracraneal fue superior al doppler transcraneal para certificar la parada circulatoria cerebral, con igual especificidad. En pacientes no craniectomizados la sensibilidad y especificidad del duplex extracraneal fue del 100%. Su principal fortaleza radica en poder evaluar la hemodinamia cerebral sin tener que atravesar el hueso del cráneo. Como limitante de los estudios de flujo se encuentra la evaluación de los pacientes craniectomizados.

PD	Etiología	EDAD	SEXO	DIAGNOSTICO	DTIC POSITIVO PARA HE	DUPLEX EC POSITIVO PARA HE
1	ACV	36	FEMENINO	DTIC	SI	SI
2	ACV	44	MASCULINO	DTIC	SI	SI
3	ACV	55	MASCULINO	DTIC	SI	SI
4	TEC	19	MASCULINO	EEG	NO	NO
5	ACV	64	MASCULINO	DTIC	SI	SI
6	ACV	69	FEMENINO	EEG	NO	SI
7	ACV	62	FEMENINO	DTIC	SI	SI
8	TEC	40	MASCULINO	DTIC	SI	SI
9	ACV	41	MASCULINO	DTIC	SI	SI
10	ACV	50	FEMENINO	EEG	NO	SI



0297 SUBUTILIZACIÓN DE POTENCIALES DONANTES CARDIACOS. UN ESTUDIO OBSERVACIONAL

M DOMANICO(1), M ZEYTUNTSIAN(1), G DUCCA(1), R CANELON(1), S SANCHEZ(1), D RODRIGUEZ(1), B LUCIANA(1), E DUARTE(1), D ORTEGA(1), C PABLO(1)

(1) Hospital del Bicentenario de Esteban Echeverría

Introducción y objetivos: El trasplante cardíaco es una opción para pacientes con insuficiencia cardíaca aguda y crónica refractaria. La escasez de donantes cardíacos limita la expansión de los programas de trasplante. El objetivo de este estudio es valorar el impacto de las diferentes causas de exclusión de la donación cardíaca y analizar potenciales aspectos superables.

Materiales y métodos: Estudio descriptivo, retrospectivo, en el que se incluye a los donantes de órganos de 0 a 45 años en Argentina durante el 2023, como potenciales donantes cardíacos. Analizamos la edad, sexo, causa de muerte y motivos de no distribución o de descarte. Los datos se obtuvieron del Sistema Nacional de Información de Procuración y Trasplante de la República Argentina (SINTRA)

Resultados: Evaluamos 377 donantes reales, todos ellos potenciales donantes cardíacos por criterio de edad. En total 98 (26%) fueron donantes efectivos de corazón. No se ofrecieron 185 (49%), y el principal motivo de descarte (41%), es desconocido. Fueron ofrecidos 192 potenciales donantes, y 94 (49%) no fueron seleccionados, principalmente por inestabilidad hemodinámica (22%). El porcentaje de órganos distribuidos, órganos implantados, implante total y motivos de no distribución o de descarte se adjunta en gráficos y tablas.

Conclusiones: Existe un porcentaje elevado de potenciales donantes de corazón (49%), que no son ofrecidos, en los que además desconocemos los principales motivos. De los corazones ofrecidos, la inestabilidad hemodinámica, el antecedente de consumo de cocaína, la logística y los antecedentes personales asociados a hipertensión, diabetes o tabaquismo reúnen la mitad de las causas (50%). El ecocardiograma 2d doppler patológico está asociado tanto a motivo de no distribución como de no selección, en corazones previamente sanos.

Motivo de descarte	Porcentaje
Vasopresores/inotropicos	22,58%
Falta de receptor adecuado	16,13%
Consumo de cocaína	10,75%
Logística	9,68%
Infeciosa	9,68%
HTA, DBT o tabaquismo	8,60%
Parada cardiorespiratoria	6,45%
Valor de troponina	6,45%
Ecocardiografía patológica	5,38%
Desconocida	3,23%
Negativa judicial	1,08%

Motivo de no distribución	Porcentaje
Desconocida	41,94%
Parada cardiorespiratoria	13,44%
Ecocardiografía patológica	13,44%
Vasopresores/inotropicos	9,14%
Consumo de cocaína	8,60%
Infeciosa	5,91%
Radiografía de torax o ECG anormal	2,69%
HTA, DBT o tabaquismo	1,61%
Valor de troponina	1,61%
Logística	0,54%
Ablación en asistolia	0,54%
Falta de ecocardiograma	0,54%

0298 ENFERMEDAD ANTI MBG ASOCIADA A LITIASIS RENAL Y OBSTRUCCIÓN URETERAL

E MINOLDO(1), F IRADES(1), C GALLETI(1)

(1) Sanatorio Allende

Introducción: La enfermedad anti-MBG (EaMBG) es una vasculitis de pequeños vasos en la que los anticuerpos circulantes se dirigen contra un antígeno intrínseco a la membrana basal glomerular (MBG) y la membrana basal alveolar (MBA), resultando en glomerulonefritis rápidamente progresiva y/o hemorragia alveolar. Su incidencia es de dos casos por millón de habitantes. Su distribución es bimodal (tercera y sexta a séptima décadas de la vida). Suele ser de etiología desconocida, aunque puede encontrarse en asociación temporal con factores ambientales entre ellos la litroticia y la obstrucción ureteral.

Presentación del caso: Paciente femenina de 43 años, como único antecedente hidronefrosis derecha secundaria a litos con necesidad de colocación de catéter ureteral (CU) en 2020. Presentó leve dilatación del sistema excretor derecho con lito polilobulado por lo que se coloca catéter. Ingresó derivada por fallo renal agudo. Evolución en anuria sin respuesta a diuréticos. A las 48 hs. se inicia hemodiálisis. Al día 13 presenta franco empeoramiento de insuficiencia respiratoria con necesidad de ventilación mecánica. La TC de tórax evidencia múltiples infiltrados de ocupación alveolar en ambos campos pulmonares (Figura 1). Del panel inmunológico los Ac antiMBG fueron positivos.

Se instituyó tratamiento con esteroides, recambio plasmático y ciclofosfamida. La biopsia renal mostró cambios compatibles con enfermedad por Ac antiMBG (Figura 2).

Evolución respiratoria favorable extubación a las 96 hs. Alta de cuidados intensivos con terapia dialítica.

Discusión-Conclusión: La mayoría de la EaMBG (90%) cursa con glomerulonefritis rápidamente progresiva. Entre el 25 y el 60 % con hemorragia alveolar concomitante y una pequeña proporción con hallazgos pulmonares aislados. La recuperación renal es menos probable en los casos que necesitan diálisis. Se identifican asociaciones con diversos factores: pulmonares (infecciones, hidrocarburos, tabaquismo, fibrosis pulmonar), disregulación inmune (trasplantes hematopoyéticos) y lesiones renales entre ellas litroticia y obstrucción ureteral. Este caso ejemplifica esta última instancia y la necesidad de su conocimiento para una conducta lo más precoz posible.

0299 PRESENTACION ATIPICA DE DEBILIDAD MUSCULAR AGUDA

C MARTINEZ CRUZ(1), GD ROBERT(2), D RODRIGUEZ(3), S CASTRO(3), L PUENTE(4), M MELEAN(3), J PANIAGUA(3), R VILLARPANDO(3)

(1) Higa Eva Peron De San Martin. (2) Higa Eva Peron San Martin. (3) Higa Eva Peron San Martin. (4) Higa Eva Peron San Martin

Introducción: La debilidad muscular aguda (DMA) es el síntoma predominante de las urgencias neuromusculares, especialmente si afecta a la musculatura respiratoria u orofaríngea. El síndrome de Guillain-Barré (SGB)

constituye la causa más frecuente de DMA; puede ocasionar fallo respiratorio en un 30% y un 10% precisa ventilación mecánica. El diagnóstico preciso y el inicio precoz de tratamiento inmunomodulador pueden mejorar el pronóstico y la sobrevida.

Presentación del caso: Paciente de 71 años, con antecedentes de hipotiroidismo, ex-tabaquista, HTA y cuadro gripal 1 mes antes. Consulta por presentar 5 días de parestesias en hemicuerpo izquierdo, (primero en miembro superior que progresan a miembro inferior) agregando 12 horas después disminución de la fuerza muscular generalizada, disartria, parálisis facial periférica derecha, disfgagia con reflejo nauseoso negativo y arreflexia generalizada.

Se realizó serología para HIV negativa, PL, laboratorio general, hormonas tiroideas y TAC de encéfalo, dentro de parámetros normales. Anticuerpos antigangliósidos negativos. Se efectúa EMG compatible con polirradiculopatía sensitivo motora desmielinizante aguda. Inicia gammaglobulina 0,4 gr/kg por 5 días. Requiere IOT y ventilación mecánica por DMA y trastornos deglutorios.

Evoluciona con lenta mejoría motora, ventilación mecánica prolongada y tras rehabilitación kinesiológica respiratoria y motora, se logra desvincular del respirador y dar de alta.

Discusión: El SGB es la causa más común de DMA. La presentación clásica consiste en una parálisis simétrica arreflexica ascendente. En nuestro paciente inicia con parestesias y debilidad descendentes, con compromiso facial y deglutorio. Se hizo diagnóstico diferencial con patologías cerebrales, medulares y de placa neuromuscular. Se llegó al diagnóstico con electromiograma y se inició tratamiento precoz con gammaglobulina, con buenos resultados.

Conclusión: La forma de presentación del cuadro corresponde a la variante Faringo-cervico-braquial del SGB. Se confirmó el diagnóstico con datos clínicos y EMG, efectuándose un tratamiento precoz con buenos resultados.

0300 SÍNDROME ANTIFOSFOLIPIDICO EN UN PACIENTE MASCULINO. REPORTE DE CASO

S LACO(1), FB VAZQUEZ BRIGNOLE(1), M OTAMENDI(1), FE ESPINOZA(1), NA GRASSI(1), M CRUZ(1), OP ZORZANO(1), LG DURAN(1)

(1) Hospital Municipal de Agudos de Bahía Blanca- "Dr. Leonidas Lucero"

Introducción: El síndrome antifosfolipídico es una enfermedad autoinmune sistémica, caracterizada por trombosis recurrente, pérdida de embarazo y complicaciones asociadas con anticuerpos antifosfolípido persistentes. Es una de las trombofilias adquiridas más comunes, con una prevalencia de 40-50 casos por cada 100.000 personas y una incidencia de 5 casos nuevos por cada 100.000 personas al año.

Presentación del caso: Paciente masculino de 36 años con antecedente de trombosis venosas profunda (TVP) a repetición, enolismo y tabaquismo que consultó por disnea de súbito inicio. Al ingreso se encontraba hipertenso, taquicárdico, taquipneico, con requerimientos de oxígeno. En el electrocardiograma presentaba patrón S1Q3T3 con BIRD. En el laboratorio presentaba hiperlactacidemia (3.05), troponinas positivas (42), trombocitopenia (66000) y lesión renal (Creatinina 1.95). Se realizó Tomografía de tórax con proto-

colo para tromboembolismo pulmonar que confirmó el diagnóstico y se catalogó en alto riesgo. Comenzó tratamiento anticoagulante. Se realizó ecocardiograma que informó disfunción severa de ventrículo derecho e hipertensión arterial pulmonar. Se realizó ecografía doppler de miembros inferiores que diagnosticó TVP. Por los antecedentes trombóticos y la trombocitopenia de origen desconocido se decidió solicitar distintos parámetros de laboratorio por la alta sospecha de síndrome antifosfolípido (SAF) luego de haber discutido el caso con hematología y neumonología. En ese contexto se recibió pruebas positivas para inhibidor lúpico, anticardiolipina y anti B2GP, anticuerpos antinucleares positivos con patrón moteado, anticuerpo anti-citoplasmáticos positivos patrón granular, anticuerpo anti DNA positivos, que confirmó la sospecha de SAF como causa de trombosis grave recurrente. El paciente evolucionó favorablemente, con descenso de los requerimientos de oxígeno permaneciendo cuatro días internado en terapia intensiva. Quedó anticoagulado hasta su externación luego de ocho días de internación hospitalaria.

Discusión: En el caso presentado, el estado de hipercoagulabilidad del paciente causó patologías tromboembólicas en varios sistemas. Los criterios clásicos del síndrome antifosfolípido incluyen la presencia de anticuerpos anticardiolipina o anticoagulante lúpico, complicaciones trombóticas y, en mujeres, abortos espontáneos.

Conclusiones: La presentación de este caso es importante debido a la complejidad del SAF, su incidencia y las complicaciones asociadas, escíticamente en el sexo masculino en donde la presentación es menos frecuente.

0301 EXPERIENCIA DE 1003 CAMBIOS DE CÁNULAS DE TRAQUEOSTOMÍA EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS CRÓNICOS

MA MATEA(1), ME PAGONI(1), J FRYDMAN(1)
(1) Irep

Introducción: La traqueostomía (TQT) es un procedimiento cada vez más habitual en las unidades de cuidados intensivos pediátricos que permite la supervivencia de pacientes complejos y dependientes de la tecnología. Un adecuado manejo de la cánula de TQT es esencial para el confort del paciente, y dentro de los cuidados generales se encuentra la indicación o la frecuencia de cambio de la misma.

Objetivos: Analizar la frecuencia de cambios de cánulas por problemas propios del material, y de manera secundaria, describir los motivos generales de cambio en nuestro institución.

Materiales y Métodos: Se realizó un estudio observacional retrospectivo, donde se analizaron las historias clínicas de pacientes que ingresaron con cánulas de TQT a la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos Crónicos del hospital público IREP (CABA) en el período comprendido entre mayo de 2017 y abril de 2024 inclusive.

Resultados: Ingresaron 30 pacientes con cánulas de TQT, los cuales recibieron un total de 1003 cambios por diferentes motivos. La mediana de edad fue de 21,5 meses (rango de 3 meses a 16 años) y 20 fueron varones (66,6%). El mayor porcentaje de cambio (78,2%) fueron cambios de cánula programados por tiempo (cambio de rutina programado cada 15 días). Le siguen: 4,89% por tapizamiento, 3,39% por pinchadura de balón, 2,59% por disminución de diámetro, 2,49% por aumento de diámetro, 1,69% por rotura de material y 0,6% por fallo de la válvula del balón testigo. Cada paciente recibió una mediana de 18 cambios de cánula (rango de 0 a 136 cambios) durante la cantidad de días que estuvo traqueostomizado (mediana de 252 días, con un rango 9 a 1822 días), con una mediana de 14,87 (RQ1-3:13,62-16,73) días de uso para cada cánula.

Conclusión: El cambio rutinario de las cánulas de TQT de uso único está recomendado por los fabricantes en alrededor de 30 días, sin embargo en la práctica diaria de los pacientes pediátricos traqueostomizados no se realiza de dicha manera. Del análisis de nuestros datos se desprende que realizando cambios de cánula cada 15 días y reutilizándolas, el porcentaje de fallo de algunos de los componentes de la cánula es de 5,68%.

0302 EXPERIENCIA EN EL USO DE MILRINONA EN PACIENTES CON HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA ANEURISMÁTICA Y VASOESPASMO CEREBRAL

JM MARTINEZ AQUINO(1), E ALFONSO(2), HJM ÁLVAREZ(2), C PISARELLO(2), SE LAZZERI, LJ OJEDA(2), J BERNACHEA(2), VD GIMENEZ DUARTE(2), LSN GAMARRA(2)

(1) Hospital Escuela General Jose Francisco de San Martin. (2) Hospital Escuela Gral José Fco de San Martin.

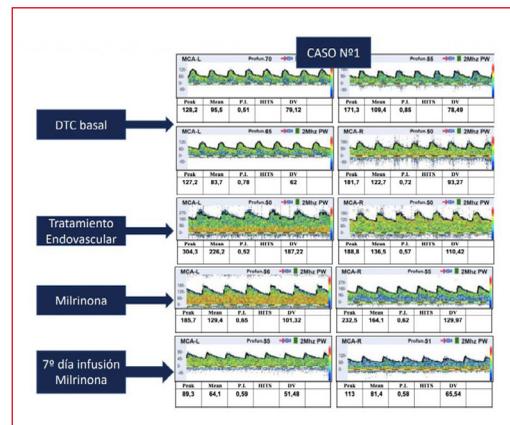
Introducción: El vasoespasmo cerebral es una causa de morbimortalidad en la HSA. El estudio MILRISPASM demostró que el uso de milrinona se asoció de forma independiente con una menor probabilidad de incapacidad funcional a los 6 meses, DCI, y menor requerimiento de angioplastia endovascular.

Presentación del caso: Caso N°1: Femenina de 34 años, Hunt y Hess 2, WFNS 2, Fisher 3, GSC 14/15. Aneurisma roto de ACP de 4 mm de diámetro, siendo embolizado. DTC VM ACM-R 122 cm/seg VM ACM-L 95 cm/seg. Al 6to día de internación evoluciona con GSC 11/15, sin déficit motor. DTC VM ACM-R 162 cm/seg IL 4.1 VM ACM-L 226 cm/seg IL 6.2. Se realiza AC realizándose angioplastia con balón + papaverina. DTC VM ACM-R 164 cm/seg IL 3.6 VM ACM-L 150 cm/seg IL 3.4. Al 9 día se agrega paresia braquiocrural derecha. Se inicia Milrinona a dosis 0.5 mcg/kg/min con objetivo PAM 100 mmHg. DTC VM ACM-R 121 cm/seg IL 3.6 VM ACM-L 111 cm/seg IL 3.4. Al 7mo día de infusión DTC VM ACM-R 81 cm/seg VM ACM-L 64 cm/seg. Alta institucional 21 días.

Caso N°2: Femenina de 45 años, Hunt y Hess 4, WFNS 5, Fisher 4, GSC 3/15. Aneurisma roto de ICA derecha, siendo embolizado. DTC VM ACM-R 52 cm/seg VM ACM-L 58 cm/seg. Al 4to día DTC VM ACM-R 174 cm/seg IL 5 VM ACM-L 126 cm/seg IL 3.6. Se inicia Milrinona a dosis 0.5 mcg/kg/min con objetivo PAM 100 mmHg. DTC VM ACM-R 150 cm/seg IL 3.7 VM ACM-L 114 cm/seg IL 3.4. Al 7mo día de infusión DTC VM ACM-R 129 cm/seg VM ACM-L 109 cm/seg. Requiere de traqueotomía y fue derivada.

Discusión: La milrinona intravenosa, se ha propuesto como una opción del tratamiento para el vasoespasmo cerebral por HSA. En nuestra experiencia la infusión fue segura y beneficiosa en los 2 pacientes con HSA y vasoespasmo cerebral.

Conclusión: La milrinona endovenosa podría tener un impacto positivo en la reducción de la velocidad media cerebral (Vmedia) medida por Doppler transcraneal. Sin embargo, se necesitan ensayos controlados aleatorizados para proporcionar recomendaciones definitivas en el tratamiento del vasoespasmo.



0303 NEUMOMEDIASTINO ESPONTÁNEO (SÍNDROME DE HAMMAN) TRAS EJERCICIO INTENSO EN PACIENTE JOVEN CON EXACERBACIÓN AGUDA DEL ASMA. REPORTE DE CASO Y REVISIÓN DEL TEMA

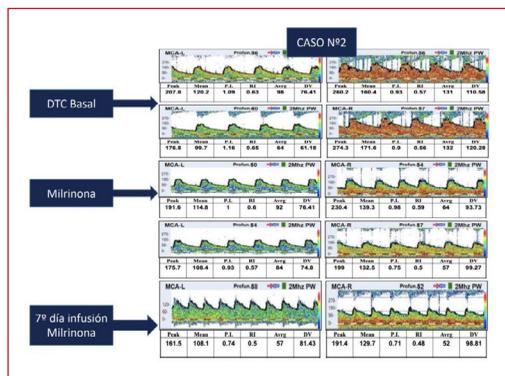
C PADILLA(1), E GOMEZ(2), R BUSTOS(2), J PALMA(2), P PIRAN(2), R AGUILAR(2), F ROMANO(2), N GARAY(2), G ECHENIQUE(2)

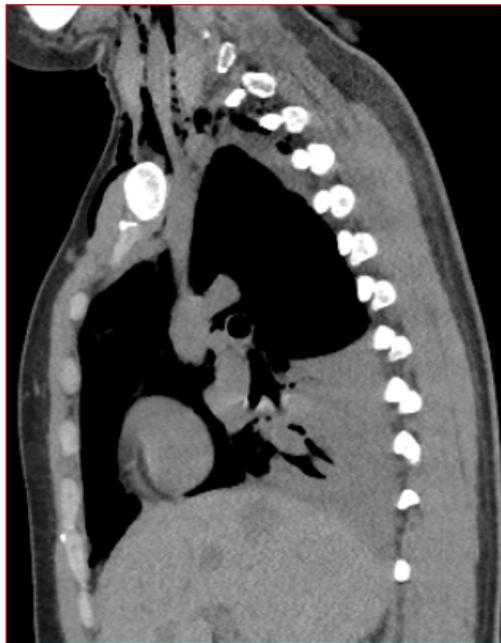
(1) Hospital Marcial Quiroga. (2) Hospital Dr. V. Marcial Quiroga

El neumomediastino, es la presencia anormal de aire en mediastino, ya sea espontáneo o secundario. El neumomediastino espontáneo (NE) o síndrome de Hamman es la presencia de aire en el mediastino sin antecedentes de patología pulmonar previa, traumatismo torácico o iatrogenés, se asocia con un buen pronóstico, incluso sin intervención.

Paciente femenino de 24 años con APP de ASMA, consulta, por presentar disnea progresiva de 72 hs de evolución que no mejora con agonistas β2, asociado a dolor torácico, que aumenta en la inspiración y posterior a ejercicio físico intenso. Ingresa vigil, OTEP, saturación de 85% aa, taquicardia, se realiza Rx con infiltrado en base derecha. ApR: MV + mala mecánica ventilatoria, roncus, sibilancias, hipoventilación y VV disminuidas en base derecha. ApCV: r1 r2 NF, crujiendo en foco de Erb. Signo de hamman. En piel se palpa crépitos subcutáneos subclavicular y tórax anterior. Laboratorio normal. Se decide internación, se realiza hemocultivo, se inicia ATB con ampicilina sulbactam. Horas después por empeoramiento de su disnea, se deriva a STIA. Se realiza tomografía que muestra aire rodeando las estructuras del mediastino, el cuello y enfisema subcutáneo. PCR influenza, covid19, VSR y resto de panel viral negativo. Hemocultivos negativos. Se discute en un equipo multidisciplinario. Se decide tratamiento conservador, control imagenológico con reducción del neumomediastino. Evoluciona favorablemente con broncodilatador y oxigenoterapia.

El caso se desarrolla por aumento de la presión intrabronquial e intraalveolar con una vigorosa espiración contra la glotis cerrada (ejercicio físico intenso), pudiendo generar un gradiente de presión con ruptura alveolar, lo que permitió que el aire penetre en los espacios peribronquial y perivascular y alcance el mediastino (efecto Macklin). Una revisión de la literatura en los últimos diez años reveló 15 casos de NE en pacientes con neumonía por COVID-19, además reportes de caso en trabajos de parto prolongado, pero escasa información acerca de pacientes asmáticos con síndrome de hamman posterior a ruptura alveolar por ejercicio físico intenso. Debido a que es una presentación poco frecuente, su reconocimiento es crucial para implementar tanto un abordaje como un tratamiento adecuado, a través de una revisión crítica de la literatura sobre otros casos informados.





0305 SÍNDROME VASOPLÉJICO SECUNDARIO A ABUSO DE DROGAS DE DISEÑO

F LIBARDI(1), N CERVIGNI(2), L BERLONI(2), JP ARDUINO(2), F PIZARRO(2), LJ GIORDANA(2), MF LOPEZ(2), L LOPEZ MACCAN(2), S RODRIGUEZ CÁLIX(2), S PULCINELLI(2), H CONDE(2) (1) Clemente Alvarez. (2) Hospital de Emergencias Dr. Clemente Alvarez.

Introducción: El síndrome vasopléjico es la manifestación clínica de estado de hipotensión refractaria a volumen y drogas vasopresoras sin evidencia de foco séptico o deterioro de la función ventricular. Entre sus causas, la acidosis persistente, provoca el ingreso de potasio a las células del músculo liso generando una reducción del calcio intracelular. Otro factor, es el déficit de vasopresina por el estado de shock persistente, lo que provoca la disminución del tono vascular. La liberación óxido nítrico, causa vasodilatación arteriolar sistémica.

Presentación del caso: Femenina de 27 años con antecedentes de uso de sustancias psicoactivas es traída por familiar por cuadro de deterioro del sensorio en contexto de consumo agudo de sustancias. Glasgow 6/15 se realiza IOT. TA 260/140 mmHg - FC 158 lpm - FR 32/min - Sat 99%, midriasis bilateral, diaforesis, mioclonías, hiperreflexia, rigidez muscular. Hto/Hb 38.5/12.7 - GB 14100 - Plaquetas 455000 - Glucemia 154 mg% - Calcemia 9.4mg% - Creatinina 2.1mg% - Bilirrubina 0.38 mg/dl - CPK 199 mUi/ml - TGP 18 mUi/ml - TGO 15 mUi/ml - LDH 455 mUi/ml - Na 135 - K 5. Ph 7.22 - Pco2 38 - PO2 388 - Hco3 15.5 - EB -11.4 - Sat 99.4%. Ionograma Na/K (140/6.5) Ac Láctico 40 mg/dl. TC cráneo sin hallazgos patológicos. Ingres a UTI en ARM, sin requerimiento de soporte vasopresor.

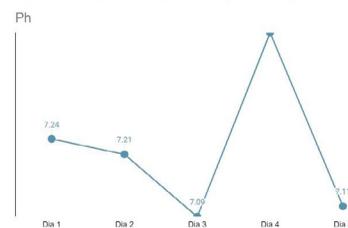
Evoluciona con hipotensión arterial refractaria al uso de vasopresores, requiriendo noradrenalina a dosis máxima e inicia tratamiento con Levosimendán. Por persistir con shock refractario, se coloca catéter Swan-Ganz e inicia tratamiento con vasopresina y posteriormente terlipresina y azul de metileno. Se toman cultivos y se inicia tratamiento antibiótico empírico, sin desarrollo microbiológico.

Discusión: Estos nuevos tratamientos potenciales o estrategias terapéuticas deben evaluarse no sólo por su capacidad para aumentar la presión arterial sino también por su capacidad para mejorar la supervivencia o disminuir la morbilidad.

Conclusión: Se presentó este caso clínico de síndrome vasopléjico secundario a acidosis severa persistente, con lesión renal aguda secundaria a rhabdomiolisis a punto de partida de ingesta aguda de metanfetaminas por su particularidad, no habiéndose reportado casos similares en el país.

Laboratorio posteriores (Tabla comparativo)

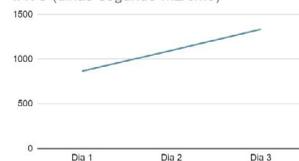
CPK	7272	14540	Diálisis		Shock	10151
Cr	2.1	3.2		1.4		5.4
Ph	7.24	7.09		7.45		7.11
EB	-13.2	-20.2		-2.9		-14.8



Shock (Swan- Ganz) (Tabla comparativo)

GC	10	8.7	7.5
IC	4.8	4.3	3.9
IRVS	858	1097	1333
PVC	10	8	10
PAM	62	67	75
Levosimendán			
Terlipresina			
Azul de Metileno			

IRVS (dinas-segundo-m2/cm5)



0306 DEJÁ VU, CUANDO LO IMPROBABLE SE REPITE: PRESENTACIÓN DE 2 CASOS DE ENFERMEDAD POR ANTICUERPO ANTI MEMBRANA BASAL GLOMERULAR

DG VAZQUEZ BECHIS(1), CM DIMARCO(1), GJ VELAZCO CABUT(1), ER ELIA(1), MV SAUCEDO(1), CE LOPEZ(1), SS ALVAREZ(1)

(1) Hospital Central De Mendoza

Introducción: La enfermedad por anticuerpos antimembrana basal glomerular es una vasculitis de pequeños vasos muy poco común que se estima, afecta a menos de 2 casos por millón de personas. La fisiopatología combina implicancias genéticas, ambientales e inmunológicas. El inicio temprano del tratamiento con terapia inmunosupresora y/o plasmaféresis repercute en un mejor pronóstico. A continuación describiremos dos casos que se presentan simultáneamente en nuestra unidad.

CASO A: Masculino 36 años sin antecedentes. Presenta síndrome nefrítico con necesidad de terapia de reemplazo renal y TAC tórax

compatible con hemorragia alveolar, requiere intubación orotraqueal. Presenta anticuerpos AntiMBG positivo y BAL con hemosiderofagos. Recibe tratamiento inmunosupresor y plasmaféresis. Intercede con hemorragia alveolar y hematuria, múltiples transfusiones de glóbulos rojos. El paciente presenta disminución de anticuerpos pero múltiples infecciones. Internación prolongada y pasa a servicio de menor complejidad.

CASO B: Masculino 26 años, tabaquista. Presenta oliguria y hematuria macroscópica con requerimiento de hemodiálisis. Insuficiencia respiratoria con TAC sugestiva de hemorragia alveolar con requerimiento de oxígeno suplementario. Anatomía patológica con glomerulopatía exudativa necrotizante con semilunas. Recibe tratamiento inmunosupresor y plasmaféresis con requerimiento de hemoderivados. Evolución favorable.

Discusión: La entidad de Ac Anti-MBG es muy poco frecuente. Los anticuerpos dirigidos contra estructuras del colágeno tipo IV localizado a nivel glomerular y alveolar, desencadena una respuesta inflamatoria con el consiguiente daño renal y pulmonar agudo y grave. La carga genética, presión ambiental y efectos inmunológicos desempeñan un papel importante para la expresión de dicha patología. La presentación clínica de un síndrome nefrítico agudo asociada a una hemorragia alveolar debe impulsar en la búsqueda de anticuerpos AntiMBG, serológico o renal y ANCA por su significancia clínica-diagnóstica-terapéutica. La biopsia renal debe realizarse con la mayor antelación según el estado del paciente lo permita.

Conclusión: El tratamiento generalmente implica terapia inmunosupresora y plasmaféresis con el fin de disminuir y eliminar la concentración de anticuerpos circulantes. En resumen el nivel de sospecha y un rápido accionar terapéutico mejora la sobrevida del paciente.



ANEXOS:

TABLA 1: Breve resumen de los pacientes, diagnóstico, tratamiento y complicaciones.

	PACIENTE A	PACIENTE B
EDAD	36 años	26 años
Ac AntiMBG (U/ml)	124/110/52/40/34	87/70
ANCA	Negativo	Negativo
Anatomía patológica	Sin posibilidades por inestabilidad del paciente	Glomerulopatía exudativa necrotizante con semilunas difusas y depósitos lineales de IgG y C3 en inmunofluorescencia
Ciclos de plasmaféresis	17	7
Inmunosupresión	2 ciclos Metilprednisolona 2 dosis Ciclofosfamida 1 dosis Rituximab	2 ciclos Metilprednisolona Mantenimiento con Meprednisolona 2 dosis Ciclofosfamida
Hematocrito (%)	24/21/20/19/18	28/23/19/17
Unidades de glóbulos rojos	22	8
Ciclos de hemodiálisis	Diaria durante internación	Diaria durante internación
Infecciones	2 NAV tardía Aspergiosis pulmonar Herpes Zoster diseminado Colecistitis atípica y peritonitis	Sin infecciones durante internación

0307 DESAFÍOS EN EL MANEJO CLÍNICO: ACCIDENTE CEREBROVASCULAR POR TROMBOSIS DE SENOS VENOSOS EN PACIENTE CON ANTECEDENTE DE CÁNCER DE ÚTERO
 A CAHUANA(1), A ARCH(1), F ONTIVERO(1), S DOSSI(1), C CÉSARI(1), D SANDRA(1), J VAIRO(2), A LÓPEZ(1)
 (1) Dr. Carlos Bocalandro. (2) Dr. Carlos Bocalandro

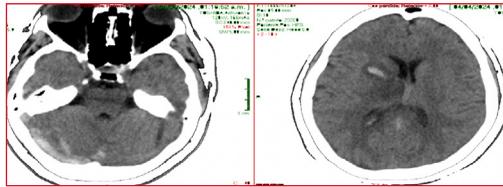
Paciente femenina de 35 años de edad, con antecedente de cáncer de útero, tratada con quimioterapia y braquiterapia, el año anterior.

Presentó cefalea de moderada a severa intensidad; motivo por el cual acude a centro médico y es medicada con analgésicos. Evoluciona con cervicalgia, afasia de expresión, desorientación y hemiparesia braquiocrural izquierda. Ingresa a guardia, con Glasgow 13/15, se efectúa TAC cerebral sin contraste, que evidencia imagen hiperdensa sobre el tentorio, sin efecto de masa local, línea media centrada, IV ventrículo presente y espacios subaracnoideos conservados.

A su ingreso a UTI presenta episodio de TSV con frecuencia de 170 lpm, tratada con Adenosina, sin respuesta; por lo que se efectúa CVE con recuperación del ritmo sinusal. Evoluciona con episodio convulsivo, desaturación, empeoramiento del Glasgow (8/15), se decide IOT y conexión a AVLM.

A las 12 horas de la primera imagen, se realiza nueva TAC cerebral, donde se visualiza imagen densa de contornos lobulados a nivel del brazo anterior de la cápsula interna, leve desviación de la línea media hacia la derecha y colapso parcial de la prolongación frontal y occipital del ventrículo lateral homolateral, compatible con hematoma intraparenquimatoso de evolución aguda con volcado ventricular hacia el tercer ventrículo. Evoluciona con requerimiento de vasopresores, pos IOT. Se realiza angiografía digital cerebral que evidencia: oclusión del tercio superior de la vena yugular interna derecha, ausencia de opacificación de seno transversal y sigmoideo derecho, vena de galeno y seno recto, con flujo enlentecido en tercio posterior del seno longitudinal superior y seno transversal izquierdo. En tiempo parenquimatoso se observa congestión a predominio de lóbulos parietal y occipital. Se realiza tromboaspiración venosa, se obtiene abundante material trombotico. En la angiografía de control, se ve permeabilidad de los senos transversal y sigmoideo derechos, así como también de la vena yugular interna derecha. Se inicia anticoagulación con HBPM. Posteriormente presenta evolución favorable. Se suspenden vasopresores y sedoanalgesia, extubándose al quinto día de la tromboaspiración. Presenta mejoría del foco motor, quedando solo con leve paresia braquiocrural izquierda.





0308 OPTIMIZANDO LA UTILIZACIÓN DE ANTIMICROBIANOS EN UCIS DE ARGENTINA: UN ESTUDIO MULTICÉNTRICO DE COLABORATIVA DE MEJORA DE LA CALIDAD

C LOUDET(1), HIGA GRAL SAN MARTÍN DE LA PLATA, F JORRO BARÓN(3), W CORNISTEIN(4), I SUÁREZ-ANZORENA(3), P ARIAS-LÓPEZ(1), C BALASINI(6), L CABANA(7), E CUNTO(8), R CORRAL(9), L GIBBONS(3), M GUGLIELMINO(3), G IZZO(10), M LESCANO(3), C MEREGALLI(1), MC ORLANDI(1), HOSPITAL FRANCISCO LÓPEZ LIMA, P FERNANDO(13), ME RATTO(1), M RIVET(14), AP RODRÍGUEZ

(1) Sociedad Argentina de Terapia Intensiva. (2) Higa Gral San Martín de La Plata. (3) Instituto de Efectividad Clínica y Sanitaria. (4) Sociedad Argentina de Infectología. (5) Sociedad Argentina de Terapia Intensiva. (6) Hospital Pirovano. (7) Hospital Pablo Soria. (8) Hospital Muñiz. (9) Hospital Evita de Lanús. (10) Hospital Simplemente Evita. (11) Sociedad Argentina de Terapia Intensiva. (12) Hospital Francisco López Lima. (13) Hospital Castro Rendón. (14) Hospital Rivadavia. (15) Higa San Martín de La Plata. (16) Hospital Francisco López Lima. (17) Instituto de Efectividad Clínica y Sanitaria. (18) Ciesp. (19) Conicet.

Introducción: Reducir la resistencia antimicrobiana (AM) es una prioridad global. En entornos con recursos limitados, el problema se vuelve más apremiante, pero la evidencia de los Programas de Optimización de Antimicrobianos (PROA) es limitada. Este estudio tuvo como objetivo general mejorar la calidad de las prescripciones de AM en UCIs de Argentina mediante un programa de Colaborativa de Mejora de Calidad (CMC).

Métodos: Estudio antes-después con serie de tiempo interrumpida. Establecimos un modelo de CMC en 9 UCIs durante 11 meses, con un período basal-PB (16 semanas) y un período de intervención-PI (32 semanas). Nuestro paquete de intervención incluyó auditorías y retroalimentación sobre uso de AM, pautas de tratamiento específicas, pausas en el uso, intervenciones basadas en farmacia y educación. Se establecieron dos sesiones de aprendizaje y tres períodos de acción con implementación de ciclos de mejora (Plan-Do-Study-Act, PDSA), junto con apoyo de coaching y capacitación básica en mejora de la calidad. El punto final primario fue días de terapia (DT) de AM, y los secundarios, dosis diarias definidas (DDD) de AM, tasa de de-escalamiento y nivel de Prevención y Control de Infecciones (PCI) en las UCIs.

Resultados: Incluimos 912 pacientes, 357 en PB y 555 en PI, y 1359 infecciones 547 en PB y 812 en PI. En PI se observó mayor APACHEII 17 (12-21) vs. 15 (11-20), $p=0,036$; SOFA 6 (4-9) vs. 5 (3-8), $p=0,006$; insuficiencia renal (41,6% vs. 33,1%, $p=0,009$), y shock séptico (40,0% vs. 33,8%, $p<0,001$) (Ver Tabla 1). Los DT y DDD de AM fueron similares entre períodos (cambio en pendiente de PB a PI 28,1 (IC95%: -17,4; 73,5), $p=0,24$) para DT, y 43,9 (IC95%: -12,3; 100,0), $p=0,14$) para DDD. La tasa de de-escalamiento de AM durante PI fue 62,0% vs. 45,3%, $p<0,001$ (Ver Tabla 2). Se observó un ascenso de nivel de PCI desde básico a intermedio, puntaje del score 390 (RIQ 288-481) en PB y 488 (RIQ 380-540) en PI.

Conclusiones La implementación de aspectos de un PROA a través de una CMC demostró mejoría en el de-escalamiento de AM, y el nivel de PCI, pero no en los DT ni DDD de AM. Estos estudios de intervención en calidad con mejoras relevantes son necesarios y pueden servir de modelo para reducir resistencia AM en UCIs de nuestro y otros países.

Característica	Período Basal N= 357 n (%)	Período Intervención N= 555 n (%)	Valor-p**
Sexo			0.612
Masculino	214 (59.9%)	342 (61.6%)	
Femenino	143 (40.1%)	213 (38.4%)	
Edad*	61 (34,64)	50 (36,65)	0.439
Peso*	75 (65,90)	75 (70,85)	0.871
APACHE II escora*	15 (11,20)	17 (12,21)	0.036
Alto APACHE II [†]	152 (42.6%)	284 (51.2%)	0.011
SOFA _{au} escora*	5 (3,8)	6 (4,9)	0.006
Alto SOFA [‡]	170 (47.6%)	318 (57.3%)	0.004
Falla renal**	118 (33.1%)	231 (41.6%)	0.009
Uso de Ventilación Mecánica	270 (75.6%)	420 (75.7%)	0.988
Días de Ventilación Mecánica *	10 (4,18)	9 (4,18)	0.974
Días libres de Ventilación Mecánica **	5 (0,20)	0 (0,19)	0.018
Uso de catéter venoso central	311 (87.1%)	487 (87.7%)	0.778
Días de uso de catéter venoso central *	10 (5,17)	9 (5,16)	0.886
Uso de catéter vesical	327 (91.6%)	525 (94.6%)	0.075
Días de uso de catéter vesical *	10 (4,20)	9 (5,18)	0.787
Uso de terapias de reemplazo renal	39 (10.9%)	74 (13.3%)	0.281
Días de uso de terapias de reemplazo renal *	5 (3,16)	6 (3,10)	0.796
Uso de catéter de drenaje ventricular	13 (3.6%)	29 (5.2%)	0.265
Días de uso de catéter de drenaje ventricular *	8 (4,12)	3 (3,9)	0.144
Uso de Nutrición Parenteral	14 (3.9%)	11 (2.0%)	0.081
Días de uso de Nutrición Parenteral *	9 (7,14)	12 (8,14)	0.621
Día de hospitalización en UCI*	10 (5,20)	9 (4,19)	0.679
Tipo de alta			0.018
Transferencia al piso	200 (56.0%)	282 (50.8%)	
Muerte	94 (26.3%)	189 (34.1%)	
Otra institución-tercer nivel	26 (7.3%)	23 (4.1%)	
Cuidados domiciliares	4 (1.1%)	2 (0.4%)	
Permanencia en UCI al día 28	33 (9.2%)	59 (10.6%)	

**Medias (RIQ) reportado
 ** P-valor obtenido por Wilcoxon test or Chi-square test.
 *Alto escora APACHE II corresponde a valores mayor a 16.
 †Alto escora SOFA_{au} corresponde a valores mayor a 5.
 ‡Calculado como 28 días - días de ventilación mecánica.
 UCI= Unidad de Cuidados Intensivos; APACHE II= Acute Physiology and Chronic Health Disease Classification System II; SOFA= Sequential Organ Failure Assessment.

Tabla 1 Características de los pacientes, uso de dispositivos y tipo de alta entre los períodos del estudio

Tabla 2- Número de tratamientos antimicrobianos que requirieron ajuste, de-escalamiento y tiempo al cambio hacia prescripción de terapia dirigida desde que los resultados de cultivos microbiológicos estuvieron disponibles, entre los períodos de estudio.

	Período Basal (N= 438) n/N (%)	Período Intervención (N= 587) n/N (%)	valor-p*
Requirió ajuste antimicrobiano	243/438 (55.5%)	292/587 (49.7%)	0.069
De-escalamiento	110/243 (45.3%)	181/292 (62%)	<0.001
Tiempo al cambio hacia prescripción de terapia dirigida desde que los resultados de cultivos microbiológicos estuvieron disponibles			<0.001
< 24 h	111/233 (47.6%)	181/274 (66.1%)	
24-48 h	86/233 (36.9%)	71/274 (25.9%)	<0.001
>48-72 h	26/233 (11.2%)	10/274 (3.6%)	
>72 h	10/233 (4.3%)	12/274 (4.4%)	
No realizado	0/233 (0.0%)	0/274 (0.0%)	

*Chi-squared test

0309 APLICACIÓN DE OXIGENACIÓN POR MEMBRANA EXTRACORPÓREA EN PEDIATRÍA: RESULTADOS EN UNA UNIDAD POLIVALENTE

J OLIVIERI(1), A MENECEZ ROJAS(1), E TERÁN(1), Y CASTEL(1), M GARRIDO(2), A ROSSO(2), A GATTARI(1)

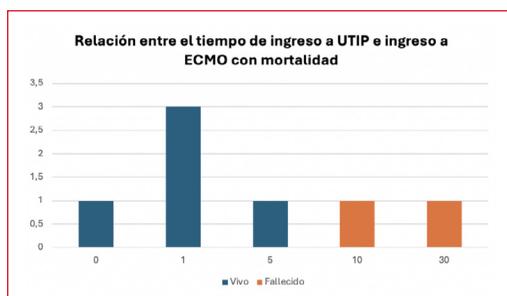
(1) Servicio De Cuidados Intensivos Del Hospital De Niños Ricardo Gutierrez. (2) Servicio De Cirugía Cardiovascular Del Hospital De Niños Ricardo Gutierrez

Introducción y objetivos: La circulación extracorpórea mediante membrana de oxigenación (ECMO) ha demostrado ser una terapia de sostén que disminuye la mortalidad de los pacientes ingresados en UCIP, en quienes han fallado otros métodos convencionales de sostén cardiorrespiratorio. El objetivo de esta presentación es describir los resultados obtenidos en una serie de pacientes que requirieron ECMO por causa no relacionada con cirugía cardiovascular.

Materiales y métodos: Estudio retrospectivo, descriptivo y transversal. Se incluyeron todos los pacientes ingresados a ECMO desde 1-11-2015 a 31-12-2023 en una UCIP polivalente. Se utiliza estadística descriptiva para caracterizar la población (mediana y rango intercuartil; frecuencias y porcentajes para variables continuas y categóricas respectivamente).

Resultados: Durante el periodo analizado ingresaron en ECMO 7 pacientes. Edad mediana: 57 meses (RIC 39-104). El 85% (6/7) por Insuficiencia respiratoria requiriendo modalidad ECMO veno-venoso. En todos los casos, previo al ingreso al circuito se intentaron otras estrategias de rescate (VAFO 42%, n=3/7, ON 71%, n=5/7, Prono 57%, n=4/7). Un paciente ingresó por causa cardíaca (shock cardiogénico post PCR) y utilizó modo Ven arterial. El tiempo entre el ingreso a la UCIP y el ingreso a ECMO fue de 1 día (mediana) entre 0-29 días (rango). La mediana de duración de la terapia fue de 11 días (RIC 10-12). La sobrevida fue 71.4% (n=5) y la mortalidad del 28.6% (n=2). Las complicaciones observadas en relación con esta terapéutica fueron: hemorragias (3/7; 42%), bacteriemia relacionada a catéter (1/7; 14%) y Trombosis Venosa Profunda (1/7; 14%). Un solo paciente requirió realizarse traqueostomía.

Conclusiones: La sobrevida de los pacientes que recibieron ECMO en nuestro centro fue 71,4%, equiparable a reportes internacionales (ELSO). La frecuencia de complicaciones también fue equiparable a experiencias de otros centros. A partir de estos resultados consideramos que la técnica es una alternativa viable como rescate en niños en que hayan fallado otros métodos de soporte cardio-respiratorio.



0311 TERAPIA CONTINUA DE SOPORTE RENAL EN EL PACIENTE CRÍTICO

R GREGORI SABELLI(1), P SAUL(1), L DOLDAN(1), V FERNÁNDEZ ABELLO(1), C DOMÍNGUEZ(1), N CAMPAGNUCCI(1), Y LAMBERTO(1), V CHEDIACK(1), E CUNTO(1)
(1) Muñiz

En la falla multiorgánica la lesión renal aguda (LRA) es una complicación grave en terapia intensiva (TI). Un 50 % de pacientes que desarrollan shock séptico y/o sepsis van a desarrollar (LRA). El 10-20 % requieran terapia de soporte renal continuas (TSR) para abordar la disfunción metabólica y el exceso de volumen hasta que se recupere la función renal. A pesar de los avances en la técnica el momento óptimo para iniciar la TSR y mejorar los resultados clínicos sigue siendo incierto.

Objetivo: Analizar inicio, duración de TSR y presencia de oligoanuria como factores predictivos de mortalidad en pacientes críticos.

Material y Método: Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo. 82 pacientes críticos (enero 2021/ abril 2024) con LRA según KDIGO con indicación de TSR. Oliguria: volumen urinario menor a 400 ml en 24 horas.

Inicio TSR: 24 horas al ingreso a TI. Duración TSR días / procedimientos por paciente.

Estadística descriptiva: porcentaje (%), media (M), rango (mínimo-máximo).

Se evaluó relación entre la duración de TSR y la progresión desfavorable y mortalidad mediante prueba de chi cuadrado. Se consideró significativo una $p < 0,05$, se evaluó odds ratio (OR) e IC95%.

Resultados: N= 82 varones 62 (72.9%) Edad (M) 50 (21-77 años). Asistencia Ventilatoria Mecánica (AVM) 62 (75,9%) Obito 46 (56,09%). Estadía TI (m):11.2 días Duración de TSR(m) : 5.12 días Procedimientos (conexiones) 220 / paciente : 2,6. HDFVVC (68) (hemodiafiltración venovenosa continua), HDVVC (14) (hemodiálisis veno venosa continua).

TSR (24 horas): 50 (58.5%).

TSR con oligoanuria: 45 pacientes (55,4%).

El inicio de TSR dentro de las 24 horas al ingreso a TI y la presencia de oliguria no demostraron una diferencia estadísticamente significativa.

En pacientes con duración de TSR mayor a 3 días se observó menor mortalidad con diferencia estadísticamente significativa. OR 0,34 (0,12-0,94) (p 0,02).

Conclusiones: Las variaciones en el momento del inicio de la TSR y modalidades pueden tener efecto en el desenlace de los pacientes críticos. La mayor duración en días de TSR y la cantidad de procedimientos se vincularon a mayor sobrevida.

Lo que evidencia la importancia en la selección del paciente y el momento óptimo del inicio de TSR para que sea sostenida en el tiempo, alcanzando un tratamiento eficiente y beneficioso.

Resultados	Óbitos TRRC (46)	Sobrevida TRRC (36)
AVM	46	29
Edad (m)	54,5	44,5
Días TSR (m)	4,06	7,05
TSR dentro 24 hs	24 (52,1%)	24 (66,6%)
Inicio de TSR con oligoanuria	24	21
Procedimientos por paciente	1,92	3,2

0314 PSITACOSIS GRAVE REPORTE DE CASO

R CANAVIRI(1), PC MOREIRA SANCHEZ(1), R CANAVIRI ESCOBAR(1), MA ALVAREZ PEREZ(1), A CANCHILA DE LA ESPRIELLA(1), JA SABALZA CASTILLA(1), B DE ARAUJO CASOTTI(1), PA SAUL, AA LA MANNA(1)
(1) Clínica Ciudad de la Vida

Introducción: La psitacosis es una zoonosis de distribución mundial. Puede presentarse como casos esporádicos o brotes, en 60-70% asociada al contacto con aves.

Es responsable de 1% de neumonías de la comunidad y 2% de neumonías graves comunitarias.

Entre semana epidemiológica 10 y 15 del 2024 el ministerio de salud de Argentina observa un aumento de casos de psitacosis (Situación de brote) en área metropolitana de Buenos aires, con 40.9% de los pacientes en terapia intensiva (UTI).

Presentación del caso: Paciente masculino de 34 años sin antecedentes, realiza viaje a Cordoba y 14 días después comienza con malestar general, fiebre, cefalea, tos seca. 6 días después exacerba con disnea e insuficiencia respiratoria. Ingres a UTI con desaturación (SaO2 80%), leucocitos 16.900/mm3, TAC de tórax consolidados pulmonares bilaterales. Requiere asistencia ventilatoria mecánica. Se inicia ampicilina/sulbactam y 24 horas después se agrega claritromicina. Evoluciona con distrés respiratorio grave con 3 ciclos de pronación y disfunción renal.

Cultivos para gérmenes comunes negativos, 72 horas después se rota a piperacilina/tazobactam más levofloxacina por falta de respuesta clínica.

Serología para Chlamydia psittaci positiva (Inmunofluorescencia indirecta): IgM + 1/64, IgG + 1/32

Extubacion exitosa al día 12 de internación y pase a sala a las 48 horas de la misma. Completo 7 días de levofloxacina endovenosa y posteriormente 7 días de doxiciclina via oral

Discusión: Se presenta un caso de neumonía grave comunitaria, diagnóstico probable de Psitacosis (IGM 1/32) sin nexo epidemiológico que evolucionó con distrés respiratorio grave e insuficiencia renal.

Si bien el diagnóstico confirmatorio se realiza por métodos moleculares (PCR) en secreciones respiratorias o por seroconversión, la serología positiva con cuadro compatible y sin otro diagnóstico debe hacer sospechar psitacosis.

El tratamiento de elección de psitacosis es doxiciclina. Debido a falta de formulación endovenosa en nuestro país, se usó levofloxacina endovenosa, teniendo en cuenta reportes de casos publicados en China.

Claritromicina endovenosa sería una opción sin embargo algunos autores consideran que podría ser menos efectiva en casos graves.

Conclusión: En el contexto epidemiológico actual se debe sospechar psitacosis en neumonía grave comunitaria con cultivos para gramenes comunes negativos

La levofloxacina podría ser una alternativa para la cobertura empírica de esta entidad.

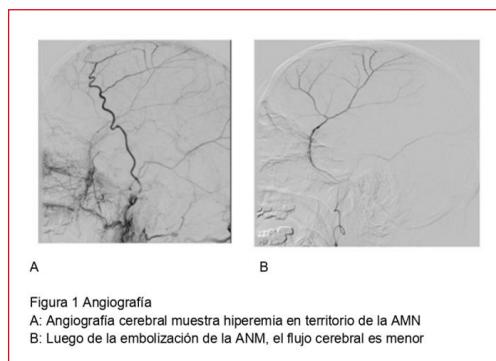
0315 EMBOLIZACIÓN DE LA ARTERIA MENÍNGEA MEDIA EN HEMATOMA SUBDURAL CRÓNICO

L BORGARUCCI(1), C VIDELA(1), N CIARROCHI(1), L VALENCIA CHICUE(1), AL COLOMER(1), M VILLAESCUSA(1), P AJLER(1)
 (1) Hospital Italiano De Buenos Aires

El hematoma subdural crónico (HSDc) es una afección con una prevalencia y morbilidad elevada. Su fisiopatología incluye una serie de mecanismos que involucran una respuesta inflamatoria posterior a la formación del hematoma que conlleva a la proliferación de células del borde dural, fibroblastos y a la liberación de factores proinflamatorios que conducen a la angiogénesis de una neomembrana con alta permeabilidad perfundida por la arteria meníngica media (AMM). La presentación clínica varía ampliamente, desde casos completamente asintomáticos o mínima cefalea hasta déficits neurológicos pronunciados o deterioro severo de la conciencia. Generalmente los pacientes asintomáticos y que no presentan desplazamiento de la línea media realizan tratamiento conservador, mientras que los pacientes sintomáticos o con un desplazamiento significativo de la línea media y/o compresión cerebral, y con un riesgo quirúrgico aceptable, son candidatos para tratamiento quirúrgico. Un enfoque terapéutico emergente implica la embolización de la AMM. Este método considera la teoría de la dependencia de la angiogénesis de la arteria meníngica media por lo que la embolización de esta arteria tendría el potencial de inhibir el flujo sanguíneo a estructuras irrigadas patológicamente, evitando así la rotura recurrente del vaso y facilitando la reabsorción gradual del hematoma con el tiempo. Esta terapéutica actualmente se emplea como tratamiento adyuvante junto con el drenaje quirúrgico de HSDc o como terapia independiente para pacientes que presentan síntomas leves o aquellos con mayor riesgo quirúrgico.

Presentamos una serie de ocho pacientes con HSDc tratados mediante embolización de la AMM en un hospital de alta complejidad de Buenos Aires. La edad promedio de los pacientes fue 68 años con HSDc con un grosor medio de 14.8mm, de los cuales en 5 pacientes generaban desviación de la línea media mayor a 5mm. La elección de esta terapéutica se debió a la poca sintomatología que presentaban asociado al requerimiento de inicio precoz de terapia antiagregante o anticoagulante, a contraindicaciones formales para la cirugía o como adyuvante al tratamiento quirúrgico para disminuir la frecuencia de recurrencia del HSD.

