

Suplemento 1 - Año 2025

RESÚMENES



REVISTA ARGENTINA DE TERAPIA INTENSIVA

ÓRGANO DE LA SOCIEDAD ARGENTINA DE TERAPIA INTENSIVA

ISSN 2591-3387

35° Congreso Argentino e Internacional de Terapia Intensiva

6 al 8 de agosto de 2025

"Atención, Educación e Investigación: presente y futuro en Cuidados Intensivos"

28° Congreso Argentino e Internacional de Enfermería en Terapia Intensiva

27° Congreso Argentino e Internacional de Kinesiología en Terapia Intensiva

26° Congreso Argentino e Internacional de Terapia Intensiva Pediátrica

21° Jornadas Nacionales de Bioquímicos en Terapia Intensiva

15° Jornadas Nacionales de Neonatología en Terapia Intensiva

12° Jornadas Nacionales de Nutrición en Terapia Intensiva

12° Jornadas Nacionales de Farmacéuticos en Terapia Intensiva

9° Jornadas Nacionales 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 2025



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 Accoco
María del Pilar Arias López
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:
Aguiles 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

Leandro Ismael Tumino

Certificación y Revalidación

Alejandro Siaba Serrate

CODEACOM

José Juri

Ecografía en el Paciente Crítico

Matías Nicolás Lompizano

Emergentología y Respuesta Rápida Intrahospitalaria

Cristian Gustavo Cerezo

Ética en Investigación

María Mónica Capalbo

Género y Diversidad

Analía Sara Occhiuzzi

Gestión, Calidad y Datos

María Elena Ratto

Infectología Crítica

Viviana Chediack

Nefrología Crítica

Paolo Nahuel Rubatto Birri

Neonatología Crítica

Liliana Edith Roldán

Neumonología Crítica

Santiago Izza

Neurointensivismo

Nicolás Marcelo Ciarrochi

Obstetricia Crítica

María Florencia Valenti

Oncología Crítica

Nicolás Pérez Murua

Patología Crítica Cardiovascular

Karina Lorena Lozano

Patología Digestiva en Pacientes Críticos

Elvis Eglynn Salcedo Noriega

Pediátrico de Neumonología Crítica

Matías Germán Herrera

Reanimación Pediátrica

José Alberto Lozano

Reanimación y Recuperación Cardio Cerebral

Germán Federico Gutiérrez Luna

Recuperación Cardiovascular

Antonio Severo Ávila Vera

Pediátrica y Neonatal

Residentes

Sole Vernin Neto Alberto

Sedación, Analgesia y Delirium

María Eugenia Terán

Seguimiento y Rehabilitación

Darío Salvador Villalba

Shock Pediátrico

Luis Hernán Llano López

Shock y Sepsis

Facundo Javier Gutiérrez

Soporte Nutricional y Metabolismo

Jesica Vanina Asparch

Soporte Vital Extracorpóreo

Mateo José Ferrero

Terapia Intensiva Neonatal

Gustavo Sergio Villalba

Trasplante y Procuración de Órganos y Tejidos

Nicolás Rocchetti

Trauma

América Toro

Vía Aérea e Interfaces Respiratorias

Guillermo Chiappero

CAPÍTULOS, CONSEJOS Y DEPARTAMENTOS

Capítulo Bioquímico

Diego Martín Roselló

Capítulo Enfermería

José Alberto Lozano

Capítulo Farmacéutico en Medicina Crítica

Agustina Natalia Luconi

Capítulo Fonoaudiología

Cecilia Romero Peralta

Capítulo Kinesiología Intensivista

Santiago Izza

Capítulo Nutrición

Julieta Locatelli

Capítulo Pediatría

Sandra Chuchuy

Capítulo Veterinario

M.V. María del Carmen La Valle

Consejo de Investigación

Eduardo San Román

María Cristina Orlandi

Departamento Docencia

Adelina Badolati

AUTORIDADES

35° Congreso Argentino e Internacional de Terapia Intensiva

COMITÉ EJECUTIVO

Presidente

Héctor José María Álvarez

Vicepresidente

Mauro Dodorico

Secretario

Néstor Carrizo

Prosecretario

Santiago Izza

Coordinadores Nacionales

Ignacio Previgliano

Fernando Ríos

Tesorero

SATI

Vocales

Pablo Morel

Lara Costa

Juan Ibarzabal

Andrea Becherucci

Carolina Farquharson

Guillermo Grieve

COMITÉ CIENTÍFICO

Presidentes

Juan Carlos Pendino

Nicolás Rocchetti

Vicepresidenta

Cecilia González

Secretario

José Emiliano Alfonso

Prosecretario

Gustavo Andrich

Coordinadoras Nacionales

Mónica Viviana Romero

Daniela Olmos Kutscherauer

Vocales

Gustavo Roldán

Marcelo Ossman

Luciano Berloni

Ricardo Karatanazopulos

María Ramírez

Cristian Vera

Laura Bergallo

Alejandro Hlavnika

Alberto Bustos

REVISIÓN DE TRABAJOS

Coordinador General

Fernando Ríos

Coordinadores Adultos

Cecilia Loudet

Cecilia Pereyra

Leandro Tumino

Mónica Quinteros