Concluimos que la embolización de la AMM es una terapéutica segura y efectiva en el tratamiento del HSDc en pacientes seleccionados.



	N°1	N°2	N°3	N°4	N°5	N°6	N°7	N°8
SEXO	F	M	F	F	M	F	M	F
EDAD	76	74	71	31	95	60	52	87
CHARLSON	5	6	6	4	7	3	1	4
ANTIAGREGACIÓN	NO	SI	NO	NO	SI	NO	NO	NO
ANTICOAGULACIÓN	NO	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO
ESPESOR (mm)	17	11	11	17	20	14	9.5	19.5
DESVIACIÓN (mm)	1.5	6.5	0	10	9	13	4	6
GCS	15	15	8	15	15	15	15	15
RESANGRADO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
COMPLICACIÓN TÉCNICA	NO	NO	SI (hematoma en sitio de punción)	NO	NO	NO	NO	NO

Tabla 1. Características de la muestra. F (femenino). M (masculino).

0317 IMPLEMENTACIÓN DEL SCORE NEWS 2 EN LA EVALUACIÓN DE PACIENTES OBSTÉTRICAS DE UN HOSPITAL PÚBLICO DE CORRIENTES CAPITAL EN EL PERIODO DE OCTUBRE DEL 2022 A ABRIL DEL 2023

GE BENITEZ(1), A SANCHEZ(2), C MANSILLA(2), R KARATANASOPULOZ(2)

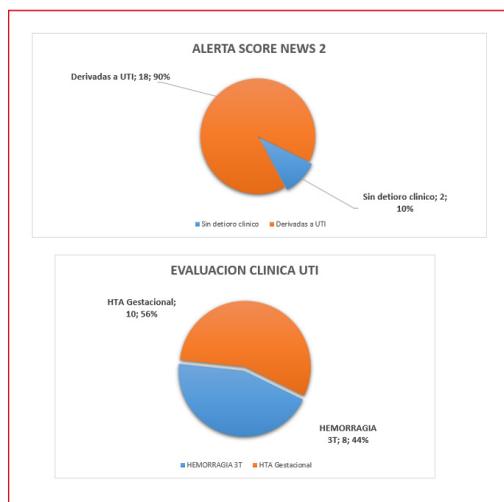
(1) Dr José Ramón Vidal. (2) Dr. José Ramón Vidal

Introducción: Los pacientes ingresados en las unidades de cuidados intensivos son seleccionados de manera variable. Son evaluados de manera objetiva, reproducible y cuantificable a través de diferentes escalas como son el APACHE, SOFA, entre otros. Sin embargo, de los sistemas de detección temprana de pacientes de riesgo, la Escala Nacional de Advertencia Temprana 2 (National Early Warning Score, NEWS) tiene mayor posibilidad de discriminar pacientes con riesgo de paro cardíaco, ingreso no previsto a UCI y muerte a partir de una escala que pondera seis parámetros fisiológicos respecto a los rangos normales.

Presentación del caso: Se implementó a modo de prueba la evaluación de pacientes obstétricas y gestantes potencialmente graves el uso de un equipo de respuesta rápida multidisciplinario de la unidad de cuidado intensivo alertados por el NEWS 2 antes de su ingreso a UCI. Asimismo, se analizaron las historias clínicas de las pacientes que fueron atendidas por este sistema. El punto de corte en el Score News 2 para la alerta del equipo de respuesta rápida fue de 5 puntos y fue calculado por el enfermero del servicio. Se recibieron 20 alertas de las cuales 2 no presentaban deterioro clínico y 18 fueron inicialmente atendidas en la maternidad y posteriormente derivadas a la UCI, 10 de ellas por presentar hipertensión inducida por el embarazo y 8 con sangrado del tercer trimestre. A todas se les inició el tratamiento específico fuera del ámbito de la terapia intensiva, presentando todas buenas evoluciones posteriores.

Discusión: La aplicación del score NEWS 2 en la evaluación de las pacientes coincidió con el autor Mellhammar, L y col donde concluyeron que NEWS2 era superior a qSOFA para detectar sepsis con disfunción orgánica, ingreso a cuidados intensivos debido a una infección y mortalidad relacionada con la infección.

Conclusión: La utilización del Score News 2 favorece la prevención y el tratamiento adecuado en pacientes obstétricas. A través del mismo, se identificó que el 10 % de las alertas no requirieron la atención urgente en la maternidad y posterior pase a UTI, siendo las demás pacientes atendidas precozmente con buena evolución posterior.



0320 PREVALENCIA DE COLONIZACIÓN / INFECCIÓN POR MICROORGANISMOS MULTIRRESISTENTES EN UCI ADULTOS DE ARGENTINA Y SU IMPACTO EN MORTALIDAD (PREVAR PARTE 2)

W CORNISTEIN(1), C BALASINI(2), VM RODRÍGUEZ(3), Y NUCETELLI(3), MI STANELONI(3), D ÁGUILA(3), A MACCHI(3), N CUDMANI(3), MV ROCA(3), G SADINO(3), M BRIZUELA(3), A FERNÁNDEZ(2), S GONZÁLEZ(3), E ESTENSSORO(2), GDT PREV-AR(1)
 (1) Sadi Sati. (2) Sati. (3) Sadi

Introducción: La infección y colonización por microorganismos multirresistentes (MOR) representan un desafío frecuente en las unidades de cuidados intensivos (UCI), incrementando la morbimortalidad. Conocer su prevalencia es esencial para diseñar e implementar intervenciones para mejorar el pronóstico de los pacientes

OBJETIVOS: Conocer la prevalencia de infección y colonización por MOR, evaluando predictores independientes de infección MOR en UCIs argentinas.

Métodos: Estudio de corte transversal efectuado el 28/1/23 en 165 UCIs. Se registraron epidemiología, gravedad, sitios de infección, colonización; se comparó infección por MOR y no MOR. Los datos se analizaron según su naturaleza.

Resultados: Participaron 165 UCIs, Hospitales públicos 64%, generales 94%. Tenían comité control de infecciones 95% y programa optimización de antimicrobianos 49%.

Se incluyeron 1799 pacientes, de 59 [43-71] años, y 62% varones. Las variables epidemiológicas y la comparación entre MOR y NO MOR ver en Tabla 1.

La prevalencia de infección en general fue 51.9%, y por MOR 19.1% (Figura 1).

La colonización por Enterobacterales resistentes a carbapenems (ERC) ocurrió en 24.7% de las muestras y fue más frecuente en pacientes con infecciones por MOR.

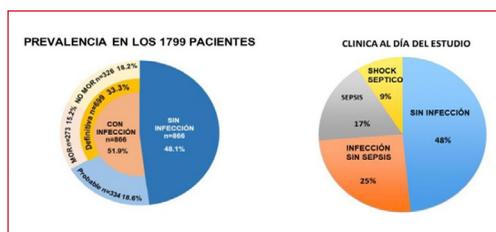
Las infecciones más frecuentes por MOR fueron: neumonía asociada a ventilador 29% y bacteriemia por catéter 12%. Los MOR más

frecuentes fueron A. baumannii y ERC (28-5% cada uno).

Predictores independientes de MOR: Ingreso a un hospital.

Conclusiones: La prevalencia de infecciones en la UCI, y por MOR en particular fue elevada, acorde con el incremento post-pandemia de infecciones por estos gérmenes; y se asoció a mayor mortalidad: Los sitios de infección y MOR registrados son similares a los hallados en otras regiones

	Pacientes con infección sin MOR N=660 (78.3%)	Pacientes con infección por MOR N=273 (29.3%)	P valor
Edad (años)	61 [43-72]	56 [38-78]	0.019
Sexo (masculino)	414 (83%)	172 (83%)	0.937
Factores de riesgo			
Enfermedad respiratoria	122 (10%)	29 (14%)	0.131
Obesidad	163 (26%)	70 (28%)	0.717
Diabetes	154 (23%)	68 (25%)	0.807
Alcoholismo	85 (13%)	36 (13%)	0.874
Tabaco	211 (32%)	79 (29%)	0.399
Enfermedad Cardiovascular	45 (7%)	21 (8%)	0.815
Enfermedad hepática	27 (4%)	10 (4%)	0.773
Enfermedad renal crónica	71 (11%)	34 (13%)	0.444
Inmunosupresión	50 (8%)	24 (9%)	0.512
Trasplante de médula ósea	4 (0.6%)	1 (0.4%)	0.548
Trasplante organos solidos	8 (1%)	3 (3%)	0.064
Oncohematológica	30 (5%)	14 (5%)	0.885
Quimioterapia <6 meses	48 (7%)	2 (4%)	0.051
VIH	20 (3%)	12 (4%)	0.280
Hospitalización <6 meses	217 (33%)	103 (38%)	0.156
ATB <6 meses	237 (38%)	106 (39%)	0.409
Colonización MOR <6 meses	33 (5%)	34 (13%)	0.000
Días UCI hasta día estudio	0 [3-13]	16 [6-31]	0.000
Colonización por ERC	186/660 (28%)	140/273 (51%)	0.000
Infección Comunitad/UCI intrahospitalario no UCI/3er nivel	282/215/112/27 (44%/34%/18%/4%)	33/18/138/20 (12%/67%/13%/7%)	0.000
Estado a la admisión			
APACHE II	16 [12-23]	17 [12-23]	0.178
SOFA a la admisión	5 [3-8]	6 [3-8]	0.918
SOFA al día del estudio	4 [2-7]	4 [2-7]	0.247
Admisión médica/cir. electiva/ Cirugía emergencia	467/50/143 (71%/8%/22%)	165/29/78 (81%/11%/29%)	0.011
Politrauma	78 (12%)	42 (15%)	0.143
Clinica el día del estudio			
No infección	-	-	0.000
Infección sin sepsis	314 (48%)	131 (49%)	
Probable sepsis	119 (18%)	14 (5%)	
Sepsis	107 (16%)	82 (30%)	
Shock séptico	120 (18%)	46 (16%)	
Mortalidad (%)	27.9	38.8%	0.001



0321 TRAUMATISMO DE AORTA TORACICA

L DE LA ROSA(1), F OIENI(1), G PAOLETTI(1), N GRAZZIANI(1)
 (1) Doctor Guillermo Rawson

Introducción: Las lesiones traumáticas de aorta torácica se producen predominantemente en accidentes de tráfico, precipitaciones y atropellos. Tienen alta morbimortalidad (un 80-90% son letales inmediatamente). Su presentación clínica es inespecífica. La deceleración brusca y las fuerzas de cizallamiento sobre las zonas de anclaje de la aorta torácica (ligamento del ductus arterioso, raíz aórtica y diafragma) son el mecanismo de lesión más común. El istmo aórtico, es la localización más frecuente. La TC con CIV es la prueba de elección para su valoración.

Presentamos el caso de un politraumatismo con pseudoaneurisma de aorta torácica tratado de forma endovascular.

Caso clínico: Paciente masculino de 32 años sin antecedentes patológicos conocidos, ingresa a shock room tras colisión moto- animal, Glasgow: 14/15, ISS: 75, dolor torácico, hemodinámicamente con hipotensión arterial, taquicárdico, se le realizó barrido tomográfico con CIV.

Se diagnosticó: hemoneumotórax izquierdo, pseudoaneurisma de arteria aorta torácica descendente de 4 mm a 4 cm de arteria subclavia, fracturas costales, hernia diafragmática y fractura de bazo. En un primer tiempo ingreso a quirófano donde se realizó colocación de TAP, esplenectomía, reducción de hernia diafragmática y posterior derivación a UTI ingresando en ARM, con abdomen cerrado. En un segundo tiempo se decidió realizar la reparación del pseudoaneurisma por vía endovascular. Se utilizó abordaje femoral derecho con endoprótesis de Nitinol y Ptfte, Ankura de 20x100 mm

hasta arco aórtico. Con la correcta exclusión del pseudoaneurisma el postoperatorio inmediato transcurrió sin complicaciones inmediatas. Actualmente cursa posquirúrgico en UTI.

Discusión: El traumatismo de aorta torácica es una lesión frecuente en pacientes con trauma cerrado de tórax y politraumatismo. El correcto manejo y tratamiento de la misma constituye una urgencia. La vía endovascular ha ganado popularidad en las últimas dos décadas.

Conclusión: Las lesiones traumáticas agudas de la aorta torácica pueden suponer un reto diagnóstico, el 80-90% de los pacientes fallecen antes de llegar a un centro de atención.

Se deben examinar minuciosamente las zonas de anclaje de la aorta torácica y especialmente la región del istmo.

Creemos que lo más importante en este tipo de traumatismos es realizar diagnóstico temprano lo que nos permitirá optimizar las opciones y tiempos terapéuticos.

0322 CRITERIOS DIAGNOSTICOS DE ENCEFALITIS EQUINA DEL OESTE. A PROPOSITO DE UN CASO

MS CAMINITI(1)

(1) Sanatorio Santa Fe

Introducción: La encefalitis equina del Oeste (EEO) es una enfermedad zoonótica infrecuente. Su principal vector es el mosquito neotropical, de "charcos", que tienen preferencia por mamíferos (equinos y bovinos).

Luego del periodo prodrómico, se presenta el compromiso del sistema nervioso central (confusión, vértigo, hiporreflexia, convulsiones).

Se presenta un paciente con fuerte sospecha clínico/epidemiológica compatibles con E.E.

Presentación del caso: Paciente masculino de 51 años, Obeso, Hipertenso (medicado con Enalapril 10 mg/día), residente en zona rural, derivado a U.C.I por depresión del sensorio secundaria a convulsiones TCG que requiere ARM.

Encontramos leucocitosis (27.900/cm³) y acidosis metabólica. Se realiza Punción Lumbar con hiperproteinorraquia y lactato elevado. Muestras de Hemocultivos, urocultivo y Tinta china negativas. Con PCR para VVZ, VEB, VDRL cuantitativa, VHS 1 y 2 no detectables en LCR.

Evoluciona febril cumpliendo tratamiento con Vancomicina + Meropenem.

El paciente evoluciona estable hemodinamicamente, normalización de función renal y suspensión de tratamiento antibiótico.

Discusión: Es de conocimiento que para confirmar el diagnóstico de WEEV existen métodos directos (Amplificación del genoma viral) e indirectos (serología – IgM e IgG que alcanzan el pico a las 2 semanas).

En este paciente, se le toma una primera muestra serológica, negativa para Anticuerpos neutralizantes anti EEOV.; pero con Anticuerpos IgM positivos para EEOV. Al mes, en una segunda muestra de suero, se identifican Anticuerpos IgM negativos.

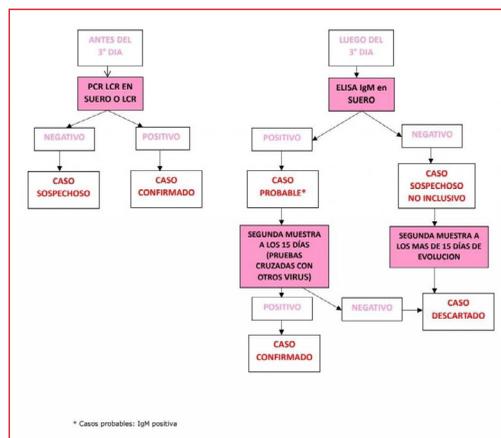
Considerando que la viremia en las infecciones por el WEEV es baja y de corta duración, y si el caso se detecta en la etapa neurológica es probable que el virus ya no esté presente en la sangre.

Por ende, un resulta donegativo no descarta la infección, y ante la sospecha clínica y epidemiológica se deben usar métodos serológicos.

Como diagnósticos diferenciales se buscó otras infecciones como Dengue; zoonosis como Leptospirosis; y cusas no infecciosas, MOE.

Conclusión: Se necesita un alto grado de sospecha clínica y epidemiológica, ya que presenta síntomas inespecíficos que retrasarían el diagnóstico.

Como se trata de una enfermedad sin tratamiento específico, se debe llevar a cabo por un equipo multidisciplinario.



0323 SÍNDROME ANTIFOSFOLÍPIDO CATASTRÓFICO

M CAPRILES(1), R CARBALLO OROZCO(1), S HEALY(1), P SANCHEZ(1), MB VAZQUEZ(1), G SMURRA(1), M GIRVES(1), F MATAR(1), C BALASINI
(1) Pirovano

Introducción: El síndrome antifosfolípido catastrófico (SAFC) se caracteriza por múltiples trombos en lechos vasculares pequeños que lleva a falla multiorgánica con alta mortalidad y se desarrolla en un pequeño subgrupo de pacientes.

Presentación del caso: Paciente femenina de 39 años con antecedentes de consumo de anticonceptivos orales, TVP, TEP, LES, SAF, anemia hemolítica, esquizofrenia y depresión (no adherente a tratamientos).

Concurre a guardia por cuadro de hiporexia de 2 meses y vómitos biliosos en las últimas horas. Ingres a vigilia, febril, hipotensa, hipoglucémica (48 mg/dl), creatinina de 3.76 mg/dl, sodio de 130 mEq/l e insuficiencia suprarrenal (ACTH 4.5 y cortisol basal 0.8) con dolor abdominal en hipocondrio derecho, y presenta un sedimento urinario patológico. Se interpreta como infección urinaria más insuficiencia suprarrenal, inicia antibióticos, se toman cultivos, y pasa a clínica. Evoluciona con shock y falla orgánica múltiple, ingresando a terapia intensiva con distres respiratorio severo, falla renal y hematológica. Se realizó tratamiento de sostén: hidratación, inotrópicos, diuréticos, ATB, corticoides, anticoagulación pero la paciente entra en asístolia y fallece en menos de 12 hs.

En los días siguientes se recibe Anticuerpos Anti DNA de doble cadena 1/10 (Valor de corte 1/10); Ac Anti Smith 13 (VN <20), Complemento C3 213 (VN 89 a 187 mg/dl), complemento C4 55 VN [6.5-38], Ac Anti SS-A/Ro52 229 (positivo > 20).

Discusión: Los SAFC se caracterizan por un rápido comienzo de múltiples oclusiones trombóticas que afectan varios lechos vasculares. Los pacientes pueden tener múltiples eventos en la presentación o desarrollarlos rápidamente en días o semanas. El algoritmo diagnóstico debe ser rápido para determinar si hay alguna de estas entidades ya que el manejo terapéutico está dirigido a la patología subyacente. Con excepción de la presentación atípica de la PTT que se trata con recambio plasmático, la anticoagulación es la intervención terapéutica más importante.

0325 TERAPIA CONTINUA DE SOPORTE RENAL EN EL PACIENTE VIH+

R GREGORI SABELLI(1), L DOLDAN(1), P SAUL(1), V FERNANDEZ ABELLO(1), C DOMINGUEZ(1), S CACERES(1), J VIDELA(1), V CHEDIACK(1), E CUNTO(1)
(1) Muñiz

La terapia de soporte renal (TSR) extracorpórea en pacientes críticos con lesión renal aguda (LRA) es uno de los soportes vitales de uso

cada vez más frecuente en terapia intensiva (TI). A pesar de esto, la mortalidad sigue siendo alta, superando el 50%.

En pacientes viviendo con el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), la LRA es multifactorial, sumado a la lesión directa sobre las células epiteliales tubuloglomerulares.

En este trabajo se tomaron pacientes viviendo con VIH que ingresaron a TI críticamente enfermos, con parámetros clínicos y de laboratorio de LRA con requerimiento de TSR, y se analizó su relación con la mortalidad.

Objetivos: • Analizar la relación entre el inicio y duración de TSR en paciente crítico viviendo con VIH y la mortalidad.

• Analizar la presencia de oligoanuria previo a TSR como factor predictivo de mortalidad en pacientes críticos con VIH.

Material y Metodos: Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo: se evaluaron 24 pacientes críticos con VIH, admitidos en TI desde enero 2021 hasta abril 2024, con LRA según clasificación KDIGO e indicación de TSR.

Se tuvieron en cuenta: inicio de TSR dentro de las 24 horas de ingreso, duración del tratamiento (medida en días), número de procedimientos (tratamientos) por paciente y presencia de oliguria (volumen menor a 400 ml/24 horas). Se utilizaron porcentajes, media y rangos. La relación entre tratamiento y mortalidad, se utilizó prueba de χ^2 , $p < 0,05$ y Odds Ratio (OR), IC95%.

Resultados: Varones 21. Rango etario 21-77 años. Asistencia Ventilatoria Mecánica (AVM) 83.3%. Días de TSR: 5.2. Procedimientos totales: 52. Procedimientos por paciente: 2,1. Mortalidad con TSR dentro de las 24 horas de ingreso: 31.2%. Mortalidad con inicio de TSR posterior a 24 horas: 68,7% (OR 0.15; IC 0.02-1.03; $p < 0.05$). Mortalidad con oliguria/anuria: 68,7%. Se evidenció una diferencia estadísticamente significativa en la relación entre una menor duración de TSR y mortalidad (OR 0.06; IC 0,006-0,67; $p < 0.01$). No hubo relación entre oliguria y mortalidad ($p < 0.78$)

Conclusiones: Según nuestra experiencia el inicio de TSR dentro de las 24 horas del ingreso a TI podría asociarse a mejores resultados pero la menor duración medida en días y cantidad de procedimientos se asoció a menor sobrevida, tal vez por un estado crítico más comprometido con imposibilidad de completar eficientemente la terapia extracorpórea.

Cuadro 1: Resultados (m)	Mortalidad (16)	Sobrevida (8)
Procedimientos (por paciente)	1,75	3
Días de TSR (por paciente)	3,65	8,25
Inicio de TSR	5	6
Frecuencia de oliguria / anuria	11	5

0326 DENGUE GRAVE EN PACIENTE TRASPLANTADO RENAL CON DONANTE CADAVERICO

MA MARAIN BIASONI(1), FN CASTILLO(1), MRDL ALMEIDA(1), GG GODOY(1)

(1) Instituto De Cardiologia De Corrientes

Introducción: El Dengue es una enfermedad viral transmitida principalmente por mosquitos del género Aedes. Aunque la transmisión por injertos es rara, puede ocurrir si el donante está en periodo de viremia. Los efectos de esta transmisión en el receptor y en la función del injerto son poco conocidos, y existen pocos reportes sobre la transmisión de dengue a través de órganos. Cuando ocurre, los síntomas suelen aparecer en los primeros 10 días post-trasplante.

Presentación del caso: 30/9/23 se realizó un trasplante renal con un donante cadavérico, con tiempos de isquemia fría y caliente de 14

horas y 51 minutos, y 30 minutos. El receptor recibió inmunosupresión endovenosa. 1/10, debido al desarrollo de Cocos Gram+ en los hemocultivos del donante, se inició tratamiento con vancomicina. El paciente evolucionó clínicamente y fue trasladado al servicio de internación el 2 de octubre. 7/10 presentó fiebre y el 9/10 se evidenció falla hepática. La serología para Dengue, realizada el 12/10, resultó positiva.

Debido al deterioro del estado de conciencia (GCS 13/15) y la serología positiva para Dengue, el paciente fue trasladado a terapia intensiva para control clínico y hemodinámico. Se le diagnosticó plaquetopenia severa, requiriendo transfusiones. También se evidenció acidosis metabólica, tratada con bicarbonato. 15/10, el paciente presentó un mayor deterioro del estado de conciencia, sin lesiones agudas en un TAC cerebral. 16/10, con GCS 7/10, se asumió encefalopatía hepática, requiriendo intubación, sedación y drogas vasoactivas, siendo considerado un caso de shock distributivo secundario a dengue grave.

Discusión: El curso clínico del dengue en pacientes inmunosuprimidos puede diferir del habitual debido a la alteración de la inmunidad humoral y celular causada por la terapia inmunomoduladora. En este caso, el comportamiento clínico fue atípico debido a la transmisión del virus a un huésped con inmunidad alterada.

Conclusión: El caso se considera un síndrome de shock por dengue, con criterios de fiebre hemorrágica (trombocitopenia, hemoconcentración, evidencia de sangrado y extravasación) y evidencia de hipoperfusión tisular. La infección se sospecha adquirida durante el trasplante, ya que otro receptor del mismo donante desarrolló un cuadro similar de dengue hemorrágico.

0327 MEDICION DE PRESION INSPIRATORIA MAXIMA (>20 CMH2O) PRESION ESPIRATORIA MAXIMA (>20 CMH2O) COMO PREDICTOR PARA EL INICIO DE RESPIRACION ESPONTANEA ESTUDIO PROSPECTIVO

H COLLAZOS(7), R CERUZZI(1), E LOMBARDO(1), A CORONEL(2), D ESQUIVEL(3), J CORAGGIO(4), S LABATE(2), G VANDAELE(2), C ECHEVERRÍA(5), F JOSURAN(2), P LARROQUE(6), W VIDETTA(7), J QUARTINO(7)

(1) Hospital Municipal Eva Perón de Merlo. (2) Municipal Eva Perón de Merlo. (3) Municipal Eva Perón de Merlo. (4) Municipal Eva Perón De Merlo. (5) Municipal Eva Perón de Merlo. (6) Municipal Eva Perón de Merlo. (7) Municipal Eva Perón de Merlo

Introducción: La VMI se utiliza de forma rutinaria en las UCIs para tratar la IRA, esencial para la supervivencia, sin embargo, tiene una gran desventaja: el estado pasivo de los músculos respiratorios bajo VM conduce a una rápida atrofia de las fibras del diafragma, reduciendo su capacidad para generar fuerza. Esta condición se denomina "disfunción diafragmática inducida por el ventilador". La falla del Destete es multifactorial.

La medición de las Pimax y Pemax permite evaluar la fuerza de los músculos respiratorios. La Pimax evalúa principalmente la fuerza diafragmática; mientras que la Pemax representa la fuerza de los músculos intercostales y abdominales.

Este desequilibrio en carga y capacidad juega un papel importante en el desarrollo de insuficiencia ventilatoria, por ejemplo durante una prueba de destete. La debilidad de los músculos respiratorios se asocia con resultados clínicos adversos, incluida la dificultad para el Weaning, aumento de la mortalidad y del riesgo de reingreso en la UCI/hospital. Es razonable proponer que las estrategias que apuntan a restaurar la función de los músculos respiratorios en estos pacientes mejoren los resultados.

Métodos: Estudio de cohorte observacional prospectivo en una UCI de 12 camas. Los adultos que requirieron al menos 24 horas de VM con extubación programada y sin evidencia de debilidad muscular preexistente se sometieron a una evaluación de Pimax y Pemax justo antes de la extubación hasta 7 días.

La medición consiste en que el paciente debe generar la máxima

presión inspiratoria (a partir de volumen residual) y espiratoria (a partir de capacidad pulmonar total) contra una vía o equipo oculto.

Los pacientes a los cuales se les media la Pimax \geq -20 cmH₂O y Pemax \geq 20 cmH₂O, se sometían a una PRE.

Resultados: 43 pacientes se sometieron a una evaluación de Pimax y Pemax (edad media de 54 años (19-87); mujeres 33% (n=14), varones 67% (n=29); duración de la ventilación mecánica 4.86 días (1-18), el 46.5 % de los pacientes tenían Pimax \geq -20 cmH₂O. Pacientes extubados 65.1% (n=28)

TEST KRUSKAL-WALLIS:

Pacientes No extubados (n=16) por diversos motivos.

Pacientes extubados (n=28), Pimax mediana =-21.50 (media =-21.89), Chi =8.87, P=<0.001, alfa 0.05.

El alta según weaning Simple de acuerdo al Test de Kruskal-Wallis (mediana de -20 cmH₂O, Chi = 8.98, P= 0.03).

El alta según weaning Dificultoso de acuerdo al Test de Kruskal-Wallis mediana de -23 cmH₂O, Chi = 8.98, P= 0.03).

Pacientes con alta Domicilio (n=2, Pimax mediana -20cmH₂O(20-20). Pacientes con alta Clinica Medica (n=27, Pimax mediana -23cmH₂O (60-22.3).

Conclusión: Se podría usar como rango de seguridad para iniciar una PRE sin complicaciones una Pimax entre \geq 20 cmH₂O, igualmente. Estudios futuros deberían confirmar estos resultados.

0329 ECTOPIA RENAL: HALLAZGO SECUNDARIO A POLITRAUMATISMO PEDIATRICO

CV NIEVA(1), FR MARTINEZ(1), SF ABALOS(1), R BURGOS PRATXZ(1)

(1) Materno Infantil Jujuy

Introducción: La ectopia renal torácica es la localización, parcial o completa, del riñón en mediastino posterior. Se clasifica según la condición del diafragma: con diafragma cerrado; con entración diafragmática; con hernia diafragmática, congénita o adquirida; o con ruptura traumática del diafragma. El 68% de casos es izquierdo, probablemente por localización hepática derecha. Entidad asintomática, con función renal normal, sin cambios displásicos, de hallazgo incidental.

Caso Clínico: Paciente de 9 meses, previamente sano, sufre politraumatismo por accidente de tránsito. Viajaba en brazos de la madre, en asiento acompañante, sin cinturón de seguridad. Ingresa a UCIP grave. Shock hipovolémico, máscara equimótica, múltiples escoriaciones, herida sangrante inguinal derecha. TC: contusión pulmonar, hemotórax derecho masivo. Traumatismo abdominal cerrado. Requiere ARM, transfusión de hemoderivados, drogas vasoactivas, evacuación hemotórax. Cirugía por desinserción completa de recto abdominal anterior y visceración intestinal cerrada. Se extuba a las 48hs Derrame pleural: 40 a 50 mL/kg/día, cultivo negativo, 2 células, LDH 50, Urea 75, creatinina 2,41. Creatininemia 0,4. Nueva TC: colección pleural, contusión pulmonar derecha, riñón derecho intratorácico con diafragma indemne. Se realiza nefrectomía derecha: se observa riñón fragmentado, lesión paquete vascular renal y urinoma.

Discusión: Se trata de ectopia renal congénita con diafragma indemne. Las ectopias renales, en general asintomáticas, son hallazgos imagenológicos fortuitos. En este caso, la ocasión de un traumatismo toracoabdominal cerrado con desarrollo de urinotórax permitió definir el diagnóstico.

Conclusión: La evolución atípica de un politraumatismo con dificultad en la remisión de los síntomas, como la colección pleural activa y sostenida, debe hacer sospechar en otras entidades diagnósticas para poder instaurar tratamiento oportuno.

0330 LA TRAVESÍA DE LA SALMONELOSIS EN EL TRAUMA. A PROPÓSITO DE UN CASO

R PERDIGUÉS(1), MV SAUCEDO(1), ER ELÍA(1), HA VITALE(1), SS ALVAREZ(1)

(1) Hospital Central de Mendoza

Introducción: La mayoría de los casos de salmonelosis se presentan con un cuadro de gastroenteritis autolimitante. Sin embargo, aproximadamente un 5% de infecciones entéricas, terminan en sepsis. Actualizamos este tema a propósito de un caso.

Presentación: Paciente masculino. 22 años. Sin antecedentes patológicos. Politraumatismo, colisión vial moto vs árbol. Presentó: TEC grave Marshall IV y contusión pulmonar. Se realizó cranealización de seno frontal, evacuación de HED frontal derecho y contusectomía frontal izquierda. A las 96 hs, presentó fiebre y diarrea coleriforme. TC de tórax: consolidaciones bibasales posteriores con broncograma. HC, coprocultivo y minibal POSITIVOS para Salmonella spp. Ecografía abdominal y ecocardiograma normales. Completó 7 días de Ceftriaxona + 5 días de Ciprofloxacina. Evolución tórpida, con shock séptico, que mejoró al finalizar tratamiento antibiótico.

Discusión: Las infecciones agudas por Salmonella entérica pueden presentarse como fiebre tifoidea, gastroenteritis, bacteriemia o infección focal extraintestinal; denominándose invasiva aquella que traspasa la barrera intestinal. Salmonella tiene la capacidad de invadir los enterocitos al irrumpir las uniones estrechas, así como por «endocitosis mediada por bacteria» y pinocitosis, diseminándose luego por el sistema retículo endotelial. Aquellos pacientes con inmunocompromiso, tienen mayor riesgo de infección invasiva, principalmente aquellos con VIH.

Conclusión: El cuadro del paciente finalizó comprometiendo su hemodinamia, generando shock séptico y posterior delirio, y dificultando el destete de la ventilación mecánica, con la necesidad de traqueostomía. Se interpretó que su evolución tórpida fue a punto de partida del inmunocompromiso por politraumatismo.

Tabla 1

Fecha	Leucocitos	PCR	VSG	CPK	Función renal	Coagulograma	Serologías
17/2/24	15640			462	Normal	Normal	
19/2/24	7140	118	52	567	Normal	Normal	
23/2/24	3260	344	134	229	Normal	Normal	Negativas (HIV, Hep, Sífilis)
28/2/24	5770	265	131	8341	Normal	Normal	
1/3/24	6830	264	117	16703	Normal	Normal	
4/3/24	9380	110	110	15514	Normal	Normal	
8/3/24	10270	59.6	92	1007	Normal	Normal	
13/3/24	8480	24.1	78	178	Normal	Normal	

Tabla 2

Cultivos	Fecha	Resultado
Hemocultivos x2	20/2/24	1 / 2 positivo para Salmonella spp.
	27/2/24	Negativos
	3/3/24	Negativos
	5/3/24	Negativos
	17/3/24	Negativos
Retrocultivos	3/3/24	Negativo
	5/3/24	Positivo para St. Haemolyticus MS
Minibal	20/2/24	Positivo para Salmonella spp.
	22/2/24	Positivo para Salmonella spp. Inflamatorio: BG+ (bajo tto atb)
BAL	1/3/24	Negativo
Coprocultivo	22/2/24	Positivo para Salmonella spp. (toxina C)

0331 INCIDENCIA, CARACTERÍSTICAS Y PRONÓSTICO DE PACIENTES CON DISNATREMIAS AGUDAS EN UNA UNIDAD MEDICO-QUIRURGICA DE TERAPIA INTENSIVA

F MARTIN(1), M GARDEAZABAL(1), M CORDOBA(1), J JEAN(1), F MORALES(1), A BETANCUR(1), J VILCA(1), C MARCHENA(1), C LOUDET(1), L TUMINO(1), G SAENZ(1)
 (1) Hospital San Martin de La Plata

Introducción: Las alteraciones en los niveles de sodio, denominadas disnatremias, son comunes en pacientes críticos y están asociadas con peores desenlaces clínicos.

Este estudio tiene como objetivo analizar las incidencias de disnatremias, características, pronósticos asociados entre pacientes sin disnatremia y aquellos con disnatremia, así como entre subgrupos de pacientes con hiponatremia e hipernatremia.

Métodos: Cohorte retrospectiva en una UCI médico-quirúrgica de 28 camas en un periodo de 6 meses. Todos los pacientes consecutivos que estuvieran internados en la UCI fueron estudiados.

Los pacientes se dividieron en dos grupos: sin disnatremia y con disnatremia. A su vez, el grupo con disnatremia se clasificó según el tipo de disnatremia. Se registraron características epidemiológicas, escores de severidad, evolución considerando entre los distintos grupos. Para las comparaciones se utilizó se utilizó Chi-cuadrado/ Fisher o TTest y Wilcoxon según naturaleza de los datos (p significativa <0.05). Programa STATA-14

Resultados: Ingresaron un total de 233 pacientes. Se obtuvo una incidencia de disnatremias: 89 casos (38%), de los cuales, 59 (66%) hiponatremias, y 30 (34%), hipernatremias. Hiponatremias graves 3(5%); hipernatremias graves 2(7%).

En la tabla 1 se muestran características de toda la población y la comparación entre pacientes con y sin disnatremias.

Los pacientes con disnatremia mostraron puntajes significativamente más altos en ambos índices de severidad APACHE II: 19 ± 8 vs 14 ± 6 (p < 0.001) y SOFA: 6 vs 3 (p<0.001).

Los días en UCI y en el hospital fueron mayores en pacientes con hipernatremia. No hubo diferencias significativas en la mortalidad en UCI ni en la mortalidad hospitalaria entre los dos grupos. En la tabla 2. Se muestra la comparación entre hiponatremia e hipernatremia.

Conclusiones: Los pacientes con mayor severidad al ingreso y en ventilación mecánica presentaron mayor incidencia de disnatremias. Los pacientes con disnatremias presentaron más días de VM, de internación (UCI y hospitalaria), y mayor mortalidad. El conocimiento de estos datos nos permitirá tomar medidas de para el diagnóstico, seguimiento y tratamiento para mejoras en el tiempo.

VARIABLE	TOTAL (233)	SIN DISNATREMIA 144	CON DISNATREMIA 89	Valor de p
Edad	51 ± 19	50 ± 18	50 ± 19	0,89
Sexo (Masculino)	102 (44)	52,8%	61,8%	0,18
Charlson	1 [0-3]	1 [0-3]	1 [0-3]	0,77
APACHE II	16 ± 7,2	14 ± 6	19 ± 8	< 0,001
SOFA 24 hrs	4 [2-8]	3 [1-6]	6 [3-9]	< 0,001
Shock ingreso	30,5	19,44	48,3	< 0,001
Sepsis ingreso	9,4	8,33	11,24	0,46
Médico	152 (65)	95 (66)	57 (64)	0,26
Quirúrgico Programado	54 (23)	13 (9)	14 (16)	
Quirúrgico Urgencia	27 (12)	36 (25)	18 (20)	0,49
Poli-traumatismo	6,44	8 (6)	7 (8)	0,95
TEC	6,9 (16)	10 (7)	5 (7)	0,95
Dilúis	()	6,94	23,6	< 0,001
Lactato	2,2 [1,7-3,2]	2,15 [1,7-3]	2,4 [1,8-3,2]	0,62
VM	31,8 (74)	22,2	47,19	< 0,001
Días VM	8 [2-18]	5 [1-12]	12 [5-22]	< 0,05
Días UCI	4 [2-8]	3 [2-5]	6 [3-22]	< 0,001
Mortalidad UCI	13,7 (32)	9,0	21,4	< 0,05
Días Hospital	13 [6-33]	9 [5-23]	25 [11-51]	< 0,001
Mortalidad Hospital	39,5 (92)	34,7	47,2	< 0,001

Tabla 1: Características de toda la población y la comparación entre pacientes con y sin disnatremias.

VARIABLE	HIPONATREMIA N=59	HIPERNATREMIA N= 30	Valor de p
Na	130 ± 5	150 ± 4	-
Uso diureticos	10,2	30	0,018
Uso manitol		3 (10)	-
SF 3%		6 (20)	-
Uso NPT	3 (5)	1 (3)	
Reanimacion SF	6,78 ()	26,7 ()	
Reanimacion RL	25,42 (15)	23,3 (7)	0,52
Fiebre	15,3 (9)	50 (15)	< 0,001
Diarrea	13,6 (8)	20 (6)	0,43
Creatinina	1,08 [0,71 - 2,32]	1,49 [0,87 - 2,08]	0,38
Urea	0,56 [0,34 - 0,93]	1,26 [0,51 - 1,66]	0,0036
Balance	1390 [194-3922]	5240 [1367 - 9513]	0,006
VM	20 (33,9%)	22 (73,3%)	<0,0001
Días VM	10 [4 - 9]	15 [7 - 26]	0,39
Días UCI	5 [2 - 17]	17 [7 - 34]	0,0002
Mortalidad UCI	28 (47,5%)	14 (46,7%)	0,38
Días Hospital	20 [9 - 49]	38 [15 - 66]	0,049
Mortalidad Hospital	28 (47,5)	14 (46,7%)	0,94

Tabla 2: Comparación entre hiponatremia e hipernatremia.

0332 ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL INMUNOMEDIADA

J JEAN(1), D CONTRERAS(1), A CUCCI(1), M NUCCIARONE(1), I PARODI(1), F IGLESIAS(1), S TAL(1)
 (1) Higa San Martin

Introducción: Las enfermedades del tejido conectivo son un grupo heterogéneo de patologías que pueden afectar a distintos órganos del cuerpo. La característica principal es la inflamación crónica del tejido conectivo. El pulmón es un órgano vulnerable debido a su gran contenido de colágeno y vasos sanguíneos, lo que permite diversas manifestaciones clínicas en relación con la enfermedad pulmonar intersticial inmunomediada (EPII).

Caso Clínico: Paciente masculino de 26 años, con antecedentes de obesidad, hipotiroidismo y psoriasis de reciente diagnóstico. Consulta por disnea progresiva de 14 días, asociada a tos y fiebre. Recibió tratamiento ambulatorio con amoxicilina+clavulánico y levofloxacina. Ante la falta de mejoría, se interna en clínica médica con diagnóstico de neumonía. El paciente evoluciona desfavorablemente con insuficiencia respiratoria, requiriendo ventilación mecánica, por lo que ingresa a la unidad de terapia intensiva (UTI). Desarrolla síndrome de distrés respiratorio agudo (SDRA) grave, necesitando prono en varias ocasiones y altas dosis de corticoides. Se obtienen resultados negativos de serologías, panel viral y cultivos bacteriológicos y micológicos en muestras sanguíneas y respiratorias, descartándose proceso infeccioso. Ante la presencia de neumonía criptogénica, se solicita perfil reumatológico e inmunológico, obteniéndose anti-RO 52+ 49 UI, interpretándose como miositis. Además, se obtiene perfil inmunológico con disminución de IgG anti-neumococo, linfopenia y alteración de la función linfocítica. Se llega al diagnóstico de enfermedad pulmonar intersticial difusa inmunomediada por anti-RO 52+ con gamapatía primaria. Se inicia tratamiento con corticoides y gamaglobulina ajustada al peso, seguido de Rituximab.

El paciente presenta múltiples interurrencias infecciosas y una hipoxemia refractaria grave secundaria a neumonía asociada al ventilador, culminando en un paro cardíaco y fallece a los 50 días de internación.

Conclusión: La amplia heterogeneidad de la presentación clínica implica desafíos diagnósticos y terapéuticos, especialmente en pacientes sin manifestaciones inmunológicas claras. Un enfoque multidisciplinario es esencial tanto para el diagnóstico como para determinar el tratamiento posterior. Los pacientes que desarrollan EPII asociada a anti-RO 52+ suelen tener una enfermedad más grave y un peor pronóstico.



0333 COMBINACIÓN POTENCIALMENTE LETAL: DESCARGA ELÉCTRICA DE 13000 VOLTS SEGUIDA DE CAÍDA DE 4MTS DE ALTURA, REPORTE DE CASO

A ORTIZ(1), C DEGASTALI(1), M MONTENERGO(1), L DE GREGORIO(1), Y LAMBERTO(1), K UGO(1), E MIKULIC(1)
(1) Hospital Militar Central

Introducción: Las lesiones por electrocución poseen un gran impacto en la calidad de vida y representan una de las principales causas de discapacidad a nivel mundial. Las electrocuciones por alta tensión se presentan mayormente en el ámbito laboral, con elevada mortalidad.

Presentación del caso: Se presenta caso de un masculino de 31 años de edad derivado de Monte Casero por aeroevacuación, que sufre descarga eléctrica de alta tensión trifásica (13.200 volts) asociado a politraumatismo con TEC Grave por caída de 4mts de altura, con repercusión multiorgánica: lesiones en piel, quemaduras tipos AB (5%) con síndrome compartimental en brazo derecho que requirió fasciotomía; rbdomiolisis (cpk 9800); alteraciones electrocardiográficas leves, extrasístoles aisladas; laceración esplénica con esplenectomía; y requerimiento de múltiples intervenciones quirúrgicas para plástica de heridas por quemaduras. Durante su internación se complica con infección de piel y partes blandas y sangrado de la arteria cubital. Evoluciona favorablemente con alta de unidad cerrada a los 6 días, con posterior alta hospitalaria a rehabilitación habiendo cursado un total de 187 días de internación.

Discusión: El trauma eléctrico produce un síndrome que involucra daño térmico y alteraciones eléctricas, que se deben a parámetros intrínsecos y a la respuesta de los diferentes sistemas a su paso; para ellos es relevante comprender la física de la misma. Las electrocuciones por alta tensión son de baja prevalencia y potencialmente mortales con afectación de casi todos los sistemas del cuerpo, acarreado una mayor estancia hospitalaria, mayor riesgo de múltiples procedimientos quirúrgicos y alta mortalidad, siendo una importante causa de pérdida de años de vida ajustados por discapacidad. En el caso presentado, un manejo completo con un monitoreo estricto, y el rápido accionar ante complicaciones llevaron a la recuperación del paciente y su reinsertión laboral.

Conclusión: Se destaca la importancia del conocimiento de la fisiopatología de las lesiones por electrocución y el diagnóstico rápido y adecuado de los órganos comprometidos para un accionar rápido, dirigido y multidisciplinario con el fin de disminuir la morbimortalidad y complicaciones asociadas al trauma eléctrico.



Imag.1: Quemadura por electrocución de alta tensión



Imag.2: Quemadura por alta tensión

0334 TAPONAMIENTO CARDIACO CON INESTABILIDAD HEMODINÁMICA SECUNDARIO DISECCIÓN AÓRTICA TIPO A. (DE BAKEY I). A PROPÓSITO DE UN CASO

HD VEGA CUADRADO(1), FA CASTRO MANGUI(1), RM ORO-NÁ(1)

(1) Hospital Nacional Profesor Alejandro Posadas

Introducción: La disección aórtica aguda es una emergencia médico-quirúrgica con una mortalidad de 1% a 2% por hora después del inicio de los síntomas. El derrame pericárdico se presenta en un tercio de los pacientes. El taponamiento cardiaco es la causa más común de mortalidad en la disección aórtica tipo A con una incidencia del 8% al 31%; se requiere pericardiocentesis de emergencia controlada en pacientes hemodinámicamente inestables como puente al tratamiento definitivo.

Presentación del caso: Masculino 58 años tabaquismo severo. Presenta dolor precordial irradiado a abdomen y miembro inferior izquierdo de 1 hora de evolución más disnea clase funcional IV. Ingreso estuporoso, palidez generalizada, signos de hipoperfusión y signos de taponamiento cardiaco.

Ecocardiograma Bedside: flap de disección de cayado aórtico, derrame pericárdico con compromiso hemodinámico; se realiza pericardiocentesis obteniendo líquido hemático. Angiotomografía: flap intimal desde la raíz aórtica hasta la aorta descendente e ilíacas; compromete la arteria subclavia izquierda, carótida primitiva izquierda y el tronco braquiocefálico. Derrame pericárdico severo de contenido denso más catéter intrapericárdico.

Presenta shock refractario con mayor requerimiento de vasopresores, evolucionando con paro cardiorespiratorio sin retorno a la circulación espontánea.

Discusión: Se trata de un paciente con disección aórtica tipo A con inestabilidad hemodinámica que requirió pericardiocentesis de emergencia por taponamiento cardiaco, con mala evolución clínica. En 2020 se reporta caso de paciente femenina de edad avanzada con disección aórtica más taponamiento cardiaco, con rechazo de cirugía, por lo que fue manejada solo con drenaje pericárdico controlados. En el 2022 reportan caso de masculino 49 años con disección aórtica tipo A más derrame pericárdico con colapso de cavidades derechas, que respondió a fluidoterapia y posterior intervención quirúrgica con buena evolución.

Conclusiones: La disección aórtica es una enfermedad infrecuente, aunque catastrófica, el diagnóstico depende del reconocimiento temprano, estudios de imágenes y manejo inmediato. El manejo es médico y/o quirúrgico dependiendo de la localización, extensión y complicaciones. El tratamiento para el tipo A es quirúrgico, y si presenta taponamiento cardiaco con inestabilidad hemodinámica, evaluar la pericardiocentesis para evitar la hipoperfusión tisular; además del uso de vasopresores con el objetivo de una presión arterial sistólica 90 mmhg (hipotensión permisiva).



0335 SÍNDROME HIPOTALÁMICO EN CRANEOFARINGIOMA RECIDIVANTE, REPORTE DE UN CASO

A ORTIZ(1), C DEGASTALI(1), M MONTENERGO(1), L DE GREGORIO(1), Y LAMBERTO(1), K UGO(1), E MIKULIC(1)

(1) Hospital Militar Central

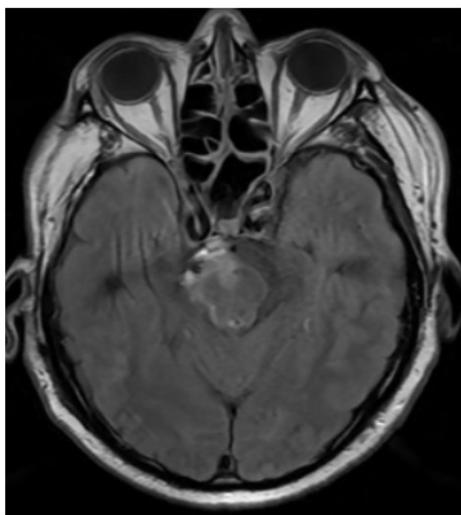
Introducción: El craneofaringioma se desarrolla en la región sellar y paraselar, de citología benigna pero localmente agresiva, con alto índice de recidiva. La mayoría de los pacientes sometidos a tratamiento padecen secuelas permanentes que deterioran su calidad de vida (endocrinológicas, neurológicas, psicológicas, visuales, y efectos secundarios de radioterapia).

Presentación del caso: Se presenta un caso de masculino de 41 años de edad con antecedente de craneofaringioma desde la infancia requiriendo múltiples intervenciones quirúrgicas. Presenta deterioro neurológico subagudo de curso alternante con episodios de excitación psicomotriz hasta su hospitalización, donde escapa y es hallado caminando por una cornisa. A su ingreso a unidad cerrada con deterioro neurológico progresivo, requiriendo a los 6 días IOT. Durante su internación, se complica con shock séptico y progresión de enfermedad de base presentando panhipopituitarismo; diabe-

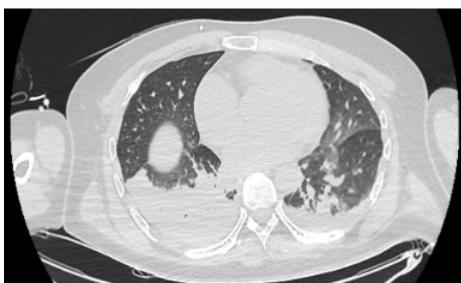
tes insípida e hipernatremia; alteración en la termorregulación central, hipoglucemia y disautonomía, diagnosticándose un síndrome hipotalámico. Por requerimiento de AVM prolongada secundario a su deterioro neurológico progresivo se realiza traqueostomía. Con abordaje multidisciplinario y evolución favorable, logra ser derivado a centro de tercer nivel luego de una prolongada internación de 60 días.

Discusión: Está descrito en los craneofaringiomas la recurrencia de hasta un 60% según estirpe, o incluso la recurrencia ectópica post intervención quirúrgica. Las consecuencias metabólicas, tanto por su localización cercana a hipófisis e hipotálamo como secundaria al tratamiento, requiere de un abordaje completo multidisciplinario para evitar complicaciones que empeoran la calidad de vida, y hasta llevan a la muerte. Se requirieron múltiples estudios y un monitoreo estricto del paciente para regular medicación de base y poder externar a un centro de rehabilitación para su recuperación.

Conclusión: Debido a la baja frecuencia de casos de craneofaringioma en adultos, se destaca la importancia de conocer las características del síndrome hipotalámico y su tratamiento para un abordaje precoz, reduciendo así la mortalidad y mejorando la calidad de vida a largo plazo.



Imag.1: RMN Cerebro. Craneofaringioma



Imag.2: TC tórax neumonia por broncoaspiración

0336 DENGUE GRAVE: UN NUEVO ENEMIGO EN CASA
 F GOMEZ CARREÑO(1), L BARROSO(1), RE MOLINA(1), JN VEGA ROMERO(1), M BONO(1)
 (1) San Roque

Introducción: El dengue es una infección viral sistémica autolimitada con una importancia global creciente. Factores como el cambio

climático, el crecimiento de la población, las corrientes migratorias y la urbanización exacerbando el aumento de los casos de dengue, incrementando el riesgo tanto en zonas endémicas como en nuevas áreas donde el vector primario, el mosquito *Aedes aegypti*, está expandiendo su presencia.

La mortalidad asociada con casos de dengue grave es del 5%. Los criterios para definir el dengue grave incluyen:

- **Fuga capilar severa:** Conduce a shock.
- **Edema alveolar:** Provoca distrés respiratorio.
- **Hemorragias severas.**
- **Daño a órganos:** Sistema nervioso central, corazón e hígado (elevación de aspartato aminotransferasa [AST] y alanina aminotransferasa [ALT], disminución de plaquetas y alteraciones en la coagulación).

Presentación de Casos: Se describe una serie de 7 casos de pacientes con diagnósticos de ingreso diversos que evolucionaron desfavorablemente hacia el shock. Se confirmó serología positiva para dengue (antígeno e IgM) en todos los casos.

Características de los pacientes:

- Edad: 16 a 57 años.
- Género: 2 hombres y 5 mujeres.
- Comorbilidades: Hipertensión arterial esencial, diabetes mellitus tipo 2, asma, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), enfermedad renal crónica, y posquirúrgico inmediato de reemplazo valvular (excepto un paciente sin comorbilidades).

Conclusión: La evolución de nuestros pacientes con dengue Grave fue alta 6/7 pacientes un 85%.

El dengue grave puede resultar en complicaciones severas y potencialmente mortales, especialmente en pacientes con comorbilidades. La expansión del mosquito *Aedes aegypti* a nuevas áreas subraya la importancia de las estrategias de control vectorial y la educación pública para prevenir la propagación del dengue y minimizar su impacto en la salud pública.

Paciente	Edad	Género	Comorbilidades	Síntomas Iniciales	Evolución Clínica	Diagnóstico de Dengue
1	16	M	Ninguna	Fiebre, dolor de cabeza, mialgia	Shock, hemorragia	Positivo (antígeno e IgM)
2	34	F	Diabetes mellitus tipo 2	Fiebre, erupción cutánea	Shock, edema pulmonar	Positivo (antígeno e IgM)
3	45	F	Hipertensión arterial esencial, asma	Fiebre, dolor abdominal	Shock, daño hepático	Positivo (antígeno e IgM)
4	57	F	EPOC, enfermedad renal crónica	Fiebre, náuseas, vómitos	Shock, insuficiencia renal	Positivo (antígeno e IgM)
5	50	F	Posquirúrgico inmediato de reemplazo valvular	Fiebre, mareo, dolor muscular	Shock, hemorragia	Positivo (antígeno e IgM)
6	23	M	Ninguna	Fiebre, cefalea, exantema	Shock, daño hepático	Positivo (antígeno e IgM)
7	40	F	Hipertensión arterial esencial, diabetes mellitus tipo 2	Fiebre, dolor articular	Shock, hemorragia	Positivo (antígeno e IgM)

0337 ¿PUEDE LA COMPLIANCE DEL SISTEMA RESPIRATORIO CONDICIONAR EL PATRÓN VENTILATORIO EN PACIENTES EN MODO PRESIÓN DE SOPORTE?

M ACCOCE(1), D GILGADO(1), G CARDOSO(1), A VITALE(1), A GARCIA(1), S TORRES(1), C MORAN(1), R BRAGAGNOLO(1), D STEIMBERG(1), M BERTOZZI(1), J PEREZ(1), J DORADO(1)
 (1) Sanatorio Anchorena San Martín

Introducción: Se han demostrado los beneficios de la aplicación de paquetes de medidas que incluyan estrategias de sedación y progresión a modos espontáneos. Sin embargo, el fallo en la transición implica peores resultados (más días de ventilación mecánica (VM), estadía en UCI y mortalidad). Presión de soporte (PC-CSV) es el modo espontáneo más utilizado, no obstante, su programación es compleja y no existen recomendaciones claras de cómo realizarlo. El volumen corriente (VT) y la frecuencia respiratoria (FR) suelen ser variables que guían su titulación. Sin embargo, el patrón ventilato-

rio podría verse influido por la mecánica del sistema respiratorio, entre otros factores.

Objetivo: Determinar si la compliance estática del sistema respiratorio (Csr) medida el primer día en PC-CSV condiciona el comportamiento del patrón ventilatorio (FR/VT) en pacientes adultos con VM invasiva en modo PC-CSV.

Material y método: Estudio analítico, observacional y retrospectivo.

Resultados: Se incluyeron 361 pacientes, con una mediana de edad de 62 años [50-72], la mayoría hombres (59%), con un Apache II de 16 [11-22]. Presentaron una mediana de 9 [5-16] días de VM y de 3 [1-5] días hasta la transición a PC-CSV. El 34.9% falló en la transición a la ventilación espontánea y la mortalidad fue del 29.9%.

Con respecto al comportamiento observado se generaron conglomerados basados en la vecindad (K-medias, R2 0.663), obteniendo tres patrones ventilatorios diferentes: rápido y superficial (FR alta + VT bajo), un patrón intermedio y lento y profundo (FR baja + VT alto), siendo la mediana de Csr para cada grupo: 39ml/cmH2O, 56ml/cmH2O y 80ml/cmH2O respectivamente (figura 1), con diferencias significativas (p<0.01) para todas las comparaciones. La Csr fue la única variable que presentó significancia estadística y clínica en los tres conglomerados en el análisis post hoc (tabla 1).

Conclusión: La Csr estática del primer día en PC-CSV mostró ser una variable de monitoreo clínico que condiciona el patrón ventilatorio adoptado por los pacientes durante la transición a la ventilación espontánea en la presente cohorte retrospectiva.

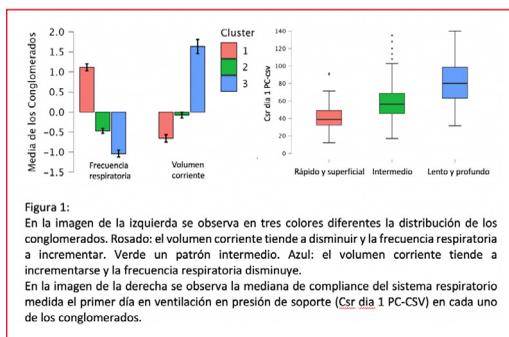


Figura 1:
 En la imagen de la izquierda se observa en tres colores diferentes la distribución de los conglomerados. Rosado: el volumen corriente tiende a disminuir y la frecuencia respiratoria a incrementar. Verde un patrón intermedio. Azul: el volumen corriente tiende a incrementarse y la frecuencia respiratoria disminuye.
 En la imagen de la derecha se observa la mediana de compliance del sistema respiratorio medida el primer día en ventilación en presión de soporte (Csr día 1 PC-CSV) en cada uno de los conglomerados.

	Rápido y superficial	Intermedio	Lento y profundo	p valor
Csr (Mediana, RIQ)	38,990 (16,59)	56,36 (22,88)	80,00 (35,35)	<0,01 † † ∅
Dpocc (Mediana, RIQ)	11,00 (8,5)	11,00 (7,00)	16,00 (8,25)	<0,01 † ∅
PO.1 (Mediana, RIQ)	2,50 (1,92)	2,00 (1,10)	2,30 (1,62)	<0,01 † †
Nivel PSV (Mediana, RIQ)	7,50 (3,00)	5,00 (4,25)	5,00 (3,5)	<0,01 † ∅
PEEP (Mediana, RIQ)	8,00 (3,25)	8,00 (0)	8,00 (3,00)	0,111
pH (Mediana, RIQ)	7,41 (0,07)	7,39 (0,08)	7,36 (0,09)	<0,01 ∅
pCO2 (Mediana, RIQ)	41,00 (9,65)	38,70 (10,90)	36,00 (8,50)	0,013 ∅
PaFIO2 (Mediana, RIQ)	231,00 (149,00)	300,00 (173,00)	276,00 (177,00)	0,019 †

Tabla 1:
 Csr: compliance estática del sistema respiratorio día 1 PC-CSV, Dpocc: delta de presión de oclusión día 1 PC-CSV, Nivel PSV: nivel de asistencia inspiratoria programada día 1 PC-CSV, PEEP: presión positiva al final de la espiración programada día 1 PC-CSV, pH: valor de pH arterial día 1 PC-CSV, pCO2: valor de CO2 arterial en mmHg día 1 PC-CSV, PaFIO2: valor de la relación entre el oxígeno arterial y la fracción inspirada de oxígeno programada día 1 PC-CSV.
 El valor absoluto de p corresponde al resultado del análisis utilizando Kruskal-Wallis.
 El post hoc de Dunn se muestran con los siguientes símbolos:
 † dif sig rápido y superficial vs Intermedio
 † dif sig intermedio vs lento y profundo
 ∅ dif sig rápido y superficial vs lento y profundo

Subaracnoidea) desde enero a diciembre 2022 en el Hospital Central de Mendoza.

Analizar correlación entre variables (escala clasificaciones de Hunt y Hess (CHH), Grados de Fisher (GF), Escala Fisher Modificado (GFM), Escala de la Federación Mundial de Neurocirujanos (WFNS) con mortalidad.

Materiales y Métodos: Estudio analítico, observacional, transversal, retrospectivo.

Se analizaron 35 historias clínicas con diagnóstico de HSA espontánea. De los cuales se excluyeron 14 por corresponder a control angiográficos sin requerimiento de UTI. Se realizó una base de datos en Excel y se correlacionaron variables mediante coeficiente de Pearson.

Resultados: Sexo femenino 57.1%, edad promedio 49,66 (rango 26- 65años), 66,7 %del total de la muestra fueron dados de alta (14), trasladados a otra institución 9,5% (2), mortalidad : 23,8% (5). Un 85.71% de los pacientes pertenecían a un grado menor o igual a III de la CHH, 23,8% presentaba grado mayor a III en WFNS, GFM con valor mayor o igual a IV en un 42,9 % . La complicación más frecuente fue vasoespasmio con una incidencia del 28,6% (6) y una mortalidad asociada del 16,6% . Se realizó con análisis de coeficiente de Pearson para determinar correlación entre las escalas de la WFNS, HUNT y HESS, Fisher y Fisher modificado con respecto a su valor predictivo sobre la tasa de complicaciones y la mortalidad asociada (tabla 1).

Conclusión: En nuestra población HSA prevalece en género femenino. La mortalidad de nuestra serie es similar a otras fuentes. Sin embargo, la mortalidad asociada al vasoespasmio fue menor a las descritas en la bibliografía. La mayoría de nuestros pacientes ingresa con un Glasgow de 15 puntos. Se determinó que las escalas de Fisher y Fisher modificado tienen mayor correlación para predecir complicaciones y mortalidad, en un segundo lugar la escala WFNS. Concluimos que para lograr valores estadísticamente significativos se requiere aumentar el número de muestra.

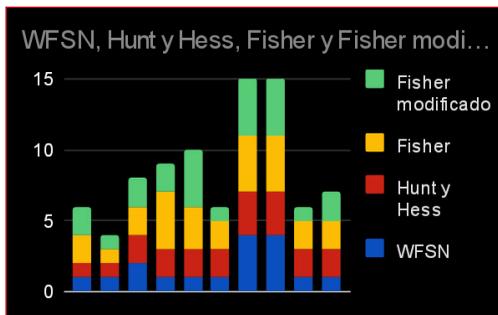


Tabla 1. Correlación con el coeficiente de Pearson.

Escalas	Complicaciones	Mortalidad
WFNS	0,70	0,75
HUNT y HESS	0,60	0,65..
Fisher	0,90	0,95
Fisher modificada	0,80	0,85

0338 ESTADÍSTICA DESCRIPTIVA DE LA HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA EN UN HOSPITAL DE ALTA COMPLEJIDA
 MR SALATINO(1), L ZELADA(2), D RIVEROS(2), S ALVAREZ(2), M VERA(2), H VITALE(2)
 (1) Central De Mendoza. (2) Hospital Central De Mendoza

Objetivos: Estudiar epidemiología y mortalidad de pacientes adultos egresados o fallecidos con diagnóstico de HSA (Hemorragia

0339 CUANDO LA MENINGOCOCCEMIA SE UNA A LA FIESTA FÚNGICA. A PROPÓSITO DE UN CASO
 MR SALATINO(1), L ZELADA(2), D RIVEROS(2), J GARCIA(2), SS ALVAREZ(2), MJ GARCIA(2)
 (1) Central de Mendoza. (2) Hospital Central de Mendoza.

Introducción: La Neisseria meningitidis (Nm), es un Diplococo Gram-negativo encapsulado, puede encontrarse intra o extracelularmen-

te en la sangre en leucocitos polimorfonucleares. La meningococemia reporta tasas de mortalidad del 5 % al 20 %. Los pacientes críticos presentan, depresión de la función del sistema fagocítico mononuclear, que favorece desarrollo de Aspergilosis con una incidencia de 4-6/1000 y una mortalidad cercana al 50% en UCI.

Presentación del caso: Masculino 42 años con antecedente de tabaquismo. Consultó por dolor abdominal, diarrea y fiebre. Laparotomía exploradora en blanco, ingresó a UTI post operatorio. Se rescataron hemocultivos positivos para Nm interpretado como shock séptico por meningococemia más fallo multiorgánico. Permaneció 69 días en UTI, con requerimiento de ARM prolongado, vasopresores y terapia de reemplazo renal. Intercurre con: Abscesos cerebrales (21 días de ceftriaxona). Aspergilosis pulmonar por *Aspergillus Niger* con evolución a traqueobronquitis necrotizante (6 semanas de isovuconazol).

Discusión: Se reporta un caso de meningococemia del grupo capsular Y, con fallo multiorgánico ya que usualmente estos se relaciona con trastornos de la inmunidad como el síndrome nefrótico, hipogammaglobulinemia, esplenectomía, la infección por VIH, y déficit congénitos de las proteínas del complemento C5-C9; ninguno de los cuales pudo ser comprobado en nuestro caso. Además nos pareció importante reportar un nuevo caso de aspergilosis pulmonar como complicación del paciente crítico.

Conclusión: La meningococemia es infrecuente dentro de este grupo poblacional, cabe destacar la importancia del trabajo multidisciplinario para su diagnóstico y tratamiento ya que puede asociarse a múltiples complicaciones.



	05/08/2023	08/08/2023	16/08/2023	25/08/2023	26/09/2023
Hematocrito	32	25	25	22	26
Hemoglobina	12,6	8,6	8,2	7,3	8,3
Leucocitos	24360	52580	36900	15700	10080
Plaquetas	71000	60000	70000	263000	410000
Uremia	0,69	1,42	1,47	1,28	0,74
Creatinina	26,20	62,6	29,1	17,2	6,25
TP	51	89	110	93	75
TTPK	55	mayor 180	35	38	37
GOT	282	316	904	54	20
GPT	202	951	405	85	14
FAL	124	723	393	393	332
Bilirrubina total	19,2	17,1	36,1	7,15	2,74
Proteínas totales	45	41,9	48	60,4	63,5
Albumina	28	20	26,3	34,5	39,8

0340 SINDROME DE WEIL, UNA PRESENTACIÓN POCO FRECUENTE Y POTENCIALMENTE MORTAL, REPORTE DE UN CASO

C DEGASTALDI(1), A ORTIZ(1), M MONTENEGRO(1), L DE GREGORIO(1), Y LAMBERTO(1), K UGO(1), E MIKULIC(1), C BALENZANO(1)

(1) Hospital Militar Central

Introducción: La Leptospirosis es una zoonosis causada por una Espiroqueta del género *Leptospira*, de amplia distribución en el país, precipitada por desastres naturales, principalmente inundaciones, que se presenta en casos o brotes. El síndrome de Weil aparece solo en un 5-10% de los casos, siendo la presentación de mayor gravedad, caracterizado por ictericia, falla renal, hemorragia y miocarditis.

Presentación del caso: Se presenta caso de un paciente de 63 años de edad, oriundo de Colón, Entre Ríos, que en febrero 2024 ingresa derivado con sospecha de Dengue grave, por síndrome febril e ictericia acompañado de falla múltiple de órganos (hepática BT 6.76, plaquetaria 23.000 y renal Cr 4, Apache 11 SOFA 9). Se plantea diagnóstico diferencial entre Leptospirosis grave y Dengue grave, se toman muestras para pcr y serologías, iniciando tratamiento antibiótico temprano empírico con ceftriaxona y sintomático de sostén con soporte vasopresor, requerimiento de intubación orotraqueal, y terapia de reemplazo renal. Durante su internación se complica con hemorragia alveolar autolimitada, neumonía asociada a la ventilación mecánica y nuevo shock séptico. Se recibe confirmación diagnóstica de Leptospirosis 10 días después por PCR seguido de conversión serológica con IgM positiva, interpretándose cuadro por Síndrome de Weil (Leptospirosis Ictericia). Evoluciona favorablemente luego de 15 días de IOT, 28 días totales de internación en unidad cerrada, con requerimiento de rehabilitación motora por miopatía del paciente crítico.

Discusión: La Leptospirosis es una enfermedad de inicio insidioso que puede evolucionar a formas graves como el caso presentado, donde el paciente presentaba fuerte nexo epidemiológico: Entre Ríos, nadador de ríos, brote endémico regional de leptospirosis debido a inundaciones por lluvias intensas; se deben tener en cuenta los diagnósticos diferenciales por epidemiología y presentación clínica: Dengue, Leptospirosis, Hantavirus, Chikungunya y Hepatitis virales, enviando muestras para PCR y serologías, realizando un tratamiento precoz basado en sospecha diagnóstica y respuesta clínica, mientras se esperan resultados.

Conclusión: Siendo la Leptospirosis un problema emergente de salud pública, la presunción diagnóstica y tratamiento temprano pueden conllevar a una evolución favorable del paciente, por lo mismo consideramos relevante comunicar este caso de esta presentación grave y poco frecuente de dicha patología.



Imag.2: TC de Tórax. Patrón vidrio delustrado con sospecha de hemorragia alveolar



Imag.1: Ictericia generalizada. BT de 23 mg/dl

0341 DENGUE GRAVE EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS REPORTE DE 8 CASOS

J LEDESMA(1), O SOTELO(2), S COLMAN(2), M ALBORNOZ(2), L ZAPICO(2), M OBEJERO(2), R MELGAREJO LENTIJO(2), G ARIAS MIÑO(2)
(1) Pediátrico Avelino Castelan. (2) Hp Avelino Castelan

Introducción: El dengue representa un gran problema de salud debido al aumento histórico de casos en Argentina. Objetivo describir los casos de dengue grave en unidades intensivas pediátricas de la provincia del Chaco entre los meses de octubre 2023-abril 2024.

Presentación de los casos: Se atendieron 198 pacientes con diagnóstico de dengue, 8 (4%) fueron dengue grave.

La edad media de los pacientes con dengue grave fue de 5 años, 87 % provinieron del interior de la provincia, 100 % tuvieron antecedente de un familiar con dengue, el tiempo de internación promedio fue de 15 días.

El tiempo promedio de la fiebre fue de 4 días de evolución, el 62% presento síntomas gastrointestinales (dolor abdominal, vómito, diarrea) 50 % oligoanuria o anuria, 50% compromiso neurológico (convulsión, irritabilidad o letargia); 37% sangrado (epistaxis, melena) y 25% eritema urticariforme.

Todos los pacientes requirieron reanimación inicial con cristaloides, transfusiones (plaquetas, plasma, glóbulos rojos y crioprecipitados) en los primeros 5 días de internación y ácido tranexámico. Los valores de función renal, hepáticas, LDH, coagulograma se mantuvieron alterados hasta el segundo a tercer día de internación.

El 25% pacientes con diagnóstico de shock refractario necesitaron catecolaminas, 50% de los pacientes se forzó diuresis con furosemina. 6 (75%) de los pacientes requirieron asistencia respiratoria mecánica en promedio de 5 días.

Estudios complementarios realizados, ecografía (derrame pleural y ascitis) y tomografía cerebral (hemorragia intraparanquimatosa) y electroencefalograma patológico y electrocardiograma (arritmias). El compromiso de órganos fue principalmente renal: 3 pacientes

(hemodiálisis y diálisis peritoneal), 1 paciente neurológico (encefalitis). 2 pacientes enteral (hemorragia digestiva-abdomen agudo) y 2 pacientes con fallo multiorganico.

Discusión: Son escasos los trabajos sobre el manejo de dengue grave en terapia intensiva pediátrica por lo que es importante compartir experiencias de manejo de esta enfermedad en regiones donde más se desarrolla su principal vector.

Conclusión: El dengue es una enfermedad multisistémica cuya presentación grave representa menos del 10% de los pacientes, a pesar de ello el intensivista pediátrico debe pensar en dengue como diagnóstico diferencial para una intervención oportuna.

0342 ENCEFALITIS EQUINA DEL OESTE: REPORTE DE CASOS

MA BETANCUR(1), F MARTIN(1), MG NUCCIARONE(1), M DI PIERRO(1), L CORBALAN(1), M GARDEAZABAL(1), F IGLIASIAS(1), L TUMINO(1)

(1) Hospital San Martin de La Plata.

Introducción: Es una enfermedad infectocontagiosa con escasos reportes. El nexa epidemiológico a veces no es claro pero es importante para su sospecha cuando no hay causa evidente del deterioro neurológico.

Caso 1: Masculino de 52 años, residente en área rural, antecedentes de leucemia de células vellosas (2013), recibiendo quimioterapia; derivado por neutropenia febril sin foco. A las 48hr presenta mioclonías, descartándose procesos orgánicos mediante RMN. Evolucionó con deterioro neurológico, alteraciones visuales e insuficiencia respiratoria, requiriendo ARM. Se envió muestra de LCR para análisis bacteriológico y neurovirus.

A los tres días suspende analgo-sedación, constatándose GCS 11/15, se extuba y se va de alta de UTI por buena evolución.

Posterior a 14 días del alta de UTI, llegan resultados: EEOV MAC – ELISA IgM: LCR y suero: positivo.

Caso 2: Mujer de 65 años, residente en zona rural, diabética, hipertensa, ACV isquémico.

Presenta fiebre, astenia, y posterior deterioro neurológico progresivo con ausencias y movimientos bucales anormales. Ingresa con GCS 11/15 progresando 3/15 con nistagmo. EEG descarta estado no convulsivo. RMN informa hallazgos compatibles con enfermedad desmielinizante, inconcordantes completamente con su clínica. Se envían muestras de LCR para estudio. Requirió internación prolongada en UTI por destete dificultoso. Finalmente obtiene el alta tras 56 días de internación.

Con 12 días de internación en UTI, obtenemos resultados EEOV MAC – ELISA IgM: LCR y suero: positivo

Caso 3 Hombre de 51 años, trabajador agrícola, admitido por deterioro neurológico presentando dificultades en la marcha y habla, presentando cefalea y fiebre 48hr previas.

Ingresa febril, GCS 11/15 y movimientos involuntarios faciales. Evolucionó con mala mecánica ventilatoria requiriendo ARM. TC encefálica normal, análisis del LCR descarta procesos bacterianos o virus comunes.

Tras 10 días de hospitalización, se extuba otorgándose el alta después de 22 días de internación.

Con 20 días internado, presentó: EEOV MAC – ELISA IgM: LCR y suero: positivo

Conclusión: La EEOV presenta signosintomatología inespecífica y heterogénea, siendo su diagnóstico un desafío. El nexa epidemiológico es importante para sospecharla y la prueba diagnóstica es específica. Además, el diagnóstico suele ser retrospectivo por falta de centros que hagan la prueba en nuestra región.

	CASO 1	CASO 2	CASO 3
Cuadro clínico: signos y síntomas	Fiebre, cefalea astenia, somnolencia, visión borrosa, mioclonías	Fiebre, náuseas, vómitos, confusión, deterioro neurológico	Fiebre Cefalea Deterioro del sensorio Excitación psicomotriz Convulsiones focales
Neuro imagen	TC y RMN: S/P	TC: hipodensidad parenquimatosa con pérdida de la diferenciación de sustancia gris y blanca a nivel frontal derecho RMN: imágenes hiperintensas en T2 y FLAIR en la sustancia blanca subcortical y periventricular de ambos hemisferios, aspecto confluyente, sin restricción en DWI, ni realce con contraste. En región parietal derecha, isquemia secular con gliosis perilesional.	TC y RMN: S/P
Físico químico LCR	C: 67; H: 6; P: 0,86; Ligeramente turbio; G: 0,47; Relación: 0,52	C: 35; H: 715; P: 0,49; Ligeramente turbio, incoloro; G: 0,87 Relación: 0,6	C: 360; H: 50; P: 0,76; Turbio; G: 0,6; Relación: 0,65

0344 ABSCESO CEREBRAL POR ASPERGILLUS TERREUS

S PRATESI(1), A VELEZ(1), E BELLONE(1), C STEER(1), A PEREZ DE ANDES(1), P FALVO(1), ML PEREYRA(1), P PRATESI(1)
 (1) Hospital Universitario Austral

Introducción: La aspergilosis invasiva se presenta principalmente en pacientes inmunosuprimidos, teniendo especial importancia en aquellos pacientes con enfermedades oncohematológicas. El SNC generalmente se ve afectado por diseminación hematogena o por contigüidad desde una infección de senos paranasales. La afección de dicho sistema se asocia a un mal pronóstico.

Caso clínico: Paciente masculino de 53 años, diagnosticado con Leucemia Linfoblástica aguda. Tratamiento inicial: Dasatinib. Intercurrencias agudas: poliserositis y taponamiento cardiaco. Evoluciono con deterioro neurologico por lo que se realizó tomografía y resonancia magnética de cerebro y punción lumbar sin hallazgos patológicos, y EEG sin descargas epileptiformes. Debido al empeoramiento neurológico se realizó intubación orotraqueal, iniciándose asistencia ventilatoria mecánica. Al 5° día se repitió imagen de resonancia magnética cerebral, observándose imagen focal subcortical insular derecha, compatible con absceso, y pansinusopatía.

Se inicio de forma empírica tratamiento con Meropenem + Vancomicina + Anfotericina liposomal. Por sospecha de toxoplasmosis (IgG indeterminada) se anadio Pirimetamina + Clindamicina. Se tomo muestra de senos paranasales con aislamiento de Aspergillus flavus y Acinetobacter baumannii, rotándose antibiotico a AMS + Tigeciclina, manteniendo tratamiento con Anfotericina debido a la S del hongo.

Pese al tratamiento evoluciono sin mejoría neurologica, y con aumento de lesiones en SNC por lo que se decidió biopsia y drenaje de absceso de SNC. Este procedimiento no se realizo de inicio por plaquetopenia severa (< 10.000 plaq) y refractaria.

El resultado de la biopsia fue el aislamiento de Aspergillus sensible a Isavuconazol, Voriconazol e Itraconazol) rotándose tratamiento antifúngico a Voriconazol, logrando mejoría clinica. Actualmente el paciente se encuentra traqueostomizado, realizando rehabilitación respiratoria y motora.

Lucido, con foco motor parcial izquierdo y mejoría de las lesiones cerebrales.

Continúa el tratamiento con Voriconazol.

Discusión: Los pacientes inmunocomprometidos nos presentan un especial desafío al momento de valorar los microorganismos potencialmente patógenos.

Mas aun, cuando el proceso infeccioso se de en el SNC, con la dificultad para su abordaje quirúrgico que genera la coagulopatía asociada a plaquetopenia severa y refractaria.

Conclusión: Nuestro paciente presentó aislamiento de dos cepas diferentes de Aspergillus spp, con diferentes sensibilidades antifúngicas, representando un desafío para su terapéutica antimicrobiana.

0345 CUIDADOS EN EL PACIENTE GRAN QUEMADO

MA SOLIS(1)
 (1) Clínica Privada Velez Sarsfield

Introducción: El gran quemado es un paciente crítico con múltiples complicaciones; alteraciones cardiovasculares, renales, respiratorias, metabólicas e infecciosas.

Presentación del caso: El paciente masculino de 28 años, presenta quemaduras causadas por una descarga eléctrica, con puntos de entrada y salida en miembros superiores y afectación facial. Al ingreso, se registran quemaduras AB-B en 23% SCT.

Discusión: Se evaluó utilizando la regla de los 9 de Wallace, se procedió con intubación orotraqueal y ARM. El tratamiento de las heridas incluyó técnicas estériles y lavado quirúrgico por parte de cirujanos plásticos. Se implementaron medidas de prevención de infecciones, como baños con clorhexidina, cambios de ropa de cama y apósitos estériles. La hidratación y nutrición del paciente se manejan mediante nutrición enteral y reposición hídrica utilizando la fórmula de Parkland Baxter. Intercurre con NAVM y distrés respiratorio por lo que se estableció un esquema de antibióticos; se administraron ungüentos y gotas oftálmicas. Además, se llevó a cabo un estricto control de los signos vitales y la diuresis del paciente. El paciente fue traqueostomizado, con weaning exitoso y trasladado a sala común con canula de Biesalski. Se brindó apoyo emocional tanto al paciente como a su familia.

Conclusión: El cuidado enfermero es crucial en pacientes gran quemados para promover la curación y prevenir complicaciones. La adhesión a protocolos es esencial para asegurar la calidad del cuidado y mejorar las tasas de supervivencia.





0346 ESTUDIO DE NEMONÍAS GRAVES NO FILIADAS

C BALASINI(1), C BALASINI(2), P SAUL(3), M BLANCO(4), E CUNTO(3), J AMICO(5), J FARINA(6), GDT NEUMNÍAS GRAVES (1) Pirovano. (2) Dr. Ignacio Pirovano. (3) Hospital de Infecciosas "f. Muñiz". (4) Hospital De Alta Complejidad En Red El Cruce. (5) Higa San Marín. (6) Cuenca Alta

Introducción: Desde mediados de marzo se observa, a partir de los chats de SATI de CABA y Gran Bs As, un número superior a lo habitual de neumonías bilaterales no filiadas principalmente en pacientes jóvenes con falla orgánica múltiple.

Objetivos: Evaluar la presencia de un brote, identificar sus causas, factores de riesgo y contribuir a su prevención y control.

Métodos: Estudio epidemiológico del brote. Se realizó un formulario de Google para completar estableciendo como definición de caso: "Neumonías graves bilaterales en pacientes jóvenes que no eran producidas por virus, ni bacterias comunes"; de los cuales se solicitaron: variables epidemiológicas, comorbilidades, estudios diagnósticos, cuadro clínico y outcome.

Se confirmó el diagnóstico de psitacosis en 2 pacientes, por lo que se alerta a los profesionales para que manden muestras para realizar serología y aspirado traqueal para *C. psittaci* y que se realice la denuncia epidemiológica al SISA.

Estadística: Se presenta como media, DS y promedio.

Resultados: 101 neumonías, 62% pacientes estuvieron internados en PBA y 74% eran de la PBA. Edad 46 ± 16 años, masculinos 49%, DBT 9%, ICC 5%, HTA 18%, IRC 6%, hepatopatía 7%, asma/EPOC 8%, cáncer 4%, inmunocomprometidos 3%.

En 42 casos se diagnosticó psitacosis: 18 se confirmaron por PCR de secreciones respiratorias y 42 se consideraron casos probables (serología mas cuadro clínico compatible en contexto de brote), en 36% no pudo mandar muestras para descartarla. Otros diagnósticos: COVID 1%, Mycoplasma 6%, *C. pneumoniae* 7%, Legionella 1%, Leptospira 3%, Dengue 10%.

Clinica: ARM 79%, VNI 21%, CAFO 7%, PRONO 51%, Shock 67%, diálisis 14%, falla cardíaca 12%, plaquetopenia 18%, disfunción hepática 30%. Mortalidad 35%

Conclusión: Se describe un aumento de casos de pacientes críticos con neumonías graves con gran requerimiento de ventilación mecánica, falla orgánica múltiple y alta mortalidad.

Se realiza la denuncia por los casos de psitacosis a los 3 Ministerios de Salud (Nación, CABA y Provincia de Buenos Aires, donde luego de reuniones conjuntas se emite el reporte epidemiológico del Ministerio de Salud de Nación y se nos invita a participar del consenso para diagnóstico y tratamiento y realizamos un webinar público y gratuito para difundir el tema.

0347 PUPILOMETRIA AL LADO DE LA CAMA DEL PACIENTE COMO PREDICTOR DE MALA EVOLUCION EN PACIENTE CON ASMA FATAL Y HSA EN EL HOSPITAL MUNICIPAL EVA PERON DE MERLO

ES VELA ACHA(1), ES VELA ACHA(1), A RODRIGUEZ(2), C CLAROS(1), D BARRIENTOS(1), B FERNANDEZ(1), A BARRA MONTES DE OCA(1), A TAMAYO(1), W VIDETA(1)

(1) Hospital Municipal Eva Peron de Merlo. (2) Hospital Municipal Eva Peron de Merlo.

Introducción: La HSA FSH IV con paro respiratorio que se presenta con PIC elevada, en la cual la cefalea es el sintoma centinela. Ni en todas las HSA la cefalea tiene las características descritas, pudiendo presentar complicaciones respiratorias como (síndrome de dificultad respiratoria, edema pulmonar neurogénico o tromboembolia), es por lo cual traemos este caso de asma fatal con HSA, cuya presentación y evolución es atípica.

Objetivos: Determinar al NPI como método de neuromonitoreo no invasivo al lado de la cama, el cual es de gran utilidad para el pronóstico del paciente.

Desarrollo de caso: Masculino de 50 años, APP: Asma no adherente a tratamiento, Etilista, sospecha b24, ingresa a emergencias con Disnea y broncoespasmo, evoluciona con deterioro neurológico, requiere IOT/ARM, Diagnostico ASMA FATAL, RASS-5 – con doble vasopresor, evoluciona con Midriasis bilateral, se realiza Neuromonitoreo por UTI- NPI de 0 y B4C alteracion de la complacencia cerebral con signos de HEC- (Fig 1), se realiza TC de cerebro: HSA FHS IV. (Fig 2), se inicia ventana neurológica-persiste midriasis se activa protocolo de Potencial donante. No progresa por antecedentes.

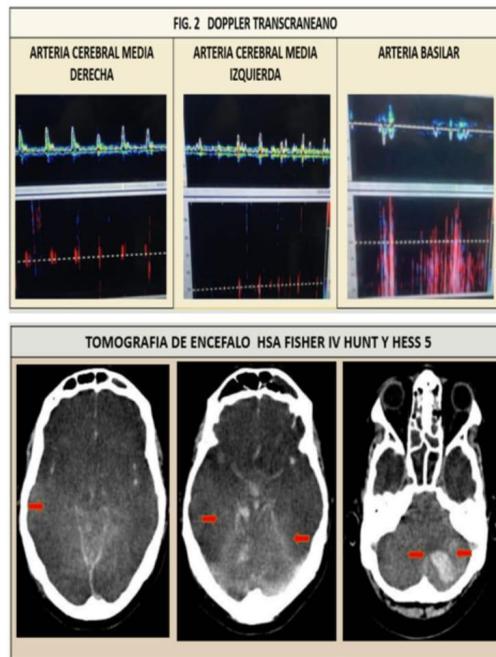
Discusión: El Pupilometro es un método de neuromonitoreo no invasivo que nos permite la evaluación del paciente en estado crítico e inestable, teniendo en cuenta que toda patología tiene implicancia en la repercusión de la hemodinamia cerebral, por ese motivo presentamos este caso clínico de un paciente con asma fatal con HSA no siendo una causa de presentación típica.

Conclusión: Se debe sospechar de lesión neurológica en todo paciente que presente paro respiratorio súbito o asma fatal. Deberíamos apoyarnos con un método de neuromonitoreo no invasivo en todo paciente de estas características.

Fig. Nro. 1 NEUROMONITOREO NO INVASIVO

FECHA	PIUPELOMETRIA		BRAIN 4 CARE		DTC	
	OD	OI	ACM DER	ACM IZQ	ARTERIA BASILAR	
14/04	DIAMETRO	DIAMETRO	VEL MAX	VEL MAX		
	5.49 MM	5.30 MM	27.5	16.2		
	NPI 0,5	NPI 0	VEL MEDIA	VEL MEDIA		
			9.48	6.26		
15/04			IP 2.85	IP 2.39		
			VEL MAX	VEL MAX		
			37.4	36.1		
					-7.7	
			VEL MEDIA	VEL MEDIA		
			14.9	12.7		
		IP 2.26	IP 2.78	IP 2.66		

SCORES Y PARAMETROS DE MORTALIDAD				
FECHA	SCORE SOFA	SCORE APACHE	DOSIS DE VASOACTIVOS	PAFI
14/04/24	16 PTS	26 PTS	Noradrenalina 0.5 mcg/kg/min Vasopresina 0.3 UI/kg/hs	250 Fio 0.35 %
15/04/24	15 PTS	Mortalidad de 92 %	Noradrenalina 0.5 mcg/kg/min Vasopresina 0.2 UI/kg/hs	326 Fio 0.25 %



0348 SINDROME CARDIOPULMONAR POR HANTAVIRUS: UNA NEUMONIA POCO FRECUENTE EN TERAPIA INTENSIVA E CUNTO(1), V CHEDIACK(2), P SAUL(2), R GREGORI-SABELLI(2), E CUNTO(2), M GALINDO(2), A BUENO(2), L DOLDAN(2), A PACOVICH(2), G SANDEZ(2), C DOMINGUEZ(2), F GIL ZBINDEN(2), E CORTEZ(2), J FERNANDEZ(2)
 (1) Muñiz. (2) Hospital Muñiz

Introducción: Los hantavirus son virus ARN zoonóticos, pertenecen a la familia Hantaviridae. Los roedores constituyen el reservorio natural. La transmisión es principalmente aérea, puede haber contagio interhumano. Tiene 4 fases [prodrómica, cardiopulmonar (SCPH), diurética y convalecencia]. La mortalidad es alrededor del 30%. Presentamos la pericia acumulada en terapia intensiva (TI) con el SCPH. **Objetivos:** Describir características clínicas del SCPH en TI. Identificar factores de gravedad y de mala evolución en el SCPH. **Materiales y Métodos:** Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo. 32 pacientes ingresados en TI con hantaviriosis. Período octubre-1999 a abril-2024. Se usó porcentaje(%), mediana(Me), media(M) y rango, se expresó como razón de posibilidades [Odds Ratio (OR)] e intervalo de confianza (IC) del 95 %. Estadísticamente significativa p≤0,05. Utilizamos Excell y Epi info-Centers for Disease Control and Prevention.

Resultados: Residencia en PBA 87%. Edad M:34 (14-67) años. Hombres 72%. Estadía-TI M 11 (1-31) días. Contacto con roedores 63%. período de incubación M 21 (8-35) días Los síntomas prodrómicos más frecuentes son: fiebre 100%, mialgias 69%, cefalea 66%, gastrointestinales 62%. La fase cardiopulmonar se manifiesta con disnea 94%, tos 44%, arritmias 44%. En 5 casos se encontraron antecedentes de familiares con SCPH previo, todos fallecidos. En la tabla 1 se muestran analitos y frecuencia en % de pacientes al ingreso a TI. En las imágenes radiológicas observamos infiltrados bilaterales en el 100% (alveolo-intersticiales 50%, intersticiales 44% y derrame pleural 35%), 1. Radiografía y TAC de Torax de SCPH (ingreso-TI). Diagnostico por serología en 87%, el resto por reacción en cadena de la polimerasa Todos recibieron antibióticos y corticoides. PAFI de ingreso 78% menor a 300 (M 214). Sostén respiratorio 81% [ventilación mecánica (VM) 47% y ventilación no invasiva (VNI) 34%]. Pacientes con VNI no requirieron VM y sobrevivieron 100%. Requirieron vasopresores el 47%. APACHE II M 15 puntos. SOFA M 7 puntos.

Mortalidad 22%. La necesidad de VM (OR=14; IC95% [1.46, 134.2]) y vasopresores (OR=14; IC95% [1.46, 134.2]) serían variables independientes y podrían estar asociadas con mortalidad (p<0.05).

Discusión: Un interrogatorio dirigido puede orientar el diagnóstico de SCPH y detectar antecedentes como la presencia del reservorio. En la fase prodrómica es útil la ausencia de compromiso de vías aéreas superiores y la plaquetopenia asociada a radiografía de tórax normal, la fase cardiopulmonar se inicia con la tos y disnea. Es una neumonía grave y compromiso cardiovascular con requerimiento frecuente de soporte respiratorio y hemodinámico.

Conclusiones: El SCPH se debe incluir en el diagnóstico diferencial de las neumonías graves de la comunidad. Es controversial el uso de VNI por la aerosolización, sugerimos su implementación en ambientes con presión negativa y/o cuando se haya descartado genotipos Andes Sur y Buenos Aires.

Analitos	Tabla 1. Analitos de pacientes con SCPH al ingreso a TI			Valor de referencia
	Mediana	Mediana	Rango (min-max)	
Hemoglobina %	34	34	9-20	32-37 g/dl
Hemoglobina	13.568	13.500	3.600-15.400	3.600-11.000 células/mm ³
Hematocrito %	32	34	46-97	43-45%
Plaquetas	49.437	43.000	17.000-201.000	150.000-400.000 células/mm ³
SGPT	1.46	1.11	10-555	Hasta 38 U/L
SGPT	84	40	11-373	Hasta 41 U/L
LDH	1.358	1.309	540-2.588	Hasta 250 U/L
Lactato	2.66	2.4	0.6-5.6	Hasta 2 mmol/l
Urea	60	46	18-140	10-50 mg/dl
Creatinina	3.18	3.24	0.48-2.68	0.70-1.40 mg/dl
Albumina	2.66	2.75	1.7-8.17	3.5-5.1 g/dl
Proteínas	5.17	5.21		6.5-8.5 g/dl

Porcentaje de pacientes con alteraciones de analitos al ingreso	
Analitos	Porcentaje de pacientes
Neutrofilia	96%
Plaquetopenia	97%
LDH aumentada	100%
Hipoalbuminemia	94%
Urea sanguínea aumentada	44%
Creatinemia aumentada	88%
Hiperlactatemia	87%



0349 PRES (SINDROME DE ENCEFALOPATIA POSTERIOR REVERSIBLE). REPORTE DE UN CASO
 CL LOAYZA(1)
 (1) Sanatorio Colegiales

Introducción: El síndrome de leuco encefalopatía posterior reversible (SLPR) es un síndrome clínico radiográfico de etiologías heterogéneas que se agrupan debido a hallazgos similares en los estudios de neuroimagen. Con una incidencia mas prevalente en mujeres que en hombres y reportado en pacientes desde los 2 años hasta los 90 años.

Presentación del caso: Paciente de sexo femenino de 61 años de edad, con antecedentes de hipotiroidismo, dislipidemia, enfermedad renal crónica por amiloidosis en terapia de reemplazo renal, ingresa con cuadro clínico caracterizado por presentar en fecha 07/02/2024 intradialisis hipoglucemia, síndrome confusional, con-

vulsiones. Con deterioro del sensorio, se traslada a centro sanatorial. Se constata respuesta a estímulos verbales. No déficit neurológico motor, en guardia complica con convulsiones tónico clónico generalizadas se maneja con Lorazepam en piso de clínica médica, por persistencia de convulsiones se decide manejo en UTI, exámenes complementarios fig1. Evolucionan con insuficiencia respiratoria aguda tipo II, con requerimiento de IOT y AVM. Evolucionan con apertura ocular responde ordenes simples, con requerimiento de TQT. Eventualmente complico con neumonía intrahospitalaria con desenlace ominoso.

Discusión: Se presenta un caso atípico por todos los factores de riesgo y la presentación del PRES con fallo renal y SEPSIS. Posterior a la hemodiálisis recupera las funciones neurológicas se desteta de la AVM, no es una presentación típica de PRES. y la evolución favorable se relaciona con mejoría imagenológica de encéfalo.

Conclusión: La presentación de PRES no siempre es por hipertensión. También se presenta por otras causas y con otros factores de riesgo. Se debe sospechar en paciente que presente clínica e imagen compatible con PRES y realizar el tratamiento

RMN DE ENCÉFALO DE INGRESO

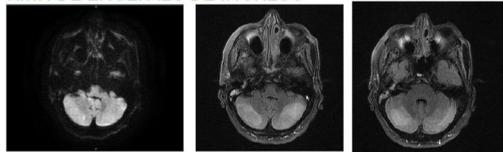


Fig.1 EXAMENES COMPLEMENTARIOS

LABORATORIOS DE INGRESO	
HEMATOCRITO	0,33
LEUCOCITOS	9630
PLAQUETAS	249000
UREA/CREATININA	71/6.25
IONOGRAMA	134/5.16/93

TAC DE CEREBRO: NO IMPRESIONAN CAMBIOS TOMODENSITOMETRÍA A NIVEL DEL PARÉNQUIMA ENCEFÁLICO. NO SE VISUALIZAN COLECCIONES HEMÁTICAS EN EL PARÉNQUIMA ENCEFÁLICO.

RMN DE CEREBRO: IMÁGENES HIPERINTENSAS EN FLAIR Y T2, A NIVEL CORTICAL SUBCORTICAL OCCIPITAL PARIETAL, Y FRONTAL BILATERALES, ALGO SIMÉTRICAS, QUE PUEDEN VINCULARSE CON PRES.

0350 EXISTE ALGÚN FACTOR QUE PUEDA ASOCIARSE CON LA ELECCIÓN DE UN SOPORTE NO INVASIVO POSTEXTUBACIÓN EN EL POSTOPERATORIO DE TRASPLANTE HEPÁTICO

M SANCHEZ(1), M SANCHEZ(1), A CANEPARI(1), M RICCIARDELLI(1), L WAMAB(1), R VERGBURG(1), M MASSARA(1), G BELLIZIO(1), X IGLESIAS(1), A IANNELLO(1), M TORRES(1), C GARCIA REID(1)
 (1) Italiano

Introducción: Los cuidados respiratorios postquirúrgicos están destinados a disminuir las complicaciones pulmonares asociadas con los tiempos quirúrgicos, la anestesia y el manejo del dolor postoperatorio, que generan la disminución del volumen pulmonar en aquellas cirugías abdominales mayores, en especial el trasplante hepático. El soporte no invasivo, mediante la ventilación mecánica no invasiva (VMNI) o el uso de la terapia de alto flujo suelen utilizarse como prevención de falla de extubación. El objetivo del trabajo es identificar algún factor que pueda asociarse a la elección de un soporte sobre otro. Diseño: cohorte retrospectivo observacional.

Ámbito: UCIP del Hospital Italiano de Buenos Aires. Sujetos: Ingresaron consecutivamente al estudio 32 pacientes que recibieron un trasplante hepático entre el 2018 y el 2020 inclusive. Se incluyeron a todos los pacientes que recibieron ventilación me-

cánica invasiva (VMI) en su estado postoperatorio por más de 24 hs. Intervención: Describir el requerimiento de soporte no invasivo post extubación.

Resultados: 32 pacientes que requirieron ventilación mecánica invasiva por más de 24 hs luego de un trasplante hepático. La mediana de días de VMI fue de 3.5 días. Aquellos sujetos que cumplieron con los criterios para realizar una prueba de respiración espontánea, 22 (68%) tuvieron weaning simple y 5 (16%) weaning dificultoso. Donde 14 pacientes requirieron soporte no invasivo, 9 (69%) utilizaron dos niveles de presión con interfaz facial total y 5 (36%) terapia de alto flujo, con una mediana de uso de soporte no invasivo de 4 días. Requirieron traqueostomía 5 pacientes (16%) y 1 óbito (3%). Al realizar el análisis univariado se observó que se utilizó en mayor proporción de VMNI en aquellos pacientes menores, menor peso y más días de VMI. Así mismo no se encontraron factores asociados a la elección de un dispositivo por sobre otro.

Conclusiones: La ventilación no invasiva y la terapia de alto flujo, es un soporte no invasivo utilizado en el postextubación de aquellos pacientes cursando un postoperatorio de trasplante hepático, no existen factores que puedan asociarse a la elección de uno u otro.

Tabla 1. Sujetos con trasplante Hepático
 Período de tiempo 2013-2022

	n	%
Motivo Tx		
Atresia Vías Biliares	16	50%
Insuficiencia Hepática Aguda	6	19%
Cirrosis Hepática	3	9%
Falla Hepática Crónica	2	6%
Otros	5	16%
Género		
Masculino	20	62.5%
Femenino	12	37.5%
Edad (meses)	46	14-134
Peso (Kg)	22	10-44
Condición PreTx		
Si	17	53%
No	15	47%
Días AVM	3.5	2-8.5
Weaning		
Simple	22	68%
Difícultoso	5	16%
No weaning	5	16%
VNI pos-extubación	14	
VNI - BIPAP	9	64%
CAFO	5	36%
Interface VNI		
TF	8	89%
Nasal	1	11%
Días VNI	4	2-8
Complicaciones	14	
Rechazo	5	136%
Sangrado	2	14%
Paresia diafragmática	1	7%
Hipertensión pulmonar	1	7%
Otras	5	36%
TQT	5	16%
Mortalidad	1	3%
n % - mediana RIQ		

Tabla 2 Análisis univariado

	VNI +	VNI -	p
n	14	16	
Edad (meses)	31 (11-72)	85 (14-147)	0.19
Peso (kg)	13 (9-23)	28 (11-50)	0.03
Días AVM	5 (3-11)	2 (1-6)	0.02
Condición PreTx	7 (50%)	8 (50%)	1
Weaning simple	10 (71%)	13 (81%)	0.2
TQT	2 (14%)	2 (12%)	0.88
Complicaciones	8 (57%)	8 (50%)	1
n % - mediana RIQ			
Prueba de Mann Whitney-Wilcoxon			

0351 USO DE SOPORTE VENTILATORIO NO INVASIVO EN POSTOPERATORIO DE TRASPLANTE CARDIACO PEDIÁTRICO

A CANEPARI(1), M SANCHEZ(1), L WAMBA(1), M RICCIARDELLI(1), R VERGBURG(1), X IGLESIAS(1), G BELLIZIO(1), M MASARA(1), S BARBERIS(1), D ORQUEDA(1), C CEREIGIDO(1)
 (1) Italiano

El soporte ventilatorio no invasivo (VNI) en el postoperatorio de cirugía cardiovascular pediátrica ha sido ampliamente reportado durante los últimos años, pero no así su uso en el postoperatorio de trasplante cardiaco pediátrico.

Objetivo: Describir las características del uso de soporte no invasivo en el postoperatorio de trasplante cardiaco pediátrico.

Diseño: Estudio retrospectivo, observacional. Serie de casos.

Población: Todos los pacientes pediátricos que requirieron trasplante cardiaco entre los años 2018 y 2020 en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos del Hospital Italiano de Buenos Aires.

Resultados: Se analizaron 15 pacientes pediátricos que recibieron trasplante cardiaco en el período 2018-2020.

Durante el período postoperatorio la totalidad de los pacientes requirieron asistencia ventilatoria mecánica (avm), la media de uso fue de 12 días (1-60).

El 66% de la población estudiada requirió vni post extubación en forma electiva. Se utilizó, en el 40% de los pacientes vni binivelado (bipap) y en el 60% cánula nasal de alto flujo (CAF). La media de uso de vni fue de 3,5 días.

La media de días de avm para los pacientes que utilizaron VNI postrasplante fue de 5 días (1-23), siendo de 2 días para los que utilizaron CAF y 12 días para los que utilizaron bipap. El 13% (n=2) requirió ingreso a avm durante el uso de vni, las causas que se identificaron fueron hipoxemia e insuficiencia cardiaca en pacientes con comorbilidades asociadas.

Conclusión: La CAF fue el dispositivo de vni más utilizado en esta población comparado con el bipap. Si bien no existen criterios claros para la selección de uno u otro, los días de avm postrasplante parecería influir en la elección del tipo de soporte no invasivo.

<i>Soporte no invasivo post trasplante</i>	10 (83)
Cánula nasal de alto flujo	6 (60)
Bipap	3 (30)
Bipap + Cánula nasal de alto flujo	1 (10)
Horas de uso (M)	72 (11-216)
Éxito	8 (80)
Fracaso CAF=BGC Bipap=HTP	2 (20)

<i>Pacientes trasplantados 2018-2020</i>	15
Edad (meses)	100 (24-228)
Peso (kg)	26 ± 14
Sexo femenino	60
Diagnóstico	
Miocardiopatía dilatada	11 (73)
Cardiopatía Congénita	4 (27)
Comorbilidades	3 (20)
ECMO	
Pre trasplante	5 (33)
Post trasplante	2 (13)
Berlin Heart	5 (33)
Re trasplante	1 (6)
Mortalidad	1 (6)

0352 SERIE DE CASOS DE PSITACOSIS AREA METROPOLITANA DE BUENOS AIRES 2024

C BALASINI(1), P SAUL(2), M BLANCO(3), J AMICO(4), J FARINA(5), E CUNTO(2), A SIRINO(1), A RODRIGUEZ(2), C FARIAS(6), S DENIS(7), D DOMINGUEZ(8), F CONSALVO(9), P MONTEFIORE(10), J BRITO(11), JO GONZALEZ(12), GERAMOS(13), M PADILLA(14), M MARESCA(4), MDLÁ FINOCHIO(15), M GRIGNET(9), M ROMINA(16), L INDA(17), N MERCEDES(18), L VISSANI(5), P PRATESI(19), A PALAORO(20), M LARES(4)

(1) Pirovano. (2) Hospital De Infecciosas "F. Muñoz". (3) Hospital de Alta Complejidad En Red El Cruce. (4) Higa San Martin. (5) Cuenca Alta Cañuelas. (6) Balestrini. (7) Dr Alberto Eurnekian. (8) Htal Dr A Eurnekian. (9) J M Penna. (10) Instituto Del Diagnostico. (11) Samic Dr Rene Favalaro. (12) Sanatorio Bernal. (13) Argerich. (14) Gonnet. (15) Español. (16) Htal Dr Alberto Eurnekian. (17) Sanatorio Anchorena. (18) Udp Garin. (19) Austral. (20) Higa Rodolfo Rossi.

Introducción: Desde mediados de marzo de 2024, en el área metropolitana de Buenos Aires se verificó un aumento de los casos de psitacosis en el contexto del estudio de casos de neumonía aguda grave denunciadas por la SATI

Objetivos: Describir la epidemiología, factores de riesgo, clínica y mortalidad

Materiales y Métodos: Estudio observacional descriptivo. Pacientes con diagnóstico probable o confirmado de neumonía grave por Chlamydia psittaci que ingresen a terapia intensiva desde el 15/3/24 hasta 16/5/24

Se evaluaron variables epidemiológicas, comorbilidades, estudios diagnósticos, cuadro clínico y outcome.

Caso probable: caso sospechoso con demostración de título alto de anticuerpos por las técnicas de inmunofluorescencia indirecta o de fijación de complemento en un único suero en contexto de brote. Caso confirmado: caso sospechoso con resultado positivo del cultivo y/o de los métodos moleculares que permitan definir especie, o; Caso sospechoso con resultado de seroconversión o cuadruplicación de títulos en par de sueros por inmunofluorescencia o fijación de complemento

Estadístico: Se presenta como media, DS y promedio.

Resultados: Se observaron 42 psitacosis, edad 44.7±17 años, 19 (45%) masculinos, 81% de la Pcia de Buenos Aires. Comorbilidades: DBT 4(9%), ICC 0%, HTA 4(9%), IRC 1(2%), hepatopatía 1(2%), cáncer 1(2%).

En 37 casos se diagnosticó psitacosis: 18 se confirmaron por PCR de secreciones respiratorias y 19 se consideraron casos probables (serología mas cuadro clínico compatible en contexto de brote)

En 4 pacientes se observa serología positiva para C. neumoniae. En 3 pacientes co-infección con mycoplasmas, y 3 dengues.

Clínica: ARM 74%, VNI 7%, CAFO 12%, pronó 62%, shock 62%, diálisis 12%, falla cardiaca 10%, plaquetopenia 24%, neutropenia 12%, disfunción hepática 26%. El 48% de los pacientes continúan internados, la mortalidad es del 17%

Conclusión: Se describe una serie de casos de neumonía grave por C. psittaci con falla orgánica múltiple, con alto requerimiento de ventilación mecánica y maniobras de decúbito pronó, shock, disfunción hematológica y hepática. La mortalidad no fue elevada pero la mitad de los pacientes continuaban internados.

0353 COMPARACIÓN DE ESTRATEGIAS DE COMPENSACIÓN DEL ESPACIO MUERTO EN PACIENTES BAJO ASISTENCIA VENTILATORIA MECÁNICA INVASIVA. ESTUDIO EXPERIMENTAL, CRUZADO Y ALEATORIZADO

J DORADO(2), M BERTOZZI(2), D GILGADO(2), G CARDOSO(2), G PLOTNIKOW(1), R BRAGAGNOLO(2), A VITALE(2), C MORAN(2), A GARCÍA(2), D STEINBERG(2), J PÉREZ(2), M ACCOCE(2)

(1) Hospital Británico De Buenos Aires. (2) Sanatorio Anchoarena De San Martín.

Introducción: La estrategia de protección pulmonar mejora la supervivencia en sujetos bajo ventilación mecánica (VM), en contrapartida, presenta como efecto adverso el desarrollo de hipercapnia. Se ha reportado que niveles de dióxido de carbono arterial (paCO₂) mayores a 50 mmHg se asocian con peores resultados. El aumento del espacio muerto instrumental por el uso de humidificadores pasivos podría magnificar la retención de CO₂ demandando aumentos del volumen corriente (VC) o frecuencia respiratoria (FR), incrementando potencialmente el riesgo de lesión pulmonar. A nuestro conocimiento no se ha evaluado la eficiencia de cada estrategia y su impacto en la protección pulmonar.

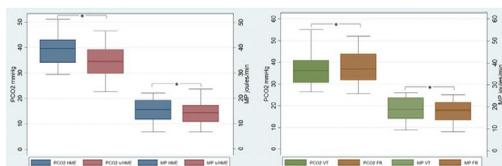
Objetivos: Estimar el impacto que produce el espacio muerto instrumental de HME sobre la paCO₂ y comparar el efecto sobre la paCO₂ y el mechanical power (MP) de aplicar una estrategia de compensación del espacio muerto mediante aumento del VC vs. incremento de FR.

Materiales y método: Estudio experimental, cruzado y aleatorizado **Resultados:** Se incluyeron 31 sujetos, (edad: 62 (DE 17) años, SAPS-II 54 (DE 15) y SOFA 8 (DE 3)). El 55% requirió VM por insuficiencia respiratoria hipoxémica, con una mediana de estadía en UCI de 17,5 [RIQ 7-22] días y una mortalidad del 32,3%. La paCO₂ fue menor en la fase sin HME vs con HME, y en la fase de compensación con VC vs FR (media de cambio: 3,99 (IC 95% 2,88-5,10) mmHg; p<0,01, y 1,15 (IC95% 0,16-2,15) mmHg; p=0,02, respectivamente). El MP fue mayor al utilizar HME vs no HME y al compensar con VC vs FR (media de cambio: 1,05 (IC 95% 0,65-1,46) joules/min; p<0,01, y 1,22 (IC 95% 0,90-1,58) joules/min; p<0,01, respectivamente) (Figura 1). Las variables de intercambio gaseoso, mecánica del sistema respiratorio y hemodinámicas se observan en la tabla 1.

Conclusión: El espacio muerto instrumental del HME afecta la excreción de CO₂ e incrementa el MP. Aumentar el VC como estrategia de compensación del espacio muerto instrumental es más eficiente que incrementar la FR para la excreción de CO₂, pero incrementa el MP aplicado al sistema respiratorio.

Variables	HME	No HME	Valor p	VT	FR	Valor p
Intercambio Gaseoso						
End tidal, valor, mmHg	27,28 (7,91)	32,88 (7,2)	<0,001	34 (4,37)	35,71 (8,02)	<0,001
PaO ₂ valor	7,35 (0,06)	7,28 (0,06)	<0,001	7,38 (0,06)	7,27 (0,06)	<0,001
Ratio Ventilación, valor	1,52 (0,31)	1,37 (0,3)	<0,001	1,57 (0,27)	1,61 (0,31)	0,03
Mecánica Ventilatoria						
Resistencia respiratoria máxima, cmH ₂ O/L/s	13,11 (3,47)	10,87 (3,98)	<0,001	13,99 (3,94)	13,84 (4,49)	0,60
Elastancia, cmH ₂ O/L	28,68 (6,13)	28,61 (6,16)	0,213	28,02 (6,47)	28,81 (4,93)	0,295
Driving pressure, cmH ₂ O	10,23 (1,07)	10 (1,59)	0,09	10,06 (2,02)	10,69 (1,97)	<0,001
Hemodinámica						
Tensión arterial, media, mmHg	75,28 (10)	78,97 (9,76)	0,02	75,39 (9,96)	77,19 (10,83)	0,203
Uso de Nivolumab, n (%)	29 (93,5)	29 (93,5)	0,99	29 (93,5)	29 (93,5)	0,99
Carga noradrenalina, media (DE), ug/kg/min	0,28 (0,19)	0,28 (0,2)	0,367	0,28 (0,2)	0,29 (0,21)	0,28

Referencias: Todas las variables continuas se expresan como media y desvío estándar. HME (Heat and moisture exchanger); NHME (No Heat and moisture exchanger); VT (Volumen tidal); PaO₂ (presión arterial oxígeno).



0355 TERAPIA DE REEMPLAZO RENAL CONTINUO EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CRÍTICOS : EXPERIENCIA EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS

P CASTELLANI(1), AC BORDOGNA(1), CM LUTKEVICIUS(1), LLL LOMBARDI(1), P PEREYRA(1), DR EMANUEL(1), P JENNIFER(1)

(1) Hiaep Sor María Ludovica

Introducción: La insuficiencia renal aguda (IRA) es una complicación frecuente y potencialmente mortal en pacientes pediátricos críticos. La terapia de reemplazo renal (TRR) continua se ha convertido en una opción terapéutica para aquellos niños que no responden a las intervenciones médicas convencionales, especialmente cuando presentan inestabilidad hemodinámica.

Objetivo: Describir la experiencia del uso de TRRC en una unidad de cuidados intensivos pediátricos polivalente.

Material y métodos: Estudio de cohorte retrospectivo de pacientes ingresados en unidad de cuidados intensivos que recibieron TRRC entre noviembre de 2020 y febrero de 2024. Los datos analizados fueron: etiología de la IRA, edad, sexo, peso, momento de inicio de TRRC, motivo de elección, equipo utilizado, modalidad, estado de hidratación al inicio, anticoagulación, duración de la terapia, resultado.

Resultados: Etiología de la IRA: 4 cardiopatía, 3 síndrome urémico hemolítico (SHU), 7 enfermedades oncohematológicas (2 con síndrome de lisis tumoral), 7 infecciones (neumonía, meningococemia, COVID-19, peritonitis, celulitis, infección del tracto urinario). 14 pacientes (66%) tenían shock séptico (1 enfermedad cardíaca, 1 SHU, 5 enfermedades oncohematológicas y las 7 etiologías infecciosas). La inestabilidad hemodinámica con requerimiento de 2 - 3 vasopresores fue el principal motivo de elección de la TRRC.

Se utilizó heparina en bolo en 15 pacientes y 16 recibieron heparina de mantenimiento cada hora. 19 pacientes presentaron sobrehidratación y 2 deshidratación.

11 pasaron a terapia de reemplazo intermitente (8 hemodiálisis, 3 diálisis peritoneal), 5 recuperaron su función renal y 5 fallecieron (24%). De los fallecidos 4 presentaban enfermedad oncohematológica y 1 shock séptico. Si bien son poco pacientes, encontramos asociación estadísticamente significativa entre malignidad y mortalidad (p: 0,0011).

Conclusiones: La TRRC es una técnica útil para el tratamiento de soporte de la IRA en niños críticamente enfermos, con sobrecarga hídrica y requerimientos de vasopresores, evitando mayor inestabilidad hemodinámica y un mejor control de líquidos y electrolitos. En nuestra serie, el shock séptico fue la causa más frecuente de IRA y requerimiento de TRRC. La enfermedad oncohematológica se asoció estadísticamente con mayor mortalidad. En cuanto al resultado renal, la mitad de los pacientes necesitaron TRR intermitente y una cuarta parte recuperó la TFG. La tasa de mortalidad fue inferior a las publicaciones recientes.

Número de pacientes	21 (11 mujeres/10 varones)
Edad (media en meses)	72 (11-150)
Tiempo de inicio de la TRRC (mediana en días)	2 (1-9)
Técnica	
- Hemodiálisis venosa continua	11
- Hemodiafiltración	10
Equipo de diálisis	
- Carpediem	18
- Amplya	3
Días de TRRC (mediana)	2 (7h-28 d)

0356 DESENLACE FATAL POR SOBREENFECCIÓN CANDIDIÁSICA EN UN PACIENTE SÉPTICO

M CRUZ(1), NA GRASSI(1), MG MONTENEGRO FERNÁNDEZ(1), P ZORZANO OSINALDE(1), AV MILLAN(1), FE ESPINOZA(1), M OTAMENDI(1), LG DURAN(1)
(1) Hospital Municipal De Agudos Leónidas Lucero

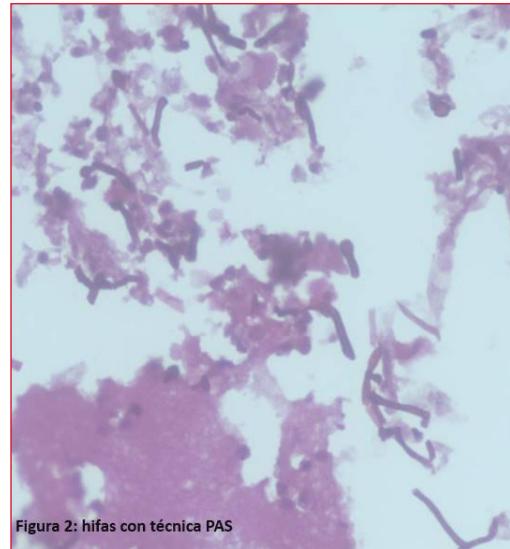
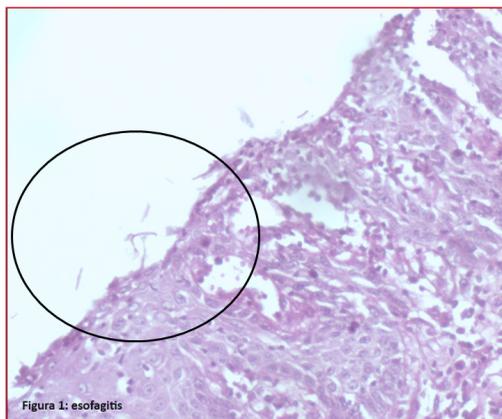
Introducción: La infección invasiva por *Candida* es una complicación cada vez más frecuente en el adulto hospitalizado. Presenta elevada mortalidad si no se instauro tratamiento precoz, siendo más elevada en contexto de sepsis. Se presenta el caso de un paciente enolista que cursa internación por sepsis.

Presentación del caso: Paciente masculino de 58 años de edad con antecedentes de tabaquismo, enolista severo, esplenectomía y epilepsia, que consultó por disnea, tos y expectoración asociado a fiebre e ictericia de 5 días de evolución. Ingresó con inestabilidad hemodinámica, al examen físico presentaba rales crepitantes bilaterales, ictericia cutáneo mucosa, hipotrofia muscular, abdomen distendido sin dolor y hepatomegalia palpable. Se solicitó laboratorio que evidenciaba falla multiorgánica y radiografía de tórax con infiltrado pulmonar bilateral. Se procedió a intubación orotraqueal e ingresó a terapia intensiva. Se interpretó como falla multiorgánica en contexto de shock séptico secundario a neumonía bilateral (APACHE 23 - SOFA 12).

Se realizó fibrobroncoscopia que evidenciaba marcada reacción inflamatoria, cultivos negativos. Se realizó ecografía abdominal donde se evidenciaba abundante líquido libre y vesícula biliar de paredes engrosadas. Se realizó paracentesis que mostraba líquido ascítico con hipertensión portal. Se recibieron hemocultivos positivos para bacilos gram negativos. Se solicitó tomografía de abdomen con contraste donde se observaba hígado aumentado de tamaño. El paciente evolucionó con síndrome hepatorenal. Se constató óbito a los 17 días de internación. Se realizó necropsia donde se observa al examen microscópico abundantes hifas que podrían corresponder a candidiasis en cerebro, esófago, pericardio, pulmón, riñones y uréteres.

Discusión: La incidencia de candidemia ha aumentado en los últimos años debido a un incremento de pacientes en riesgo de sufrirla. Desde el punto de vista clínico se manifestará como sepsis, sepsis grave o shock séptico de origen nosocomial. La especie de *Candida* que causa la mayoría de los casos es *C. albicans*. La mortalidad global de la candidemia es alta (47,9%).

Conclusión: Identificar pacientes en riesgo de candidemia. Tratamiento precoz a las 12-24 hs de hemocultivo positivo junto con la retirada precoz del catéter venoso central son factores que se asocian a mejor pronóstico.



0357 N-ACETILCISTEINA EN FALLA HEPÁTICA AGUDA SECUNDARIO A INTOXICACION DE COCAINA

P MARTINEZ MENDEZ(1), P ZULETA CHAMBI(1), C HUAYTA VAZQUEZ(1), E POLO VENTURA(1), AD GUTIERREZ CAMACHO(1), L KUMAR(1)
(1) Hospital del Trauma Dr Federico Abete.

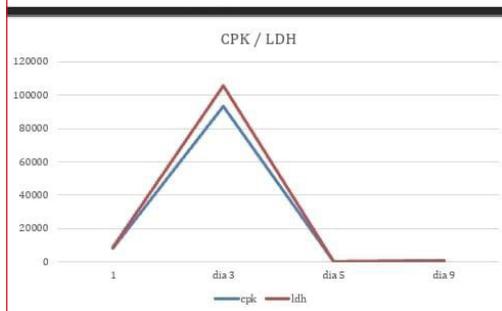
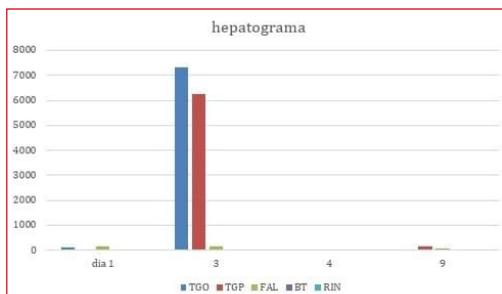
La cocaína como una de las principales drogas de abuso, como mecanismos de acción, el principal es la inhibición de la recaptación de catecolaminas y serotonina a nivel de la terminación nerviosa lo que produce un aumento en la acción de estos neurotransmisores tanto en forma central y periférica, manifestaciones cardiovasculares, del SNC y musculares. El daño hepático por cocaína se asocia a rabdomiólisis, se ha demostrado que las catecolaminas disminuyen el glutatión hepático por mecanismos independientes del sistema P450. La N – acetilcisteína (NAC) actúa como tratamiento de la hepatitis inducida por paracetamol por ser agente hepatoprotector a través de múltiples mecanismos incluida la restauración del glutatión hepático (GSH) y sirve como sustituto del mismo.

Presentación del caso: Paciente de 27 años, antecedentes consumo de sustancias ilícitas, intentos autolíticos, ingresa por consumo de cocaína, presentando excitación psicomotriz, pupilas midriáticas bilaterales, muestras toxicológicas positivas para cocaína, evolución con desorientación y elevación de transaminasas, se realiza TC de encéfalo sin lesiones, Intercurre con rabdomiólisis, transaminasas, bilirrubinas elevadas y coagulopatía a las 24 horas evoluciona con falla hepática aguda, se inicia tratamiento con N-acetilcisteína carga y mantenimiento de 17 dosis, con buena evolución, descenso de transaminasas y cpk, se externa al 5to día a sala de menor complejidad.

Discusión: En la actualidad la hepatotoxicidad secundaria a consumo de cocaína no hay recomendaciones específicas sobre su manejo, la diálisis es un método muy eficaz para eliminar los fármacos, la NAC ha demostrado en estudios realizados en ratas un efecto hepatoprotector por la capacidad antioxidante de la NAC para reducir el efecto del estrés oxidativo mediante la reposición de GSH intrahepatocitos siendo un antiinflamatorio al disminuir el nivel de citocinas inflamatorias liberadas y bloquear la activación alfa del factor de necrosis tumoral (TNF) mediante la modulación de los receptores alfa de TNF.

Conclusiones: La NAC tiene un efecto hepatoprotector. Motivo por el cual necesita más estudios para investigar el ampliado de la NAC en el tratamiento de insuficiencia hepática.

	1	2	3	4	5	6	7	8
glucemia	104		79	138	204			
plaquetas	331000		102	101000	81000		71000	
TGO	116		1098	3573	7316	6220	2581	1342
TGP	22		218	1903	6231	6584	3656	3023
FAL	137		102	119	135	131	112	117
BT	0.20		0.47	0.64	2.53/1.53	3.73/2.16	5.76/3.28	4.45/2.48
ldh	775	1293	3278	8443	12479	9210	3829	1823
TP			21	19	17		44	
KPTT			No coagula	41	36		33	
RIN			3.83	4.32	4.80		1.84	
CPK	8110	30981	20729	56611	944400	79658	16951	20419



0358 EVALUACIÓN DE LA PERFORMANCE DE UN EQUIPO POINT OF CARE PARA SU IMPLEMENTACIÓN EN QUIRÓFANO DE UN HOSPITAL DE AGUDOS DE LA CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES
 HF CERVANTES(1), SV SALEMME(1), MF SANTOLI(1), C ARANDA(1)
 (1) Hospital General de Agudos Carlos G. Durand

Introducción: Los equipos de laboratorio tipo point of care, son una herramienta útil para tener un resultado en forma ágil de un paciente. Como referente de la calidad analítica, es potestad del laboratorio clínico la evaluación del mismo antes de ser utilizado en el área respectiva.

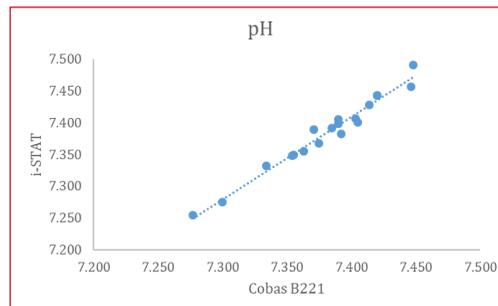
Objetivos: El quirófano del Hospital de Agudos Carlos G. Durand, necesitaba un equipo para medir tiempo de coagulación activado intraquirófano, y la empresa proveedora por una estrategia comercial, ofreció un equipo de point of care que además permitía la medición de gases en sangre y diferentes parámetros del medio interno.

Materiales y métodos: Para dicho fin, se realizó la comparación de medición de 20 muestras de pacientes en el equipo habitualmente utilizado en el laboratorio y tomado como referencia (Cobas b221-Roche Diagnostics) y el cartucho CG8 del equipo i-STAT de Abbott. Para evaluar la performance, se calculó el coeficiente de correlación de los analitos mensurados: pH, pCO₂, pO₂, sodio (Na), potasio (K), calcio iónico (Ca), Glucosa (Glu) y porcentaje de saturación (SO₂), utilizando un intervalo de confianza (IC) del 95 %.

Resultados: Los resultados reflejan un coeficiente de correlación óptima para todos los analitos evaluados, a saber: pH 0,9846, pCO₂ 0,9808, pO₂ 0,9895, Na 0,9727, K 0,9950, Ca 0,9860, Glu 0,9993 y SO₂ 0,9928. Si evaluamos la Glu y la pO₂, se observa un error de tipo constante; mientras que para el pH se puede ver además un

error de tipo proporcional. En el caso de la SO₂, se observa que en valores superiores al 60 %, no existen diferencias, aunque el n es muy chico para su aseveración.

Conclusiones: De acuerdo a estos resultados, podemos concluir que el equipo point of care tiene una performance aceptable para ser utilizado, pero es necesario ampliar el estudio a un n=40 para realizar el cálculo estadístico de la magnitud de los errores de cada mensurando.



MENSURANDO	COEF. DE CORRELACION	ORD. AL ORIGEN	LJ. IC 95%	LS. IC 95%	PENDIENTE	LJ. IC 95%	LS. IC 95%
pH	0,9846	-2,1865	-3,0571	-1,3159	1,2967	1,1788	1,4147
pCO ₂	0,9808	-2,3089	-7,1039	2,4862	1,0524	0,9416	1,0000
pO ₂	0,9895	-9,8618	-16,9508	-2,7727	1,1999	0,9416	1,1632
Na	0,9727	0,0742	-16,8879	17,0363	1,0066	0,8838	1,1294
K	0,9950	0,4556	0,2899	0,6214	0,9004	0,8540	0,9467
Ca	0,9860	0,1331	0,0408	0,2254	0,9165	0,8371	0,9958
Glu	0,9993	-14,5545	-17,8277	-11,2813	1,0038	0,9849	1,0226
SO ₂	0,9920	-13,9462	-19,9567	-7,9357	1,1405	1,0775	1,2195

0359 INCIDENCIA DE DELIRIUM EN PACIENTES ADULTOS CON REQUERIMIENTO DE ASISTENCIA RESPIRATORIA MECÁNICA INVASIVA EN UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS DE UN HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS DE LA CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES: UN ESTUDIO OBSERVACIONAL PROSPECTIVO

C VERTERAMO(1), B ASEM(1), C COLINAS(1), A PATTONE(1)
 (1) Hospital General De Agudos Dr. Cosme Argerich

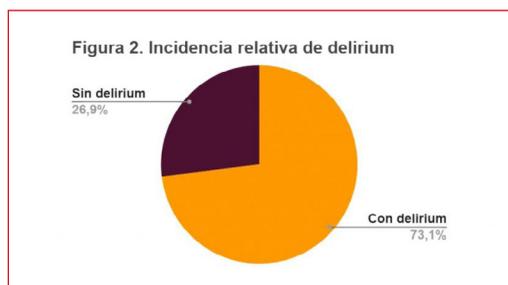
Introducción: El delirium es una falla orgánica aguda definida por una alteración en el estado de conciencia y atención que se desarrolla en un período corto (horas a días) y es de curso fluctuante. Dentro de las herramientas validadas al español que se utilizan para diagnosticarlo se encuentra la escala denominada "Método de evaluación de confusión mental para la UCI" (CAM-ICU). Hasta el momento no se han realizado estudios en Argentina que reporten la incidencia de delirium en pacientes que se encuentran bajo VMI (ventilación mecánica invasiva), por lo que el objetivo principal es describir la incidencia y duración del delirium en sujetos adultos que se encuentren cursando internación con requerimiento de VMI en dos unidades de cuidados intensivos de un hospital público de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Como objetivo secundario, se describirán los posibles factores de riesgo que contribuyan en su desarrollo.

Materiales y método: Se realizó un estudio descriptivo, observacional, prospectivo y longitudinal en sujetos que se encuentren cursando internación con requerimiento de VMI en dos unidades de cuidados intensivos del Hospital General de Agudos Dr. Cosme Argerich, ubicado en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA), Argentina y la variable principal fue la incidencia de delirium.

Resultados: Se registraron un total de 199 sujetos a lo largo de cuatro meses. Al aplicar los criterios de selección, fueron analizados 26. La edad media fue de 47 años y ambos sexos conformaron el mismo porcentaje de la muestra (50%). Respecto a nuestros objetivos, un total de 19 sujetos (73%), presentaron delirium y dentro de

los factores precipitantes, la mediana de días de contención física fue mayor en el grupo con delirium, con una mediana (RIQ) de 8 (5-12); además, todos aquellos que fueron reintubados y traqueostomizados, presentaron delirium y en ambos grupos los sujetos no tuvieron dolor a lo largo de su estadía en UCI.

Conclusión: Este estudio concluye que la incidencia de delirium es alta (73%) y dentro de los factores precipitantes que se asociaron con su desarrollo, la contención física fue el más predominante. Palabras clave: delirium; incidencia; unidades de cuidados intensivos; factores de riesgo; ventilación mecánica.



DELIRIUM		SIN DELIRIUM	
Variable	N: 19	Variable	N: 7
Sexo femenino, n (%)	10 (53%)	Sexo masculino n (%)	4 (57%)
Edad (años), media (DE)	48 (23)	Edad(años), media (DE)	43 (18)
Motivo de ingreso clínico n (%)	10 (53%)	Motivo ingreso, quirúrgico, n(%)	4 (57%)
APACHE II, mediana (RIQ)	17 (13-24)	APACHE II, media (DE)	15 (8)
Charlson, mediana (RIQ)	0 (0-3)	Charlson, mediana (RIQ)	1 (0-3)
Antecedentes, n (%)	18 (95%)	Antecedentes, n (%)	6 (85%)
Respiratorios, n(%)	5 (26%)	Respiratorios, n(%)	1 (7%)
Cardíacos, n(%)	4 (21%)	Cardíacos, n(%)	2(15%)
Metabólicos, n(%)	6 (32%)	Metabólicos, n(%)	2 (15%)
Otros	15 (79%)	Otros	3 (23%)
Días VM, mediana (RIQ)	9 (5-13)	Días VM, mediana (RIQ)	4 (2-13)
Días de sedación, mediana (RIQ)	6 (2-13)	Días de sedación, mediana (RIQ)	6 (1-7)
Días analgesia, mediana (RIQ)	6 (4 -13)	Días analgesia, mediana (RIQ)	8 (4-9)
Días dolor, mediana (RIQ)	0 (0- 2)	Días dolor, mediana (RIQ)	0 (0-1)
Días de movilización, mediana(RIQ)	2 (0-4)	Días de movilización, mediana (RIQ)	3 (1-4)
Días de contención, mediana (RIQ)	8 (5-12)	Días de contención, mediana (RIQ)	3 (2-7)
Días de estadía en UCI, mediana (RIQ)	17 (13-26)	Días de estadía en UCI, mediana (RIQ)	14 (9-33)
REIOT, n (%)	4 (21%)	REIOT, n (%)	0
TQT, n (%)	4 (21%)	TQT, n (%)	0
Alta, n (%)	17 (90%)	Alta, n (%)	5 (71%)
A sala	17 (90%)	A sala	5 (71%)
Obito	0 (0%)	Obito	0 (0%)
Continúa en UCI.	2 (10%)	Continúa en UCI.	2 (10%)

Referencia: DE (desvío estándar); RIQ (rango intercuartil); VM (ventilación mecánica); REIOT (pacientes con reintubación orotraqueal); TQT (pacientes traqueostomizados); UCI (unidad de cuidados intensivos)

0360 ACIDOSIS METABOLICA TIPO B POR INTOXICACION POR METFORMINA. REPORTE DE UN CASO

N TANEL(1), JI MORENO(1), M NAHRA(1), V JULIAN(1), S ROSARIO(1), A MAMANI(1), G JACOB(1), S CISNEROS(1), E ALVAREZ(1), J BUCAREY(1)

(1) Español

Introducción: La Metformina es el antihiper glucemiante más indicado por la Asociación Americana de Diabetes (ADA) como intervención inicial en los pacientes con DM tipo 2, por lo cual se debe tener en cuenta sus efectos adversos. Una complicación poco frecuente y potencialmente fatal, es la acidosis láctica, con una incidencia 5 casos por 100 000 habitantes en Argentina.

La Metformina suprime la gluconeogénesis hepática y altera la fosforilación oxidativa mitocondrial, ocasionando aumento de ácido láctico, 20 mmol por kg de peso diariamente, convirtiéndose en piruvato que consumen las mitocondrias del hígado, riñón y otros tejidos.

Presentación del caso: Masculino 79 años, antecedentes HTA, DM Tipo 2 NIR, ACV Isquémico (Paresia FBC izquierda), geriatrizado. Medicación habitual: enalapril 10 mg, clónazepam 1 mg, atorvas-

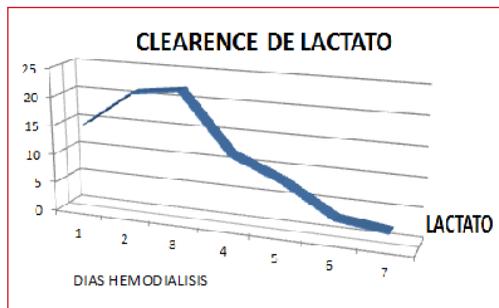
tatina 20 mg, metformina 850 MG C/6HS, aspirina y clopidogrel. Consulta por disnea, GLASGOW 7/15, anisocoria, se decide IOT. Por inestabilidad hemodinámica requirió administración de doble vasoactivo, HGT 22 mg/dl se indicó glucosado hipertónico con regular respuesta 33 mg/dl y luego 110 mg/dl. SOFA 11. Laboratorio de ingreso: anemia leve, hiperazoemia-acidosis metabólica, con hiperlactacidemia, GAP elevado (40), TC de encéfalo, con edema cerebral sin lesiones isquémicas ni hemorrágicas. TC tórax: sin infiltrados y negativo para TEP. Se inicia piperacilina/tazobactam empírico, toma de HMCX2, urocultivo, minibal, los cuales cerraron negativos.

Tratamiento: Suspensión de la medicación habitual, reanimación con cristaloides. Ante la respuesta desfavorable al tratamiento instaurado inicia terapia de reemplazo renal de urgencia. Evoluciona, a las 48 hs, con mejoría de la acidosis, medio interno y disminución de azoados.

Discusión: La acumulación de metformina puede llevar a hiperlactacidemia, si se asocia a falla renal, hepática, infecciones y/o deshidratación.

No se debería atribuir la hiperlactacidemia, netamente a hipoxia tisular y/o procesos infecciosos, existiendo otras causas como los retrovirales, propofol, metformina. Se deben descartar procesos isquémicos, e insuficiencia hepática aguda.

Conclusión: Se debe sospechar acidosis láctica secundaria a fármacos en aquellos quienes posean comorbilidades como IRC e IH, considerando la hemodiálisis como principal tratamiento para disminuir la mortalidad, teniendo en cuenta el estado hemodinámico del medio interno.



0363 SHOCK CARDIOGENICO SECUNDARIO A INSUFICIENCIA MITRAL AGUDA POR RUPTURA DE CUERDA TENDINOSA

N TANEL(1), JI MORENO(1), M NAHRA(1), J VOSS(1), S ROSARIO(1), G JACOB(1), G VALVERDE(1), A ALIAGA(1), L ROCHA(1), F FREYLE(1), V AVILA(1)

(1) Español

Introducción: La insuficiencia mitral (IM) secundaria a ruptura de cuerda tendinosa constituye una emergencia quirúrgica, suele progresar con disfunción severa del ventrículo izquierdo (VI) con mortalidad de 15-20% a 30 días.

Presentación del caso: Femenina 66 años. Antecedentes: hipertensión arterial y ex tabaquista. Medicación habitual: losartan. Consulta por disnea súbita, que progresa con requerimiento de IOT/ARM. Evoluciona con shock. Laboratorio: GB: 21.790 EAB: 7.16/50/317/18/-10/99%, láctico: 3.4, ProBnp: 3.729, CPK: 28; cultivos negativos, TC tórax con protocolo para TEP: negativo, consolidación bibasal. Inicia ampicilina-sulbactam y claritromicina. Al interrogatorio dirigido se destaca, inicio del cuadro mientras realizaba deporte (volley).

Evoluciona con inestabilidad hemodinámica, con doble soporte vasopresor. Sopló sistólico 5/6 en foco mitral. Se sospecha ruptura de cuerda tendinosa. Ecocardiograma transtorácico: insuficiencia mitral severa aguda por rotura de cuerda posterior. Ecocardiograma transesofágico: aurícula izquierda dilatada, insuficiencia mitral severa, prolapso de valva menor por ruptura de cuerda. Se reinterpreta como shock cardiogénico, suspende antibiocioterapia y pasa

a Unidad Coronaria para cinecoronariografía: sin alteraciones. Intercede con fiebre y aleteo auricular de alta respuesta que revierte con cardioversión farmacológica. Se realizan cultivos, toracentesis (trasudado) y se reinicia antibioticoterapia. Mala progresión clínica, se suspende cirugía. Evoluciona con shock séptico refractario. Óbito al octavo día.

Discusión: Se demora en plantear diagnósticos diferenciales, ya que la sospecha de ruptura de cuerda comienza con la información obtenida durante el interrogatorio, descartando TEP por angioTC, IAM por ECG y CCG, y taponamiento cardíaco por clínica y ecocardiograma.

La IM se clasifica en aguda y crónica: la aguda es repentina y progresa rápidamente al shock cardiogénico, imita un proceso pulmonar agudo, con manifestaciones sutiles como R1 disminuido, soplo sistólico pansistólico irradiado a la punta y axila, choque de la punta, click mesodiastólico, ritmo irregular (arritmias supraventriculares ventriculares)

Conclusión: Presentamos este caso porque se trata de una patología poco frecuente pero que requiere un diagnóstico rápido para un tratamiento eficaz. Es importante sospecharla, una correcta anamnesis y estudios ecocardiográficos son vitales para su diagnóstico y tratamiento, el cual se realizara acorde a la gravedad del cuadro clínico, ya sea un manejo medico con diuréticos o intervención quirúrgica.

0366 IMPACTO DE UNA CAPACITACIÓN ESPECIALIZADA EN EL RENDIMIENTO DIAGNÓSTICO DE SEPSIS CONFORME A LOS CRITERIOS SEPSIS-3 POR EL EQUIPO DE SALUD: UN ENSAYO CLÍNICO ALEATORIZADO, CONTROLADO Y MONOCENTRICO

T MARTINEZ PERALTA(1), PM ZAMUDIO(1), FJ GUTIÉRREZ(1), NA GOETTE(1)
(1) Británico de Buenos Aires

Introducción: La sepsis es una disfunción orgánica potencialmente mortal provocada por una respuesta desregulada frente a una infección, según el consenso Sepsis-3. A pesar de su elevada mortalidad, la comunidad médica ha experimentado dificultades para identificarla oportunamente. Este estudio evalúa si una intervención educativa mejora el diagnóstico de Sepsis por parte del equipo médico del Hospital Británico de Buenos Aires.

Materiales y métodos: Se realizó un estudio prospectivo con asignación aleatoria de los participantes a un grupo intervención educativa o grupo control. Inicialmente, se aplicó un cuestionario de evaluación de conocimientos sobre Sepsis-3. Luego se realizó una intervención educativa que consistió en: una clase teórica, una sesión práctica y estrategias de aprendizaje combinado (blended learning). Posteriormente y luego de un tiempo de "wash out" se realizó el mismo cuestionario realizado en la primera instancia.

Resultados: Los resultados revelaron un puntaje promedio más alto en el cuestionario para el grupo que recibió la intervención educativa en comparación con el grupo control. El análisis por pregunta/caso clínico mostró un mayor porcentaje de respuestas correctas después de la intervención en el grupo intervenido.

Conclusión: La intervención educativa implementada produjo una mejora estadísticamente significativa en el nivel de conocimientos del equipo médico para aplicar adecuadamente los criterios diagnósticos de Sepsis-3. El tamaño del efecto indica una magnitud de moderada a grande en la diferencia observada. Estos hallazgos respaldan la efectividad de estrategias educativas que integren clases teóricas, actividades prácticas y metodologías de aprendizaje combinado para facilitar la adquisición y retención de conocimientos complejos en el contexto clínico. Sin embargo, se requieren investigaciones adicionales para determinar la perdurabilidad de los efectos a largo plazo y explorar otros factores que puedan influir en la aplicación práctica de los conocimientos adquiridos.

0367 FACTORES ASOCIADOS A PERCEPCIONES DE USO INADECUADO DE SEDACIÓN PROFUNDA ENTRE PACIENTES CRÍTICOS EN IBEROAMÉRICA TRAS LA PANDEMIA DE COVID-19: RESULTADOS DEL ESTUDIO PANDEMIC

D OLMOS KUTSCHERAUER(1), F CARINI(2), F MARTINEZ(3), D MOLANO(4), MDC GALLARDO(5), E OLIVARES-DURAN(6), J CABALLERO(7), R REINA(8), M GARCIA SANCHEZ(9), C GIMÉNEZ-ESPARZA VICH(10)

(1) Hospital Principe de Asturias. (2) Interdepartmental Division Of Critical Care Medicine. (3) Universidad Andres Del Bello. (4) H. San Jose. (5) H. La Merced. (6) Instituto Mexicano Del Seguro Social. (7) Hospital Universitari Arnau De Vilanova De Lleida. (8) H. San Martin. (9) Hospital Universitario Virgen Macarena. (10) Hospital Vega Baja Orihuela.

Introducción: La pandemia de COVID-19 generó un posible aumento en el uso de sedación profunda en UCI y parece que, esta conducta se mantiene post-pandemia. La sobrecarga de trabajo y la falta de especialistas influyeron en este proceso. El estudio SAMDS-ICU, evaluó la aplicación del paquete ABCDEF antes y durante la pandemia, y encontró que muchas practicas se modificaron durante y luego de la misma. Nuestro estudio busca describir percepciones post-pandemia sobre manejo de sedación, analgesia y delirium.

Objetivos: Determinar la frecuencia y factores asociados a la percepción del uso de sedación profunda sin indicación médica, comparando antes, durante y después de la pandemia de COVID-19.

Hipótesis: La pandemia aumentó la sedación profunda sin indicación médica, reduciendo la aplicación de las prácticas basadas en evidencia.

Metodología: Se realizó una encuesta internacional entre intensivistas sobre sedación y delirium, aprobada éticamente y siguiendo CHERRIES. Distribuida en América y España, se analizó con regresión logística múltiple la asociación de diversos factores con la percepción de sobre sedación persistente.

Resultados: Encuesta a 1008 médicos de 21 países(de la Americas y España.) se observa la falta de liderazgo en ADS, uso excesivo de benzodiazepinas (61%), falta de monitorización del delirium (60%) y no participación familiar(51%), particularmente antes de la pandemia. Después de ella, aumento en la sedación profunda y percepción de su uso innecesario. Disminución en la monitorización del delirium (39%) y prevención no farmacológica del delirium (52%) atribuida a sobrecarga y falta de experiencia del equipo de UTI.

El análisis multivariado mostró (Tabla 1): Factores de riesgo para sedación innecesaria: hábitos adquiridos durante la pandemia, personal sin experiencia, uso previo de midazolam para sedación superficial. Factores protectores: monitorización del delirium, liderazgo enfermería, protección del ciclo sueño/vigilia, estrategias dirigidas a objetivos.

Conclusión: Encuesta de intensivistas de América y España muestra aumento de sedación profunda durante y después de COVID-19, atribuido a hábitos previos y falta de experiencia. Se sugiere enfoque de equipo multidisciplinario podría mejorar la atención centrada en el paciente en entornos críticos.

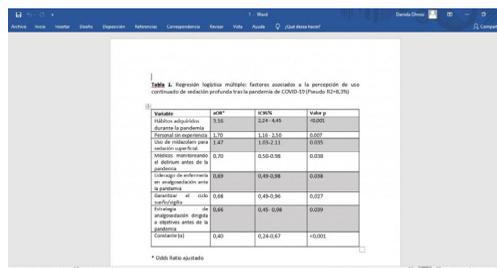


Tabla 1. Regresión logística múltiple: factores asociados a la percepción de uso continuado de sedación profunda tras la pandemia de COVID-19 (N=1008, 7%)

Variable	OR*	IC 95%	Valor p
País de procedencia	1.00	1.00-1.00	<0.001
Experiencia en sedación	1.76	1.18-2.62	0.002
Uso de midazolam para sedación superficial	1.47	1.09-2.11	0.019
Experiencia en monitorización del delirium antes de la pandemia	0.70	0.50-0.98	0.039
Experiencia en prevención no farmacológica del delirium antes de la pandemia	0.69	0.49-0.98	0.038
Experiencia en liderazgo de enfermería	0.68	0.49-0.94	0.021
Experiencia en liderazgo de enfermería y experiencia en sedación superficial	0.68	0.49-0.94	0.021
Experiencia en liderazgo de enfermería y experiencia en sedación profunda	0.68	0.49-0.94	0.021
Experiencia en liderazgo de enfermería y experiencia en sedación profunda y experiencia en sedación superficial	0.60	0.38-0.97	<0.001

* Odds Ratio ajustado

0368 EVALUACIÓN COMPARATIVA DE LA PERFUSIÓN TISULAR ANTE OCCLUSIONES VENOSAS EN PACIENTES SANOS MEDIANTE DIVERSAS TÉCNICAS DE EVALUACIÓN

NA GOETTE, FJ GUTIÉRREZ(1), JI MAZZA(1)
(1) Británico de Buenos Aires

Introducción: La normalización de la perfusión tisular es el objetivo final de la reanimación de pacientes en shock. En los últimos años existe evidencia creciente del beneficio de la reanimación con fluidos basado en parámetros de perfusión tisular por sobre valores de laboratorio como el lactato o en valores absolutos de gasto cardíaco.

Existen múltiples propuestas para la medición de la perfusión tisular. Algunas se encuentran limitadas al ámbito experimental y otras son aplicables al campo clínico como las diferencias de temperatura central periférica, el mottling score, la espectroscopia cercana al infrarrojo (NIRS) y el tiempo de relleno capilar (CRT).

Objetivo: El propósito del presente estudio fue analizar y contrastar el desempeño NIRS y CRT en la detección de oclusiones vasculares parciales en individuos adultos clínicamente sanos. Asimismo, se pretendió evaluar la variabilidad interobservador e intraobservador en la medición del CRT y determinar si existe asociación con los valores obtenidos mediante NIRS y un novedoso método computarizado de análisis desarrollado por el equipo investigador

Métodos: Se obtuvieron mediciones en condiciones basales del CRT y de NIRS en la mano derecha de ocho voluntarios sanos. Posteriormente se insufló un esfigmomanómetro al 50% y al 75% de la presión diastólica del paciente y se realizaron mediciones continuas de NIRS y CRT. Se registró en videos de alta calidad cada una de las mediciones del CRT, los mismos identificados con un código alfanumérico aleatorio. Adicionalmente, cada uno de los videos fue analizado con un software desarrollado ad-hoc para la medición del CRT.

Resultados: El comportamiento de NIRS fue distinto en las condiciones estudiadas observándose un descenso mayor de la señal cuando la oclusión se realizó a una presión más elevada (figura 1). El software desarrollado para la medición del CRT registró adecuadamente la señal. La tendencia del CRT con las oclusiones vasculares fue distinta a lo observado con NIRS. Las mediciones por los observadores entrenados mostraron una gran variabilidad inter e intra observador.

Conclusión: Diferentes métodos de medición indirectos de la perfusión tisular muestran resultados que no son comparables, la subjetividad de la medición del CRT es una limitante para su aplicación en la práctica diaria.

0372 SÍNDROME DE LEUCOENCEFALOPATÍA POSTERIOR REVERSIBLE: REPORTE DE CASO

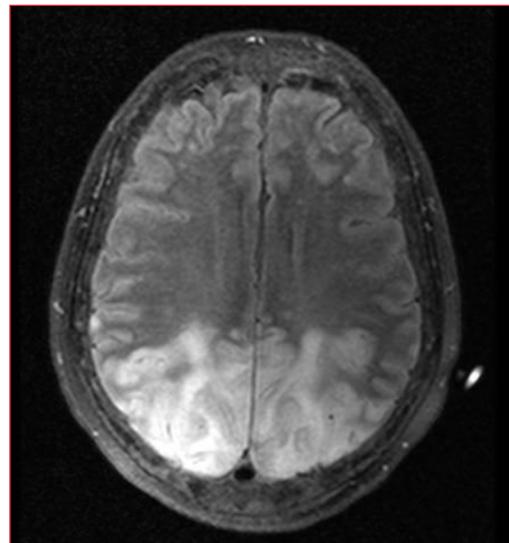
Y RAMIREZ COLOMBRES(1), A OLMEDO AROVICH(1), ME SERAFINI(1), S PAGNONI(1)
(1) Clinica de Imágenes

Introducción: El síndrome de leucoencefalopatía posterior reversible tiene una incidencia global baja, con valor certero desconocido con un presumible subdiagnóstico por la baja sospecha diagnóstica y por la dificultad en la distinción tomográfica del infarto cerebral bilateral posterior.

Presentación del caso: Paciente femenina de 47 años, hipertensión arterial, insuficiente renal crónica en hemodiálisis. Ingresa por deterioro del sensorio de 12hs, agregando convulsiones tónico clónico generalizadas en contexto de hipertensión arterial e hipercalcemia. Se vincula a ARM. Se realiza tomografía cerebral que informa hipodensidad temporo occipital bilateral que se interpretó de origen isquémico. Se completa estudio con resonancia magnética que descarta confirma PRES: hiperintensidad cortico-subcortical parieto occipital bilateral con sutil restricción cortical sin restricción de la sustancia blanca involucrada. Se redirige la terapéutica a estabilización hemodinámica, balance negativo y control de tensión arterial consiguiendo reversión parcial del cuadro clínico.

Discusión: Es un síndrome clínico radiológico de etiologías heterogéneas agrupadas por los hallazgos de neuroimagen. Se da por pérdida de la autorregulación, disfunción endotelial e isquemia relacionada con vasoconstricción focal. Puede ser reversible o no. Las manifestaciones clínicas suelen ser: cefalea, alteración de la conciencia, alteraciones visuales y/o convulsiones. El primer estudio que se realiza habitualmente es tomografía computada en la que fácilmente puede confundirse con infartos cerebrales. El diagnóstico definitivo se hace con RMN y pueden hallarse: imágenes hiperintensas en T2 con mejor resolución en FLAIR, hipo o isointensidad en difusión e hiperintensidad en ADC.

Conclusiones: Es una patología poco frecuente, subdiagnosticada, cuyo diagnóstico habitualmente se dificulta por los hallazgos imagenológicos iniciales.



0374 REPORTE DE CASO DE ECMO EN ASMA SEVERO

H HUERTA(1), JC MONTERROZA(1), B GARCIA GONZALEZ(1)
(1) Aleman

Introducción: En términos globales, la prevalencia de asma severo es de 5-10%. En situaciones extremas evolucionan con insuficiencia respiratoria aguda, requiriendo intervenciones avanzadas de soporte vital. La Oxigenación por Membrana Extracorpórea (ECMO) ha emergido como una opción terapéutica crucial. Se describe el caso de una paciente con asma grave en la cual se implementó ECMO por acidosis hipercapnica persistente.

Caso Clínico: Mujer de 49 años con antecedentes de asma leve en tratamiento con salmeterol/fluticasona y salbutamol. Fue derivada de otro centro por insuficiencia ventilatoria aguda por crisis asmática severa con requerimiento de asistencia respiratoria mecánica. Presentó TPS que requirió cardioversión eléctrica y enfisema subcutáneo generalizado secundario a barotrauma por lo que se decidió su traslado. A su ingreso manejaba VCV 250, PEEP 6, frecuencia respiratoria 10, plateau 27, presión PICO 54, Driving Pressure 21, Autopeep 18, ETCO₂ 90 y PAFI 250. Bajo sedoanalgesia con midazolam, propofol, fentanilo, ketamina, sevoflurano inhalatorio (primeras 48hs) y bloqueo neuromuscular con Rocuronio. Persistió acidosis respiratoria hipercapnica, PH 7.04 y PCO₂ >86. Por lo que se colocó ECMO VV femoroyugular con el fin de poder realizar una ventilación ultraprotectora y reposo pulmonar.

Tabla 1. Tras 5 días de ECMO.

VCV VT 390 PEEP 8 FR 16 Plateau 19 PICO 26 DP 11 Auto PEEP 0.5 EAB PH 7.42 PCO₂ 54 PO₂ 88.2 HCO₃ 34.2.

No presentó complicaciones de relevancia. Evoluciono favorablemente con reabsorción del enfisema y fue dada de alta después de 31 días de internación.

Discusión: Hay poca experiencia en la implementación de ECMO en contexto de asma grave, salvo publicaciones de casos y series. En nuestra paciente se instauró cuando desarrolló un estado asmático refractario, caracterizado por broncoespasmo severo, hiperinflación pulmonar, hipoxemia, y acidosis respiratoria persistente a pesar del tratamiento agresivo con broncodilatadores, anestésico, corticosteroides y ventilación mecánica. Sin embargo, falta más información con respecto a los parámetros adecuados y específicos del ECMO en esta clase de pacientes.

Conclusión: El ECMO ofreció una oportunidad crucial de supervivencia y recuperación en este caso de asma grave donde se agotaron todos los tratamientos. Sin embargo, su éxito dependió de una implementación adecuada y un manejo experto de las complicaciones asociadas.

0375 STATUS DISTÓNICO REFRACTARIO A PROPÓSITO DE UN CASO REPORTADO EN LA TERAPIA INTENSIVA DEL HOSPITAL DEL NIÑO JESÚS, TUCUMAN AÑO 2024

MAI BAIS ARJONA(1), L HUERTA(1), XL ALURRALDE DIGAN(1), F LIZARRAGA(1), I NICASTRO(1)
(1) Del Niño Jesús

Introducción: La distonía consiste en movimientos repetitivos involuntarios que ocasionan posturas anormales por contracciones musculares sostenidas/intermitentes. Puede ser focal, segmentaria o generalizada.

El status distónico (SD) es infrecuente pero representa una emergencia neurológica dada su elevada morbimortalidad.

En nuestro Hospital se registró el caso de una paciente con SD refractario a tratamiento anti-distónico habitual.

Casos clínicos: MS (5 años), antecedente de tetraplejía espástica e hiperbilirrubinemia al mes de vida, 2 internaciones por SD (2023) medicada con Tetrabenazina, Trihexifenidilo, Baclofeno y Difenhidramina. Se interna por nuevo episodio de SD. Inicia con levodopa/carbidopa, clonidina y benzodiazepinas a altas dosis, sin respuesta. Se coloca en ARM con tiopental (10 días), Baclofeno intratecal (5 dosis) con respuesta parcial. Se progresan dosis: Midazolam (2.47

mg/k/hs) y clonidina (2.3 mcg/k/hs) con control de crisis. Luego de 65 días, se suspende clonidina iniciando luego descensos lentos de midazolam. Actualmente sin ARM, traqueostomizada.

Discusión: En esta paciente resultó efectivo escalar en la dosis de sedación continua hasta lograr manejo del cuadro y posterior descenso/suspensión. Concomitantemente detección y tratamiento de gatillos con ajuste de medicación anti-distónica.

Conclusión: El SD es una enfermedad poco frecuente, con duración promedio reportada de 3-29 días, de difícil manejo y elevada morbimortalidad. En el caso reportado, la refractariedad y duración prolongada requirió abordaje interdisciplinario (cuidados paliativos, neurología, neurocirugía y clínica) con individualización del tratamiento, logrando luego de 192 días la salida de terapia intensiva.

0377 COINFECCIÓN POR STAPHYLOCOCCUS AUREUS Y VIRUS DENGUE, A PROPÓSITO DE DOS CASOS REPORTADOS EN TERAPIA INTENSIVA DEL HOSPITAL DEL NIÑO JESÚS, TUCUMÁN, 2024

L HUERTA(1), MAI BAIS ARJONA(1), XL ALURRALDE DIGAN(1), I NICASTRO(1)
(1) Del Niño Jesús

Introducción: La infección por Dengue es un problema de salud pública que puede presentarse con signos de gravedad aún en pacientes previamente sanos. Las coinfecciones bacterianas exacerban los síntomas y agravan el curso de la enfermedad aumentando la morbilidad. En la Terapia Intensiva del Hospital de Niños de Tucumán, reportamos dos casos de coinfección Dengue - Staphylococcus aureus.

Casos clínicos: AF (13 años) y AM (10 años), sexo masculino, previamente sanos. Enfermedad de 4-7 días de evolución con fiebre y síntomas gastrointestinales, asumidos como dengue por clínica y epidemiología. Ingresan en shock séptico con requerimiento de inotrópicos.

Ambos en insuficiencia renal aguda (IRA) al ingreso: AF (Dengue Ag NS1 e IgM positivos) requirió Hemodiálisis y AM (Dengue Ag NS1 y DENV-1) cursó IRA no oligúrica, sin requerir terapia de reemplazo renal.

Posteriormente AF presenta Sepsis a foco articular de cadera (SAMR) y AM Neumonía necrotizante con SPP (SAMS). AF Presentó buena evolución requiriendo toilette quirúrgica. AM continúa en UCIP con mala evolución, en ARM.

Discusión: La leucopenia asociada a Dengue puede predisponer a coinfección bacteriana por lo que es importante sospecharla sobre todo en aquellos pacientes que persisten febriles o sintomáticos más allá de la fase crítica de la enfermedad, con aumento de reactivantes de fase aguda.

Conclusión: El diagnóstico de Dengue, en condiciones de epidemia, en muchas oportunidades es clínico y epidemiológico. Se debe valorar cuidadosamente a aquellos pacientes con signos de alarma para su internación oportuna con monitoreo estricto y, ante signos de mala evolución clínica, buscar otros focos de infección.

0378 PERICARDITIS TUBERCULOSA CON RESISTENCIA A LA RIFAMPICINA. REPORTE DE UN CASO

VL PUENTE(1), S CASTRO(1), D RODRIGUEZ(1), J PANIAGUA(1), C MARTINEZ(1), M MELEAN(1), F DAZA(1)
(1) Higa Eva Peron

Introducción: La pericarditis tuberculosa es una manifestación extrapulmonar poco frecuente (1%-2%), especialmente en pacientes inmunocomprometidos. El compromiso pericárdico ocurre habitualmente por diseminación linfática retrógrada o diseminación hematogena desde un foco pulmonar primario, manifestándose clínicamente como derrame pericárdico, pericarditis constrictiva, taponamiento cardiaco y aún más grave en personas con TBC resistente a antimicrobianos. En 2019 se observó que de 465.000 personas

con TBC resistente a isoniazida y rifampicina, solo el 40% pudieron acceder al tratamiento de segunda línea.

Presentación del caso: Paciente femenina de 39 años, antecedentes meningitis 2018, tuberculosis tratamiento completo 2021, toxicómana, tabaquista. Cuadro clínico de 2 meses de evolución tos con expectoración, fiebre, caquexia, diaforesis nocturna, disnea progresiva en CF III-IV, se interna en clínica médica, donde se realiza baciloscopia con BAAR (+) e inicio de tratamiento antifímico, TC tórax: observa caverna pulmonar izquierda, ECG: supradesnivel V1, V2 y T negativas en DII, DIII, AVF. Ecocardiograma: derrame pericárdico moderado con signos de organización (tabiques y fibrina) se interpreta como pericarditis, se inicia corticoides, Serología VIH negativa. Pac. con evolución desfavorable y requerimiento de asistencia ventilatoria mecánica.

Por transaminasemia, hígado aumento de tamaño, se rota a antifímicos de segunda línea y se solicita minibal con gen Xpert (+) con alta resistencia a rifampicina, se suspende la misma y se inicia linezolid. Evolución favorable es dado de alta.

Discusión: La tuberculosis resistente se puede observar en paciente con mala adherencia al tratamiento o incumplimiento al mismo. Por lo que al tener un resultado de gen xpert (+) contribuye para orientar al tratamiento adecuado.

La pericarditis tuberculosa como forma infrecuente de la TBC extrapulmonar, representa en países de África y Asia la causa más frecuente de pericarditis en paciente inmunosuprimidos, ya que la tomografía y electrocardiograma son inespecíficos, siendo el ecocardiograma el estudio que permite identificar y cuantificar el derrame pericárdico, en ausencia de enfermedad cardíaca.

Conclusiones: La pericarditis tuberculosa es una enfermedad poco frecuente, que debe ser sospechada en todo paciente con derrame pericárdico, más aún si se asocia a estados de inmunodepresión; donde el oportuno diagnóstico y precoz inicio del tratamiento farmacológico y/o quirúrgico permitirían la mejoría clínica.

0379 EMBOLIZACIÓN DE ENDOLEAKS EN PACIENTE CON MÚLTIPLES PRÓTESIS AÓRTICAS POR DISECCIONES DE TIPO A EN AORTA ASCENDENTE Y CAYADO

E BOTTAZZI(1), LE BOTTAZZI(1), C OSUNA(1), S GASPAROTTI(1), LM RODRIGUEZ(1), FP BERTOLETTI(1), M CARDONE(1)
(1) Clínica San Jorge

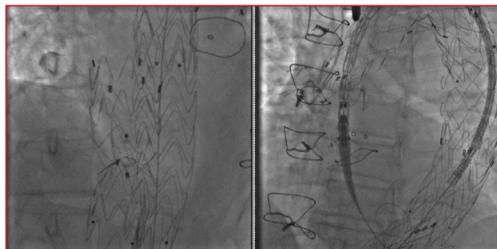
Introducción: Los aneurismas aórticos (AAo) son anomalías saculares generadas en la luz de la aorta, generando como complicación más grave, su disección. El tratamiento actual suele ser quirúrgico, es la instalación de endoprótesis endovasculares para reforzar la pared aórtica. Sin embargo, las complicaciones más comunes incluyen los endoleaks, que son fugas de flujo vascular alrededor de la prótesis.

Presentación del caso: Paciente de 60 años con antecedentes de reemplazo valvular aórtico (RVAo) con válvula mecánica por estenosis aórtica, complicada con disección aórtica (DA) tipo A con nuevo RVAo por válvula biológica y aorta ascendente, segunda DA tipo A complicada con fistula Ao-pulmonar, con colocación de prótesis biológica y reemplazo de arco aórtico y plástica de arteria pulmonar con parche de pericardio por fistulización, e implante de 3 endoprótesis para su resolución en 2021. Posteriormente se realizó un cierre de endoleak a nivel de aorta ascendente con prótesis y Candy-plug. En su última intervención por nuevo endoleak, se decide tratamiento endovascular con embolización con cianocrilato por el alto riesgo de ruptura.

Discusión: Los endoleaks son las complicaciones más frecuentes por colocación de prótesis endovasculares, generando progresivamente, crecimiento y rotura de aneurismas. En este paciente, al fallar estos mecanismos por causas anatómicas, mecánicas y endoteliales, se opta por la embolización con sustancias como cianocrilatos, que han resultado eficaces en el tratamiento de determinados tipos de endofugas. El tipo de endoleak ideal para ser tratada por este

mecanismo, es el que presenta una entrada estrecha y el endoleak es de menor tamaño.

Conclusión: A pesar del pronóstico desafiante asociado con la aparición recurrente de disecciones aórticas y otras complicaciones en pacientes con aneurismas aórticos, las intervenciones médicas y quirúrgicas realizadas pudieron mejorar significativamente la calidad y esperanza de vida del paciente en este caso particular. Esto subraya la importancia de un enfoque multidisciplinario y personalizado en el manejo de estas condiciones complejas.



0380 SÍNDROME PULMÓN RIÑÓN SECUNDARIO A VASCULITIS POR COCAÍNA: REPORTE DE CASO

A ROUGIER(1), N CARRIZO(1), C SANCHEZ(1), N BENZACQUEN(1)
(1) Sanatorio Diagnostico

Introducción: La cocaína es una sustancia de uso recreativo ilegal, cuyo abuso representa un problema de salud pública por su alta morbimortalidad. Su consumo crónico raras veces se asocia a un síndrome pulmón-riñón. Se expone el caso de un paciente con sospecha de dicho síndrome.

Presentación del caso: Paciente masculino de 44 años, tabaquista, etilista y cocainómano hace 25 años.

Consultó por tos con hemoptisis, disnea CF III-IV, artralgias, fiebre y pérdida de peso.

Al examen físico: TA 210/130, SatO₂ 92%.

Se constató anemia, falla renal aguda con requerimiento de hemodiálisis e hiperuricemia.

TAC tórax informó derrame pleural bilateral y consolidaciones bilaterales con broncograma aéreo. Se inició antibioticoterapia.

Progresó con requerimiento de ARM. Se realizó BAL, con hemoderófagos negativos. Posterior extubación exitosa.

ANCAc y PR3 positivos. Sedimento urinario: abundantes leucocitos, cilindros granulares finos.

Se realizó pulsos de metilprednisolona por sospecha de GNRP, sin recuperación de función renal, e inició tratamiento con ciclofosfamida.

La biopsia renal evidenció hiperplasia mesangial y endocapilar focal, engrosamiento de membranas, NTA y atrofia tubular, inflamación crónica y marcada fibrosis. A nivel vascular, hipertrofia fibromuscular y fibrosis subintimal. Se diagnosticó una glomerulonefritis membrano-proliferativa sin depósitos por IF.

Se dió alta en HDL crónica y tratamiento con meprednisona y ciclofosfamida.

Discusión: El abanico de diagnósticos diferenciales se basó en elementos epidemiológicos, clínicos y de laboratorio.

Se sospechó síndrome pulmón-riñón debido al antecedente de hemoptisis y falla renal hallada en laboratorio. Simultáneamente, se sugirió vasculitis ANCAc positivo por consumo de cocaína adulterada.

Se encontró una similitud con las autopsias de 40 adictos descritas por Di Paolo, N et al., que coinciden con los hallazgos obtenidos en biopsia renal. Por su parte, Thakur, V et al. describieron dos casos de HTA con rápida evolución a la insuficiencia renal en pacientes adictos, con resultados semejantes por histología.

Conclusión: Este caso representó un desafío diagnóstico por la variabilidad de signos y síntomas que presentaba. Debido a la infre-

cuencia de este síndrome, se debe tener alta sospecha clínica ante el abuso de drogas como cocaína. Un abordaje interdisciplinario fue esencial para la interpretación y el tratamiento oportuno del paciente.

Laboratorio	Resultados
Globulos blancos (4000-11000/mm3)	6200
Neutrófilos (%)	96
Linfocitos (%)	4
Hemoglobina (g%)	8,8
Hematocrito (%)	28%
GPT (10-41 UI/L)	372
GOT (10-38 UI/L)	373
FAL (65-300 UI/L)	849
BD (hasta 0,2 mg%)	0,19
BT (hasta 1,00 mg%)	0,71
Creatinina (0,7-1,3 mg/dL)	4,74
Urea (0,1-0,5 g/L)	1,67
pH (7,35-7,45)	7,3
PCO2 (35-45 mm/Hg)	52
PO2 (80-100 mg/Hg)	75
Bicarbonato (23-27 mEq/L)	25
Plaquetas (150000-450000/mm3)	424000
TP (s)	16
KPTT (s)	30
Fosfatemia (2,5-5,6 mg/dL)	5,9
LDH (230-460 UI/L)	682
Acido úrico (3,4-7,5 mg/dL)	12,5
Calcio iónico (4,5-5,2 mg/dL)	3,3
Clearence de creatinina (ml/min)	28
Eritrosedimentación (mm)	21
VDRL (Dil)	No reactiva
Hepatitis B	No reactiva
HIV (ELISA)	No reactiva
ANCA C	Positivo
ANCA P	Negativo
PR3 (0-20 unidades)	> 100
Anti MBG	Negativo



0383 REPORTE DE CASOS DE FASCITIS NECROTIZANTE EN EL HOSPITAL DE NIÑOS SANTÍSIMA TRINIDAD DE CÓRDOBA ENTRE LOS AÑOS 2018 Y 2024

CZARATE(1), M COSSIO MORENCIO(1), A NIEVA MOTRAN(1), A MAYORGA(1), A DEGIOVANNI(1)
 (1) Hospital De Niños Santísima Trinidad

Introducción: Las infecciones de piel y partes blandas son causa frecuente de consulta. La fascitis necrotizante pediátrica es una enfermedad infecciosa grave asociada a significativa morbilidad y mortalidad.

Presentación del caso: Se analizaron historia clínicas con diagnóstico principal de fascitis necrotizantes entre Enero del 2018 y Marzo del 2024.

Características demográficas	
Género masculino	11 (68.75%)
Género femenino	5 (31.25%)
Edad promedio	8,5 años
Sano	10 (62.5 %)
Lugar de consulta (Córdoba)	8 (50%)

68% consultaron en más de una oportunidad previo al ingreso. El aislamiento microbiológico más frecuente fue *S. pyogenes* (19%), seguido por *S. Aureus* (25%) de los cuales el 75% fueron meticilino-

resistentes. El tratamiento empírico inicial se realizó con vancomicina en un 50%. El 19% recibió gammaglobulina. El desbridamiento quirúrgico se realizó en 93% de los casos, con una demora promedio de 15 horas desde su ingreso hospitalario. La mortalidad de la serie fue del 56.25%.

Discusión: Con un total de 17 pacientes y solo uno de ellos presenta un re-ingreso a UTIp.

Tiempos quirúrgicos, en 8 pacientes no hubo foja quirúrgica, dentro de los que sí la presentan el tiempo promedio de ingreso a cirugía fue a los 606 min desde la consulta.

El tratamiento empírico en el 50% se inició con Vancomicina, antibiótico de amplio espectro con cobertura de Streptococo MR, Estafilococo, Enterobacterias y Anaerobios.

Se utilizó gammaglobulina solo en dos pacientes, que fallecieron. Mortalidad del 56.25%, tres veces más que la global.

Conclusión: La intervención precoz y agresiva es clave para mejorar los resultados en estos pacientes. Diagnóstico rápido y preciso, inicio temprano de antibióticos de amplio espectro y realización de procedimientos quirúrgicos.

0384 MUCORMICOSIS CEREBRAL

D CONTRERAS(1), J JEAN(2), F MORALES, M CORDOBA, F IGLESIAS, J VILCA(2), G SAENZ(2)
 (1) H.i.g.a. San Martín. (2) H.i.g.a San Martín

Introducción: La mucormicosis cerebral es una rara infección causada por varios géneros de la familia Mucoraceae. La mayoría de los casos de mucormicosis están relacionados con pacientes con antecedentes de neoplasias, inmunosupresión o traumatismos. La mucormicosis cerebral aislada es extremadamente rara, ya que generalmente está asociada con afección rinocerebral.

Caso Clínico: Paciente femenina de 41 años con antecedentes de enfermedad renal crónica secundaria a poliquistosis hepatorenal en hemodiálisis, quien fue sometida a un trasplante renal de donante cadavérico. Durante el postoperatorio (POP), se le diagnosticó dengue agudo grave del donante. La paciente evolucionó con síndrome febril, plaquetopenia secundaria, requiriendo transfusiones, y presentó shock hipovolémico relacionado con la herida quirúrgica, además de múltiples infecciones intrahospitalarias.

A los 30 días postrasplante, la paciente presentó deterioro del sensorio. Una tomografía computarizada (TC) cerebral reveló lesiones hipodensas en la sustancia blanca frontal derecha y frontoparietal izquierda. La punción lumbar fue normal. La resonancia magnética nuclear (RMN) mostró múltiples lesiones focales parenquimatosas supra e infratentoriales de 2-10 mm, con signos de restricción y edema perilesional.

A los 48 días postrasplante, una nueva RMN mostró un aumento en el tamaño y número de las lesiones, con desplazamiento de la línea media. La paciente presentó mayor compromiso neurológico, incluyendo convulsiones focales, y requirió intubación orotraqueal (IOT). Una segunda punción lumbar descartó causas parasitarias y fúngicas, identificándose únicamente *Roseomonas* spp.

A los 63 días de internación, la paciente desarrolló anisocoria con midriasis izquierda, sin respuesta a solución hipertónica. La TC cerebral mostró múltiples lesiones redondeadas hipodensas en ambos hemisferios, con edema perilesional y hemorragia subaracnoidea supratentorial, desviación de estructuras de línea media, borramiento de surcos y compresión de cisternas peritroncales.

La paciente falleció a los 67 días de su internación, y la necropsia cerebral reveló un resultado anatomopatológico compatible con mucormicosis.

Conclusión: La mucormicosis cerebral aislada es una infección rara y potencialmente mortal, a pesar del tratamiento antifúngico sistémico. El diagnóstico de infecciones fúngicas es un reto, especialmente cuando involucra el sistema nervioso central. En la mayoría de los casos, el diagnóstico requiere una biopsia, aunque en este caso se confirmó mediante necropsia.



0385 SHOCK SÉPTICO A FOCO URINARIO POR STREPTOCOCCUS PYOGENES

P SANCHEZ(1), A SIRINO(1), S HEALY(1), R CARBALLO OROZCO(1), M CAPRILES(1), W ARGANA MONTAN(1), G TAGUIL(1), B CARINA(1)
(1) Pirovano

Introducción: *S. pyogenes* produce un amplio espectro de patologías desde leves (faringitis) a muy graves, potencialmente mortales. Desde la década del 80 se observa un aumento en el mundo de infecciones invasivas y síndrome de shock tóxico (SST). Estas formas incluyen 3 síndromes que pueden superponerse: Sst, fascitis necrotizante y otras no relacionadas con las anteriores como bacteriemia, neumonía, osteomielitis, etc. en grupos etarios vulnerables (niños < 10 adultos > 60 años) e inmunocomprometidos.

Caso clínico: Paciente masculino de 47 años, HIV (+) en tratamiento antirretroviral suspendido por síntomas digestivos en la última semana. Consulta a guardia por melena de 5 días de evolución y vómitos porráceos. Poliuria y disuria en la última semana. Laboratorio de ingreso Hto 18%, Hb 4.2 gr, Urea 480 y creatinina 29. Presenta vía urinaria complicada, requiere talla vesical y transfusión de GR. e IOT- ARM por insuficiencia respiratoria e ingreso a UTI. TC cerebro S/P, TC tórax: opacidades bilaterales de distribución centrololulillar de vértice a bases con consolidación en LID. TC abdomen y pelvis: hidronefrosis derecha con relación corticomedular alterada. Dilatación del tercio medio del uréter. Vejiga de paredes irregulares con contenido heterogéneo. Tratamiento empírico: oseltamivir, TMS y AMS. VEDA: esofagitis erosiva. Diálisis. Aislamiento respiratorio: *Pneumocytis Jirovency* y *H. Influenzae*, panel viral negativo. Evolución en shock séptico, se rota a Piperacilina/Tazobactam. Se pancultiva con rescate de 2/2 hemocultivos (+) para *S. pyogenes* spp. sensible a vancomicina, por lo que se ajusta tratamiento. Ecocardiograma: S/P. Buena evolución, mejoría de la función renal, tolera extubación. Pasa a urología con seguimiento clínico.

Conclusión: *S. pyogenes* posee diversos factores de virulencia a través de distintos mecanismos como la inhibición de la fagocitosis, exotoxinas que actúan como superantígenos y activan el sistema

inmunológico, enzimas que evitan la eliminación de la bacteria. Aunque sigue siendo globalmente sensible a la penicilina y otros β -lactámicos, la mortalidad sigue siendo alta para las presentaciones invasivas (24% para fascitis necrotizante, 36% para el SST). Reconocer y monitorear el comportamiento y las características de las infecciones invasivas por *S. pyogenes* es fundamental por lo que requiere de la notificación obligatoria.

0386 INTOXICACION ACCIDENTAL CON VAPOR DE MERCURIO: A PROPOSITO DE UN CASO EN GARROTT(1), A PALERMO(1) (1) Central Ramon Carrillo

Introducción: En la actualidad la exposición al mercurio (Hg) se ha descrito entre comunidades mineras de oro de pequeña escala y artesanales, a partir de la amalgamación, donde se vaporiza el Hg. Su vía principal de absorción es por inhalación, se produce de forma espontánea a temperatura ambiente, penetra a través de la membrana alveolo-capilar. La exposición a más de 1-2 mg/m³ durante 2 o más horas sin protección personal, produce intoxicación aguda con repercusión principalmente en pulmón, riñón, cerebro e hígado.

Descripción del caso: Paciente masculino de 45 años, tabaquista severo, consulta en guardia por astenia, febrícula y disnea de 72hs de evolución, al examen físico mal estado general, regular mecánica ventilatoria, auscultación rales crepitantes bilaterales, saturando 86%, se realiza tomografía de tórax donde se informa extenso patrón tisular en vidrio esmerilado, tratado como neumonía de la comunidad, con mala evolución por lo que se solicita pase a cuidados intensivos. En anamnesis relata exposición a vapores (sin protección personal por unos 20 minutos) en un sitio donde se recupera oro por amalgamación. Se solicita detección de mercurio en sangre y se informa a centro nacional de intoxicaciones (CNI). Quien sugiere comenzar tratamiento con quelantes de mercurio: dimercaprol y d-penicilamina.

Al tercer día el paciente evoluciona con fallo multiorgánico, requerimiento de hemodiálisis, síndrome de distrés respiratorio, cumpliendo 4 ciclos de prono. Permanece internado 42 días con buena evolución y pase a cuidados moderados.

Discusión: Considero que esta enfermedad debe plantearse como posible diagnóstico diferencial, en regiones donde se practica minería artesanal, debido a la similitud imagenológica con otras neumopatías agudas bilaterales graves.

Recalcar la importancia de una anamnesis minuciosa ante una enfermedad con una evolución clínica potencialmente grave.

Poner en evidencia la dificultad para llegar a un diagnóstico definitivo, debido a la falta de insumos para dosaje de mercurio en sangre u orina.

Conclusión: Luego de una exposición aguda, el diagnóstico precoz mediante una correcta anamnesis, el dosaje de Hg en sangre u orina y el tratamiento oportuno con quelantes previene complicaciones potencialmente graves. Cabe mencionar que es fundamental el manejo ambiental o erradicación de la fuente de contaminación.





0387 UTILIZACIÓN DEL INDICADOR DE USO INADECUADO DE BLOQUEANTES NEUROMUSCULARES EN UNA UNIDAD MEDICO - QUIRURGICA

M GARDEAZABAL ROSPILOSO(1), F MARTIN(1), I PARODI(1), A CUCCI(1), M CORDOBA(1), F MORALES(1), J VILCA(1), D CONTRERAS(1), V COSSIO(1), M SARUBBIO(1), M NUCCIA-RONE(1), C LOUDET(1), C MARCHENA(1), A BETANCUR(1), G SAENZ(1), J JEFFREY(1)
 (1) Higa San Martin

Introducción: En nuestra UCI, previamente detectamos un 36% de uso inadecuado/dudoso de BNM según nuestro protocolo. Nuestro objetivo es determinar, con un indicador validado, el uso inadecuado de BNM, el monitoreo de sedación durante el BNM y las prácticas de uso de BNM en infusión continua en una UCI médico-quirúrgica.

Material y métodos: Serie de casos prospectiva en una UCI médico-quirúrgica de 21 camas, de octubre 2023 a abril 2024. Se incluyeron pacientes consecutivos que requirieron infusión continua de BNM, registrando causas, tipo/dosis de SA/BNM. Se utilizó el indicador SEMICYUC de "USO INADECUADO DE BLOQUEO NEUROMUSCULAR" y el de "MONITORIZACIÓN DE LA SEDACIÓN DURANTE BNM". Se registraron causas de prescripciones adecuadas para SDRA, HTE severa y disincronías, y las inadecuadas/dudosas fuera de estas. Las características relacionadas con SDRA, HTE e HIA se consideraron al inicio del BNM y a las 48 horas.

Resultados: En el periodo ingresaron 359 pacientes de los cuales 110 requirieron VM (29.8%); 22 (20%) utilizaron BNM en infusión continua. El indicador uso inadecuado de BNM fue 0%. El indicador de monitoreo de sedación durante BNM fue 4.54%. En la tabla 1 se observan las características de los 22 pacientes y el tipo de droga/dosis utilizadas. Las causas del uso de BNM se encontraron ARDS severo: 15 (68) Disincronía 4 (18) y TEC grave con HTE: 3 (14). 14/15 (93%) pacientes con SDRA recibieron corticoides y 6/15 (40%) pronos.

Conclusiones: Los pacientes con BNM presentaron gran severidad de ingreso, alta incidencia de ARDS y mortalidad. Los pacientes con ARDS y disincronías a las 48 hs mejoraron sus parámetros respiratorios. Se incorporó la utilización de bolos previos a la infusión continua de BNM (76% vs 14%). De acuerdo con el indicador del SEMICYUC, ninguno de los pacientes presentó criterios de BNM inadecuado. Sin embargo, consideramos este indicador con escasa validez para utilizar en contexto UCIs con protocolos de AS ya implementados y funcionando, como es nuestro caso.

Indicadores vinculados a la recuperación, rehabilitación y secuelas post-ICU en pacientes que estuvieron bajo BNM, permitirán evaluar un mayor ajuste de las pautas de prescripción de BNM.

0388 EFECTIVIDAD DE LA SEDACIÓN LIVIANA SOBRE LA TOLERANCIA A LA POSICIÓN PRONA VIGIL EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA GRAVE. ESTUDIO OBSERVACIONAL MULTICÉNTRICO

M OLMOS(2), M OLMOS(1), M ESPERRATI(2), M BUSICO(3), A GALLARDO(4), A VITALI(5), J QUINTANA(3), ME GONZALEZ(2), A MIRANDA(6), L STEIN(2), N FUENTES(2)
 (1) Hospital Privado De Comunidad. (2) Hospital Privado De Comunidad. (3) Clínica Olivos Smg. (4) Clínica Modelo De Morón. (5) Sanatorio De La Trinidad Palermo. (6) Hospital Privado E Comunidad.

Introducción. En pacientes con insuficiencia respiratoria aguda grave (IRAG) la posición prona vigil (PPV) reduce el riesgo de intubación en pacientes con requerimiento de soporte ventilatorio no invasivo, sin embargo, muchos pacientes no toleran un tiempo de exposición "útil" para reducir el riesgo de desenlaces adversos. Nosotros evaluamos la efectividad de la sedación liviana sobre el tiempo de exposición a la PPV y otros desenlaces clínicos en pacientes con IRAG y requerimiento de oxigenoterapia con alto flujo (CNAF).

Materiales y Métodos. En un estudio de cohorte observacional, prospectivo y multicéntrico, incluimos a pacientes con IRAG relacionada a COVID-19 y requerimiento de CNAF de acuerdo a criterios estandarizados. Todos los pacientes fueron expuestos a la PPV de manera protocolizada durante el mayor tiempo que los pacientes pudieran tolerar con pausas para la higiene y la ingesta. En uno de los 6 centros participantes se agregó como co-intervención una estrategia de sedación liviana (SL) con dexmedetomidina+opioides, con objetivos de sedación preestablecidos y monitorización protocolizada. Los pacientes expuestos a SL se consideraron grupo intervención, mientras que los que no expuestos sirvieron como control. El desenlace primario fue la exposición a PPV (hs/día en PPV), y los desenlaces secundarios fueron la tasa de intubación y la mortalidad hospitalaria. Mediante Gráficos directos acíclicos (DAGs) se seleccionaron co-variables asociadas tanto a la intervención como a los desenlaces clínicos para ser incorporadas en los modelos de ajuste utilizados. Se realizaron tres análisis para evaluar la asociación entre la exposición y los desenlaces: a) ponderación de la inversa de probabilidad de tratamiento mediante score de propensión (IPW-PS); b) ajuste "doble robusto"; c) regresión tradicional.

Resultados: Se incluyeron 197 pacientes en el grupo intervención y 302 en el grupo control (tabla 1). Los pacientes del grupo intervención permanecieron en PPV una mediana (p25-75) de 16 (10-18)h/día versus 10 (7-14)h/d en el grupo control (p<0.001). Luego del ajuste, los coeficientes de regresión mostraron un tiempo de exposición a la PPV significativamente mayor en el grupo intervención que en el grupo control en los tres modelos (Fig.1A). Fueron intubados 41 pacientes (21%) en el grupo intervención versus 115 (38%) en el grupo control (p<0.001) (Fig1B). El OR para intubación fue menor en el grupo intervención respecto del grupo control cuando se ajustó mediante IPW-PS [OR (p25-75)] 0,34 (0,15-0,76), siendo los resultados de los OR consistentes en los 3 modelos evaluados (Fig-1B). Aunque la mortalidad cruda del grupo intervención fue menor, los resultados de los OR luego del ajuste no mostraron reducción significativa del riesgo de mortalidad (Fig-1B).

Conclusiones: La exposición a una estrategia de sedación liviana se asoció a un mayor tiempo de exposición a la posición prona y a un menor riesgo de intubación.

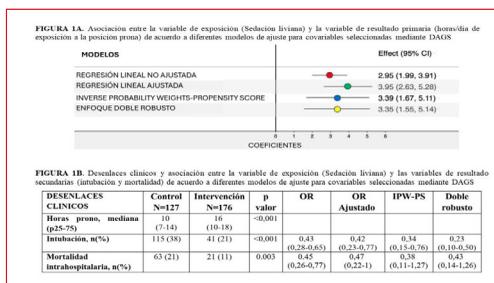


Tabla 1. Características basales de la población de estudio

CARACTERÍSTICAS BASALES	Control N=302	Intervención N=197	Valor de p (n=728)
Demográficas			
Edad, mediana (p 25-75)	59 (46-71)	57 (47-66)	0.39
Sexo femenino, n (%)	77 (25)	56 (28)	0.47
BMI, median (p 25-75)	30 (27-33)	30 (27-33)	0.49
Comorbilidades, n (%)			
Respiratoria	43 (14)	33 (17)	0.44
Tabaquismo	93 (31)	22 (11)	<0.001
Cardiovascular	72 (24)	89 (45)	<0.001
Renal	18 (6)	10 (5)	0.67
Neurológica	12 (4)	10 (5)	0.55
Diabetes	72 (24)	47 (24)	0.99
Hipertensión	122 (40)	79 (40)	0.95
Inmunosupresión *	25 (8)	9 (5)	0.11
Scores de gravedad y variables fisiológicas al Ingreso, mediana (p 25-75)			
APACHE score	8 (5-12)	15 (11-18)	<0.001
SOFA score	2 (2-3)	3 (3-4)	<0.001
SpO2/FiO2	122 (117-163)	138 (132-237)	<0.001
PaO2/FiO2	117 (89-145)	128 (98-177)	<0.001
ROX index	5 (4-7)	6 (5-9)	<0.001
Cronología de la enfermedad (p 25-75)			
Días inicio síntomas-hospitalización	9 (7-11)	10 (7-12)	0.22
Días previous bajo O2 terapia	1 (1-3)	1 (0-2)	<0.001
Subrogantes de estrés del Sistema sanitario			
Admisiones a UCI / Admisiones hospitalarias #	0.17 (0.16-0.19)	0.18 (0.17-0.19)	0.04

Para estimar el nivel de estrés de los sistemas se evaluó el cociente de admisiones a UTI / admisiones hospitalarias para cada centro participante en el momento de la admisión de cada paciente incluido.

0391 REPORTE DE CASO. SÍNDROME NEUROLÉPTICO MALIGNO

DJ CAMACHO ANTELO, MX OROPEZA ZUBIETA(1), CD USTA MACHADO(1), SS PAREDES RODRIGUEZ(1), AD PRIETO(1), R SANTA CRUZ(1)
 (1) Ramos Mejía

Introducción: El Síndrome Neuroléptico Maligno (SNM) presenta una baja incidencia en UTI (3%), con una mortalidad de hasta el 30%. El diagnóstico precoz es de importancia y puede incidir en el pronóstico, presentamos un paciente internado en nuestra UTI cuya evolución fue favorable.

Presentación del caso: RPF, masculino, 41 años. Antecedentes: Esquizofrenia (tratada con Risperidona, Biperideno, Haloperidol, Clonazepam, Mirtazapina, Lorazepam).

21/01/24 rigidez generalizada y bradipsiquia. 22/01: ingreso a Emergencias. Tomografía de encéfalo sin alteraciones. Laboratorio de ingreso (solo valores alterados): urea: 271 mg/dL, creatinina: 11.7 mg/dL, Na: 117 mmol/L, TGO: 689 UI/L, TGP: 549 UI/L; FAL: 152 UI/L; CK: 53661 UI/L. Examen neurológico: alerta, bradipsíquico, desorientado, obedece órdenes simples, pupilas mióticas reactivas, rigidez generalizada.

Ingres a UTI. Diagnóstico probable: SNM/difunción orgánica (renal/hepática). Toxicología (Htal Posadas) sugiere: suspender neurolépticos, Amantadina (tratamiento), no usar Propofol/Metoclopramida. 23/01: deterioro del sensorio, requiere ventilación mecánica. Requirió terapia de reemplazo renal (10 sesiones), respuesta favorable. Extubación 12/02. Alta de UTI: 28/02.

Imagen 1. Valores de laboratorio durante su internación en UTI.

Discusión: El SNM es una emergencia neurológica potencialmente mortal asociada con el uso de agentes antipsicóticos y algunos antieméticos. La clínica se caracteriza por: cambio del estado mental, rigidez, fiebre y disautonomía. Se asocia con aumento de CK, LDH y alteraciones hepáticas: aumento de FAL y transaminasas. También presenta: hipocalcemia, hipomagnesemia, disnatremias, hiperpotasemia y acidosis metabólica. Frecuentemente evoluciona a insuficiencia renal aguda secundaria a rabdomiolisis (ver Tabla 2). Imagen 2. Manifestaciones clínicas y diagnóstico diferencial.

El tratamiento consiste en suspender el agente causal y medidas de sostén. El paciente presentado tenía antecedentes de consumo de neurolépticos con la presencia de alteraciones clínicas y datos de la-

boratorio sugestivos de SNM. Los tratamientos médicos específicos (dantroleno, bromocriptina, y amantadina) se utilizan en los casos más graves, debido a que su eficacia no está clara y es controvertida. **Conclusión:** El diagnóstico precoz, junto con la suspensión de las drogas y las medidas de sostén, con hemodiálisis en forma prioritaria, son de importancia en el manejo del SNM. Creemos que dichas conductas contribuyeron a la evolución favorable del paciente.

Cuadro clínico	
Examen físico	Presenta una tétada de características clínicas distintivas: fiebre, rigidez, cambios en el estado mental e inestabilidad autonómica.
Laboratorio	CK sérica elevada, leucocitosis, elevaciones leves de LDH, fosfatasa alcalina y las transaminasas hepáticas, hipocalcemia, hipomagnesemia, hipo e hipernatremia, hiperpotasemia y acidosis metabólica, insuficiencia renal aguda mioglobinúrica que puede deberse a rabdomiolisis
Diagnóstico diferencial	
Infeccioso	Absceso cerebral, encefalitis, meningitis, rabia, shock séptico, tétanos.
Neuropsiquiátrico	Encefalitis autoinmune o paraneoplásica, vasculitis del sistema nervioso central, distonias agudas, catatonia maligna, estato epiléptico no convulsivo, delirio anticolinérgico, hipertermia maligna, síndrome serotoninérgico
Tóxico	Metalas pesados, Litio, salicilatos, Sustancias de abuso (cocaína, extásis)
Endocrino	Feocromocitoma, tirotoxicosis
Ambiental	Golpe de calor

Tabla 1. Valores de laboratorio durante su internación en UTI

Fe-cha	Hto	Hb	GB	Pq	Cr	Na	K	Cl	pH	pCO ₂	pO ₂	HCO ₃	EB	Ca	
23/1	33	12	11.6	335	268	11.6	118	4.7	4557.8	7.31	20	96	9.9	-16	3.15
23/1	36	13	12.4	124	237	10.6	123	5.2	4395.2	7.15	27	83	9.3	-19	3.25
24/1	35	12	18.6	960	187	8.33	131	4.8	2257.4	7.33	28	98	14	-11	3.68
25/1	35	12	17.4	384	201	7.41	131	5.6	16730	7.39	36	95	17	-9.3	6.6
26/1	29	10	15.2	287	234	8.24	134	5.9	12962	7.26	33	103	19	-12	6.1
27/1	28	9.6	16.8	293	211	6.80	135	-	4798	7.25	42	86	18	-8.9	6.7
28/1	27	9.9	15.8	212	223	6.87	136	5.2	-	7.33	38	79	19	-6.7	-
29/1	27	9.5	18.6	179	225	6.14	133	5.2	2301	7.30	31	88	18	-6.3	-
30/1	31	10	22.1	156	268	6.86	135	5.5	1700	7.33	36	82	19	-6.3	3.8

Fe-cha	Hto	Hb	GB	Pq	Cr	Na	K	Cl	pH	pCO ₂	pO ₂	HCO ₃	EB	Ca	
31/1	28	9.6	19.1	191	229	5.68	133	5.5	1727	7.35	36	82	19	-5.6	6.7
1/2	25	8.5	15.1	131	213	5.46	133	5.0	1558	7.37	36	89	21	-4.9	6.9
2/2	25	8.3	14.8	155	236	5.9	135	5.6	1640	7.39	34	84	20	-4.3	6.3
3/2	25	8.4	15.5	214	176	4.7	137	5.3	1727	7.35	44	69	23	-1.7	7.7
4/2	19	6.4	8800	196	208	5.78	139	5.7	1224	7.35	38	96	20	-4.8	4.1(1)
4/2	-	-	-	175	484	137	5.2	1430	7.41	34	76	21	-3.1	7.9	
5/02	23	7.9	10.4	197	195	5.0	139	4.9	-	7.36	35	92	21.3	-3.9	9.7
6/02	24	8.0	6600	219	137	5.27	140	5.3	849	7.34	40	69	21	-4.3	6.3
7/02	23	7.6	5140	254	192	4.36	140	4.9	371	7.38	35	74	20	-4.1	5.9
8/02	20	6.6	4280	243	199	4.96	142	4.7	-	7.30	42	84	23	-1.6	7.5
9/02	24	8.1	4580	259	161	3.89	142	4	230	7.39	41	106	25	0.3	-
11/02	25	8.4	8540	370	144	3.47	145	3.1	102	7.43	42	94	27	3.5	-
13/02	23	7.4	6870	423	111	2.90	149	2.6	105	7.44	44	51	29	5.6	12.9
15/02	27	8.5	8260	525	98	1.99	141	4.6	104	7.43	40	87	26	1.8	11
17/02	26	8.3	8980	560	83	1.58	139	4.3	104	7.43	37	77	24	0.0	-
19/02	28	8.9	8010	357	68	1.25	140	4.2	105	-	-	-	-	-	-
22/02	32	10	7358	442	67	0.88	138	5.1	105	7.39	35	95	21	-3.5	9
26/02	39	12	9250	306	67	0.8	136	5.0	102	7.35	43	34	24	-1.5	-
28/02	43	14	8130	255	61	0.97	138	5.7	100	7.30	54	21	26	0.3	-

Aclaración: Hto: Hematocrito(%); Hb: Hemoglobina(g/dl); GB: Globulos Blancos(x10⁹/L); Pq: Plaquetas(x10⁹/L); Cr: Creatinina(mg/dl); Na: Sodio(mmol/L); K: Potasio(mmol/L); Cl: Cloruro(mmol/L); pH: pH; pCO₂: Presión parcial de CO₂(mmHg); pO₂: Presión parcial de O₂(mmHg); HCO₃: Bicarbonato(mmol/L); EB: Exceso de bases(mmol/L); Ca: Calcio (mg/dl)

0393 REPORTE DE CASO: ENCEFALITIS UN RETO DIAGNÓSTICO EN TERAPIA INTENSIVA

J CASTAÑO PINZÓN(1), V ZÚCCARO(1), M DEGUARDIA(1), G GENOVESE(1), A ANTIK(1), PD CORONADO LUJÁN(1)
 (1) Durand.

Introducción: La encefalitis es un cuadro poco frecuente con substancial morbimortalidad. Según algunos reportes solo un 50% tiene un diagnóstico etiológico. Siendo en ocasiones complejo su abordaje y diagnóstico diferencial entre etiología infecciosa o inmunomediada. Se presenta un reporte de caso clínico de encefalitis posinfecciosa asociada a virus Saint Louis.

Presentación del caso: Paciente femenina de 40 años con antecedentes de vasculitis ANCA P positivo, en tratamiento con micofenolato mofetilo. Consulta por síndrome febril de 6 días de evolución, concomitantemente presenta cefalea, mialgias, vómitos y diarrea. Se interna en clínica médica, descartan dengue. Evoluciona con aparición de síntomas y signos neurológicos: desorientación, hemiparesia braquiocrural derecha, X par izquierdo, ataxia, nistagmo vertical espontáneo bidireccional y mioclonías. LCR: hiperproteíno-rraquia, pleocitosis a predominio monomorfonuclear. Tratamiento antimicrobiano empírico que se suspende tras cultivos y PCR virales negativos. Sospecha de encefalitis autoinmune, pulsos de metilprednisolona sin respuesta.

Pasa a UTI por progresión del cuadro neurológico, requiere intubación orotraqueal. EEG: encefalopatía difusa. TC de encéfalo: hipodensidad de la sustancia subcortical bilateral. RNM: secuela cavitada en corona radiada izquierda. Angiorresonancia sin alteraciones. Ante persistencia de los síntomas neurológicos y diagnóstico presuntivo de encefalitis autoinmune se infunde gammaglobulinas. Mejoría sintomática: FOUR SCORE 11/16 (4/2/4/1) con permanencia de mioclonías en miembros superiores. LCR, perfil inmunológico con resultados negativos y seroconversión para virus Saint Louis. Se reinterpreta el cuadro como encefalitis autoinmune asociada a encefalitis viral.

Discusión: Se presenta un caso de encefalitis de Saint Louis, diagnóstico serológico. Recibiendo tratamiento por diagnóstico presuntivo de encefalitis autoinmune con corticosteroides y gammaglobulinas con respuesta favorable a esta última. Por lo cual se sospecha concomitantemente encefalitis inmunomediada asociada al cuadro viral en paciente inmunocompetida.

La encefalitis es un cuadro de abordaje complejo especialmente en la determinación etiológica cuando los pacientes presentan factores de riesgo para diferentes causas.

Conclusiones: La encefalitis postinfecciosa es un proceso inflamatorio de etiología autoinmunitaria. Luego de un cuadro infeccioso, los síntomas clínicos se producen de forma brusca, son indistinguibles de los de las encefalitis, lo más característico y persistente son las convulsiones o mioclonías. Su manejo diagnóstico es igual al de la encefalitis infecciosa y su tratamiento está basado en inmunomoduladores.

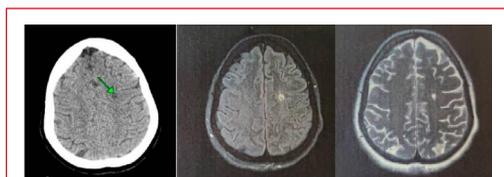


Imagen 1: TC encéfalo ingreso: Hipodensidad focal en centro semioval izquierdo, de carácter inespecífico sin otras alteraciones. Imagen 2 y 3: RMN a los 3 días. Secuela cavitada en corona radiada frontal izquierda, sin otras alteraciones

LCR FECHA	12/04/2024	15/04/2024	18/04/2024	19/05/2024
ASPECTO	Limpio incoloro	Hemorrágico rosado	Hemorrágico rojo	Limpio transparente
CENTRIFUGADO	Limpio bazo hematoc	Incoloro bazo hematoc	Ligeramente amarillo bazo hematoc	Limpio transparente
PROTEINORRAQUIA	84.7	124	79.1	58.2
GLUCORRAQUIA	42	48	73	60
RTO CELULAR	77	193	14	2
PREDOMINIO	monomorfonuclear	monomorfonuclear	hematíes cremados	
OBSERVACIONES CULTIVO	negativo	negativo	negativo	negativo

0396 ATÍPICA FORMA DE PRESENTACIÓN DE ENDOCARDITIS BACTERIANA

P DOMINGUEZ(1), G FERNÁNDEZ(1), A GARCÍA(1), S VIERA(1), P ARTAZA(1), V CUÉLLAR(1), S BARRIONUEVO ROBOYO(1), P ZENÓN(1), J IRIART(1)
 (1) CI Pueyrredon

Paciente masculino de 46 años con antecedentes de diabetes tipo II, obesidad, hipertensión arterial, sedentarismo y consumo de alcohol. Tras una exodoncia debido a un trauma facial, el paciente sufrió un accidente cerebrovascular (ACV) isquémico. Presentó astenia y una pérdida involuntaria de peso de 6 a 10 kg, además de disnea clase funcional III y tos productiva.

La disnea progresó junto con hemoptisis y fiebre, y se observó anemia severa, leucocitosis y coagulopatía. Presentaba hemorragia subconjuntival, petequias, soplo holosistólico mitral e hipoventilación en los campos pulmonares. El diagnóstico inicial fue neumonía y posible endocarditis infecciosa. Se administró transfusión, vitamina K y hemocultivos.

El ultrasonido abdominal mostró esplenomegalia. Los análisis revelaron Coombs negativo y haptoglobina aumentada. El ecocardiograma transtorácico (ETT) indicó vegetaciones en las válvulas mitral y aórtica, con regurgitación mitral moderada a severa y aórtica leve, y signos de sobrecarga de volumen. Se diagnosticó endocarditis infecciosa bivalvular con falla cardíaca y hemoptisis, con indicación de reemplazo bivalvular en un centro de mayor complejidad por falta de Ecocardiografía transesofágica en la institución. Con impresión diagnóstica de insuficiencia cardíaca aguda secundaria endocarditis infecciosa, originada por un foco odontógeno con hallazgo de síndrome mieloproliferativo.

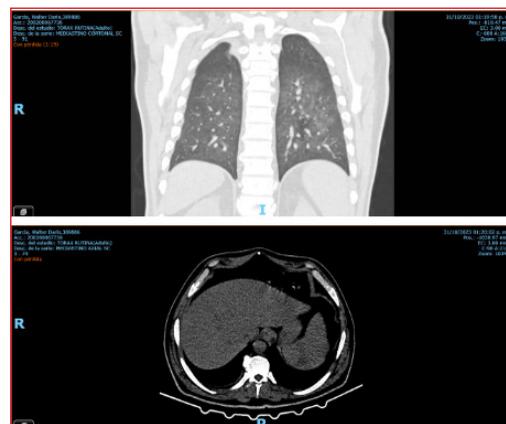
El paciente fue ingresado a la UTI con un SOFA de 14. Presentó fiebre nocturna, oliguria, necesidad de sostén hemodinámico y respiratorio con cánula alto flujo (CAF).

Desarrolló bacteriemia y deterioro ventilatorio con desaturación, hemoptisis, escalofríos e insuficiencia respiratoria, con hemorragia alveolar. Se intuba, se conecta ARM, se ajustaron los antibióticos y otros tratamientos logrando estabilización.

El paciente fue trasladado a una institución de mayor complejidad para cirugía bi valvular, pero falleció 48 horas después de su ingreso.

Discusión: Considerando la sintomatología, los diagnósticos diferenciales incluyen leucemia mieloide aguda, policitemia vera, trombocitemia esencial y mielofibrosis. La ausencia de fibrosis medular y trombocitosis llevó al diagnóstico de síndrome mieloproliferativo BRC-ABL negativo. Las medidas de tratamiento incluyen hidroxiurea, ruxolitinib y trasplante de médula ósea.

Conclusión: No fue posible ofrecer el tratamiento adecuado a un paciente con endocarditis infecciosa con necesidad de reemplazo bi-valvular, con posterior diagnósticos post mortem de síndrome mieloproliferativo.



0397 TRASPLANTE HEPÁTICO DE EMERGENCIA: FALLA HEPÁTICA AGUDA VERSUS FALLA HEPÁTICA AGUDA SOBRE CRÓNICA. REPORTE DE CASO

SM PRATI(1), S VILLARROEL(1), S GIANNASI(1), S SAORI(1)
(1) Italiano

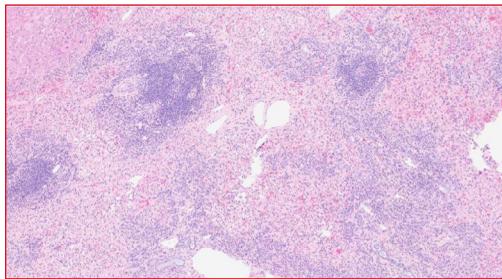
Introducción: La principal causa de trasplante hepático de emergencia en Argentina es la falla hepática fulminante; condición clínica con alta mortalidad caracterizada por injuria hepática (anormalidad de hepatograma), coagulopatía y encefalopatía.

La activación en lista de emergencia depende del protocolo Glasgow 7, teniendo como objetivo identificar la encefalopatía hepática. La disfunción hepática de estas características puede ser secundaria a falla hepática aguda y falla hepática aguda sobre crónica, dos entidades con distinto pronóstico y terapéutica de sostén en la terapia intensiva.

Comentamos el caso de una paciente trasplantada de emergencia secundaria a falla hepática aguda interpretada inicialmente como falla hepática aguda sobre crónica.

Caso clínico: Paciente femenina de 56 años, con antecedente de hepatitis A a los 32 años y fibrosis pulmonar idiopática en tratamiento con pirfenidona, con cuadro clínico caracterizado por dolor abdominal, ictericia y alteración del hepatograma agregando encefalopatía grado 1 a los diez días de inicio de los síntomas, se decidió derivación a nuestro centro, evolucionó con progresión a grado 4 y mayor coagulopatía en una semana; tomografía con signos de hepatopatía crónica y doppler transcraneal sin hipertensión endocraneana. Se trasplantó a los 13 días de inicio de síntomas; en la biopsia de explante se observó necrosis hepática submasiva con ausencia de fibrosis reinterpretado como falla hepática aguda de etiología autoinmune.

Conclusión: El comportamiento de la falla hepática en la terapia intensiva y la activación de trasplante hepático de emergencia requieren un monitoreo, sostén hemodinámico y neurológico con el fin de poder aumentar la sobrevivencia posterior al trasplante. Es imprescindible poder diferenciar la falla hepática aguda y falla hepática aguda sobre crónica aunque en casos complejos, los estudios complementarios podrían ser discordantes, la derivación precoz a centros de alta complejidad con unidad de trasplante permiten el rápido accionar ante progresión clínica.



0398 DESAFIANDO LAS ESTADÍSTICAS: TROMBECTOMÍA EN UNA JOVEN DE 15 AÑOS

P DOMINGUEZ(1), G FERNÁNDEZ, R LÓPEZ, MM TÁRTARA, F HERNÁNDEZ, R VARGAS MARTÍNEZ, S VIERA, N RIZZO, Á VALTORTA
(1) CI Pueyrredon

El ACV isquémico tiene una alta incidencia en Argentina. Las consultas dentro del periodo de ventana dependen de factores difíciles de manejar para el sistema de salud. Considerar la trombectomía mecánica en pacientes con evolución menor a 24 horas amplía las repercusiones positivas, impactando la calidad y los costos de vida post evento.

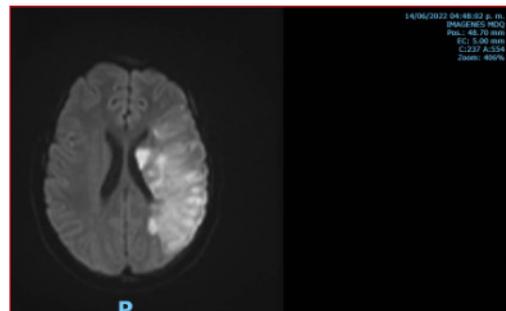
Paciente femenina de 15 años, con anticonceptivos orales (ACO) debido a metrorragias. La paciente experimentó vómitos propulsivos

nocturnos, alteración en la marcha y afasia expresiva. La tomografía computarizada (TAC) realizada en el Hospital Interzonal General de Agudos (HIGA) no mostró evidencia de sangrado, pero sí una hiperdensidad en la arteria cerebral media izquierda. Fue derivada e ingresó 10 horas después del inicio de los síntomas, fuera de la ventana para fibrinolíticos. Se encontraba vigil, respirando espontáneamente, hipertensa, con ritmo sinusal, hemiplejía braquiocrural derecha (1/5) y afasia expresiva. Análítica en rango.

El diagnóstico inicial fue déficit neurológico focal agudo isquémico, probablemente relacionado con anticonceptivos. Debido a la magnitud de la lesión y la edad de la paciente, se decidió una trombectomía mecánica urgente en un centro especializado. La paciente evolucionó con edema maligno, requiriendo neurocirugía con monitoreo de presión intracraneal (PIC). Tuvo una lenta evolución favorable con secuela motora.

Discusión: No se encontraron referencias bibliográficas que respalden la realización de este procedimiento en menores de 18 años, lo que convierte este caso en un potencial centinela para su aplicación.

Conclusión: Es crucial considerar la trombectomía mecánica en casos de ACV isquémico que afectan las divisiones M1 y M2 de la arteria cerebral media dentro del rango de ventana de 24 horas



0399 INCIDENCIA DE INJURIA RENAL AGUDA EN PACIENTES CON SHOCK SÉPTICO: DOSIS CRECIENTES DE NORADRENALINA VERSUS ASOCIACIÓN DE NORADRENALINA Y VASOPRESINA EN SANATORIO ALLENDE, CÓRDOBA

EL ROMERO(1), MA VILLEGAS(1), R COPELLO(1), V OLIVA(1), I VILLARRUEL USIN(1), GU VILLAVAZA(1), M BONO(1), G BONGIORNI(1)

(1) Sanatorio Allende

Introducción: La sepsis es una disfunción orgánica potencialmente mortal causada por una respuesta desregulada del huésped a la infección afectando hasta el 15% de los pacientes en unidades de terapia intensiva (UTI). El shock séptico se caracteriza por hipotensión arterial persistente a pesar de una adecuada expansión hídrica, requiriendo soporte vasopresor para mantener una presión arterial media (TAM) > 65 mmHg y niveles de lactato sérico \geq 2 mmol/L. Una complicación común es la injuria renal aguda (IRA). Se presenta en el 40-50% de los casos, incrementando la mortalidad y el riesgo de enfermedad renal crónica.

Objetivos: Evaluar la incidencia de IRA en pacientes con shock séptico en UTI del Sanatorio Allende y comparar la eficacia de noradrenalina

nalina sola versus la combinación de noradrenalina y vasopresina. **Materiales y Métodos:** Estudio prospectivo y observacional. Incluyó pacientes de 18 a 80 años con diagnóstico de shock séptico y función renal normal al ingreso. Se evaluó la progresión de IRA utilizando la clasificación AKIN, así como la necesidad de hemodiálisis y la mortalidad.

Resultados: Se analizaron 14 pacientes (71% hombres, 29% mujeres) con una edad promedio de 47 años. Entre los pacientes que recibieron noradrenalina sola, 6 de 8 desarrollaron IRA. En el grupo que recibió la combinación de noradrenalina y vasopresina, todos los pacientes (6 de 6) desarrollaron IRA. No hubo diferencias significativas en la incidencia de IRA entre ambos grupos, salvo una asociación significativa a las 24 horas ($p = 0.02$). No se encontraron diferencias en la necesidad de hemodiálisis ni en la mortalidad.

Discusión y Conclusión: Los resultados sugieren que el régimen vasopresor puede influir en la incidencia de IRA en pacientes con shock séptico. Contrario a lo esperado, la combinación de noradrenalina y vasopresina mostró una mayor incidencia de IRA frente a noradrenalina sola. Este hallazgo podría deberse a factores no controlados en el estudio, como la dosis total, un tiempo tardío de asociación, uso de antibióticos nefrotóxicos y manejo de fluidos. Se requieren investigaciones adicionales para confirmar estos resultados y explorar los mecanismos subyacente

Características demográficas y clínicas de los pacientes en estudio		
N = 14		
Edad (en años)	Media 47.71 (34-73)	DE +/-10.10
Sexo n (%)		
Masculino	10	71%
Femenino	4	29%
HTA	5/14	36%
Diabetes	2/14	14%
Oncológico	4/14	29%
Inmunocompromiso	7/14	50%
Otros*	5/14	36%

	Noradrenalina	Noradrenalina + Vasopresina
POBLACIÓN N=14	8	6
	AKIN A LAS 24 HORAS N=14	
Sin AKI	62.50%	0%
AKI I	0%	50%
AKI II	12.50%	0%
AKI III	25%	50%
	AKIN A LAS 72 HORAS N=13	
Sin AKI	38%	0%
AKI I	25%	17%
AKI II	12%	0%
AKI III	25%	67%
	AKIN A LAS 96 HORAS N=12	
Sin AKI	38%	0%
AKI I	25%	0%
AKI II	0%	0%
AKI III	38%	67%

0400 ANGIOPATÍA AMILOIDE INFLAMATORIA: DEVELANDO UNA ETIOLOGÍA INFRECUENTE DE ACCIDENTE CEREBROVASCULAR

CS OSUNA(1), LM RODRIGUEZ(1), S GASPAROTTI(1), FP BERTOLETTI(1), LP RUIZ RODRIGUEZ(1), LE BOTTAZZI(1)
 (1) Clínica San Jorge

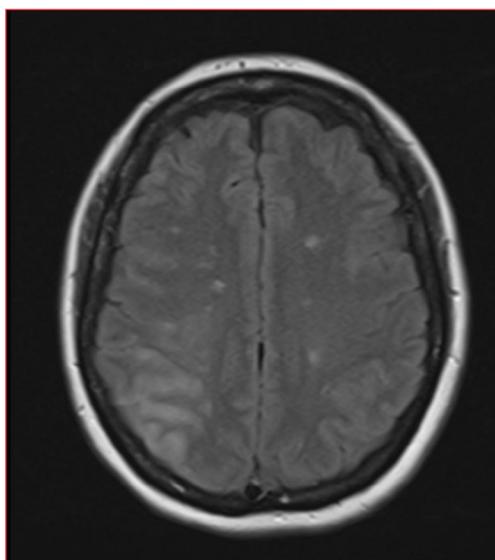
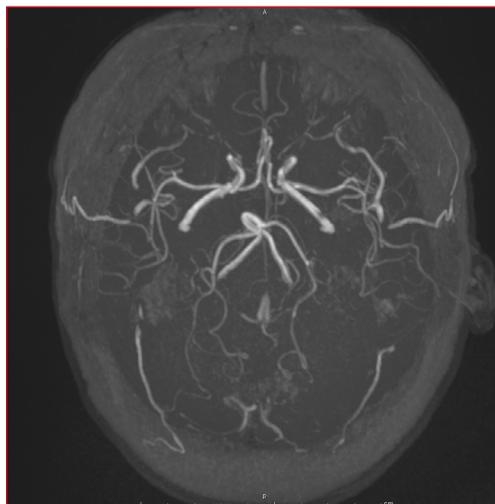
Introducción: El accidente cerebrovascular (ACV) es una emergencia neurológica clasificada en isquémica y hemorrágica, causadas por trombosis, embolia, hipoperfusión o hemorragia intracerebral/subaracnoidea, menos comunes son la disección arterial, trombosis venosa y la angiopatía amiloide inflamatoria (AAI).

Caso clínico: Se describe el caso de un paciente de 37 años con hipertensión arterial y glomerulopatía en tratamiento con meprednisona

y micofenolato, ingresó con hemiparesia izquierda, heminegligencia y disartria. La resonancia magnética (RMN) reveló isquemia en territorio correspondiente a arterias cerebrales medias, estrechamiento de las carótidas y áreas hemorrágicas. Los estudios inmunológicos y cardiológicos fueron negativos. Ante la sospecha de síndrome antifosfolípido (SAF), se anticoagula. Sin embargo, el paciente fue readmitido posteriormente debido a crisis focales, con hallazgos en la tomografía: hipodensidad corticosubcortical en el lado derecho, con focos de hemorragia aguda. Se interrumpió el tratamiento anticoagulante y se iniciaron antiepilépticos. La arteriografía cerebral descartó vasculitis. Se planteó la posibilidad de vasculitis vs angiopatía amiloide inflamatoria, y se decidió tratar al paciente con rituximab. Como resultado, la paciente fue dada de alta con mejoría clínica.

Discusión: La AAI se caracteriza por el depósito de proteína beta-amiloide en la pared de las arterias cerebrales. La manifestación más frecuente es la hemorragia intracerebral espontánea, también deterioro cognitivo, crisis epilépticas, déficit neurológico focal o cefalea. En la forma inflamatoria se produce una respuesta autoinmune, con inflamación vascular o perivascular. El diagnóstico se realiza con la sintomatología y los hallazgos de RM: imágenes hiperintensas en secuencias T2 y FLAIR corticales y subcorticales en uno o más territorios lobares, microhemorragias en la región cortico subcortical.

Conclusión: La AAC, siendo rara, requiere descartar causas comunes y reconocer los hallazgos radiológicos para diagnóstico precoz y tratamiento inmunosupresor, mejorando secuelas y previniendo recurrencias sin necesidad de biopsia.



0402 INDICACIÓN NO RENAL DE TERAPIA DE REEMPLAZO RENAL CONTINUA. REPORTE DE CASO

LS ABARCA(1), J BERNASCONI(1), E CORNU(1), E MANRIQUE(1), M BARREIRO(1), R AVILA(1)
(1) Hospital Privado Universitario de Córdoba

Introducción: La hiponatremia es común en pacientes con cirrosis terminal en espera de trasplante hepático. La terapia de reemplazo renal continuo (TRRC) puede mejorar la hiponatremia severa preoperatoria, lo que beneficia los resultados neurológicos posoperatorios. Sin embargo, durante el trasplante, los pacientes reciben grandes volúmenes de líquidos y hemoderivados con alta concentración de sodio, lo que puede causar desequilibrios osmóticos y aumentar el riesgo de mielínolisis pontina central, una complicación grave con alta morbimortalidad.

Procedimiento: Se implementó TRRC durante el perioperatorio utilizando hemodiafiltración venovenosa continua con el objetivo de corregir la hiponatremia de manera controlada. Se combinaron líquidos dializantes con agua destilada para elevar el sodio gradualmente, evitando aumentos superiores a 8 mEq/L/día y cambios osmóticos bruscos. Durante el día 1, se elevó el sodio sérico intraoperatoriamente de manera progresiva y controlada, considerando el alto volumen de hemoderivados y líquidos de reposición recibidos. Posteriormente, se ajustaron los líquidos dializantes añadiendo agua destilada según el sodio estimado, logrando aumentar los niveles de sodio gradualmente (Gráfico 1). Tras el procedimiento, la paciente presentó fallo renal agudo grado III, pero la TRRC continuada permitió un mejor manejo de la acidosis metabólica y el balance hídrico, evitando la sobrecarga de líquidos mediante ajustes en dosis y ultrafiltrado (Gráfico 2). A los 15 días, una resonancia magnética cerebral descartó signos de mielínolisis pontina o extrapontina.

Discusión: Nuestro caso resalta la importancia de la TRRC en el manejo de la hiponatremia severa durante el procedimiento quirúrgico. La modificación en la composición de los líquidos dializantes así como la manipulación de líquidos afluentes permitió un control preciso de los niveles de sodio plasmático y una gestión adecuada de los fluidos intraoperatorios. Esto fue fundamental para prevenir cambios osmóticos bruscos y minimizar el riesgo de complicaciones neurológicas.

La implementación de una estrategia de balance hídrico negativo ayudó a evitar la sobrecarga de líquidos y sus efectos adversos postoperatorios.

Conclusión: Los hallazgos de este reporte de caso subrayan la importancia de considerar terapias no convencionales en pacientes cirróticos en espera de trasplante hepático y sugieren que la TRRC puede ser valiosa en el tratamiento de la hiponatremia severa.

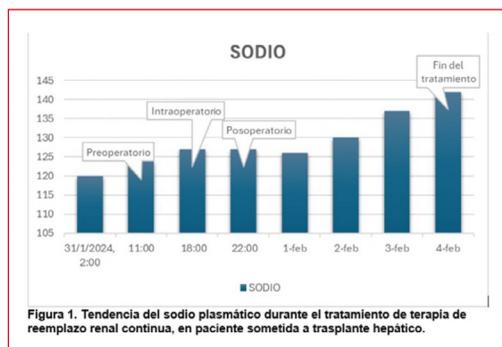


Figura 1. Tendencia del sodio plasmático durante el tratamiento de terapia de reemplazo renal continua, en paciente sometida a trasplante hepático.

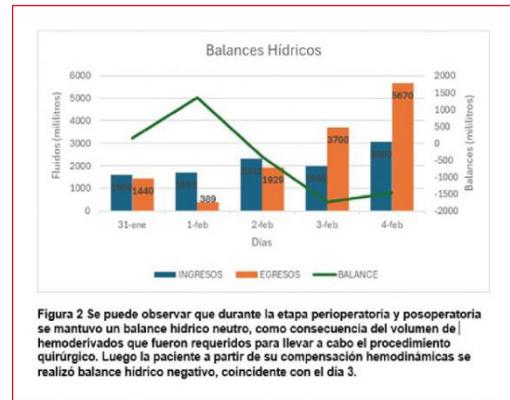


Figura 2 Se puede observar que durante la etapa perioperatoria y posoperatoria se mantuvo un balance hídrico neutro, como consecuencia del volumen de hemoderivados que fueron requeridos para llevar a cabo el procedimiento quirúrgico. Luego la paciente a partir de su compensación hemodinámica se realizó balance hídrico negativo, coincidente con el día 3.

0403 HEPATITIS AGUDA GRAVE, COMO DEBUT DE LEUCEMIA MIELOIDE AGUDA

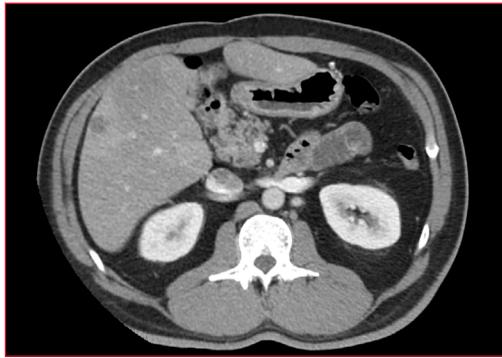
CS OSUNA(1), LM RODRIGUEZ(1), S GASPAROTTI(1), FP BERTOLETTI(1), LE BOTTAZZI(1)
(1) Clínica San Jorge

Introducción: La hepatitis aguda grave (HAG) se caracteriza por la elevación de transaminasas y la coagulopatía en ausencia de encefalopatía. En ocasiones, puede ser un componente del síndrome hemofagocítico (SHF), el cual puede desarrollarse como una complicación de neoplasias hematológicas, principalmente de estirpe monocítica.

Caso clínico: Se presenta el caso de un paciente de 57 años con antecedentes de pielonefritis, nódulo hepático y plaquetopenia en estudio, quien ingresó a la unidad de terapia intensiva debido a un cuadro de hepatitis aguda grave. El paciente también presentaba síndrome anémico, plaquetopenia y leucocitosis. Tras descartar patologías virales y reumatológicas, se recibió un informe de citometría de flujo en sangre periférica que mostraba un porcentaje de blastos del 40%, lo que sugirió la posibilidad de leucemia mieloide aguda (LMA). Se inició soporte transfusional y corticoterapia, y se solicitó la aeroevacuación a un centro de mayor complejidad.

Discusión: En la evaluación de la HAG, es crucial descartar las causas virales y farmacológicas comunes, así como considerar otras causas menos frecuentes como el síndrome hemofagocítico (SHF). Este síndrome se manifiesta con diversos síntomas, incluyendo fiebre, bicitopenia, hepatoesplenomegalia, hiperferritinemia, insuficiencia renal, alteraciones del coagulograma y elevación de enzimas hepáticas, entre otros. Se clasifica en primario (asociado a mutaciones genéticas) y secundario (desencadenado por factores como infecciones o quimioterapia). La incidencia anual estimada de la relación entre SHF y LMA es de aproximadamente 1 por cada 800,000 individuos, con una edad media de presentación de 50 años y una mortalidad que oscila entre el 40% y el 70%.

Conclusión: El análisis minucioso de las causas de la hepatitis aguda grave es fundamental para orientar un tratamiento adecuado. Además de descartar las causas más frecuentes, es esencial tener en cuenta el síndrome hemofagocítico (SHF) ante la presencia de otras disfunciones orgánicas agudas, dada su elevada tasa de mortalidad. Posteriormente, se requiere una evaluación exhaustiva para identificar la causa subyacente, incluyendo posibles neoplasias como la leucemia mieloide aguda (LMA).



0404 BOTULISMO ALIMENTARIO. A PROPOSITO DE UN CASO V ZEBALLOS(1), S NESTERUK(1) (1) Ramon Carrillo

Introducción: El botulismo alimentario del adulto (BAA) es una toxoinfección por ingesta de alimentos contaminados con neurotoxinas producidas por *Clostridium botulinum*, es poco frecuente pero potencialmente fatal sin tratamiento específico precoz.

Caso clínico: Femenina de 63 años con antecedentes patológicos de hipertensión arterial e hipotiroidismo, consulta por diplopía, disartria, disfagia y disbasia de 36 horas de evolución, se realiza tomografía de cráneo la cual se encuentra dentro de parámetros normales. Neurológicamente con Glasgow 15/15, cuadriparesia 4/5, ROTs y tusígeno conservados, sin meningismo, líquido cefalorraquídeo normal.

Progres a insuficiencia ventilatoria, se conecta a asistencia respiratoria mecánica.

En ventana de sedación obedece órdenes, pupilas hiporreactivas, ptosis y oftalmoplejía bilateral, reflejo tusígeno ausente.

Ingresa derivada de otra institución al Servicio de Cuidados Intensivos de nuestro hospital 24 horas después, con midriasis arrefléctica, mirada central, conjugada y fija, reflejos oculo vestibulares y oculocefálicos ausentes, obedecía órdenes con cuadriparesia proximal. Se sospecha patología de placa neuromuscular, se solicita electromiograma, el cual es compatible con bloqueo en unión neuromuscular, y detección de Toxina botulínica tipo A en suero y materia fecal, la cual fue positiva.

Familiar refiere ingesta de conserva en mal estado 5-6 días antes. Inicia antitoxina botulínica 10000 U/día. Sin mejoría.

Evoluciona con múltiples intercurencias (Tabla 1), se realizó traqueostomía percutánea precoz y rehabilitación fonoaudiológica y motora.

Permaneció internado 227 días en el Servicio, con recuperación de funciones motoras sin secuelas.

Laboratorio: Hemoglobina 10,7 mg/dl Leucocitosis 15400 ul. Resto normal

TAC tórax: Atelectasia izquierda, infiltrado basal derecho. (Figura 1)

Discusión: El botulismo debe considerarse como diagnóstico diferencial ante debilidad simétrica descendente asociada con neuropatía simétrica craneal aguda. Ante un caso sospechoso la antitoxina debe iniciarse inmediatamente ya que el tiempo disminuye su eficacia.

Nuestra paciente presentó un cuadro típico con progresión a insuficiencia ventilatoria por parálisis respiratoria. Recibió tratamiento específico a las 72 horas del inicio y cursó evolución con complicaciones habitualmente asociadas a la internación prolongada.

Conclusión: El BAA suele ser subdiagnosticado, o diagnosticado tardíamente, demorando o imposibilitando el tratamiento específico, el cual disminuye la progresión a insuficiencia respiratoria y ARM. Por ello debe mantenerse un alto nivel de sospecha ante estos casos.



Tabla 1

Intercurrencias durante la internación y sus Tratamientos	
Neumonía por broncoaspiración	Ampicilina/Sulbactam
NAVM	Cefepime/Vancomicina
Atelectasia pulmonar izquierda	Maniobras kinésicas y PEEP 6-8
Constipación pertinaz	Enemas evacuantes y de Murphy
ITU por <i>Klebsiella Pneumoniae</i>	Cefepime
Muguet Oral	Fluconazol
ITU por <i>E. Coli</i>	Ampicilina Sulbactam
Crisis de Ansiedad	Abordaje y tratamiento por Salud Mental

0405 ROMBENCEFALITIS COMO UNICA MANIFESTACION DE TUBERCULOSIS EN PACIENTE INMUNOCOMPETENTE: REPORTE DE CASO Y RAMIREZ COLOMBRES(1) (1) Clinica de Imagenes

Introducción: La tuberculosis del sistema nervioso central constituye una de las formas extrapulmonares menos frecuentes, siendo rara como única manifestación en pacientes inmunocompetentes.

Presentación del caso: Paciente de 31 años, obeso. Inicia con cefalea y fiebre agregando tras 3 semanas conductas inapropiadas por lo que es llevado a Hospital de ciudad de origen donde realizan PL que evidencia pleocitosis a predominio de monomorfonucleares. Intercurre con estatus convulsivo, se vincula a asistencia respiratoria mecánica y derivan a efector de mayor complejidad donde inician tratamiento empírico con ceftriaxona y aciclovir por 7 días. Evoluciona con fallo multiorgánico y estatus superrefractario e inicia pulsos de corticoides. RMN de encéfalo con contraste sugiere proceso inflamatorio-infeccioso con extensión bulbo-protuberancial y medular. Por mala evolución derivan a nuestro centro. Se toma muestra de LCR: ligera proteinorraquia, 100 leucocitos, 90% monomorfonucleares. Serologías para VIH negativa. Se interpreta como meningoencefalitis de causa infecciosa vs. autoinmune vs. paraneoplásica. Inicia tratamiento antituberculoso empírico, recibiendo luego la confirmación con PCR de infección por *M. tuberculosis*. Evoluciona en 48h a muerte bajo criterios neurológicos.

Discusión: La afectación meníngea es infrecuente sin otras manifestaciones de tuberculosis y en pacientes inmunocompetentes, más raramente existe compromiso de rombencéfalo. En nuestro medio es un diagnóstico a tener presente por la alta prevalencia de tuberculosis y su alta mortalidad. El tratamiento empírico precoz debe garantizarse en pacientes con hallazgos clínicos, radiológicos y de laboratorio compatibles.

Conclusión: La sospecha clínica alta debe mantenerse para garantizar un tratamiento precoz ya que determina el pronóstico.

0407 ASISTENCIA RESPIRATORIA MECÁNICA E INSUFICIENCIA RENAL AGUDA EN COVID-19: UN ESTUDIO RETROSPECTIVO

M GIMENEZ PECCI(1), P COSENTINO(1), D VARGAS(2), M MUGNO(1), M FURCHE(1), A DURAN(1), R YUCRA(1), V MUÑOZ(1), C ALQUICHIRE(1), P ETCHEMENDI(1), C RODRIGUEZ(1), A CARDENAS(1), PN RUBATTO(1)

(1) Sanatorio Otamendi. (2) Sanatorio Otamendi

Introducción: En pacientes críticos la asistencia respiratoria mecánica (ARM) es frecuente. Adicionalmente, la insuficiencia renal aguda (IRA) se presenta en al 2/3 de estos pacientes. Se ha demostrado que la presencia simultánea de estos síndromes está asociado con peores resultados. Nuestra hipótesis es que los parámetros ventilatorios en pacientes con COVID 19 estarían asociados al desarrollo de IRA. Nos propusimos la asociación entre los parámetros de la ventilación mecánica y el desarrollo de IRA durante los primeros 7 días de internación en unidad de cuidados intensivos (UCI).

Métodos: Se realizó un estudio observacional retrospectivo de pacientes con COVID-19 en ARM durante 2020-2021. Se consideró IRA de acuerdo a KDIGO 2012. Se analizaron variables demográficas y respiratorias, escalas de riesgo, y resultados.

Resultados: Se incluyeron 286 pacientes con COVID-19 en ARM, se analizaron 229 (80%). La IRA estuvo presente en 76 pacientes (33.2%). Los pacientes fueron mayores (68 vs. 64 años; $p=0.015$) y presentaron BMI más elevado (30 ± 5 vs 27 ± 5 , $p=0.015$; respectivamente). Además, estuvieron más graves en las primeras 24hs (APACHE II 18 ± 7 vs 16 ± 6 , $p=0.008$). Sin embargo, el Charlson, SOFA ingreso y SOFA primer día no fueron diferentes.

Si bien el volumen corriente, el ΔP fueron similares entre los grupos. PEEP y presión plateau fueron significativamente diferentes (14 ± 3 vs 13 ± 3 cmh₂O, $p=0.018$ y 25 ± 3 vs. 23 ± 4 , $p=0.043$). Por otro lado, si bien el poder mecánico fue elevado, pero no fue diferente entre los grupos. La mortalidad de los pacientes con IRA fue 59.2%

Conclusión: Los pacientes con IRA en ARM por COVID 19 presentaron niveles de PEEP y plateau significativamente elevados y estuvieron más graves al ingreso. Sin embargo, no observamos diferencias significativas con predictores como volumen corriente y ΔP . Se requieren estudios prospectivos para confirmar estas diferencias.

0408 STREPTOCOCCUS PYOGENES: EXPERIENCIA EN NUESTRO NOSOCOMIO

C PETTOROSSO(1), C PETTOROSSO(2), PB PAHNKE(2), AD BUJEDO(2), C VIGNETTA(2), V BIANCO(2), JL ALPILANEZ(2)

(1) Hospital Municipal de Urgencias. (2) Hospital de Urgencias

El aumento en los últimos años de casos detectados de infección por Streptococcus pyogenes y sus presentaciones clínicas cada vez más agresivas han generado una alerta a nivel mundial. Se registraron una serie de casos de infecciones invasivas provocados por esta bacteria, lo que ha despertado la necesidad de comprender mejor su epidemiología y las implicancias clínicas asociadas.

Se realizó un estudio retrospectivo, observacional y analítico. En el hospital Municipal de Urgencias de Córdoba desde 01 de Enero de 2023 hasta 31 de Enero de 2024 con los pacientes diagnosticados mediante cultivos con infección por Streptococcus pyogenes.

Se obtuvo una muestra total de 5 pacientes con diagnóstico de infección invasiva, de los cuales, el 50 % cursó con complicaciones, como es la neumonía bilateral, y síndrome compartimental. Se requirió tratamiento antibiótico dirigido adecuado.

Este aumento en las infecciones invasivas, que afectan a individuos sanos inmunocompetentes de diversas edades, presentó una circulación mayor durante los períodos de invierno y primavera, y se pudo observar una relación con antecedentes previos de trauma de toda la población estudiada en nuestro hospital, representando un desafío significativo en la práctica clínica. La detección temprana y el tratamiento dirigido adecuado son pilares fundamentales para

mejorar los resultados y reducir la mortalidad asociada con esta enfermedad.

Ante un cuadro clínico compatible con infección invasiva por Streptococcus pyogenes, debe iniciarse de manera inmediata un tratamiento antimicrobiano de amplio espectro según las últimas actualizaciones de las normas para el manejo de dichas infecciones, previa toma de muestra para cultivo, y evaluar la necesidad de un toilette y desbridamiento quirúrgico precoz.

0409 ESTRIDOR LAIRNGEO COMO COMPLICACION POR INFECCION POR STREPTOCOCCO PYOGENES EN PACIENTE INMUNOCOMPETENTE. REPORTE DE CASO

J ARANIBAR MAMANI(1), A CANTOS(1), D ZERDA(1), C CHAVEZ(2), F FERREIRA(1), D ROGGENSACK(1), L SOLIZ(1), MB VAZQUEZ(1)

(1) Dr Cesar Milstein. (2) Dr Cesar Milstein

Introducción: El Streptococcus Pyogenes, es una bacteria Gram positiva que causa frecuentemente faringitis aguda. Comúnmente origina cuadros de vía aérea superior en menores de edad; en ocasiones, puede presentarse como una forma grave o invasiva, aumentando la morbimortalidad.

Es responsable de >500.000 muertes anuales en el mundo. El año 2023 desde la SE1 a la SE52 se notificaron 890 casos de infección invasiva de los cuales 118 (13,3%) corresponden a casos fallecidos. La tasa acumulada es de 1,91 casos y de mortalidad 0,24 casos cada 100.000 habitantes. Se presenta el caso de paciente adulto mayor inmunocompetente con insuficiencia respiratoria secundario a estridor laríngeo por Streptococcus Pyogenes (GAS).

Presentación del caso: Paciente de 59 años con antecedentes de artrosis y asma consulta por cuadro de 5 días de caracterizado por odinofagia y tos, progresando con dificultad respiratoria, es presentado a terapia intensiva por constatar estridor laríngeo iniciando tratamiento médico sin respuesta médica, requiriendo intubación orotraqueal, progresando con shock séptico. Tomografía de tórax informa en vidrio esmerilado bilateral iniciando tratamiento empírico ampicilina sulbactam y claritromicina. Rescate de aspirado traqueal por filmarray GAS 10>7 con posterior recuento significativo en cultivo rotando el tratamiento antimicrobiano dirigido durante 10 días. Progresó favorablemente realizando extubación simple y pase a sala general.

Discusión: La infección por GAS se produce por contacto directo por vía respiratoria o contacto por piel, en su mayoría los cuadros son leves, siendo poco frecuente las presentaciones invasivas, requieren un diagnóstico y tratamiento precoz ya que producen alta morbimortalidad aumentando el mismo por factor edad o patologías previas. La detección se realiza mediante cultivo o métodos moleculares.

Conclusión: En contexto del brote epidemiológico por GAS, debemos considerar que, si bien son causales infecciosas de vía aérea superior prevalentes en menores de edad, los adultos mayores que cursen con estridor laríngeo asociado a evento infeccioso, debemos considerar etiología no viral y orientar el diagnóstico precoz como también tratamiento oportuno.

0410 INFECCION NECROTIZANTE POR STREPTOCOCCO PYOGENES EN PACIENTE ANCIANO INMUNOCOMPETENTE. REPORTE DE CASO

AP CANTOS REINOSO(1), D ZERDA(1), J ARANIBAR(1), D ROGGENSACK(1), C CHAVEZ(1), F FERREIRA(1), L SOLIZ(1), R DOMÍNGUEZ(1)

(1) Cesar Milstein

El Streptococcus Pyogenes es un gram positivo con 80 serotipos diferentes produciendo una mortalidad del 25-50%. En noviembre de 2023 se reportaron 487 casos asociados a infecciones por dicha bacteria. La incidencia anual estima que 0.3 a 5 casos por 10000 personas fueron por infecciones cutáneas.

Presentación del caso: Paciente sin antecedentes ingresa 48 hs posterior a caída de su propia altura con lesión en mano derecha y tumefacción en línea media axilar ipsilateral asociada a fiebre, vómitos y dolor abdominal. Progresa lesión a macula violácea asociada a flictenas, concomitante a acidosis metabólica severa y falla renal, ingresando a terapia intensiva en falla multiorgánica. Se decide IOT evolucionando a shock refractario, se toman hemocultivos y cultivos de piel y partes blandas. Inicia antibioticoterapia empírica con piperacilina/tazobactam + clindamicina + vancomicina. Intercurre con rabdomiólisis y acidosis láctica; se realiza tomografía de tórax abdomen y pelvis con contraste informando: enfisema en piel y partes blandas. Evoluciono con progresión de fallas y óbito a las 24 hs. Cultivos post mortem hemocultivos 2/2 y cultivo de piel y partes blandas: *St. pyogenes* sensible a penicilina.

Discusión: La mionecrosis por *Streptococcus pyogenes* representan una patología de gran importancia clínica debido a su alta morbimortalidad las cuales dependen de la gravedad, siendo el 20% de los tipos de fascitis necrotizantes. La identificación temprana y el manejo adecuado son cruciales para prevenir complicaciones graves como en este caso, que lo síntomas primordiales de ingreso fueron el dolor abdominal, vómitos y fiebre, pasando por alto la lesión en la mano derecha como punto cardinal, relevante posterior en la unidad de cuidados intensivos.

Conclusión: La presentación de las lesiones traumáticas pueden ser el puntapié inicial para considerar en infecciones severas con compromiso sistémico por ser el antecedente más frecuente en las infecciones de piel y partes blandas.



0411 RECHAZO HUMORAL AGUDO EN TRASPLANTE HEPÁTICO

MB GARCIA GONZALEZ(1), JC MONTERROZA(1), H HUERTA(1)
(1) Aleman

Introducción: El rechazo agudo en el trasplante hepático sigue siendo una complicación significativa que puede comprometer la función del injerto y la supervivencia del receptor. El rechazo celular ha sido ampliamente estudiado, sin embargo el rechazo humoral agudo (RHA) es menos común pero igualmente importante de

conocer. Datos epidemiológicos sugieren que ocurre en aproximadamente el 1% de los pacientes trasplantados hepáticos, con una incidencia creciente en los últimos años.

Presentación: Paciente femenina de 27 años con antecedentes de Hepatitis autoinmune, Ingresó a UTI en POP de Trasplante Hepático. El procedimiento no presentó síndrome de reperfusión u otras intercorrientes. A las 96 hs evoluciona con fiebre de 38 grados, por lo que suspende inmunosupresión con tacrolimus e inicia tratamiento antibiótico empírico. Se realiza laboratorios que evidencia parámetros estables y tomografía que evidencia colección de 80 mm en epiplón gastrohepático, por lo que se procede a punzar. Evoluciono a las 24 hs con insuficiencia respiratoria hipoxémica con requerimiento de IOT asociada a hipotensión en contexto de franca peoria de laboratorio con bilirrubina total de 20 y transaminasas de 5000 y factor V de 28%.

Se realiza biopsia transyugular que informa signos histológicos de rechazo mediado por anticuerpos

Se solicitan anticuerpos donantes específicos que resultan positivos.

Discusión: La identificación del RHA en pacientes trasplantados hepáticos, plantea un desafío clínico debido a su baja incidencia y a la superposición de síntomas con otras complicaciones postoperatorias. En este caso particular, la paciente presentó complicaciones respiratorias y febriles en los días posteriores al trasplante hepático, lo que llevó a la suspensión del tacrolimus y el inicio de un tratamiento antibiótico empírico. Su presentación clínica, aunque enmascarada por otras complicaciones, finalmente reveló un deterioro agudo de la función hepática, lo que destacó la importancia de considerar el RHA en el diagnóstico diferencial con el objetivo de instaurar el tratamiento adecuado de forma precoz.

Conclusión: La atención meticulosa y la pronta identificación del RHA pueden ser cruciales para evitar complicaciones graves y mejorar los resultados en pacientes trasplantados hepáticos, destacando la importancia de mantener un alto índice de sospecha y una vigilancia activa en el manejo postoperatorio.

0413 PLASMAFÉRESIS EN SHOCK SÉPTICO REFRACTARIO: PRESENTACIÓN DE UN CASO

F GARCÍA SALGUERO(1), E CORNÚ(1), R AVILA(1)
(1) Hospital Privado Universitario de Córdoba

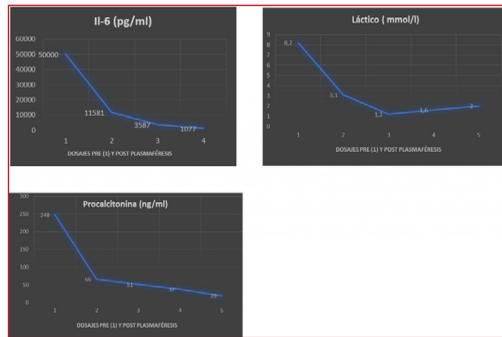
Presentamos un caso clínico en el que se utilizó la plasmaféresis como terapia de rescate en un paciente con shock séptico refractario después de un trasplante de médula ósea. La plasmaféresis demostró ser eficaz, mejorando la estabilidad hemodinámica y los marcadores inflamatorios.

Introducción: El shock séptico refractario representa un desafío en el manejo del shock séptico. A pesar de los avances en la comprensión de su fisiopatología, las opciones terapéuticas siguen siendo limitadas. La plasmaféresis terapéutica se ha propuesto como una estrategia prometedora

Reporte de caso: Presentamos el caso de un paciente masculino de 69 años con antecedentes de síndrome mielodisplásico y trasplante de médula ósea. El paciente desarrolló fiebre y shock séptico refractario. Se decidió realizar plasmaféresis por filtración de rescate. Después del procedimiento, el paciente mostró una mejoría clínica significativa, con estabilización hemodinámica y reducción de los marcadores inflamatorios.

Discusión: La plasmaféresis se ha considerado como una opción terapéutica en el shock séptico refractario, aunque su eficacia aún está en debate. Se ha propuesto que el procedimiento puede ayudar a eliminar mediadores inflamatorios y mejorar la respuesta inmunológica del paciente. Sin embargo, se requieren más estudios controlados para confirmar su beneficio clínico y establecer los criterios de selección adecuados.

Conclusión: En este caso, la plasmaféresis demostró ser una opción terapéutica efectiva en un paciente con shock séptico refractario. Lo que indica que en casos seleccionados podría constituir una estrategia adyuvante al tratamiento convencional. Es fundamental continuar investigando y evaluando su eficacia en estudios controlados para definir su papel en el manejo de esta compleja condición clínica.



0414 NEUMONÍA POR CHLAMYDIA PSITTACI EN EL ÁREA METROPOLITANA DE BUENOS AIRES: ANÁLISIS DE CASOS SEVEROS Y CONSIDERACIONES TERAPÉUTICAS
MJ OCHOA(1), MJ OCHOA(2), G ARÁN(2), V CHEDIACK(2), S KRUGLIANSKY(2), E CUNTO(2), M QUINTEROS(2)
(1) F. J. Muñiz. (2) F. J. Muñiz

Introducción: La psitacosis, causada por *Chlamydia psittaci*, es una zoonosis que frecuentemente se manifiesta con fiebre, cefalea, erupciones, mialgia y afecciones de las vías respiratorias. El tratamiento antibiótico de elección en adultos es la doxiciclina, como tratamientos alternativos los macrólidos y las fluoroquinolonas. En 2024, se registró un aumento de casos en el área metropolitana de Buenos Aires, lo que motivó una investigación epidemiológica.

Material y Métodos: Se analizaron dos casos severos de psitacosis tratados en un hospital público de Buenos Aires durante la semana epidemiológica 15 (SE15) de 2024. Ambos fueron confirmados por PCR específica para *C. psittaci*. Primer caso: Paciente de 43 años, ingresada en terapia intensiva el 8 de abril de 2024 por neumonía bilateral y conectada a ventilación mecánica. Inicialmente tratada con vancomicina y Piperacilina-Tazobactam, el tratamiento se cambió a vancomicina, doxiciclina y levofloxacina por 16 días, tras confirmarse *C. psittaci*. El 24 de mayo trasladaron a la paciente a terapia intermedia para continuar su tratamiento. Segundo caso: Paciente de 38 años, ingresada el 8 de abril de 2024 por neumonía bilateral, inicialmente tratada con ampicilina-sulbactam y claritromicina, se cambió a ampicilina-sulbactam, levofloxacina y doxiciclina por 14 días tras confirmarse *C. psittaci*. Fue dada de alta el 30 de abril.

Resultados y Discusión: Ambos casos fueron confirmados por técnicas moleculares, presentando neumonía severa que requirió soporte ventilatorio. Los tratamientos no siguieron las guías terapéuticas actuales, usando combinaciones de tetraciclinas con fluoroquinolonas y otros antibióticos, excediendo la duración recomendada de 10 días. Este manejo inapropiado puede contribuir al desarrollo de resistencia bacteriana.

Conclusión: La neumonía por *C. psittaci* es a menudo subdiagnosticada y representa un pequeño porcentaje de las neumonías adquiridas en la comunidad (NAC). La identificación depende en

gran medida de la historia clínica del paciente y su contacto con aves. Las guías recomiendan las tetraciclinas como tratamiento de primera línea, y los macrólidos o fluoroquinolonas como alternativas. El uso irracional de antibióticos tiene serias implicaciones, incluyendo resistencia bacteriana y efectos adversos. Es crucial adherirse a las guías para asegurar un uso racional y efectivo de los antimicrobianos.

Bibliografía: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/antimicrobial-resistance>

3- <https://www.sadi.org.ar/documentos/guias-recomendaciones-y-consensos/item/32-recomendaciones-intersociedades-para-el-uso-racional-de-antibioticos-en-uti-sadi-sati-ine-ade-ci>

0416 SHOCK SÉPTICO POR BACTERIEMIA A VIBRIO CHOLERAЕ NO O1: REPORTE DE CASO
T RAMIREZ(1), I SIMORE(1), ML BOURGHEZ(1), G RUSSO(1), C SANCHEZ(1), N CARRIZO(1)
(1) Sanatorio Diagnostico

Introducción: *Vibrio cholerae* es un bacilo gramnegativo, aerobio/ anaerobio facultativo. Existen más de 200 serotipos. La enfermedad del cólera es causada por cepas toxigénicas de los serogrupos O1/O139. Se caracteriza por diarrea que puede evolucionar con shock hipovolémico y trastornos hidroelectrolíticos.

El shock séptico secundario a bacteriemia a *Vibrio cholerae* no O1/O139 es poco frecuente. La escasa bibliografía con presentaciones graves motiva la selección del caso a exponer.

Presentación del caso: Paciente de 65 años, hipertenso, tabaquista y estilista, oriundo de Tostado, Santa Fe, Argentina.

Ingresó a Terapia Intensiva por hipotensión arterial con requerimiento de inotrópicos, desorientación y fiebre, asociados a diarrea acuosa sin disentería y sin dolor abdominal. Refería consumo de agua de lluvia recolectada y almacenada.

Al ingreso, se evidenciaron parámetros de falla multiorgánica (tabla 1), se tomaron hemocultivos y coprocultivo. Se inició antibioticoterapia empírica con ampicilina-sulbactam y ciprofloxacina. Luego de 24 horas, el servicio de bacteriología notificó el desarrollo en hemocultivos de *V. cholerae*. Se descartó inmunocompromiso por HIV. Se definió completar tratamiento por 7 días con ciprofloxacina, obteniendo recuperación completa de las fallas constatadas al ingreso.

Discusión: Las infecciones causadas por *V. cholerae* no O1/O139 tienen un amplio espectro, desde formas leves hasta shock, principalmente en inmunocomprometidos.

El caso presenta un paciente inmunocompetente que desarrolla shock séptico, con falla multiorgánica, tratándose como sepsis de la comunidad, sin considerar al agente etiológico final por la infrecuencia de su presentación.

El diagnóstico de certeza se obtiene con el resultado de hemocultivos, definiéndolo como caso confirmado de infección grave por *V. cholerae* no O1 tipificado en Instituto Nacional de Enfermedades Infecciosas "Dr. Malbrán".

Conclusión: Existen revisiones europeas que reportan hasta 50% de mortalidad en los casos de bacteriemia por *V. cholerae* no O1/O139 que progresan a shock. En Argentina, se han registrado pocos casos de bacteriemia, siendo la mayoría en huéspedes inmunocomprometidos, con cuadros leves y buena evolución clínica. Los mismos se relacionan con el descuido del saneamiento ambiental en los sectores sociales más vulnerables, lo que insta a no abandonar la vigilancia epidemiológica y profundizar los programas de urbanización.

Tabla 1 Resultados laboratorio de ingreso

Hemograma	
Hematies	4279000x10 ⁶ /mm ³
Hb	13.9 g/dl
Hto	41%
Leucocitos	13010/mm ³ N79% M 10%, L 7% B 4%
Acido base	
pH	7.44
PCO2	26.60 mmHg
PO2	133mmHg
Bicarbonato	17.8 mEq/L
EB	-4.8
Sat O2	99.1%
Coagulograma	
Plaquetas	68650/mm ³
TP	16 seg
KPTT	37 seg
Uremia	0.62 g/L
Creatinina	2.14 mg/dl
Acido láctico	26.17 mg/dl
PCR	Reactiva +
Hepatograma	
GPT	35 UI/L
GOT	59 UI/L
FAL	93 UI/L
Bil total	2.40 mg/dl
Bil directa	0.85 mg/dl
HIV	No reactivo
Coprocultivo	Negativo

0417 PLASMA FRESCO CONGELADO LOCAL EN COMPLICACIONES DE TRASPLANTE PULMONAR A PROPOSITO DE UN CASO CLINICO

A PEREZ FLORES(1), Y COLQUE(1), S GIANASSI(1), S BAUQUE(1), E WAINSTEIN(1), M PAGLIERI(1), A DIETRICH(1), S VILLARROEL(1)
(1) Italiano

Introducción: El trasplante pulmonar se asocia a complicaciones posquirúrgica de la vía aérea resultando una mayor morbimortalidad. La dehiscencia de la anastomosis bronquial, se considera una de las complicaciones tempranas más catastróficas en el postoperatorio inmediato con una incidencia del 1-10%. La naturaleza generalmente asintomática y la letalidad asociada a la dehiscencia de la anastomosis bronquial han hecho necesarias una broncoscopia de rutina.

Caso clínico: Paciente masculino de 66 años con antecedentes de Fibrosis pulmonar secundaria a enfermedad pulmonar intersticial por hipersensibilidad crónica, Hipertensión pulmonar y requerimiento de oxígeno domiciliario. Ingresa a terapia intensiva en el posoperatorio inmediato de trasplante unipulmonar izquierdo en noviembre de 2023; con requerimiento de Extracorporeal Membrane Oxygenation(ECMO) VVA, con buena evolución retirándose a las 24 hrs. Recibió profilaxis antibiótica, antifúngica y antiviral además de dosis de inmunosupresión de inducción y mantenimiento. Requiere traqueostomía por arm prolongado como complicación asociada a dehiscencia parcial de la anastomosis sin posibilidad de colocación de stent por mucosa friable. Se decide en ateneo multidisciplinaria realizar tratamiento con infusión local de plasma rico en plaquetas heterólogo de 40 cc en el día 36 y 43 del posoperatorio, con mejoría broncoscópica al control. En plan de descomplejización pasa a terapia intermedia donde evoluciona favorablemente en plan de weaning realizando traqueo en T,

con reconexión nocturna y rehabilitación kinesiológica motora y respiratoria.

Discusión: Dentro de las complicaciones quirúrgicas la dehiscencia de la anastomosis bronquial se considera una de las complicaciones tempranas más graves de la vía aérea posterior al trasplante. La presencia de una dehiscencia parcial también puede causar otras complicaciones, como una fístula entre bronquio y la membrana pleural.

Conclusión: La instilación intrapleural de PFC es un método factible para el tratamiento de dehiscencia de sutura postoperatorias. Se presenta este caso clínico por tratarse de un tratamiento innovador, inocuo, con resultados positivos, convirtiéndolo en una alternativa segura y prometedora a las opciones existentes.



0418 MANIFESTACIONES ATÍPICAS DEL DENGUE. A PROPOSITO DE 2 CASOS

J PEDRAZA CORONEL(1), NA AYBAR(2), N FERNANDEZ(2)
(1) Sanatorio San Lucas Tucumán. (2) Sanatorio San Lucas

Introducción: El dengue es una infección viral vectorial que suele cursar sin complicaciones, aunque se reconocen manifestaciones inusuales. Estudios sugieren que el virus dengue puede alterar los sistemas hematopoyéticos e inmunológicos por tiempo prolongado, lo que puede provocar síntomas persistentes o mayor riesgo de leucemia y enfermedades autoinmunes.

Presentación de casos: Caso 1: mujer, 13 años, diagnóstico de dengue, NS1 ELISA positivo, persistencia de fiebre, astenia, adinamia,

gingivorragia, pancitopenia. Ingres a UCI con 10 días de evolución y sangrados activos, requerimiento de múltiples transfusiones. Mala evolución clínica, descartandose patología infecciosa y hematoológica, se sospecha enfermedad reumatológica, inicia tratamiento inmunosupresor, presentando buena respuesta. Confirmación diagnóstica: Lupus Eritematoso Sistémico.

Caso 2: niña, 3 años, diagnóstico de dengue, NS1 Inmunocromatografía positivo, persistencia de fiebre, dolor abdominal y de miembro inferior izquierdo, manifestaciones atípicas de laboratorio (anemia, leucocitosis). Se amplian estudios, RMN con proceso expansivo, sólido, heterogéneo, mal definido, infiltración de estructuras adyacentes en hemipelvis izquierda, por sospecha de enfermedad hematoológica se realiza PAMO, patológica, con inmunofenotipo compatible con Leucemia Mieloide Aguda. Se interna en UCI para fase de inducción y prevención de lisis.

Discusión: La trombocitopenia es el hallazgo hematológico más frecuente, seguido por leucopenia y hemoconcentración. La anemia persistente, luego de corregida en caso de hemorragias graves, debe ser una manifestación que alerte a sospecha de diagnósticos diferenciales.

Conclusión: El dengue puede presentar evolución atípica, por lo que es aconsejable, la sospecha clínica de enfermedades linfoproliferativas y autoinmunes, especialmente en regiones endémicas, para evitar retrasos en el diagnóstico y tratamiento.

0420 CRIPTOCOCOSIS CEREBRAL EN PACIENTE TRASPLANTADO. REPORTE DE UN CASO

L BALSAMO(1), L BALSAMO(2), V ORTEGA ESCOBAR(2), MC CAPUTO, GG YOSSA TEJADA
(1) Aleman. (2) Hospital Alemán

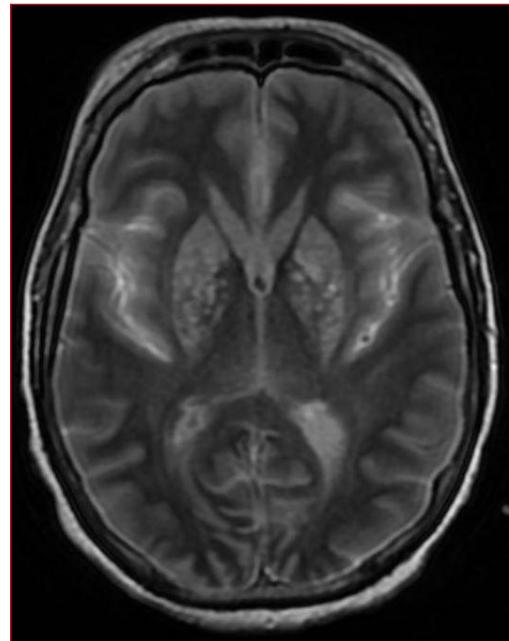
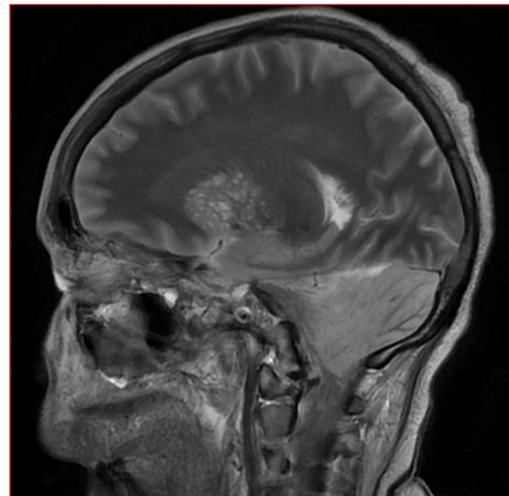
Introducción: La criptococosis es una enfermedad fúngica oportunista que presenta alta morbimortalidad. Debido a inmunosupresión, pacientes receptores de órganos, pueden tener un curso paucisintomático con manifestaciones clínicas e imagenológicas inespecíficas.

Presentación del caso: Paciente de 50 años con antecedentes de trasplante renal. Presentó desviación de la mirada derecha, cefalea y plejía de miembros inferiores. Se realizó resonancia magnética de cerebro que informó imágenes focales compatible con proceso isquémico. Se realizó punción lumbar, presión de apertura de 15mmHg.

Hemocultivos y cultivo de LCR positivos. Evolucionó con midriasis derecha, vaina del nervio óptico de 0.8 cm según ecografía y deterioro del sensorio. Se realizó nueva resonancia, que evidenció compromiso multiquistico, aumento de líquido en la vaina de ambos nervios ópticos y edema difuso del parénquima encefálico. Paciente fallece.

Discusión: Las infecciones fúngicas sistémicas suelen ocurrir en inmunocomprometidos. La incidencia de la criptococosis está entre el 0,8% y el 5,8. Las dificultades diagnósticas se deben a la falta de especificidad en la sintomatología. Debe sospecharse frente a cefalea, alteración de la conciencia con o sin signos meníngeos. Puede presentarse también alteración visual por edema de papila secundario a hipertensión endocraneal o por infiltración directa.

Conclusión: Debe considerarse a la criptococosis cerebral como posible agente causal de sintomatología inespecífica y se debe buscar activamente. A su vez, se debe tener en cuenta a la ecografía de la vaina del nervio óptico como manera eficaz para buscar sitios de impacto secundario.



0421 CRANIECTOMÍA DESCOMPRESIVA EN NIÑOS CON TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO GRAVE - RESULTADOS A LARGO PLAZO. SERIE DE CASOS

A RACH(1), Y QUIROGA VALDÉZ(1)

(1) Hospital De Niños De la Santísima Trinidad

Introducción: El traumatismo craneoencefálico (TEC) es una de las causas más frecuentes de mortalidad en niños en edad escolar, y es responsable de secuelas neurológicas graves e incapacidad. La Craniectomía Descompresiva (CD) es una técnica quirúrgica que permite disminuir la presión intracraneal y mejorar la presión de perfusión cerebral. Su indicación como tratamiento de segunda línea para la Hipertensión Endocraneana no es clara y está sujeta a discusión.

Objetivo: Describir la evolución de la CD en pacientes pediátricos con TEC grave en el Hospital de Niños de la Santísima Trinidad.

Materiales y métodos: Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo. Se obtuvieron datos de historias clínicas de pacientes con diagnóstico de TEC grave a quienes se realizó CD en el periodo Enero 2022-Diciembre 2023.



Resultados: 5 pacientes fueron sometidos a CD por TEC grave en nuestra institución durante el período evaluado. Predominó el sexo masculino, la media de edad fue 12,8 años. La escala de coma de Glasgow (GCS) promedio al ingreso fue de 7,6, con una escala tomográfica de Marshall de Lesión Difusa tipo IV en el 60% de los pacientes. El tiempo promedio entre la admisión al Hospital y la CD fue de 38 hs con una mediana de 12 hs. En uno de los casos se realizó de manera primaria, en el resto, tras la refractariedad al tratamiento médico. Solo un 20% presentó complicaciones infecciosas relacionadas a la CD. En cuanto a la evaluación neurológica a los 6 meses el 80% de los pacientes registró un GOS-E favorable (puntaje superior a 4) y no se registraron fallecidos.

Conclusión: La evidencia de la craneotomía descompresiva en la población pediátrica es baja. En este estudio observamos que no se registraron fallecidos y se obtuvieron resultados neurológicos favorables. Es por esto que consideramos necesario identificar al paciente con indicación de CD de acuerdo a las características clínicas, tomográficas y neuromonitoreo multimodal. Es imperioso determinar el momento oportuno de realizarla, y si hacerlo de manera sinérgica con otras terapias podría mejorar el nivel funcional posterior.

0422 DISMINUCIÓN DE LOS ERRORES DE MEDICACIÓN EN INFUSIONES DE FÁRMACOS DE ALTO RIESGO CON EL USO DE TARJETAS DE PREPARACIÓN ESTANDARIZADAS EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS
 G CINQUI(1), M HERRERA(1), I KIJKO(1), E PEREZ(1), C PARELLADA(1), M PRIANO(1), ME GALVAN(1)
 (1) Garrahan

Introducción: Garantizar la seguridad de los niños críticamente enfermos en las unidades de cuidados intensivos pediátricos(UCIP) es un objetivo primordial en la práctica asistencial. El Institute for Safe Medication Practices recomienda la estandarización de medicamentos de alto riesgo para disminuir los errores de medicación(EM). Para ello proponemos el uso de tarjetas de preparaciones estandarizadas (TPE).

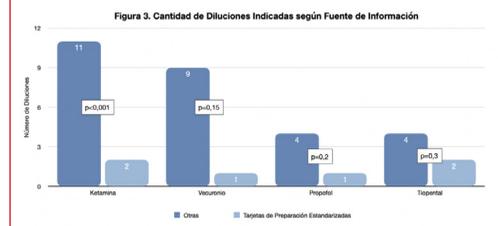
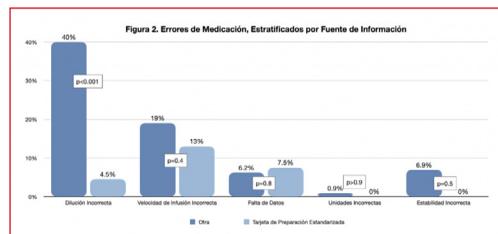
Objetivos: Comparar y caracterizar la proporción de EM al prescribir infusiones de drogas utilizando las fuentes habituales de información y TPE. Analizar la dificultad y el tiempo empleado al utilizar las TPE. Describir la variabilidad de diluciones indicadas según la fuente de información.

Métodos: Estudio descriptivo y comparativo mediante encuesta electrónica. Se analizaron indicaciones para infusiones de ketamina, propofol, tiopental y vecuronio realizadas a partir de situaciones clínicas por médicos de UCIP. Se compararon la presencia de EM en la prescripción según las fuentes de información habitualmente usadas y TPE.

Resultados: Se registraron 180 respuestas (72,6% de respuestas esperadas). Del total de los encuestados 90% era becario de UCIP. Se encontraron EM en 63/35% de las indicaciones, el uso de TPE presentó menos EM 9/67(13%) contras otras fuentes 54/113(48%) p<0.01, RR 0,6(0,49-0,74). En cuanto a la facilidad de uso de las TPE, predominaron las respuestas 57/67(85%) 'Muy Fácil' y 'Fácil', según la escala Likert utilizada. No se observaron diferencias en relación al tiempo requerido al realizar las indicaciones TPE 1,9 min (RIQ1,5-2,4) vs otras fuentes 2,2 min (RIQ0,6-4,4) p0,2.

Se observó una reducción significativa en EM por diluciones adecuadas (p<0,01) con las TPE. Se evidenció una menor variabilidad en las diluciones para todos los fármacos al utilizar TPE, siendo estadísticamente significativa las de Ketamina (p<0,01).

Conclusión: El uso de TPE disminuyó la proporción de EM de prescripción en forma significativa comparado con otras fuentes de información. Los EM predominantes fueron aquellos relacionados a la dilución. La implementación de las TPE con dosis y formulaciones estandarizadas permiten unificar criterios, disminuyendo los EM y mejorando la calidad asistencial.



Características	Total	Otra, N = 113 ¹	Tarjeta, N = 67 ¹	p-valor ²
Error de Medicación				<0.001
NO	117 (65%)	59 (52%)	58 (87%)	
SI	63 (35%)	54 (48%)	9 (13%)	
Facilidad Indicación				<0.001
Muy Fácil y Fácil	88 (49%)	31 (27%)	57 (85%)	
Intermedio	59 (33%)	51 (45%)	8 (12%)	
Muy Difícil y Difícil	33 (18%)	31 (27%)	2 (3%)	
Tiempo empleado en realizar la indicación (minutos)	2.04 (1.15, 3.24)	2.18 (0.60, 4.43)	1.92 (1.48, 2.40)	0.2

¹ n (%); Mediana (IQR)
² Pearson's Chi-squared test; Wilcoxon rank sum test

0424 INGRESO A UCIP POR INTENTO DE SUICIDIO.REPORTE DE CASOS DEL HOSPITAL DE NIÑOS DE LA SANTÍSIMA TRINIDAD DE CÓRDOBA
 MS MANZANARES(1), GA ROSTAGNO
 (1) Hospital de Niños de la Santísima Trinidad

Introducción: Se define como intento de suicidio al comportamiento potencialmente dañino, autoinfligido, con resultado no fatal con evidencia explícita o implícita de intención de morir. En pediatría constituye la segunda causa de muerte en la adolescencia después de los traumatismos. Según el anuario estadístico de Argentina, en el año 2021, del total de muertes en niños entre 5 y 14 años, 5.3% fueron por suicidios.

Objetivo: Describir las características clínicas de una serie de pacientes ingresados a una UCIP por intentos de suicidio.

Material y métodos: Se recopilaron datos de pacientes ingresados entre los años 2000 y 2023 por intento de suicidio a la Unidad de Terapia Intensiva del Hospital de Niños de la Santísima Trinidad de Córdoba. Se recabaron datos sobre las siguientes variables: sexo, edad, mecanismo de lesión, duración de la estadía y muerte.

Resultados: Se registraron 23 pacientes ingresados por intento de suicidio en el período establecido. De los cuales 11 (47,8%) fueron mujeres. La media de edad fue de 13 años (Rango 5 - 15 años). El principal mecanismo de lesión fue ahorcamiento, seguido de intoxicaciones. En el gráfico 1 se enumeran los distintos mecanismos de lesión.

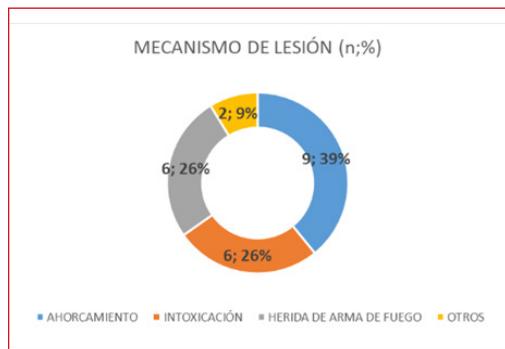
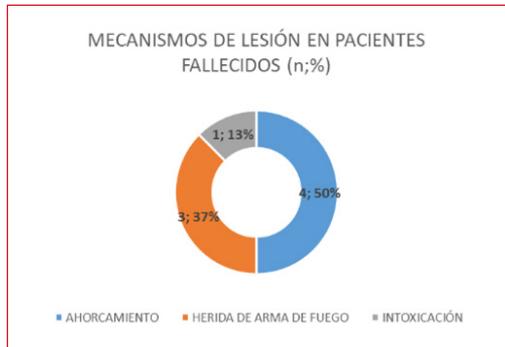
15 pacientes (65%) requirieron ARM. La media de estadía en UCIP fue de 4 días.

Del total de pacientes, 8 (34%) fallecieron, 4 de ellos mujeres. Entre los fallecidos, el principal mecanismo fue el ahorcamiento (4), seguido por las heridas de arma de fuego (3) y las intoxicaciones (1). Grafico 2.

Dos fueron donantes multiorgánicos.

Discusión y conclusión: Los intentos de suicidio son un motivo de ingreso infrecuente en las UCIP. La serie aquí descrita representa la más grande tratada en Córdoba en el período establecido. Asimismo son escasos los reportes de series de intentos de suicidio en

otras UCIP nacionales e internacionales. Contar con datos adicionales como antecedentes psicológicos, psiquiátricos, neurológicos, orientación sexual y conflictos socio familiares de los pacientes aumentaría la riqueza estadística de la serie.



0427 EVOLUCIÓN DE LA UNIDAD DE ACV (ACCIDENTE CEREBRO VASCULAR) EN EL SANATORIO ALLENDE CERRO DE CÓRDOBA-AÑO 2022-2023

MA VILLEGAS(1), EL ROMERO(1), M BONO(1), D PAMELA(1), B GUSTAVO(1), V OLIVA(1), I VILLARRUEL USIN(1), R COPELLLO(1)
 (1) Sanatorio Allende

Introducción: Tras la implementación de la trombólisis sistémica (rTPA) para modificar el curso del ACV isquémico, es crucial contar con un equipo de especialistas entrenados en el manejo rápido y efectivo de estos protocolos. El Sanatorio Allende Cerro de Córdoba, con una unidad de ACV coordinada por un neurólogo vascular, ha desarrollado un enfoque multidisciplinario que incluye UTI, hemodinamia, neurovascular, diagnóstico por imagen, fonaudiólogos y expertos en neurorehabilitación.

Objetivo de este Trabajo: Resentar y analizar la evolución de la Unidad de ACV durante 2022 y 2023, enfocándose en los protocolos de atención, resultados clínicos y mejoras implementadas.

Datos y Resultados:

2022:

- Casos: 43 (Hombres 56%, Mujeres 44%)
- Edad promedio: 68 años (41-94 años)
- Periodo ventana: 37%
- Trombectomía: 7%
- rTPA EV: 9%
- Tiempo imagen: 38 min (15-50 min)

2023:

- Casos: 51 (Hombres 47%, Mujeres 53%)
- Edad promedio: 61 años (6-95 años)
- Periodo ventana: 35%
- Trombectomía: 16%
- rTPA EV: 10%
- Tiempo imagen: 28 min (13-45 min)

Discusión: Los casos de ACV aumentaron de 43 en 2022 a 51 en 2023, con un incremento de mujeres afectadas. La edad promedio disminuyó, indicando una tendencia a una aparición más temprana. La distribución de casos por grupo de edad se mantuvo similar, aunque en 2023 se documentaron casos en menores de 30 años. Los datos clínicos muestran una mejora en la aplicación de tratamientos agudos, con un aumento en el uso de trombectomía y rTPA EV. La clasificación de los tipos de ACV también varió, destacando los casos de gran vaso en 2023.

Conclusión: El análisis de 2022 y 2023 revela un aumento de ACV en mujeres y una menor edad promedio. Las mejoras en el tratamiento agudo y la reducción en los tiempos de imagen subrayan la eficiencia y efectividad de la atención médica en el Sanatorio Allende. Un enfoque multidisciplinario y la optimización continua de los protocolos son esenciales para mejorar los resultados en pacientes con ACV isquémico.

Pacientes con diagnóstico de ACV isquémico 2023	
51 pacientes totales	
ASPECTO	VALOR
Sexo: Hombres/mujeres	24 (47%) / 27 (52%)
Edad promedio	61 Años (6 / 95)
Periodo ventana	18 (35%)
Trombectomía	8 (16%)
rTPA EV	5 (10%)
Complicaciones	6 (11%)
Óbitos	2 (1%)
Recurrencias	2 (1%)
Gran Vaso	15 (4 Stent Carotídeos)
Pequeño Vaso	3
Cardioembólico	13 (4 FOP)
ESUS	10
Indeterminado	8
Otras Causas	2
Tiempo Promedio a la imagen	28 min (13 / 45)

Pacientes con diagnóstico de ACV isquémico 2022	
43 pacientes totales	
ASPECTO	VALOR
Sexo: Hombres/mujeres	19 (44%) / 24 (56%)
Edad promedio	68 Años (41 / 94)
Periodo ventana	16 (37%)
Trombectomía	3 (7%)
rTPA EV	4 (9%)
Gran Vaso	8
Arterio-arterial	2
Cardioembólico	17 (5 FOP)
ESUS	14
Tiempo Promedio a la imagen	38 min (15 / 50)

0428 INTERVENCIÓN INICIAL DEL PROGRAMA DE OPTIMIZACIÓN DE ANTIMICROBIANOS EN NEUMONÍAS ASOCIADAS A VENTILACIÓN MECÁNICA EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DE ALTA COMPLEJIDAD

E DUARTE(1), C OSUNA(2), C STREITENBERGER(2), C MENDOZA(2), M SANCHEZ CUNTO(2), G CERVANTES(2), K RIQUEL(2), M ZEYUNSIAN(2), Y LARRARTE(2), B SALI(2), M BIANCO(2), N CARDENAS(2), B CARDOZO(2), M ANCHORENA(2), J FARIANA(2), J SARANITTE(2), M MOSCATELLI(2)
 (1) Hospital Del Bicentenario de Esteban Echeverría. (2) Hospital Bicentenario Esteban Echeverría

Introducción: La neumonía asociada a ventilación mecánica (NAV-M) es una infección grave que afecta a pacientes en unidades de cuidados críticos (UCI). Esta condición tiene un alto impacto debido a su morbimortalidad, prolongación de estadías hospitalarias y el aumento en el uso de antimicrobianos (ATM), lo que contribuye a la resistencia antimicrobiana.

Objetivo: Reducir la tasa de incidencia de NAVM mediante intervenciones basadas en guías PROA actuales. Optimizar el diagnóstico de NAVM y en consecuencia el uso de ATM. Evaluar la mortalidad a 30 días de pacientes expuestos a ventilación mecánica en ambos periodos.

Materiales y Método: Estudio analítico de cohortes, longitudinal y de intervención. Intervenciones: paquetes de medidas para prevenir NAVM, capacitaciones a profesionales, unificación de criterios

diagnósticos y terapéuticos, generación de guías institucionales, entre otras.

Variabes evaluadas: Tasa de NAVM, representatividad de muestras respiratorias, uso de ATM y mortalidad a 30 días en pacientes expuestos al factor de riesgo. Datos obtenidos de la revisión de base de datos institucional y del programa VIHDA. Periodo Octubre-Diciembre 2023 (pre-intervención), Enero- Marzo 2024 (post-Intervención).

Resultados:

Tasa de NAVM/1000 días paciente (d/p):

Periodo Pre-Intervención: 27,22/1000 dp

Periodo Post-Intervención: 20,45/1000 dp

Variación entre periodos: 24,87% de reducción

Muestras respiratorias no representativas:

Periodo Pre-Intervención: 32,38%

Periodo Post-Intervención: 19,23%

Variación entre periodos: 31,7% de mejora

Mortalidad a 30 días en pacientes con NAVM:

Periodo pre intervención: 4,96%

Periodo post intervención: 1,9%

Variación entre periodos: 52,9% de reducción

Uso de ATM (Porcentaje de variación):

Meropenem: 69,63% (UCI A), 73,1% (UCI B), 65,9% (UCI C)

Colistin: 39,2% (UCI A), 77% (UCI B), 33,2% (UCI C)

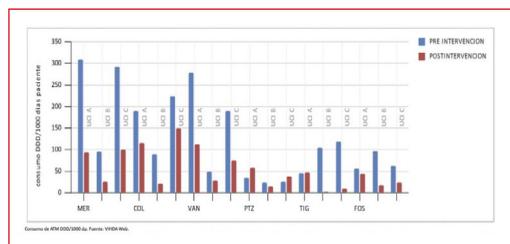
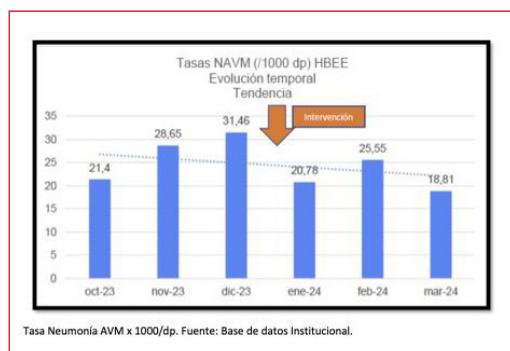
Vancomicina: 59,9% (UCI A), 39,7% (UCI B), 60% (UCI C)

Piperacilina-tazobactam: -65,8% (UCI A), 41,1% (UCI B), -44,8% (UCI C)

Tigeciclina: -3% (UCI A), 98,4% (UCI B), 91,2% (UCI C)

Fosfomicina: 21,6% (UCI A), 81,9% (UCI B), 62,5% (UCI C)

Conclusiones: La implementación de medidas específicas, el trabajo interdisciplinario (PROA) y el control de infecciones permitieron reducir la tasa de NAVM, mejorar el diagnóstico y optimizar el uso de ATM. Es fundamental seguir aplicando estas estrategias para garantizar tratamientos costo-efectivos, combatir la multiresistencia y disminuir la morbimortalidad.



0429 NEUMONÍA GRAVE POR PSITACOSIS

M CAPRILES(1), P SANCHEZ(1), R CARBALLO OROZCO(1), S HEALY(1), A ALLER(1), A ELINGER(1), C BALASINI(1), S BAUQUE(1)

(1) Pirovano

Introducción: Durante el período SE 01 2019 hasta SE 15 2024, en Argentina se registraron 262 casos confirmados de psitacosis y 43

probables, de un total de 1.648 sospechosos investigados. La psitacosis es una zoonosis que tiene como principal reservorio a las aves. Los síntomas en los seres humanos incluyen fiebre, escalofríos, cefaleas, mialgia y malestar, tos seca, dificultad respiratoria y confusión con o sin síntomas respiratorios. Con menos frecuencia puede observarse neumonía, endocarditis, miocarditis, hepatitis, artritis, conjuntivitis y encefalitis.

Presentación del caso: Paciente femenina de 39 años, sin antecedentes, consulta a guardia por fiebre y mialgias, se descarta dengue y la envían a su domicilio con tratamiento sintomático.

Una semana después regresa con insuficiencia respiratoria y fiebre persistente; en la radiografía se evidencian infiltrados bilaterales; la paciente requiere mascar respiratorio, inicia AMS/ Claritromicina y pasa a cuidados intensivos. Al ingreso a UCI, la paciente se encontraba taquipneica, usando músculos accesorios, con rales gruesos en bases y desaturando; la paciente falla a CAFO y requiere ventilación mecánica. Se descartan los siguientes diagnósticos: HIV, gérmenes comunes, Dengue, COVID, virus respiratorios, Legionella, Mycoplasma. Se solicitan muestras para psitacosis, Leptospira y estudios reumatológicos dado que no teníamos diagnóstico, se rota a levofloxacina. La paciente se encontraba con hipoxemia severa (PAFI 60) con requerimiento de varias sesiones de ventilación en pronó y bloqueantes neuromusculares, por lo que se decide realizar pulsos de corticoides con mejoría transitoria, luego persiste hipoxémica. A los 7 días del ingreso se recibe PCR positiva en muestra respiratoria para C. psittaci, no se observa epidemiología para ese diagnóstico. A los 18 días la paciente presenta mejoría de la oxigenación, suspendiendo los bloqueantes neuromusculares, sedación y con mejoría radiológica y se extuba en forma programada

Conclusión: La psitacosis es una enfermedad de notificación obligatoria, y debe tener en cuenta su sospecha, no solo en casos de nexó epidemiológico, ya que muchas veces no es posible probarlo, sobre todo en pacientes con NAC grave, con cultivos negativos dentro de la terapia intensiva.

0430 TAQUICARDIA MEDIADA POR MARCAPASO

D CAMPS(1), R BENASSI(2)

(1) Clínica de Especialidades. (2) Sanatorio de La Cañada

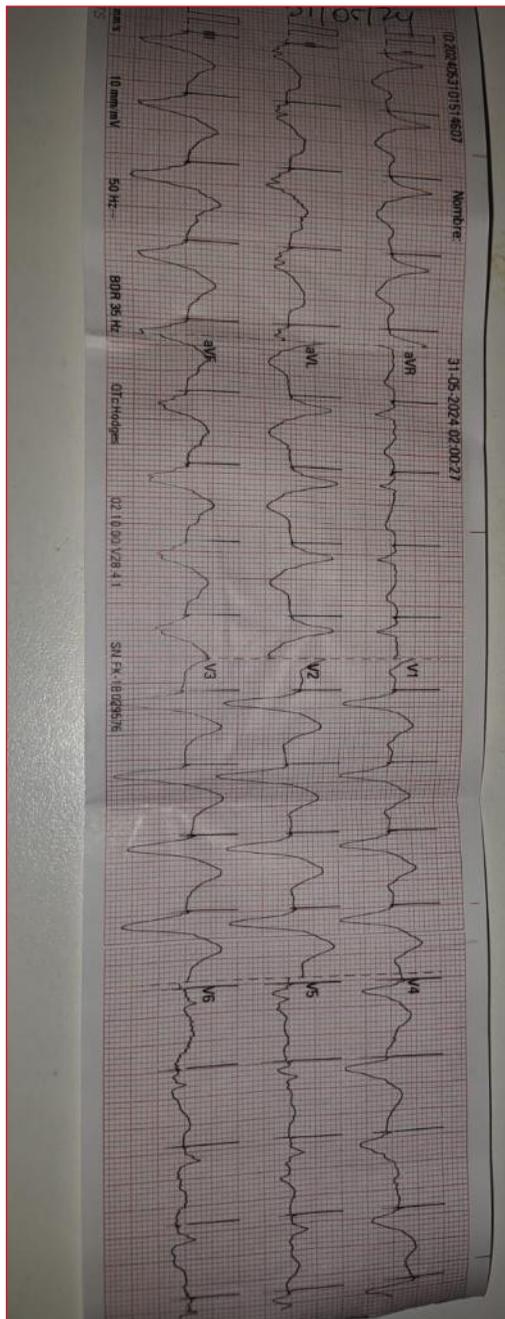
Introducción: La estimulación cardíaca artificial se constituye en uno de los grandes avances tecnológicos en el área de la cardiología para el tratamiento de las bradiarritmias, sin embargo no está libre de complicaciones. La implantación de marcapasos bicamerales trajo una nueva e importante condición: la Taquicardia Mediada por Marcapasos (TMM) o también denominada Taquicardia por Reentrada Electrónica. Presentamos un caso de TMM.

Caso clínico: Paciente femenina de 68 años de edad, con antecedentes de HTA, cardiopatía isquémica con 1 stent, depresión, colocación de Marcapasos definitivo 7 años atrás, es traída a la guardia por falta de aire. Se documenta al ingreso una fibrilación auricular de alta respuesta ventricular, se inicia terapéutica pero cuando cede queda al descubierto una TMM. Era una taquicardia monomorfa sostenida, de QRS ancho, de 110 latidos por minutos. Se realizó masaje carotídeo, adenosina. Cedio luego. La paciente fue dada de alta asintomática.

Discusión: La presentación de una taquicardia de complejo ancho precedida por una espícula de marcapasos puede suponer un reto diagnóstico. La forma más habitual de taquicardia de complejo ancho precedida por espícula de marcapasos es la TMM. El mecanismo es idéntico a un circuito de taquicardia por macroentrada auriculoventricular. La frecuencia de la taquicardia nunca excede el límite superior de frecuencia programada del marcapasos. Las causas de taquicardia de asa cerrada son: las extrasístoles ventriculares, la infradetección auricular, el fallo de captura auricular, la programación del intervalo AV largo, y detección de miopotenciales. Los métodos estándar para terminar una TMM incluyen: maniobras vagales para inducir bloqueo auriculoventricular y adenosina. La TMM responde bien a la aplicación externa de un imán sobre el marcapasos. Otras

de las causas pueden ser las taquiarritmias auriculares: fibrilación, flutter y otras taquiarritmias auriculares, que pueden causar sentido auricular y descarga ventricular del marcapasos hasta la frecuencia máxima programada.

Conclusión: Con el avance tecnológico, existe un aumento significativo de implantación de marcapasos bicamerales. Ello lleva a la aparición de sus complicaciones. Sospecharlas y hacer diagnósticos diferenciales, hará más fácil y rápida la terapéutica.



0431 DENGUE GRAVE, LA GRAN SIMULADORA

J BRAVO(1), C BARRIOS(1), W ARGENA MONTAN(1), M CAPRILES(1), P FALVO(1), R CARBALLO OROZCO(1), S HEARLY(1), C BALASINI(1), M BERMEO RODRIGUEZ(1), D DENIS(1), A SIRINO(1)
(1) Pirovano

Introducción: La infección por el virus del dengue puede manifestarse con síntomas leves a graves, siendo la forma grave conocida como dengue grave. Esta condición se caracteriza por presentar complicaciones potencialmente mortales, como hemorragias graves, síndrome de choque por dengue y fallo orgánico múltiple

Caso clínico: Paciente femenina de 44 años, con antecedentes de etilismo y by pass gástrico por cirugía bariátrica. Ingresó a guardia hipotensa con dolor abdominal, vómitos, diarrea de 7 días de evolución, asociado a intolerancia digestiva con leucocitos de 36000, hto 16%, LDH 458 y amilasa de 239. Ecografía abdominal con escaso líquido libre. Cirugía interpreta el cuadro como una probable pancreatitis aguda. Evolución con shock hipovolémico se la expansión con 2,5 litros de cristaloides, acidosis metabólica HCO₃ 10, lactato 22, se intuba, inicia vasoactivos y pasa a UTI. Se cultiva y inicia ATB cubriendo foco abdominal dado que requería >1.5 gamas de noradrenalina y vasopresina APACHE de ingreso 36 con Risk 85%. Se realiza ecocardiograma con hipoquinesia severa global, sin dilatación de cavidades derechas con FEV <20%, vena cava inferior pletórica, VEXUS 3. Se agrega dubutamina y se limita la hidratación. La paciente evoluciona a falla orgánica múltiple con shock, plaquetopenia, diálisis y aumento de la bilirrubina a 3 y amilasa a 1902. Se recibe IGM (Elfa) para dengue positivo. La paciente continúa con sostén hemodinámico y diálisis por una semana y se recupera de la falla cardíaca, logrando extubarla lucida al día 14.

Conclusión: El dengue puede presentar una amplia variedad de síntomas, incluyendo dolor abdominal que en algunos casos puede simular otras condiciones médicas, como la pancreatitis. En un contexto epidemiológico de Dengue siempre es necesario descartarlo, para garantizar un diagnóstico preciso y un manejo adecuado de la condición del paciente.

La falla cardíaca es una complicación poco común pero potencialmente grave, puede manifestarse como una disfunción ventricular aguda, arritmias cardíacas o miocarditis. La realización del POCUS y el manejo adecuado de la falla cardíaca en el dengue implica medidas de sostén hemodinámico, monitorización estrecha y, en ocasiones, intervenciones terapéuticas específicas para la función cardíaca.

0432 REPORTE DE CASO: MIELITIS TRANSVERSA AGUDA ASOCIADA A BACTERIEMIA Y EMPIEMA POR SAMS

MS HERRERA(1), MA BLASCO(1), H IZQUIERDO(1), L VISSANI(1), M CHAVEZ(1), MC FLORES(1), HL GARCIA(1), C RASENTE(1)
(1) Cuenca Alta Nestor Kirchner

Introducción: La mielitis transversa aguda es una rara enfermedad con una incidencia anual reportada entre 1.34 y 6.0 por millón de habitantes. La morbilidad de ésta enfermedad es significativa y entre 30-50 % de los pacientes tienen malos resultados neurológicos. Entre los factores de peor pronóstico se encuentran el dolor dorsal, síntomas iniciales severos y rápida progresión de los mismos. Las causas infecciosas directas, sobre todo las bacterianas, son sumamente raras.

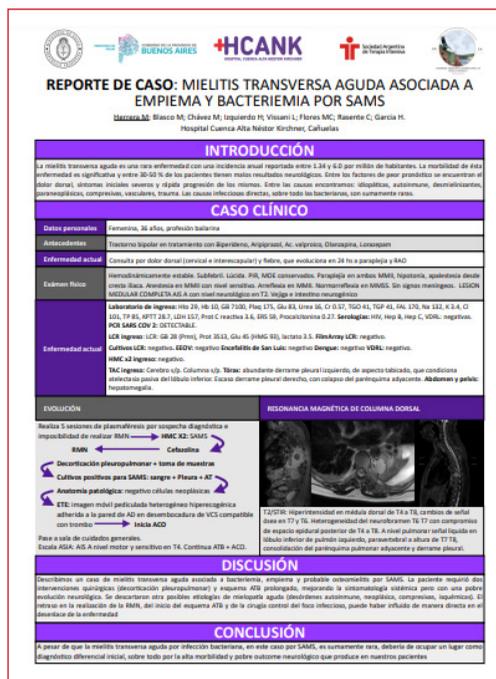
Caso clínico: Datos personales: Femenina, 36 años
Antecedentes: Trastorno bipolar en tratamiento con Biperideno, Aripiprazol, Ac. valproico, Olanzapina, Lorazepam.
Enfermedad actual: Consulta por dolor dorsal (cervical e interescapular) y fiebre, que evoluciona en 24 hs a paraplejía y RAO.
Examen físico: Paraplejía en ambos MMII, hipotonía. Anestesia en MMII con nivel sensitivo. Arreflexia en MMII. Normorreflexia en

MMSS. Sin signos meníngeos. LESION MEDULAR COMPLETA AIS A con nivel neurológico en T2. Vejiga e intestino neurogénico.

Evolución: Realiza 5 sesiones de plasmaféresis por sospecha diagnóstica e imposibilidad de realizar RMN. HMC X2: SAMS. Cefazolina. RMN:Hiperintensidad en médula dorsal de T4 a T8, cambios de señal ósea en T7 y T6. A nivel pulmonar señal líquida en lóbulo inferior de pulmón izquierdo, paravertebral a altura de T7 T8. Decorticación pleuropulmonar + toma de muestras. Cultivos positivos para SAMS. Anatomía patológica: negativo células neoplásicas. ETE: imagen móvil pediculada heterogéneo hiperecogénica adherida a la pared de AD en desembocadura de VCS compatible con trombo. Inicia ACO.

Discusión: Describimos un caso de mielitis transversa aguda asociada a bacteriemia, empiema y probable osteomielitis por SAMS. La paciente requirió dos intervenciones quirúrgicas (decorticación pleuropulmonar) y esquema ATB prolongado, mejorando la sintomatología sistémica pero con una pobre evolución neurológica. Se descartaron otra posibles etiologías de mielopatía aguda. El retraso en la realización de la RMN, del inicio del esquema ATB y de la cirugía control del foco infeccioso, puede haber influido de manera directa en el desenlace de la enfermedad.

Conclusión: A pesar de que la mielitis transversa aguda por infección bacteriana, en este caso por SAMS, es sumamente rara, debería de ocupar un lugar como diagnóstico diferencial inicial, sobre todo por la alta morbilidad y pobre outcome neurológico que produce en nuestros pacientes.



The image shows the cover of a medical case report. At the top, it features logos for 'BUENOS AIRES', 'HCANK', and 'Hospital Cuenca Alta Néstor Kirchner, CABA'. The title is 'REPORTE DE CASO: MIELITIS TRANSVERSA AGUDA ASOCIADA A EMPIEMA Y BACTERIEMIA POR SAMS'. Below the title, it lists authors: 'Blasco M, Chávez M, Izquierdo H, Vissani L, Flores MC, Rasente C, García H.' and the institution: 'Hospital Cuenca Alta Néstor Kirchner, CABA'. The cover is divided into sections: 'INTRODUCCIÓN', 'CASO CLÍNICO', 'EVOLUCIÓN', 'DISCUSIÓN', and 'CONCLUSIÓN'. There is also a small MRI image on the right side of the cover.



0433 SERIE DE CASOS: ENCEFALITIS EQUINA DEL OESTE
 MS HERRERA, MA BLASCO(1), H IZQUIERDO(1), L VISSANI(1),
 M CHAVEZ(1), MC FLORES, C RASENTE(1), HL GARCIA(1)
 (1) Cuenca Alta Néstor Kirchner

Introducción: Infección causada por un virus ARN del género Alpha-virus, de transmisión vectorial por mosquitos pertenecientes a distintos géneros. Clínicamente se pueden presentar como asintomáticos o cuadros leves que resuelven espontáneamente hasta cuadros neurológicos más graves. Mortalidad entre 3-15 %. Elevada tasa de secuelas neurológicas permanentes, 30 %.

Discusión: Inmersos en el último brote de la enfermedad, encontramos necesario la presentación de los casos confirmados en nuestro hospital. Conocer los antecedentes, la clínica y la evolución de cada uno de los pacientes puede resultar enriquecedor para los colegas. Importante destacar, que 2 de los 3 pacientes presentaron weaning prolongado, con requerimiento de TQT, por alteraciones ventilatorias tanto centrales como periféricas.

Conclusión: Dada la gran cantidad y extensión geográfica de brotes en animales y el aumento de vectores competentes, acompañado de la existencia de población susceptible a la infección, debe esperarse que continúe la ocurrencia de casos en humanos, por lo que es fundamental que el equipo de salud esté alerta.

	MR	JM	JPC
INGRESO	30/12/2023 derivación	28/01/2024 demanda espontánea	08/02/2024 derivación
SEXO Y EDAD	Femenino 59 años	Masculino 34 años	Masculino 41 años
RESIDENCIA	San Vicente	San Vicente	Carlos Casares
ANTECEDENTES	DBT tipo 2	HTA, obesidad	No refiere
PROFESIÓN	Empleada doméstica	Jardinero	Peón rural
MOTIVO DE CONSULTA	Fiebre, vómitos y deterioro del estado de conciencia	Fiebre, vómitos, dolor abdominal	Fiebre, confusión y excitación psicomotriz
EXÁMEN FÍSICO	GSC 11/15 (O2V3M6) + rigidez de nuca	GSC 14/15 + HTA + rigidez de nuca	GSC 14/15 + HTA + desorientación
EVOLUCIÓN	GSC 8/15 IOT/ ARM	GSC 7/15 IOT/ARM	GSC IOT/ARM
LCR	GB 20 Glu 70 (HGT 220) Prot 16925 lactico 3.1	GB 900 (70% MN) Glu 106 (HGT 205) Prot 2431 lactico 3.9	GB 100 (97% MN) Glu 55 (HGT 105) Prot 88 lactico 1.9
FILM ARRAY LCR	-	-	-
TAC DE CEREBRO	s/p	Edema cerebral difuso	Edema cerebral difuso
EEG	-	Trazado anormal por presencia de patrón alfa discontinuo generalizado de probable causa estructural difusa. Sin actividad epileptiforme.	Trazado anormal por presencia de brotesupresión de probable causa farmacológica vs estructural difusa. Sin actividad epileptiforme.
SEROLOGÍAS VDRL, Hep B, Hep C, HIV	-	-	-
DENGUE	-	-	-
INTERCURRENCIAS	-	infecciosas TEP (ACO)	infecciosas Falla renal
WEANING	Simple	AVM Prolongado, TQT, VNI prolongado	Extubación fallida, TQT, weaning prolongado
SECUELAS	Alteraciones en la memoria	Apneas centrales, requerimiento de ventilación a presión positiva, Polineuropatía del pte crítico	Polineuropatía del paciente crítico
SEROLOGÍAS EEO	IgM Positiva LCR y suero	IgM Positiva LCR y suero	IgM Positiva LCR par serologico +



SERIE DE CASOS: ENCEFALITIS EQUINA DEL OESTE
 Hospital Cuenca Alta-Nablar Kirchner, Cautinas

INTRODUCCIÓN
 Presentación de tres casos de Encefalitis Equina del Oeste (EEO) en pacientes con antecedentes de enfermedades autoinmunes, destacando la importancia de considerar esta entidad diagnóstica en el diagnóstico diferencial de cuadros de confusión, fiebre y alteraciones del estado de conciencia.

SERIE DE CASOS

	PACIENTE MR	PACIENTE JM	PACIENTE JPC
EDAD DEL PACIENTE	59 años	34 años	41 años
SEXO	Femenino	Masculino	Masculino
RESIDENCIA	San Vicente	San Vicente	Carlos Casares
PROFESIÓN	Empleada doméstica	Jardinero	Peón rural
ANTECEDENTES	DBT tipo 2	HTA, obesidad	No refiere
MOTIVO DE CONSULTA	Fiebre, vómitos y deterioro del estado de conciencia	Fiebre, vómitos, dolor abdominal	Fiebre, confusión y excitación psicomotriz
EXÁMEN FÍSICO	GSC 11/15 (O2V3M6) + rigidez de nuca	GSC 14/15 + HTA + rigidez de nuca	GSC 14/15 + HTA + desorientación
EVOLUCIÓN	GSC 8/15 IOT/ ARM	GSC 7/15 IOT/ARM	GSC IOT/ARM
LCR	GB 20 Glu 70 (HGT 220) Prot 16925 lactico 3.1	GB 900 (70% MN) Glu 106 (HGT 205) Prot 2431 lactico 3.9	GB 100 (97% MN) Glu 55 (HGT 105) Prot 88 lactico 1.9
FILM ARRAY LCR	-	-	-
TAC DE CEREBRO	s/p	Edema cerebral difuso	Edema cerebral difuso
EEG	-	Trazado anormal por presencia de patrón alfa discontinuo generalizado de probable causa estructural difusa. Sin actividad epileptiforme.	Trazado anormal por presencia de brotesupresión de probable causa farmacológica vs estructural difusa. Sin actividad epileptiforme.
SEROLOGÍAS VDRL, Hep B, Hep C, HIV	-	-	-
DENGUE	-	-	-
INTERCURRENCIAS	-	infecciosas TEP (ACO)	infecciosas Falla renal
WEANING	Simple	AVM Prolongado, TQT, VNI prolongado	Extubación fallida, TQT, weaning prolongado
SECUELAS	Alteraciones en la memoria	Apneas centrales, requerimiento de ventilación a presión positiva, Polineuropatía del pte crítico	Polineuropatía del paciente crítico
SEROLOGÍAS EEO	IgM Positiva LCR y suero	IgM Positiva LCR y suero	IgM Positiva LCR par serologico +

DISCUSIÓN
 Presentación de tres casos de Encefalitis Equina del Oeste (EEO) en pacientes con antecedentes de enfermedades autoinmunes, destacando la importancia de considerar esta entidad diagnóstica en el diagnóstico diferencial de cuadros de confusión, fiebre y alteraciones del estado de conciencia.

CONCLUSIÓN
 La EE es una enfermedad autoinmune que afecta la placa motora con debilidad y fatiga en la musculatura estriada por autoanticuerpos. El embarazo y puerperio pueden exacerbarla. La asociación con PE excepcional.

0434 EMBARAZADA PORTADORA DE MIASTENIA GRAVIS (MG) COMPLICA CON PREECLAMPSIA (PE) . REPORTE DE CASO

EB BARROZO(1), N BLINT(1), M ETCHART(2), J NUÑEZ(1), S QUINTERO(1), G SORIA(1), MJ ZANGLA(1)
 (1) Maternidad Provincial Teresita Baigorria. (2) Maternidad Teresita Baigorria

Introducción: La MG es una enfermedad autoinmune que afecta la placa motora con debilidad y fatiga en la musculatura estriada por autoanticuerpos. El embarazo y puerperio pueden exacerbarla. La asociación con PE excepcional.

Caso clínico: Paciente de 37 años G2P1 tabaquista, MG hace 7 años. Tratamiento discontinuo. Embarazo de 33 semanas mal controlado con prurito generalizado. TA 160/100.PLAQ 124.000 TGO 203 TGP 537 LDH 719 FAL 1440 BT 1.0 TP 100% KPTT 25 Proteinuria +++.

Recibe labetalol, Betametasona y carga de SOMG. Ingresada como Sme. HELLP. TA 170/120 FC 87 FR 21 somnolienta, vision borrosa, disnea, Hiporreflexia con debilidad generalizada. Se medica con labetalol IV y Nifedipina. Normaliza la TA. Lucida. Comienza con SOMG mantenimiento, acido ursodeoxicólico y piridostigmina. Presento oliguria se disminuye la dosis. Finaliza SOMG y maduración pulmonar con funcion motora ad integrum. Cesarea con Feto vivo sin Miastenia Gravis Neonatal. Puerperio sin complicaciones.

Discusión: Las pacientes con MG pueden desarrollar debilidad muscular, con disfunción de la musculatura bulbar y falla ventilatoria por el uso de Magnesio. Este se considera contraindicado.

No hay consenso de fármacos de segunda línea en la prevención y tratamiento de la eclampsia en MG. Solo existen 13 casos reportados de la asociación. La paciente exacerbo sus síntomas en la infusión de SOMG. Con vigilancia estricta completo el tratamiento sin convulsiones ni requerimiento de ARM.

Conclusión: Los medicamentos utilizados en obstetricia como el Magnesio, Fenitoína, labetalol, Nifedipina, Gentamicina, los corticoides y la anestesia pueden desencadenar una crisis miasténica. Pacientes con MG y PE deben ser ingresadas en Terapias Obstétricas para recibir tratamiento preventivo de las convulsiones con monitoreo estricto.

0435 RELACION ENTRE MORTALIDAD ESPERADA Y OBSERVADA Y FACTORES DETERMINANTES DE MORTALIDAD EN UCI Y HOSPITALARIA EN UNA UCI MEDICO QUIRURGICA DE UN HOSPITAL ESCUELA

J VILCA(1), MC MARCHENA(1), P TAPIA LARA(1), F IGLIASIAS(1), L TUMINO(1), S TAL BENZECRY(1), MG SAENZ(1), CI LOUDET(1)
 (1) San Martin

Introducción: El alto requerimiento de camas críticas en nuestra región y la situación de post-pandemia nos llevó a reprogramar la distribución de ingresos hacia un modelo de cuidados progresivos dentro de la UCI y hacia una modificación de la gestión de datos que nos permita evaluar con más detalle la evolución de los pacientes que ingresan.

Objetivos: Evaluar la relación entre mortalidad observada y predicha por escores de severidad, considerando mortalidad en UCI y hospitalaria y determinar factores de mortalidad independientes para mortalidad en UCI y hospitalaria.

Métodos: Estudio de cohorte prospectiva en UCI medico-quirúrgica de 21 camas. Durante 2023 se recolectaron datos de toda la población ingresada a nuestra UCI respecto a características epidemiológicas, requerimiento de ventilación mecánica (VM), criterios de severidad y evolutivos, incidencia de colonización por microorganismos multiresistentes (MOMR), de infecciones adquiridas en la UCI en general y por MOMR. Se calculó la tasa de mortalidad estandarizada (SMR en inglés) con APACHE II y mortalidad en UCI y en el hospital. Para comparaciones bivariadas se utilizaron TestT, Wilcoxon, Chi2 o Fisher tests de acuerdo a naturaleza de los datos. Se construyeron modelos de regresión logística múltiple (RLM) con mortalidad-UCI y mortalidad-Hospital como variables dependientes. Se crearon modelos de ajuste de confundidores ingresando variables con $p < 0,20$ en comparaciones bivariadas. Se evaluaron calibración y discriminación de los modelos de acuerdo a Hosmer-Lemeshow y curvas ROC. Para todas las comparaciones se consideró significativa $p < 0,05$. Se utilizó el programa STATA 15.

Resultados: Ingresaron 597 pacientes. En la Tabla 1 se observan las características epidemiológicas, criterios y escores de severidad de ingreso, incidencia de colonización por MOMR y de infecciones en general. La mortalidad en la UCI fue de 111 pacientes (19%), y en el hospital 143 (24%). La mortalidad predicha por escore APACHE II, del 25,2%. El SMR fue de 0,75 y 0,95 para mortalidad-UCI y mortalidad-Hospitalaria.

Modelo RLM con mortalidad-UCI como variable dependiente (factores independientes, expresados como OR [IC95%]): edad 1,02 [1,01 - 1,03], APACHEII 1,10 [1,04 - 1,16], SOFA24 1,22 [1,08 - 1,37], Shock ingreso 2,02 [1,4 - 4,06], lactato ingreso 1,18 [1,02 - 1,37] e infecciones adquiridas UCI, 2,25 [1,2 - 4,2]. Calibración p 0,65 y AUROC 0,89.

Modelo RLM con mortalidad-Hospital como variable dependiente (factores independientes, expresados como OR [IC95%]): Charlson 1,24 [1,08 - 1,43], edad 1,02 [1,01 - 1,03], APACHEII 1,08 [1,03 - 1,14], SOFA24 1,13 [1,03 - 1,24], lactato ingreso 1,19 [1,03 - 1,36] y el requerimiento de VM, 4,04 [2,31 - 7,09]. Calibración p 0,88 y AUROC 0,86.

Conclusiones: El SMR resultó favorable considerando ambos puntos de mortalidad. Los factores determinantes que difirieron en mortalidad-Hospital estuvieron vinculados a comorbilidades y requerimiento de VM. La gestión de datos implementada nos permitirá en un futuro realizar análisis más amplios y precisos.

	TODOS N(597)	VIVOS N(486)	MUERTOS N(111)	Valor p
Edad	51 [33-63]	49 [31-62]	57 [43-70]	<0,001
Sexo (Masculino)	324 (54,3)	261 (53,7)	64 (57,7)	0,70
APACHE II	15,5 ± 7,32	13,9 ± 6,4	22,6 ± 7,0	<0,001
Risk APII	25,2	20,0	48	<0,001
SOFA ₂₄	4 [2-8]	4 [1-6]	9 [7-12]	<0,001
Nutric escore	3 [2-5]	3 [2-4]	6 [4-7]	<0,001
Glasgow ingreso	13,7 ± 2,9	15 [15-15]	15 [9-15]	<0,001
Charlson	2 [0-2]	2 [0-2]	2 [1-3]	0,006
Mc Cabe	2 [1-3]	2 [1-3]	2 [2-3]	0,02
Patología oncológica	176 (29,5)	142 (29,3)	34 (30,6)	0,77
Presencia VIH +	14/300 (3,47)	9 (2,8)	5 (6,0)	0,15
VDRL +	9 (2,17)	8 (2,4)	1 (1,2)	0,50
Hepatitis B +	2 (0,61)	2 (0,8)	0 (0)	0,51
Hepatitis C +	11 (3,4)	7 (2,7)	4 (7,0)	0,10
Tipo ingreso				
Médico	260 (43,6)	189 (38,9)	71 (64,0)	0,001
Quirúrgica urgencia	142 (23,8)	114 (23,5)	28 (25,2)	
Quirúrgica programado	195 (32,7)	183 (37,6)	12 (10,8)	
Politrauma	38 (6,4)	31 (6,39)	7	0,69
TEC	27 (4,5)	21 (4,3)	6 (5,4)	0,79
SDRA	88 (14,79)	46 (9,5)	44 (38,2)	<0,001
Shock ingreso	228 (38,5)	142 (29,4)	86 (78,2)	<0,001
Sepsis ingreso	170 (28,72)	106 (22,0)	64 (58,7)	<0,001
VM	227 (38,0)	128 (26,3)	89 (80,2)	<0,001
Días VM	10 [3 - 23]	10 [3 - 26,3]	8 [3 - 19]	0,41
Prono	7 (3,08)	3 (2,3)	4 (4,0)	0,46
Reintubación por fallo	22 (9,73)	12 (9,5)	10 (10,1)	0,87
Traquea	66 (29,1)	46 (35,9)	20 (20,2)	0,01
Dialisis	90 (15,1)	58 (11,98)	32 (29,8)	<0,001
Colonización	95 (16,1)	65 (13,5)	30 (37,3)	<0,001
Colonización KPC	4 (0,68)	4 (6,2)	0 (0)	
Colonización MBL	88 (14,9)	58 (89,2)	30 (100)	0,28
Colonización OXA	2 (0,34)	2 (3,0)	0 (0)	
Infecciones en UCI	100 (17)	61 (13)	39 (35)	<0,001
MOMR	28 (27,7)	15 (24,6)	13 (32,5)	0,50
Días UCI	5 [2 - 11]	4 [2-8]	9 [3-19]	<0,001
Días Hospital	14 [7 - 33]	14 [7 - 33]	18 [9 - 33]	0,19

Datos expresados como promedio ± DS, mediana [p25 - p75] o N %

0436 SINDROME DEL OPERCULO TORACICO COMO CAUSA DE ACV Y TROMBOSIS ARTERIAL EXTENSA EN PACIENTE JOVEN: REPORTE DE CASO

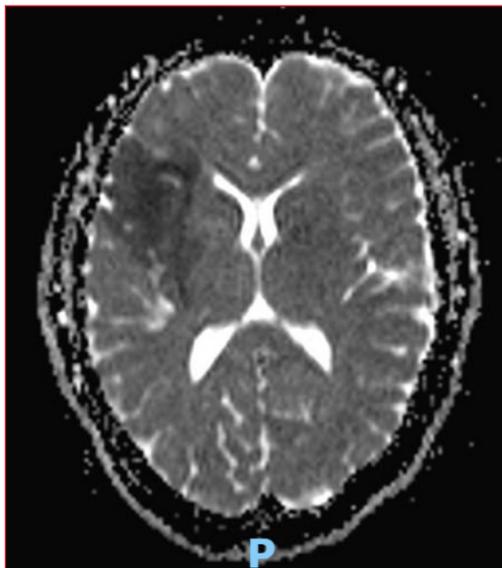
Y RAMIREZ COLOMBRES(1), A OLMEDO AROVICH(1), S PAGNONI(1), ME SERAFINI(1)
 (1) Clinica de Imagenes

Introducción: El síndrome del opérculo torácico es causa rara de ACV en paciente joven, teniendo en cuenta que rara vez produce compromiso arterial.

Presentación de caso: Paciente de 21 años con cesárea hace 7 meses. Consulta por dolor en miembro superior de 4 semanas. Ecografía doppler evidencia trombosis arterial con territorios venosos conservados. Se inicia anticoagulación y se solicita AngioTC: vasos intracraneales indemnes, trombosis oclusiva de arterias subclavia, axilar y carótida interna; y trombosis suboclusiva de arteria vertebral derecha. Intercurre con afasia mixta con RMN con evento isquémico hiperagudo con trombosis en carótida interna, cerebral media y vertebral derecha con reperusión retrógrada de V4. Se tromboliza logrando reversión de afasia. Se halla en TC previa: Apófisis transversa costiforme fusionada a primer arco costal con reducción del espacio costoclavicular con diagnóstico de síndrome del opérculo torácico. Por buena evolución neurológica se decide revascularizar miembro superior y programar resolución quirúrgica diferida de malformación.

Discusión: El síndrome es causado por compresión del paquete vasculonervioso que atraviesa el opérculo comprendido por: triángulo interescalénico, costoclavicular y el espacio subcoracoideo. Los síntomas suelen ser intermitentes y variables, relacionados con los movimientos, generalmente mixtos con predominio de afectación neural y venosa. Solo el 2% presenta compromiso arterial predominante. Raramente se presenta como ACV, pero cuando lo hace suele ser recurrente lo que indica la resolución quirúrgica de la malformación, priorizando revascularización si hay áreas isquémicas.

Conclusión: El síndrome del opérculo torácico es causa rara de afectación arterial pero debe ser tenida en cuenta en pacientes jóvenes con ACV isquémico o compromiso arterial de miembro superior.



0438 ESTIMACIÓN DE LA PRESIÓN SISTÉMICA MEDIA POR MÉTODO ANTROPOMÉTRICO Y ANÁLISIS DE SU ASOCIACIÓN CON OTRAS VARIABLES HEMODINÁMICAS EN EL POSTOPERATORIO DE CIRUGÍA CARDIOVASCULAR
 MA ORELLANO(1), JC PENDINO(1), LR BETTINI(1), JI IBARZABAL(1), WD SACCHI(1), E CAUTURES(1), S BELTRAME(2), SM PEZZOTTO(3)
 (1) Hospital Centenario. (2) Hospital Quirónsalud. (3) Universidad Nacional de Rosario

La presión sistémica media (Psm) representa la presión ejercida por el sistema vascular en ausencia de flujo, refleja el estado de la volemia intravascular efectiva independientemente de la función cardíaca, y es uno de los determinantes del retorno venoso. Una forma de estimarla es el método antropométrico propuesto por Parkin.
Objetivos: Evaluar la asociación entre la Psm estimada por método antropométrico con otras variables hemodinámicas, pronósticas y demográficas en pacientes postquirúrgicos. Analizar presencia de colinealidad entre la fórmula de Psm y las variables hemodinámicas consideradas.
Materiales y métodos: Estudio retrospectivo observacional transversal, de 36 pacientes que cursaron el postoperatorio inmediato de cirugía cardiovascular y que fueron monitorizados con catéter de arteria pulmonar. Se aplicó estadística descriptiva y análisis de regresión lineal múltiple (evaluando previamente el cumplimiento de los cuatro supuestos necesarios) para determinar la relación

entre Psm y las distintas variables. Se consideró significativa una p.
Resultados: Se encontró correlación significativa entre la Psm con la presión auricular derecha (PAD, $r=0.898$; $p<0.001$), volumen sistólico ($r=0.391$; $p<0.009$), gasto cardíaco (GC, $r=0.342$; $p<0.021$) y resistencias vasculares sistémicas ($r=-0.342$; $p<0.020$). No se encontró asociación con la presión arterial media (PAM) y diastólica, APACHE, días de ventilación mecánica y de permanencia en UTI, tiempo de bomba y circulación extracorpórea. Aplicando regresión por pasos, ingresaron al modelo: PAD; GC; c (Constante de Fórmula) y PAM, resultando $R^2=0,994$ y Durbin-Watson=1,815 (Tabla 1). Se analizaron las variables del modelo de regresión lineal que forman parte de la fórmula de Parkin y no se encontró colinealidad (Tabla 2).
Conclusión: En este grupo de pacientes, la Psm se asocia significativamente con las variables hemodinámicas presentes en la fórmula de Parkin sin colinealidad. No se encontró relación con los predictores demográficos y morbimortalidad. Las variables PAD, GC, c y PAM explican la variación de Psm en el 99.4% reflejando su importancia en la hemodinamia sistémica y el retorno venoso.

Tabla 1. Modelo de regresión lineal: Coeficientes

Variable	Coefficientes B no estandarizado	Error estándar	Coefficientes B estandarizado	p
Constante	-4,295	0,890		<0,001
PAD	0,952	0,013	0,946	<0,001
GC	1,108	0,035	0,401	<0,001
c	4,340	0,254	0,221	<0,001
PAM	0,035	0,004	0,116	<0,001

Fórmula de modelo de regresión, $Psm = -4,295 + 0,952PAD + 1,108GC + 4,340c + 0,035PAM$

Tabla 2. Correlaciones parciales y diagnóstico de colinealidad

Variable	p	Correlaciones parciales*	Estadísticos de colinealidad	
			Tolerancia	FIV
PAD	<0,001	0,997	0,971	1,029
GC	<0,001	0,985	0,968	1,033
c	<0,001	0,951	0,939	1,065
PAM	<0,001	0,855	0,991	1,009

*Correlación lineal ajustada por el resto de las variables explicativas en el modelo.

0439 ENCEFALITIS AUTOINMUNE ANTI-RECEPTOR NMDA: SERIE DE CASOS
 NA GRUBER(1), L VITERBO(1), A AGULLO(1), B LUCIANA(1), L AIZAGA(1), MDP ARIAS(1)
 (1) Ricardo Gutierrez

Introducción: La Encefalitis Autoinmune (EA) es una patología inflamatoria severa del sistema nervioso central mediada por anticuerpos, se presenta como una encefalopatía rápidamente progresiva. Su diagnóstico es difícil por su comienzo subagudo y amplio espectro de sintomatología neurológica y psiquiátrica. La sospecha temprana es fundamental para iniciar el tratamiento inmunomodulador y evitar el progreso de la enfermedad.
Objetivos: Describir las características clínicas, de laboratorio e imagenológicas de una serie de pacientes con EA que requirieron internación en unidad de cuidados intensivos pediátricos (UCIP).
Materiales y Métodos: Diseño observacional retrospectivo. Revisión de base de datos del servicio (SATI Q). Se incluyeron todos los pacientes entre 1 y 18 años ingresados en la UCIP desde 1/1/2020 hasta 1/5/24. Se describen características demográficas, motivo de ingreso, estudios diagnósticos, tratamientos instituidos y resultados (estadía-mortalidad y morbilidad). Las variables continuas se describen como mediana y rango intercuartil (RIC) y las variables categóricas como frecuencias y porcentajes.
Resultados: En el periodo de estudio ingresaron a UCIP 13 pacientes con diagnóstico/sospecha de EA. El 64% fueron sexo femenino (7/13) y la edad mediana fue de 11 años (RIC 5-12). Como clínica inicial presentaron Pródromos 75% (fiebre, vómitos, cefalea frontal), Convulsiones (70%), Trastornos Cognitivos (70%). El motivo de ingreso más frecuente a UCIP Estatus Convulsivo (46%) y Deterioro del sensorio (23%), El 77% requirió ARM. En cuanto a los estudios

diagnóstico, en el 30% de los LCR se constató Pleocitosis y aumento de proteínas. El 77% presentó Ac. NMDA+, y BOC (15%).

El EEG fue alterado en 61%, siendo el patrón más frecuente trazado desorganizado con onda Delta Brush Extreme. El 30% presentó en la RMN Hiperintensidad en T2. Fueron solicitados en 4 pacientes Onco receptores de los cuales uno fue positivo.

Respecto al tratamiento un 61% requirió medicación de 2da línea (Ciclofosfamida/Rituximab/Azatioprina) por haber presentado parcial a mala respuesta al tratamiento inicial.

La estadía media en UCIP fue 27 días. Ningún paciente falleció pero el 38% presentó morbilidad severa de acuerdo a Functional Status Scale(FSS) al egreso de la UCIP.

Conclusión: Alto porcentaje de pacientes no respondió al tratamiento de primera línea. Su estadía en la UCIP fue prolongada y presentaron severa morbilidad al egreso.

0440 UTILIDAD DEL DOPPLER TRANSCRANEAL EN EL DIAGNÓSTICO DE PARADA CIRCULATORIA CEREBRAL

LSN GAMARRA(1), JM MARTINEZ(1), J BERNACHEA(1), LJ OJEDA LOPEZ(1), V GIMENEZ(1), HJM ALVAREZ(1), E ALFONSO(1), C PISARELLO(1), S LAZZERI(1), C MIZDRAJI(1)

(1) Hospital Escuela General Jose Francisco de San Martin

La determinación de la muerte encefálica (ME) en la mayoría de los países del mundo, es clínica. Las exigencias clínicas que permiten documentar al médico la abolición irreversible de todas las funciones encefálicas comprenden: constatación clínica del coma, ausencia de reflejos troncoencefálicos y apnea. Circunstancias como: intoxicaciones por sedantes, trastornos metabólicos severos, hipotermia importante y uso de bloqueadores neuromusculares, obliga al médico a recurrir a diversos métodos de apoyo tecnológicos para establecer el diagnóstico. La determinación de la parada circulatoria cerebral a través de la sonografía Doppler Transcraneal (DTC) es un patrón constante. El aumento paulatino de la Presión Intracraneana (PIC) que iguala a la Presión Arterial Media (PAM), produce un incremento de la resistencia al flujo, condicionando el descenso de la Presión de Perfusión Cerebral (PPC). Los cambios progresivos en la morfología de la onda determinan una disminución de la velocidad diastólica, separación diástole-sístole, flujo retrógrado en diástole, espigas sistólicas, y ausencia de señal.

Se realizó un estudio descriptivo para valorar la utilidad del DTC en el diagnóstico de ME desde Enero/2023 a Diciembre/2023 en el Servicio de Terapia Intensiva del Hospital Escuela Gral. San Martín de la ciudad de Corrientes. Se utilizó Equipo DTC marca RIMED Digi-Lite y Digi-One con transductor de 2 Mhz.

De 189 neurocríticos ingresados se realizó diagnóstico de ME en 45 pacientes. Las espigas sistólicas se demostraron en 32 pacientes (71.1%), Flujo reverberante en 10(22.2%) y Ausencia en 3 (6.6%). La edad media fue de 43 ± 5 . El TEC Grave fue la patología neurocrítica más encontrada 54.4%. La sensibilidad diagnóstica reportada fue del 100 % de los pacientes, correlacionada con otros métodos de diagnóstico de ME, como el EEG 95% y la Angio TC Multicorte 5%. El hecho de que la detección de ausencia de flujo por DTC no se vea afectada por la administración de sedantes, frecuente en pacientes neurocríticos, como no verse afectado por numerosas interferencias eléctricas de la UTI, la disponibilidad, más la experiencia de un operador entrenado, le otorga una superioridad frente al tradicional EEG.

0442 SULFOHEMOGLOBINEMIA: A PROPÓSITO DE UNA INTERFERENCIA

B AHUMADA(1), S PRADEDA(1), B STUTZ(1), M OTTO(1), E KUTASZ(1), MA MELGAREJO(1)

(1) Hospital de Pediatría J.P. Garrahan

Introducción: La sulfohemoglobina (SHb) se genera por la oxidación de la hemoglobina (Hb) y posterior adquisición de átomos de azufre

provocando una disminución de la afinidad por el oxígeno, haciéndola incapaz de transportarlo a los tejidos. Es un cuadro infrecuente y las causas pueden ser variadas, destacándose la farmacológica. Los afectados presentan cianosis y saturación de oxígeno baja sin repercusión clínica. No se dispone de un método rutinario que permita cuantificar la SHb. La cooximetría disponible en equipos multiparamétricos de gases en sangre (EGS) permite identificar su presencia y son útiles para el diagnóstico.

Presentación del caso: Paciente femenino de 10 años con enfermedad de Steinert. Al examen físico se evidencian extremidades frías y cianóticas, cianosis peribucal y saturación de oxígeno por oxímetro de pulso (satO2) del 93%. Se decide su internación. Persiste con cianosis peribucal, en buen estado clínico, con signos vitales dentro de valores normales para su edad, con una satO2 que oscila entre 83% y 85% en EGS. En el mismo informe se observa una alarma de "Advertencia: detectada SHb". En una nueva anamnesis, la madre refiere administración de sulfato ferroso (indicado previamente por anemia, se desconocía la dosis administrada) dos meses previos a la consulta.

Discusión: Ante una paciente con hipoxia y cianosis central, sin hipoxemia ni hipercapnia y sin clínica de dificultad respiratoria se realiza un abordaje multidisciplinario. La discordancia entre los valores satO2 medidos por oxímetro de pulso y cooximetría en el contexto de la presentación clínica de la paciente evidencia la posible presencia de una fracción anormal de la Hb. Los EGS que utilizan cooximetría no proveen un valor cuantitativo de SHb, pero alertan su presencia.

Conclusión: La sulfohemoglobinemia es una intoxicación infrecuente y su diagnóstico no es sencillo, existen limitaciones para su medición en la práctica diaria. La incapacidad de los cooxímetros de medir la SHb puede llevar a una interpretación errónea de los resultados. Si bien no existe antídoto específico, se sugiere un control clínico estricto y tratamiento de sostén, teniendo en cuenta la vida media de los eritrocitos.

0443 ANEMIA HEMOLÍTICA MICROANGIOPÁTICA POR MICROANGIOPATÍA TROMBÓTICA EN UN CASO DE DENGUE

I VILLARRUEL(1), E ROMERO(1), Y SALDIVA(1), P CALCAGNO(1), E MINOLDO(1), N KESLER(1), F IRADES(1), C GALLETTI(1)

(1) Sanatorio Allende

Introducción: En la mayoría de los casos de Dengue (D) se presentan cuadros leves a moderados, el 5% de los pacientes pueden desarrollar una enfermedad grave con requerimiento de cuidados críticos por afectación de órganos/sistemas vitales. Es el caso de las manifestaciones hematológicas entre ellas la anemia hemolítica microangiopática (AHM) que plantea dificultades de abordaje en el entorno polisindrómico del D grave o extendido, particularmente las consideraciones en relación a purpura trombocitopénica trombótica (PTT) y microangiopatía trombótica (MAT)

Presentación del caso: Femenina 33 años sin antecedentes Ingresada con diagnóstico de D (IgG e IgM positivas) con artromialgias, fiebre, diarrea, dolor abdominal, epistaxi, enterorragia, trombocitopenia. Evoluciona con fallo renal agudo con requerimiento de hemodiálisis e insuficiencia respiratoria con requerimiento de ventilación mecánica. Imagen en TC sugestiva de hemorragia alveolar En laboratorio progresión de trombocitopenia y AHM - (aumento de LDH, esquistocitos 7.5%). Con diagnóstico PTT se realiza 3 pulsos de metilprednisolona (500 mg c/u). 4 sesiones terapia de recambio plasmático que se suspende al informarse ADAMS 13 con actividad > 70%. Diagnóstico final AHM con MAT no dependiente de PTT ni SHE (Shiga toxina negativa)

Evoluciona con recuperación gradual de la función renal y neumonía organizada (Cultivos- BAL negativos) (Fig. 1) que responde a nuevo tratamiento con esteroides con restitución gradual de la función respiratoria como de las imágenes (Fig.2) Alta de UCI a los 41 días.

Discusión y Conclusiones: La evaluación inicial de un paciente con MAT debe centrarse en distinguir los síndromes primarios, entre ellos (PPT/SUH), de otros trastornos sistémicos que pueden presentarse con AHM y trombocitopenia. No encontramos publicaciones de D y MAT. La paciente curso una MAT sin coagulopatía por consumo con compromiso renal, digestivo y pulmonar. Aunque los mecanismos aún no se comprenden completamente, se sugiere que la activación mediada por el sistema inmunológico que conduce a una expresión excesiva de citocinas y polimorfismo genético es la causa de los hallazgos principales en pacientes críticos. Un seguimiento cuidadoso y una pronta hospitalización de los casos graves, muchas veces de iniciación confusa, es imprescindible para establecer un diagnóstico correcto, la terapia indicada y reducir la mortalidad.

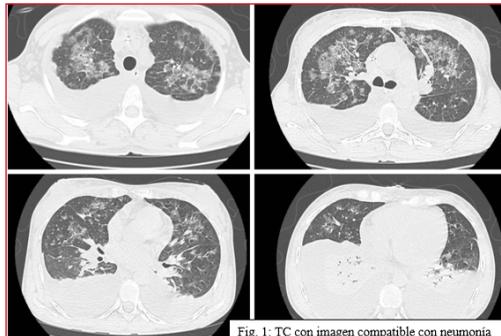


Fig. 1: TC con imagen compatible con neumonía

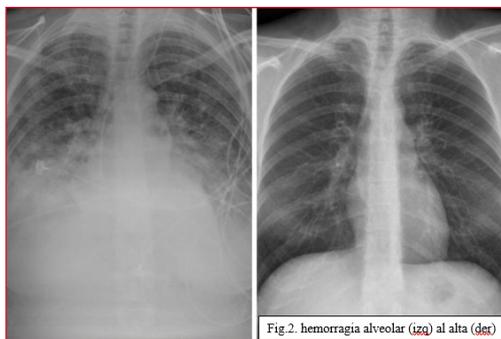


Fig.2. hemorragia alveolar (zgo) al alta (dgr)

0444 CEFTRIAXONA INCREMENTA LA SUPERVIVENCIA EN PACIENTES CRITICOS CON VENTILACION MECANICA A MUY ALTA ALTITUD.

B HERRERA(1), FR TORRES JIMENEZ(1), B CHOQUE POMA(1), JA VIRUÉZ SOTO(1), Z VISCARRA MACHACA(1), HR TICONA FLORES(1)
 (1) Norte

Introducción: La profilaxis antibiótica es una medida sencilla y barata que puede reproducirse fácilmente para la disminución de la severidad de neumonías nosocomiales y el incremento de la supervivencia, en pacientes críticos con lesión neurológica que reciben profilaxis antibiótica. En estudios multicéntricos y metanálisis se ha demostrado que una sola dosis de ceftriaxona es útil.

Material y Métodos: El siguiente es un estudio de cohorte retrospectivo unicéntrico se realizó en pacientes ingresados en la Unidad de Cuidado intensivos Adultos (UCIA) del Hospital del Norte de forma consecutiva desde el 01 de enero de 2023 hasta el 01 de enero de 2024. Se incluyó pacientes que recibieron Ceftriaxona durante las primeras 24 horas de internación durante 5 a 7 días en pacientes con lesión neurológica y sin lesión neurológica.

Resultados: Se incluyeron 85 casos de pacientes bajo ventilación mecánica. En la tabla 1 se presentan las características demográficas iniciales. El análisis de supervivencia de Kaplan Meier demostró que los pacientes con patología neurológica y no neurológica que recibieron ceftriaxona incremento la supervivencia en comparación con

aquellos que no recibieron ceftriaxona (rango logarítmico $p=0,013$). Ver Figura 1.

Discusión: Los estudios y metaanálisis realizados en relación con profilaxis antibiótica en pacientes con patología neurológica han sido sólidamente demostrado, entendiendo que disminuye la incidencia de neumonía nosocomial temprana. Los pacientes con ventilación mecánica ocupan un grupo muy amplio de patologías neurológicas y no neurológicas. A diferencia de otros estudios hemos demostrado el impacto de la mortalidad en pacientes bajo ventilación mecánica en relación con profilaxis antimicrobiana con ceftriaxona en diferentes grupos de pacientes críticos no solo con una dosis.

Conclusión: Se determinó que los pacientes al ingreso con ventilación mecánica de la UCIA que reciben ceftriaxona durante las primeras 24 horas durante un periodo de 5 a 7 días mejoro la supervivencia en relación con los que no recibieron ceftriaxona.

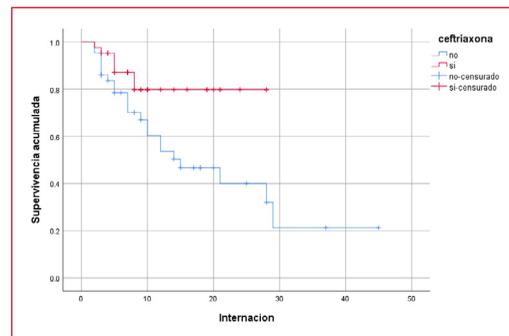


Tabla1. Características demográficas y clínicas.

N #85	Porcentaje	Frecuencia	media	Minimo	Maximo
Edad	-	-	50	15	48
Varones	62	53	-	-	-
Mujeres	37	32	-	-	-
Acinetobacter baumannii	56	23	-	-	-
Klebsiella pneumoniae	22	9	-	-	-
Escherichia Coli	10	4	-	-	-
Pseudomona aeruginosa	2	1	-	-	-
Staphylococcus aureus	5	2	-	-	-
Enterobacter aerogenes	2	1	-	-	-
Supervivientes	66	56	-	-	66
No supervivientes	34	29	-	-	34
Ceftriaxona	60	42	-	-	-
No ceftriaxona	51	43	-	-	-
Medico	54	46	-	-	54
Quirúrgico	46	39	-	-	46
Abdominal	19	16	-	-	19
cardiovascular	6	5	-	-	6
metabólico	4	3	-	-	4
neurológico	39	33	-	-	39
Respiratorio	24	20	-	-	34
Renal	10	8	-	-	-
NAV temprano	37	15	-	-	-
NAV tardío	63	26	-	-	-
Días de internación	-	-	10	1	29
Internacion	-	-	11	2	45

0446 TRAQUEOSTOMIA DEFINITIVA DEBIDO A LEpra EN VIA AEREA

E ARTIGAS(1), R DURE(1), F LAMAS(1), MA FLORES MONTE(1), A RODRIGUEZ(1)
 (1) Htal Dr Prof Francisco J. Muñoz

La lepra es una enfermedad infecciosa crónica, la transmisión se produce por contacto estrecho y prolongado entre un individuo susceptible y un paciente infectado, mediante la inhalación de los bacilos contenidos en la secreción nasal o en las gotitas de Flügge. Los individuos infectados, incluso aquellos que no desarrollaron la enfermedad, pueden tener un periodo de transición de liberación nasal de bacilos.

Afecta principalmente a la piel y a los nervios periféricos. Pero también afecta a los ojos, las membranas mucosas y los huesos, lo cual implica una variabilidad clínica de lesiones. Y cuando afecta las vías respiratorias superiores, especialmente en reacciones de tipo

2, se observaron cambios atróficos en la mucosa nasal, alteración del olfato, pérdida de sensibilidad intranasal, estridor laringeo, afectaciones de las cuerdas vocales, necesidad de manejo de la vía aérea, mayor riesgo de aspiración pulmonar, dificultad en el manejo de las vías respiratorias, disautonomía respiratoria, parámetros de función pulmonar alterados debido a la afección del vago y el plexo simpático.

Se describe el caso de un paciente masculino de 44 años, con diagnóstico de enfermedad de Hansen hace 2 años, cumplió tratamiento antibiótico con Dapsona, Rifampicina y Clofazimina. Actualmente en tratamiento con talidomida y meprednisona para tratar las complicaciones inflamatorias. Ingresó en plan de traqueostomía definitiva por tos crónica y disnea secundaria a sinequias y estenosis subglótica.

03/11/23 se realiza fibrobroncoscopia con endoscopio rígido donde se constata: "cuerdas vocales con sinequia anterior que tracciona los ventrículos dejando visualizar los mismo, movilidad disminuida. estenosis subglótica concéntrica con diámetro aproximado de 5mm. traquea sin lesiones. se realiza dilatación mecánica progresiva hasta dumon 13." se realiza traqueostomía percutánea con técnica de seldinger, se coloca cánula nro 8.

Posteriormente pasa a unidad cerrada para monitoreo, tras 24hs, sin intercurencias, por buen estado general pasa a sala general



0447 ENFERMEDAD INVASIVA POR STREPTOCOCCUS PYOGENES M1

JJ CÁCERES(1), FD VASILE(1), ME BENITEZ(1), P MANCINI(1), F HERRERA(1), MA VEGA(1)

(1) Domingo Funes

Introducción: El Streptococcus pyogenes es un coco Gram positivo en cadenas que produce una zona clara de hemólisis en las placas de agar sangre. Puede encontrarse colonizando orofaringe y como flora de la piel. El gen emm factor principal de virulencia presente en la proteína M del EGA. El emm 1 /sequence type 28 (ST28) el más relacionado con infecciones invasivas como osteomielitis, neumonías, bacteriemias, sepsis y meningioencefalitis

Presentación: Paciente masculino de 21 años, sin APP, ingresa derivado de otra institución por fiebre y sospecha de meningitis. Ingresó

Glasgow 6/15 se decide IOT. En anamnesis indirecta familiares refieren que hace 4 días se colocó 3 vacunas y al día siguiente comenzó con fiebre y dolor lumbar que fue tratado con paracetamol ambulatoriamente. El día del ingreso presento cefalea, vómitos, fotofobia y excitación psicomotriz. EF: rigidez de nuca, pupilas midriáticas hiporeactivas, Escala de Four 7/16 (TC4R1M3), resto del examen S/P. TAC de ingreso no se objetivan lesiones cerebrales. LABO: Leucocitos 21410 NS 92% Procalcitonina 1.54 LCR: Leucocitos >2000/mm3 Proteínas 115mg/dL LDH 2141 Glucorraquia 1mg/dL (capilar 193mg/dL), Directo observan cocos gram positivos agrupados en cadenas. Inicia tratamiento antibiótico con ceftriaxona, vancomicina, Aciclovir, dexametasona. Bacteriología: Hemocultivos y LCR S. pyogenes tipificado en ANLIS-Malbran notificó el tipo M linaje global y el secuencia tipo de la cepa ST 28.

Evoluciona febril persistente, se suspende Aciclovir y se agrega clindamicina según antibiograma. Día 3 presenta deterioro neurológico, pérdida de reflejos pupilar y corneal, four 2/16 (1TC1R), TAC de cerebro lesiones hipodensas en territorio de la ACA y ACM. Día 5 presenta four 0, se realiza test de apnea con resultado positivo.

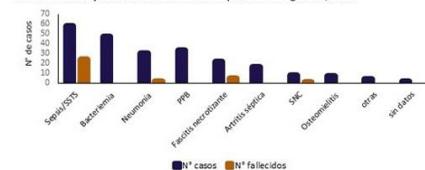
Discusión: La infección invasiva por S. pyogenes (SGAI) es aquella donde se aíslan estos microorganismos en sitios estériles, provocando cuadros de bacteriemias e infecciones graves con elevada morbi-mortalidad.

En 2023 Argentina notificó 926 casos de SGAI, 134(14.4%) fueron fatales. 3% (2) fueron notificados como meningioencefalitis. El linaje M1 global fue detectado en todas las regiones

Conclusión: La importancia de la SGAI radica en la caracterización genómica para conocer epidemiología local, además prevenir complicaciones graves. Es necesario actuar para prevenir estas infecciones, por ejemplo, con adecuada asepsia de piel en momento de vacunación.

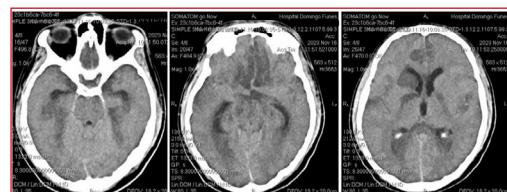


Gráfico 16: S. pyogenes tipo M1 - linaje global: características clínicas de los aislados según total de casos analizados y casos fallecidos estudiados por el LNR, Argentina, 2023.



Fuentes: Servicio Bacteriología Especial, INEI-ANLIS; Centro Unidad Operativo de Genómica y Bioinformática, ANLIS; Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS 2.0.

* SSTs, Síndrome de shock tóxico estreptocócico; SNC, infecciones del sistema nervioso central (meningitis, meningioencefalitis, absceso cerebral); PPB, infecciones de piel y partes blandas.



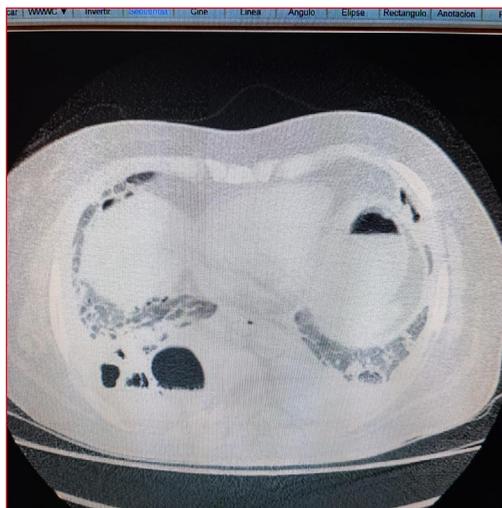
0448 NEUMONIAS NECROTIZANTES. SERIE DE CASOS

K DIAZ CARRO(1), JI MACEIRA SPINELLI(1), A CASTILLO(1), MJ RICARDO JIMENEZ(1), JM CAVALLO(1), A VAZQUEZ(1), D VIOLI(1), G SEGUI(1), NC POZO(1), JA VOSS(1)
(1) H.i.g.a. Guemes de Haedo

Introducción: Las neumonías necrotizantes son una complicación poco frecuente de los procesos infecciosos del sistema respiratorio, en nuestra Terapia Intensiva se presentaron 4 casos en 60 días (Marzo y Abril del 2024) por lo que nos pareció importante revisar los factores en común que puedan predisponer a la presentación de esta patología como así la prevención y posibles tratamientos.

Presentación de los casos: En 3 de los pacientes el motivo de ingreso fue patología respiratoria (Neumonía), la edad promedio fue de 38 años, el APACHE de 20, en cuanto a los factores de riesgo solamente 2 de los casos presentaba que fueron Consumo de cocaína y uno de ellos a demas Diabetes. Ninguno de ellos presento las cavitaciones a su ingreso, el tiempo desde su ingreso hasta el diagnóstico de la cavidad fue en promedio de 13 días, los gérmenes aislados fueron en 2 casos A. Baumanni, en los otros 2 Pseudomona Aeruginosa (uno de ellos además presento rescate de Staphylococcus aureus metisilino sensible). Los cuatro pacientes tuvieron Shock, uso de corticoides, bloqueantes neuromusculares y requerimiento de Prono. 3 de ellos obitaron y en solamente 1 se realizó drenaje percutáneo como otro tratamiento diferente a la antibioticoterapia.

Discusión: Queda en claro la gravedad de la patología ya que la mortalidad fue del 75% en los casos que se presentaron y no se asociaron a comorbilidades. Es de importancia recalcar la necesidad de la movilización temprana en estos pacientes como prevención de la formación de las cavitaciones por la fisiopatología que se propone. En cuanto a los rescates de gérmenes es importante la alta sospecha de esta patología para poder realizar cultivos profundos (Lavado bronco alveolar) para poder obtener el germen culpable lo mas rápido posible y así guiar el tratamiento antibiótico. En cuanto a otros tratamientos la bibliografía es escasa (Drenajes percutáneos, antibiótico de manera nebulizada, instilación de antibiótico por vía endoscópica) pero interesante de pensar ante casos en los que la respuesta no sea favorable o así su uso temprano para mejorar los resultados.



0449 CARACTERÍSTICAS Y RESULTADOS DE LA INTERNACIÓN DE SUJETOS QUE REQUIRIERON VENTILACIÓN MECÁNICA INVASIVA POR MÁS DE 24 HORAS EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DE UN HOSPITAL PÚBLICO DE LA CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES

ML LAURENS(1), M AGUIRRE(1), G RODRIGUEZ D'AVERSA(1), F RODRIGUEZ(1), M MASTANDREA(1), N SUAREZ(1), A TASSI(1), A HERBON(1), M MACHERO(1), M POLETTI(1), J CARDO-SO(1), V CHALLIOL(1), M BOER(1), A RAMIREZ(1)
(1) Santojanni.

Introducción: Los Servicios de Emergencia (SE) son el primer eslabón de abordaje del paciente crítico. La ventilación mecánica invasiva (VMI) se utiliza habitualmente en los SE como parte de la reanimación de dichos pacientes según Rose y cols. En Argentina, contamos con datos sobre VMI en Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) como el EpvAR, pero no hemos encontrado en SE. Nuestro objetivo es describir las características y resultados de internación de sujetos que requirieron VMI por más de 24 horas en SE de un Hospital Público de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Materiales y método: Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo y transversal, realizado entre septiembre de 2023 y abril de 2024 en un Hospital Público. Se incluyeron sujetos que requirieron VMI por más de 24 horas en SE. Los datos se recopilaron por MAWE®. Las variables categóricas se presentan como número absoluto de presentación y porcentaje; y las continuas que asumieron una distribución normal, como media y desvío estándar, de lo contrario, como mediana y rango intercuartílico.

Resultados: Se incluyeron 84 sujetos. En la tabla 1 se detallan las características clínicas y demográficas. En la tabla 2 los resultados de la internación y la condición de alta.

Discusión: El principal motivo de VMI fue insuficiencia respiratoria aguda (IRA), en contraste con Rose y cols., el cual fue traumatismo craneano, coincidiendo con la derivación más frecuente, la UCI. La estadía de nuestros sujetos fue una media de 5.03 días (DE 4.3 días) la cual superó la relacionada con mayor mortalidad, según Angotti y cols. En el estudio LOV-ED reportan una mortalidad del 19,6% (ventilación protectora) y 34,1% (grupo control). En nuestro SE la mortalidad obtenida fue 22,9% utilizando la estrategia de ventilación protectora.

Conclusión: El principal motivo de VMI al ingreso de SE fue IRA y la media de días de estadía y de VMI fue de 5,03 y 4,5 respectivamente. La mortalidad fue de 22,9% y la principal condición de alta fue la derivación a la UCI (48,2%).

TABLA 1. Variables clínicas y demográficas

Sexo, masculino N (%)	50 (59,5)
Edad, media (DE)	57 (19)
Motivo de VMI, N (%)*	
IRA, N (%)	39 (48,8)
IRA en EPC N (%)	5 (6,2)
Coma, N (%)	36 (45)
APACHE II, media (DE)**	7 (3)
SOFA media, (DE)***	16,35 (8)
PaFi (mmHg), N (%)****	
PaO2/FiO2 < 100	3 (4,1)
PaO2/FiO2 100-200	8 (11,8)
PaO2/FiO2 200-300	25 (36,8)
PaO2/FiO2 300-400	20 (29,4)
PaO2/FiO2 ≥ 400	12 (17,6)
Índice de Charlson, media (DE)	2,81 (2,43)

*Datos perdidos: 4. Clasificación según Esteban y cols; **Datos perdidos: 27; ***Datos perdidos: 24; ****Datos perdidos: 16.

DE: Desvío estándar; VMI: Ventilación mecánica invasiva; IRA: Insuficiencia respiratoria aguda; IRA en EPC: Insuficiencia respiratoria aguda en Enfermedad pulmonar crónica.

TABLA 2. Variables relacionadas a la internación

Extubación N (%)	
Programada	11 (13)
Auroextubación	2 (2,38)
Reintubación, N (%)	1 (1,1)
Nuevo ciclo de VMI, N (%)	1 (1,1)
VNI, N (%)^a	2 (2,38)
Condición alta SF, N (%)^a	
Fallecido	19 (22,9)
Vivo (UCI)	40 (48,2)
Vivo (piso)	16 (19,3)
Vivo (derivación)	5 (6)
Vivo (domicilio)	1 (1,2)
Vivo (guardia)	1 (1,2)
Vivo (UCO)	1 (1,2)
Días de VMI en SE, media (DE)**	4,5 (3,6)
VMI al alta de SE, N (%)***	45 (54,8)
Días en SE, media (DE)****	5,03 (4,3)

^aVNI como prevención de falla y weaning; **Datos perdidos: 1; ***Datos perdidos: 3; ****Datos perdidos: 2; *****Datos perdidos: 2
 VNI: Ventilación mecánica no invasiva; VMI: Ventilación mecánica invasiva; SE: Servicio de emergencias; UCI: Unidad de Cuidados Intensivos; UCO: Unidad Coronaria.

0450 MIOCARDITIS COMO FORMA DE PRESENTACIÓN DE DENGUE. REPORTE DE CASOS
 JL BRAVO(1), M CRUCCI(1), R NUÑEZ(1), E CORNU(1), E MARIQUE(1), R ÁVILA(1)
 (1) Hospital Privado Universitario de Córdoba.

Introducción: El dengue es una enfermedad causada por un virus de la familia Flaviviridae, del cual existen cuatro serotipos. Se transmite a través de la picadura del mosquito Aedes aegypti. La manifestación clínica del dengue abarca desde cuadros leves hasta disfunción multiorgánica, con compromiso miocárdico. Esta miocarditis aguda puede ser asintomática y manifestarse por alteraciones en el electrocardiograma; o llegar a afectar la función cardíaca global. Las infecciones secundarias, y, el serotipo 2 de dengue, están más frecuentemente asociadas con formas más severas. **Casos clínicos:** Durante el mes de abril, ingresaron en nuestra institución 4 pacientes con serología o PCR positiva para dengue, se resumen en la Tabla 1 las características generales. De estos 3 de 4 presentaron Shock cardiogénico con disfunción biventricular como modo de presentación inicial, el restante presentó shock de tipo obstructivo por derrame pericárdico con posterior shock distributivo con alto gasto cardíaco tras la pericardiocentesis. Uno de los casos con shock cardiogénico desarrolló 3 episodios de paro cardíaco al ingreso tras lo cual no se pudo asistir con dispositivos extracorpóreos. Dos de los anteriores se lograron asistir con soporte con balón de contrapulsación aórtica y ECMO venoarterial, sin embargo, ambos con resultado fatal. El paciente con shock distributivo al igual que los anteriores precisó dosis altas de noradrenalina y vasopresina. Sin embargo, evolucionó con mejoría hemodinámica y destete prolongado de la ventilación mecánica y posterior egreso de la unidad tras 34 días. **Discusión:** El manejo del shock cardiogénico secundario a miocarditis es complejo, especialmente durante la fase crítica por extravasación plasmática, y por las posibles complicaciones hemorrágicas. El soporte con ECMO V/A ha sido presentado como una alternativa terapéutica. Desafortunadamente a pesar del soporte ECMO V/A fallecieron,

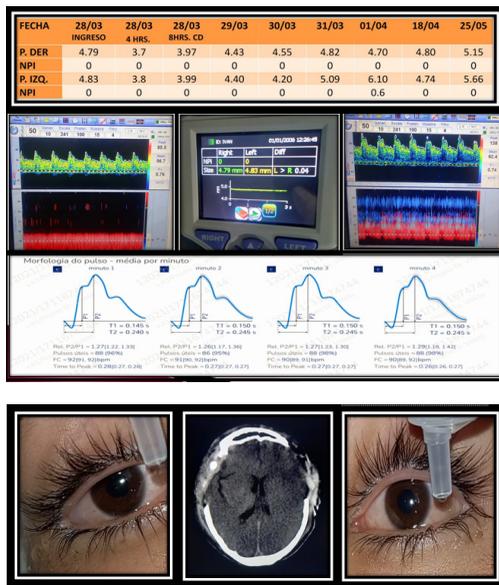
por complicaciones asociadas a la extravasación plasmática. Otra paciente, por evolución tórpida imposibilitó la canulación a tiempo, fallando a las horas de haber ingresado.

Conclusión: En nuestra experiencia, el soporte vital con ECMO ha demostrado ser una herramienta para el soporte durante la fase de shock cardiogénico secundario a miocarditis por dengue. Sin embargo, aún no existe tratamiento para leak capilar

	CASO 1	CASO 2	CASO 3	CASO 4
Sexo	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino
Edad (años)	49	39	45	29
Antecedentes	No	Síndrome de superposición	No	No
Hemoglobina (gr/dl)	19,8	14	16,1	13,7
Hematócrito (%)	55,1	43,5	47,3	40,9
Hesquetas (col/mms)	60	120	60	26
Hepatitis	Sí	No	Sí	No
Troponina T (ng/ml)	104	76,3	1761	65,9
Índice Cardíaco	5,6	1,4	1,8	1,1
Fracción de eyección	40	9	10	15
PVC	5	11	20	5
Otros valores	Wedge 10 mmHg	LEWI / ml/kg, GEDV ↓		
Derrame pericárdico	Sí	No	Sí	Sí
Leak plasmático	No	No	Sí	Sí
Hemorragia	No	No	Sí	No
Otras intercurencias	Distress respiratorio, weaning dificultoso, falla renal	Bacteriemia por Staphylococcus aureus	falla renal	Pericarditis, falla renal con necesidad de diálisis,
Días en UCI	34	1	3	3
Días de ECMO	0	0	3	3
Falleció	No	Sí	Sí	Sí

0451 PUPILOMETRIA: PREDICTOR DE MAL PRONOSTICO NEUROLOGICO, A PROPOSITO DE UN CASO EN NUESTRO HOSPITAL-MUNICIPAL EVA PERON DE MERLO-PROVINCIA
 IF ARANDIA ALMENDRAS(1), A TAMAYO(1), DD BARRIENTOS PARACTA(1), BL FERNANDEZ(1), JA MUÑOZ GOMEZ(1), A RODRIGUEZ TORRICO(1), W VIDETTA(1)
 (1) Hospital Municipal Eva Peron de Merlo

Introducción: El pupilómetro es una herramienta de monitoreo no invasivo, que evalúa el índice de pupila neurológica, siendo una práctica, que mide los parámetros de: tamaño, latencia y velocidad. Cuantifica una escala de 0 a 5: 0 No Reactivo, >3 Normal. La pupilometría puede anteceder en horas a la Hipertensión Endocranena. La evaluación de pupilometría es simple. Podría mejorar la evaluación inicial y posterior. La reactividad pupilar anormal o ausente puede presagiar una emergencia neurológica debido a una compresión potencialmente mortal o a una lesión intrínseca de las vías pupilares en el tronco del encéfalo, cambios a lo largo del tiempo que podrían proporcionar una advertencia temprana de una lesión catastrófica en evolución. Además de respuesta al tratamiento médico, con la puntuación de resultado de Glasgow (GOS) de 6 meses. **Objetivos:** Evaluar la asociación del Índice de Pupila Neurológica (NPI, en inglés), como pronóstico neurológico. **Caso clínico:** Paciente masculino, 20 años. Estilista , consumo de marihuana y cocaína. Ingresó a Guardia el 25/03, por intoxicación, benzodiacepinas + alcohol. GCS: 8, IOT/ARM. A las 24 horas se extubó. Requiere nueva IOT y conexión a ARM. El 28/05 evoluciona con midriasis bilateral, se realiza TC de cerebro, Marshall-II, se realiza neuromonitoreo no invasivo, Pupilometría + Monitoreo de ondas de PIC (Brain4Care)+Doppler Transcraneal (DTC), se realiza reanimación, con el siguiente resultado: pupilas intermedias-NPI 0-DTC flujo sistólico/diastólico, reflejos de tronco y corneal presentes), PÍC 54 mmHg. Neurocirugía: Realiza Craniectomía descompresiva. Actualmente 64 días de evolución: GCS 6/15 (M01, O04, V01-traqueostomía). **Discusión:** Datos multicéntricos recientes indican que el NPI tiene una alta sensibilidad para predecir un pronóstico desfavorable. Se debería considerar la incorporación del pupilometría como elemento de tamizaje y pronóstico en la Emergencia y la UCI. **Conclusiones:** Un valor NPI=0, podría relacionarse con mala evolución neurológica.



0452 IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS MULTIMODALES PARA LA PREVENCIÓN DE NEUMONÍAS ASOCIADAS A LA VENTILACIÓN MECÁNICA (NAV)

G MENDEZ, G ORELLANA(1)

(1) Hospital Público Materno Infantil

Introducción: Las NAV son las infecciones intrahospitalarias más frecuentes en las Terapias Intensivas y se asocian con mayor morbilidad, prolongación de la estancia hospitalaria e incremento del consumo de antimicrobianos.

Objetivos: Implementar estrategias multimodales para la prevención de las NAV y analizar su efectividad, identificando los factores que limitan su implementación.

Materiales y Métodos: Estudio de intervención, cuasi-experimental, sin grupo control. Se incluyeron todos los pacientes que ingresaron a la Terapia Pediátrica con requerimientos de ventilación mecánica, entre el 1 de enero 2017 y 31 de diciembre del 2023. Se implementó un programa de estrategias multimodales para la prevención de las NAV dirigido a médicos, enfermeros y kinesiólogos. La intervención fue secuencial, sistemática y sostenida. Se realizaron las siguientes intervenciones: creación de un equipo interdisciplinario para su implementación; protocolo y paquete de medidas o Bundle para la prevención de NAV; incorporación de enfermera en control de infección (ECI); programa de Higiene de mano y limpieza del entorno del paciente e insumos usados para la ventilación mecánica (VM); pasés interdisciplinarios; talleres de capacitación; reuniones de retroalimentación. Se registraron las tasas de NAV/1000 días; tasas de uso VM/100 días. Se realizó una encuesta a los profesionales para determinar los factores limitantes en la implementación del paquete de medidas o Bundle para prevención de las NAV.

Resultados: La tasa de NAV fue variable a lo largo de los años, con un valor máximo de 15,4‰ en el 2° semestre del 2020 y descensos a valores entre 7,8 a 6,8‰. La media de uso de la VM fue 68,25% (57 – 78). Se recibieron 41 encuestas del equipo de trabajo: el 100% conocía el paquete de medidas y el 98% lo reconocía como una estrategia de calidad y seguridad. La falta de trabajo en equipo en el 41,5% y la falta de tiempo en el 26,8% fueron los motivos de la falta de cumplimiento del Bundle.

Conclusiones: El éxito en la implementación de las estrategias multimodales es el Trabajo en Equipo con intervenciones secuenciales que se sostengan en el tiempo y con devoluciones periódicas de sus resultados para lograr una mayor adherencia.

0453 CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE PACIENTES CON INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS GRAVE (IRAG) POR RINOVIRUS INTERNADOS EN TERAPIA INTENSIVA PEDIÁTRICA

C ARANCIBIA, G MENDEZ(1)

(1) Hospital Público Materno Infantil

Introducción: Las IRAG representan una de las causas de mayor morbilidad y mortalidad en pediatría. La aplicación de diferentes técnicas diagnósticas ha permitido identificar la etiología en la mayoría de los pacientes. El Rinovirus adquirió relevancia en los últimos años por su frecuencia.

Objetivos: Describir las características clínicas de los pacientes con IRAG y aislamiento de Rinovirus internados en Terapia Intensiva Pediátrica.

Materiales y Métodos: Estudio descriptivo de corte transversal. Se incluyeron pacientes con diagnóstico de IRAG que ingresaron a Terapia Intensiva Pediátrica, entre enero de 2023 y abril de 2024, con aislamiento de Rinovirus a través de PCR en tiempo real en secreciones respiratorias. Los datos fueron extraídos de las historias clínicas digitalizadas.

Resultados: Ingresaron 308 pacientes con IRAG, en el 20% (62) se aisló Rinovirus. Los pacientes tenían una mediana de edad de 36 meses y el 45% (28) pertenecía al grupo etario de 1 a 4 años, predominó el sexo masculino. El 63% (39) de los pacientes presentaban diferentes comorbilidades, siendo el asma la comorbilidad más frecuente en un 56,41% (22) de ellos. En cuanto a la evolución clínica; el 88,7% (55) requirió ventilación mecánica invasiva y 11,3% (7) pacientes ventilación no invasiva. La media de internación fue de 7,7 días con un rango entre 1 a 24 días. El 46,7% (29) de los pacientes presentó coinfección con virus o bacterias, siendo los gérmenes más frecuentes: VSR, Haemophilus influenzae y Bordetella pertussis. En un 11,3% (7) se encontró más de 2 gérmenes. Dentro de las complicaciones, las atelectasias se presentaron en un 11% (7) y el síndrome de escape de aire en el 5% (3). Fallecieron 3 pacientes que representaron un 4,8%. El resto de los pacientes tuvo evolución favorable al momento de egresar del sector crítico.

Conclusión: En base a los resultados obtenidos se observa que es frecuente el aislamiento del Rinovirus en las IRAG y como refieren otros trabajos se presenta con mayor frecuencia pacientes asmáticos entre 1 y 4 años.

0454 REINGRESO DE PACIENTES EN UNA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA POLIVALENTE

M HERRERA(1), H IZQUIERDO(1), L VISSANI(1), MC FLORES(1), C RASENTE(1), MA BLASCO(1), M CHAVEZ(1), A CHARRIS(1), L TEJERINA(1)

(1) Hospital Cuenca Alta

Introducción: Los reingresos en la Unidad de Terapia Intensiva (UTI) del Hospital Cuenca Alta Néstor Kirchner (HCANK) son eventos inesperados y no deseados que pueden reflejar resultados adversos. Este estudio se centra en evaluar la incidencia de reingresos, sus factores de riesgo y su impacto en la morbi-mortalidad.

Objetivos: El objetivo general fue identificar la frecuencia de reingresos en la UTI del HCANK. Y los específicos: Determinar las causas de reingresos, reconocer las patologías prevalentes, identificar factores de riesgo, y analizar la relación con la morbi-mortalidad.

Diseño de Estudio: Observacional, retrospectivo, descriptivo y comparativo.

Material y Métodos:

Población: Pacientes ingresados en la UTI del HCANK entre el 1 de abril de 2022 y el 31 de marzo de 2023.

Criterios de Inclusión: Pacientes mayores de 14 años reingresados durante la misma internación.

VARIABLES: Edad, sexo, motivo del ingreso, puntajes APACHE II, SAPS III, SOFA, días de internación, ventilación mecánica, hemodiálisis, uso de vasopresores, día de alta y mortalidad.

Resultados: De 820 pacientes analizados, la tasa de reingreso fue del 5,27% (43 pacientes), predominando hombres (65%). La edad media fue de 56 años. No hubo una relación significativa entre la edad o el motivo del primer ingreso y la tasa de reingresos. Sin embargo, el puntaje SAPS 3 mostró una fuerte asociación con los reingresos (OR=3.42). La mortalidad de los reingresos fue del 40%, con una probabilidad doble de morir al reingresar (OR=2.68). También se observó una asociación significativa con el uso de vasopresores (OR=2.69) y la terapia de reemplazo renal (OR=2.69).

Discusión: Los reingresos son un indicador de calidad de atención. Aunque no se encontró relación con el motivo del ingreso inicial, sí se identificaron factores como el puntaje SAPS 3, la presencia de shock y la necesidad de terapia de reemplazo renal (TRR) como determinantes significativos de reingreso.

Conclusiones: La incidencia de reingresos en la UTI del HCANK es baja comparada con la bibliografía global. Los principales factores de riesgo son el shock y la necesidad de TRR. Es crucial realizar estudios adicionales para profundizar en estos hallazgos y desarrollar estrategias para reducir los reingresos.

Variable independiente	Reingresos	OR	IC 95%	p
Edad 20 - 40 años	9 (20.9%)	0.55	0.25 - 1.15	0.112
Edad 41 - 60 años	15 (34.9%)	1.22	0.64 - 2.33	0.544
Edad > 60 años	19 (44.2%)	1.35	0.73 - 2.52	0.331
Sexo: femenino	15 (35%)	0.73	0.38 - 1.38	0.328
APACHE II > 20	26 (60.5%)	1.75	0.93 - 3.28	0.079
SAPS 3 > 20	32 (74.4%)	3.42	1.70 - 6.88	0.0006
Mortalidad	17 (40%)	2.68	1.42 - 5.07	0.002
Egreso fin de semana	18 (41.9%)	1.25	0.67 - 2.34	0.693
Motivo ingreso (clínico)	17 (39.5%)	1.11	0.59 - 2.08	0.744
Motivo ingreso (cardiológico)	1 (2.33%)	0.15	0.02 - 1.15	0.069
Motivo ingreso (quirúrgico)	18 (41.9%)	1.69	0.90 - 3.16	0.099
Motivo ingreso (trauma)	7 (16.3%)	1.23	0.53 - 2.84	0.625
Motivo ingreso (obst. crítica)	0 (0.00%)	0.19	0.01 - 2.78	0.214
AVM	20 (46.5%)	0.83	0.45 - 1.53	0.588
Shock	24 (55.8%)	2.69	1.45 - 5.01	0.002
TRR	8 (18.6%)	2.69	1.19 - 6.06	0.016
Días de internación (≥ 7 días)	20 (46.5%)	1.38	0.74 - 2.55	1.013

0455 POSICIÓN PRONA EN HIPOXEMIA REFRACTARIA COMO ÚNICA MEDIDA EN EL SOSTÉN DEL POTENCIAL DONANTE HOSPITAL MUNICIPAL EVA PERON DE MERLO

ES VELA ACHA(2), A BARRA MONTES DE OCA(2), B FERNANDEZ(1), A RODRIGUEZ(1), H COLLAZOS(2), R GUERNICA(2), A TAMAYO(2), D BARRIENTOS(2), W VIDETA(2)

(1) Hospital Municipal Eva Peron de Merlo. (2) Hospital Municipal Eva Peron de Merlo

Introducción: La actividad de procuración de órganos y tejidos es una práctica Hospitalaria asistencial en nuestra Institucion, esta actividad favorece la respuesta a demanda sanitaria de pacientes que esperan trasplante como tratamiento para sus enfermedades terminales.

Pacientes con Muerte cerebral, podrían desarrollar hipoxemia debido a descarga catecolaminérgica, reanimación excesiva o infección agregada.

En el estudio clínico de la definición de Berlín, la mortalidad fue del 27% en pacientes con SDRA leve, del 32% en moderado y del 45% en aquellos con SDRA severo.

Los cuidados intensivos mediante el sosten en el potencial donante tienen como objetivo asegurar la viabilidad de los órganos, asegurando la oxigenación tisular.

Objetivo: Asegurar la viabilidad del injerto, colocando posición prona a los potencial donantes que desarrollen SDRA y/o hipoxemia. PAFI <160.

Material y metodos: Se reclutó pacientes con diagnóstico de muerte cerebral desde enero del 2022 hasta Marzo de 2024 que presentaran SDRA grave.

Se realizó monitoreo por PAFI, SOFA, independiente la dosis de vasopresores, se realizó posición prona según guía PROSEVA, evidenciando una mejoría de PAFI. De esta manera lográndose los tiempos necesarios para la comunicación hasta la llegada a quirófano.

Resultados: Se evaluaron 16 pacientes con el protocolo, los cuales 5 fueron diagnosticados con muerte cerebral. 4 pacientes eran hombres entre 36 y 64 años, ingresaron con diagnóstico de deterioro del sensorio, accidente cerebral isquémico hemorrágico, TEC y status convulsivo. Presentaron hipoxemia refractaria, que requirieron pronación entre 24 y 48 horas, con PAFI mínima antes de la pronación: 105 y posterior a la pronación >200. Solo uno de los pacientes requirió pronación en dos ocasiones, lográndose el sosten hasta la hablación de órganos y tejido.

Conclusion: Es posible garantizar la oxigenación tisular multiorgánica por este método, con un equipo multidisciplinario.

0456 NEUMONÍAS GRAVES ATÍPICAS. SERIE DE CASOS

LN QUISBERT(1), AG HERNANDEZ CORCHADO(1), MF BENEDETTI(1), F BARBERIS(1), J SAGARDIA(1), C ARIAS(1), G CABRAL(1), D PIEZNY(1)

(1) Hospital Nacional Prof. Alejandro Posadas

Introducción: Se presentan 7 pacientes con neumonías graves por Chlamydia psittaci y Chlamydia pneumoniae internados en la terapia intensiva de adultos del Hospital Posadas en marzo y abril del corriente año.

Presentación: Durante el periodo mencionado registramos 7 casos de neumonía grave de la comunidad con insuficiencia respiratoria tipo I, cinco hombres y dos mujeres. En la Tabla 1 se muestran las características de los pacientes. Presentaron un período prodromico de 7-15 días, caracterizado por fiebre, disnea, tos, vómitos y astenia. Se reportó co-infección con dengue en un paciente.

Compartieron hallazgos en imágenes, caracterizados por extenso compromiso multilobar bilateral y signos de consolidación. Al ingreso 4 requirieron IOT/ARM y el 71.4% maniobras de prono. En todos se evidenció disminución de la complacencia pulmonar.

El diagnóstico se realizó mediante serología por microinmunofluorescencia para Chlamydia pneumoniae y reacción en cadena de la polimerasa (PCR) para Chlamydia psittaci. (Tabla 2)

Discusion: Las infecciones por Chlamydia pneumoniae y Chlamydia psittaci causan el 6-15% y 1-3%, respectivamente, de las neumonías adquiridas de la comunidad. Generalmente presentan cuadro de vía aérea superior, con posibilidad de afectación respiratoria baja autolimitada. Se reporta en la bibliografía coinfección con otros microorganismos en pacientes inmunocomprometidos, con cuadros más graves en adultos mayores con comorbilidades.

La única prueba sensible y específica para su detección es la microinmunofluorescencia ya que estos patógenos se desarrollan dificultosamente en medios de cultivos. Las neumonías graves por C. pneumoniae son inusuales, presentando asociación más frecuente con C. psittaci.

Conclusion: Las neumonías atípicas tienen una presentación inespecífica. En esta serie de casos se destaca la posibilidad de infecciones graves y potencialmente mortales en adultos jóvenes previamente sanos. Un diagnóstico oportuno es relevante para el tratamiento correcto y la vigilancia epidemiológica por lo que los centros que tratan pacientes con infecciones graves deberían contar con disponibilidad para realizar los test diagnósticos recomendados.

Tabla 1: Características de los pacientes al ingreso

CASO	1	2	3	4	5	6	7
EDAD	44	38	24	28	58	51	33
FACTORES DE RIESGO	NO	Obezidad Tabaquismo	NO	NO	Ex tabaquista	Diabetes mellitus	Consumo de sustancias
NEXO EPIDEMIOLOGICO	NO	NO	NO	NO	VIAJE	NO	AVES DE CORRAL
APACHE II	3.0	9	7	8	17	8	15
Score SOFA	1.0	4	3	5	12	3	4
VMNT VMT	IOT/ ARM	VNI / IOT- ARM	CAFO	CAFO	IOT/ARM	CAFO	IOT/ ARM
DP	1.4	8	-	-	1.4	9	7
COMPLIANCE	33	71	-	-	39	47	61
CICLOS DE PRONO	4	4	NO	NO	1	NO	1
VASOPRESORES	SI	NTG SI	NO	NO	SI	NO	NO

Tabla 2: Test diagnósticos

CASOS	C. Psitaci/ Trachomatis			C. Pneumoniae				DENGUE IgM
	IgM	IgG	PCR	IgM	IgG	IgM	IgG	
1	NEG	NEG	POS	POS	1/1024	POS	POS (3,9)	NEG
		NEG			1/16384	POS	POS (4,4)	
2	NEG	NEG	POS	POS	1/4096	POS	POS(4,2)	NEG
		NEG			1/1024	POS	POS(4,1)	NEG
3	NEG	NEG	NEG	POS	1/1024	POS	POS(4,1)	NEG
		NEG			1/16384	POS	-	
4	NEG	NEG	-	POS	1/1024	POS	POS (3,9)	POS
		NEG			1/2048	POS	POS (4,0)	
6	NEG	NEG	NEG	POS		NEG	NEG	-
7	NEG	POS	NEG	NEG		NEG	NEG	-

0457 REPORTE DE 5 CASOS DE DENGUE GRAVE EN CUIDADOS CRITICOS PEDIATRICOS

DE FLORES(1), G MENDEZ(1), M ALTAMIRANO(1), Y SANCHEZ(1)

(1) Hospital Publico Materno Infantil

Introducción: El Dengue Grave (DG) se define por extravasación de plasma, shock, hemorragias y compromiso de órgano. En Argentina es epidémico; la mayoría se observan en meses de mayor temperatura (noviembre a mayo). Es una enfermedad infecciosa sistémica y dinámica, con un amplio espectro de manifestaciones que afecta 5% de los pacientes.

Presentación del caso: Se describen características epidemiológicas, clínicas, evolutivas y de laboratorio de 5 niños con DG internados en CCP.

Discusión: Entre marzo y mayo 2024 ingresaron a CCP 5 niños con síndrome febril agudo de 1 a 4 días de evolución, signos de alarma, asociado a shock en quienes se sospechó Dengue grave por epidemiología local. La edad media fue 2,5 años (r 5 meses – 8 años); 60% varones. 3/5 fue derivado del interior. 60% presentaban comorbilidades: Sind. Down, cardiopatía, lactante hipotónico, intestino corto. Evolución clínica: Neumonía (1), Status convulsivo (2), Miocarditis (1), Encefalitis (1). El 40% presento coinfección viral y bacteriana. El hemograma no mostro cambios significativos, con una media de GB de 14450 (r 4600 – 25000). La media de plaquetas fue 113800 (r4000-209000). La media Hto fue 28,6 (r18,5 -36,2). Todos presentaron coagulograma y hepatograma alterados. Fallecieron 40% por fallo múltiple de órganos.

Conclusiones: A pesar de los avances en la comprensión de la fisiopatología de la enfermedad, el Dengue sigue siendo un desafío debido a la falta de tratamiento específico y gran variabilidad clínica, con síntomas inespecíficos e indiferenciados de otras enfermedades febriles agudas, lo que obliga a tener una alta sospecha clínica en situación de epidemia.

ÍNDICE DE AUTORES

Autor	Resumen	Autor	Resumen	Autor	Resumen
A					
Abarca, LS	402	Capriles, M	323	Feldman, A	69
Accoce, M	337	Capriles, M	429	Fernández Abello, V	187
Acevedo, GA	212	Carboni Bisso, I	6	Fernández Ceballos, I	176
Agulló, A	190	Cardozo, J	68	Fernandez, A	5
Ahumada, B	442	Carlos Medinaceli, NA	29	Fernández, J	196
Aizaga, ML	210	Castaño Pinzón, J	393	Flores, DE	457
Alonso, G	109	Castellani, P	355	Fossaroli, J	11
Antoniow, LJ	30	Castellón Gómez, JG	39	Francavilla, MA	263
Appendino, G	140	Castillo, LI	295	Frydman, J	14
Arancibia, C	453	Castro Mangui, FA	18	Funes Nelson, N	46
Arandia Almendras, IF	451	Cazenave, MI	127	G	
Aranibar Mamani, J	409	Cazenave, MI	280	Gamarra, LSN	440
Arias Lopez, MDP	242	Ceolin, F	197	García Gonzalez, MB	411
Armandola, HA	65	Cervantes, HF	358	García Salguero, F	413
Armandola, HA	100	Chavez Soliz, HR	230	Gardeazabal Rospilloso, M	387
Artigas, E	92	Chetti, C	37	Garlisi, C	154
Artigas, E	446	Chialvetto, F	122	Garrott, EN	386
Avila Poletti, D	24	Chiaro, L	94	Giannoni, R	285
Ayala, L	132	Chuquin, MJ	102	Gimenez Pecci, M	407
B					
Bais Arjona, MAI	375	Cinqui, G	422	Giordana, L	273
Balasini, C	173	Cocomello, BV	164	Goette, NA	368
Balasini, C	320	Cocomello, BV	165	Gogniat, E	161
Balasini, C	346	Collazos, H	327	Göldy, MN	152
Balasini, C	352	Conde, H	151	Gomez Carreño, F	32
Balsamo, L	420	Contreras, D	384	Gomez Carreño, F	336
Barrientos, D	49	Cordido, AS	237	Gonzalez Sosa, AK	15
Barroso, L	83	Cruz, M	356	Gonzalez, J	121
Barrozo, EB	434	Cunto, E	229	Gonzalez, MV	290
Beilman, ME	189	Cunto, E	348	Grassi, N	128
Benitez Arce, S	40	Cyunel, M	244	Gregori Sabelli, R	117
Benitez, GE	223	D			
Benitez, GE	317	De Araujo Casotti, B	252	Gregori Sabelli, R	311
Bernachea, J	186	De La Rosa, L	321	Gregori Sabelli, R	325
Betancur, MA	342	Degastaldi, C	340	Gruber, NA	439
Bisceglia, MV	120	Deheza, M	22	Guarnaccia, MC	54
Blanco Carrero, CS	148	Di Berardino, E	43	Guarnaccia, MC	55
Borgarucci, L	315	Di Berardino, E	45	Gutierrez, LA	76
Bottazzi, E	379	Diaz Carro, K	448	H	
Bovo, L	257	Diaz, P	158	Healy, S	200
Bravo, J	292	Domanico, M	296	Healy, S	291
Bravo, J	431	Domanico, M	297	Hernandez, FB	7
Bravo, JL	450	Dominguez, A	206	Hernandez, H	56
Brizuela, V	16	Dominguez, P	396	Herrera, B	444
Brizuela, V	17	Dominguez, P	398	Herrera, M	454
Brunelli, MV	219	Dorado, J	353	Herrera, MS	432
Bureau, PL	272	Duarte, E	428	Herrera, MS	433
C					
Cabrera, MY	174	Dueñas Nieto, C	115	Hopkins, J	249
Cáceres, JJ	447	Duran, LG	247	Huerta, H	374
Cahuana, A	307	E			
Camacho Antelo, DJ	391	Enzetti, M	274	Huerta, L	377
Caminiti, MS	322	Espinoza, FE	79	I	
Camiolo, A	126	Estrin, MA	2	Illescas, NL	12
Camps, D	430	F			
Canaviri, R	314	Fassola, J	168	Iñiguez, MDC	293
Cantos Reinoso, AP	410	Feldman, A	33	J	
Capponi, P	171	Feldman, A	51	Jean, J	332
Capriles, M	183	Feldman, A	52	K	
		Feldman, A	60	Kenig, L	275
		Feldman, A	61	Klor, MF	278

Autor	Resumen	Autor	Resumen	Autor	Resumen
L					
Laco, S	300	Olave Avila, MG	221	Romero, EL	399
Lacombe, P	134	Olivieri, J	309	Rubio, EG	216
Lamas, M	77	Olmos Kutscherauer, D	367		
Lamberto, Y	177	Olmos, M	388	S	
Laurens, ML	449	Orellano, MA	438	Sabbatini, MA	250
Lazaro, M	156	Ortiz, A	333	Salatino, MR	338
Ledesma, J	341	Ortiz, A	335	Salatino, MR	339
Leon, V	199	Osuna, CS	400	Sanchez, AM	234
Libardi, F	305	Osuna, CS	403	Sanchez, MC	240
Loayza, CL	349	Otamendi, M	172	Sanchez, M	350
Lobo, VP	179			Sanchez, M	351
Lopez Cottet, MS	167	P		Sanchez, P	198
Lopez Maccan, L	160	Padilla, C	303	Sanchez, P	385
Lopez, MF	162	Pais, VB	170	Sangregorio, M	131
Loudet, C	308	Palacio, MC	281	Santeyana Cerezo, GY	38
Lucca Martin, E	226	Palacio, MC	283	Santoro Baez, ME	105
Luengo, C	185	Palmeiro, J	169	Saúl, P	202
		Paniagua Montero, J	193	Scazzola, S	119
M		Papini, E	70	Sestini, MA	238
Maidana, LE	232	Pardon, J	195	Simonassi, JI	279
Maidana, LE	258	Pavicic, J	104	Solé, A	107
Maldonado, I	265	Pedraza Coronel, J	418	Solis, MA	345
Maldonado, I	266	Pedraza, L	220		
Manzanares, MS	424	Peral, CM	215	T	
Marain BIASONI, MA	326	Perdigués, R	330	Taboada De Iriondo, L	135
Marchesi, T	116	Perdomo, A	25	Tanel, N	360
Martin, F	331	Pereyra Zamora, E	205	Tanel, N	363
Martinez Aquino, JM	302	Pérez Andes, A	268	Torancio, C	218
Martinez Cruz, C	299	Perez Flores, A	28	Tovar Gimenez, KX	85
Martinez Mendez, P	357	Perez Flores, A	417		
Martinez Peralta, T	366	Pesce Brochero, L	87	V	
Martinez, FR	209	Petter, AR	145	Vaena, M	139
Matalia, M	58	Pettorosso, C	408	Vazquez Bechis, DG	306
Matesa, MA	301	Pimentel Yucra, JO	72	Vazquez Brignole, F	248
Mayorga, A	270	Pistillo, N	106	Vega Cuadrado, HD	334
Medina, F	89	Porte, D	138	Vela Acha, ES	347
Melgar Diez, JA	130	Prado, E	42	Vela Acha, ES	455
Mendez, G	284	Pratesi, S	344	Vera Mendoza, R	113
Mendez, G	452	Prati, SM	397	Verteramo, C	359
Meres, B	239	Puente, VL	378	Vilca, J	435
Meres, B	289			Villarroel Sanchez, KJ	44
Micheletti, M	103	Q		Villarruel, I	443
Minoldo, E	298	Quecaño Umiri, D	48	Villavicencio, CV	175
Molina, RE	93	Questa, N	149	Villegas, MA	41
Montaño, L	67	Quintana, S	255	Villegas, MA	427
Montero, MD	143	Quintana, S	256	Villemur, F	71
Monzalvez, FI	123	Quisbert, LN	456	Violi, D	264
Morach, A	286			Vittar Hadad, R	243
Morach, A	287	R			
Morel, N	108	Rach, A	421	W	
Morel, N	163	Ramirez Colombres, Y	372	Walter, E	4
Murillo, F	21	Ramirez Colombres, Y	405	Wernicke, G	246
		Ramirez Colombres, Y	436		
N		Ramirez Juncos, A	207	Y	
Navarro, MA	233	Ramirez, T	416	Yunes, V	110
Nieva, CV	329	Resta, R	235		
Nociti, Y	166	Resta, R	236	Z	
		Ricciadelli, M	157	Zarate, C	383
O		Riquel, MG	81	Zeballos, V	404
Ochoa, MJ	80	Rodriguez Calix, S	150	Zorzoli, N	191
Ochoa, MJ	414	Rodriguez Gómez, MA	217	Zúccaro, MV	147
Olaizola, G	31	Roldan Encinas, VH	129		
Olave Avila, MG	84	Romero, EL	211		