Marcela Castro

Coordinadores Pediátricos

Silvio Torres

María Del Pilar Arias López

JURADO DE PREMIOS

María Cristina Orlandi

Eduardo San Roman

Ignacio Previgliano

Nicolás Nin

Rosa Reina

Héctor Álvarez

Luis Huespe Gardel

28° Congreso Argentino e Internacional de Enfermería en Terapia Intensiva

Presidente

Darío Bejarano

Vicepresidente

Gonzalo Godoy

Coordinadora Nacional

Ana María Bejarano

Vocales

Miguel Ángel Salas

Juan Figueroa

David Sánchez

27° Congreso Argentino e Internacional de Kinesiología en Terapia Intensiva

Presidente

Matías Accoce

Vicepresidente

Pablo Lovazzano

Coordinador Nacional

Gustavo Plotnikow

Vocales

Verónica Lozano

Mauro Del Bono

Janina Lebus

Andrea Schmitd

Facundo Puchulu

Diana Miqueri

Moira Jessie Hopkins

26° Congreso Argentino e Internacional de Terapia Intensiva Pediátrica

Presidenta

Sandra Chuchuy

Vicepresidente

Gustavo Sciolla

Comité Científico

Silvio Torres

Josefina Pérez

Luis Llano

Soraya Paoletti

Matías Herrera

Diego Rodríguez Schultz

Coordinadora Nacional

Mariela Alassia

Vocales

Celeste Arancibia

María del Pilar Arias López

Pablo Alfaro

21° Jornadas Nacionales de Bioquímicos en Terapia Intensiva

Presidente

Diego Rosello

Vicepresidente

Pablo Bianchini

Coordinadora Nacional

Susana Der Parsehian

15° Jornadas Nacionales de Neonatología en Terapia Intensiva

Presidente

Roberto Silveyra

Vicepresidente

Ariel Brezigar

Coordinadora Nacional

Liliana Roldán

12° Jornadas Nacionales de Nutrición en Terapia Intensiva

Presidenta
Julieta Locatelli
Vicepresidenta
Natalia Aparicio

Coordinadora Nacional
Valeria Massa
Vocal
Lorena Magnifico

12° Jornadas Nacionales de Farmacéuticos en Terapia Intensiva

Presidenta
Florencia Primerano
Vicepresidenta
Flavia Daniela Nitto

Coordinadora Nacional
Agustina Natalia Luconi

9° Jornadas Nacionales de Enfermería Neonatal

Presidenta
Mariela Quintana Honores
Vicepresidenta
Guillermina Lasala

Coordinador Nacional
Gustavo Villalva
Vocal
Inés Eberle

INVITADOS EXTRANJEROS

35° Congreso Argentino e Internacional de Terapia Intensiva

<i>Alberto Medina Villanueva</i>	España
<i>Alejandro H Rodríguez</i>	España
<i>José María Domínguez Roldán</i>	España
<i>Alejandro Bruhn</i>	Chile
<i>Alexandre Biasi Cavalcanti</i>	Brasil
<i>Nicolás Nin</i>	Uruguay
<i>Luciano Cesar Azevedo</i>	Brasil
<i>Nils Cassón Rodríguez</i>	Bolivia
<i>María Cruz Delgado</i>	España

TRABAJOS ORALES

06/08/2025 - 13:00 a 14:00

TRABAJOS ORALES 01

Neurointensivismo 1

CONTEMPORÁNEO B

- 0265 LA FLUCTUACIÓN EN LA NATREMIA ESTÁ ASOCIADA CON UN PEOR OUTCOME NEUROLÓGICO EN PACIENTES CON HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA ANEURISMÁTICA**
L BORGARUCCI, D AMITRANO, MV GONZALEZ, NM CIARROCCI, I HUESPE
- 0266 UTILIZACIÓN DE TOMOGRAFÍA POR PERFUSIÓN EN HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA ANEURISMÁTICA.**
MM ECHARRI, M ECHARRI, M ALET, A HLAVNICKA, N WAINSTEIN, F RODRÍGUEZ LUCCI
- 0305 ESTATUS EPILÉPTICO EN HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA NO TRAUMÁTICA. ESTUDIO PROSPECTIVO PARA LA PREVENCIÓN DE CONVULSIONES**
D LÓPEZ CAMPOS, H VILLACRES REYNA, M HUARACHI SADDY VILLA, LA TRUNZO, A RIVERO, G RODRÍGUEZ GRANILLO
- 0367 INDICE DE ZUMKELLER, UN PREDICTOR DE MORTALIDAD?**
C PETTOROSSO, P PAHNKE, A BUJEDO, C VIGNETTA

06/08/2025 - 13:00 a 14:00

TRABAJOS ORALES 02

Neurointensivismo 2

CONTEMPORÁNEO C

- 0038 ROL DEL ECOCARDIOGRAMA TRANSESOFOGICO EN EL DIAGNOSTICO ETIOLOGICO DEL ACCIDENTE CEREBROVASCULAR ISQUEMICO**
MC PALACIO, C REYES, JC MEDINA, M CHAMADOIRA, C QUINTANILLAS HERBAS, D BOSCH, C BEDOYA, S DUARTE, A GUTIERREZ
- 0206 CORRELACION DTC Y PIC EN LA NEUROMONITORIZACION DE PACIENTES CRITICOS DEL HIGA SIMPLEMENTE EVITA, DE GONZALEZ CATAN, PERIODO DE 1 DE ENERO 2024 HASTA EL 31 DE MARZO DEL 2025**
L GONZALES, D VARGAS, A RODRÍGUEZ, G IZZO, E RODRIGUEZ, H CABRERA, JA VERA, M YBARRA
- 0243 LA CARGA FEBRIL ESTÁ ASOCIADA CON UN PEOR OUTCOME NEUROLÓGICO EN PACIENTES CON HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA ANEURISMÁTICA**
D AMITRANO, L BORGARUCCI, MV GONZALEZ, I HUESPE, N CIARROCCI
- 0301 EPIDEMIOLOGÍA DE PACIENTES CON LESIÓN CEREBRAL AGUDA VENTILADOS MECÁNICAMENTE. ESTUDIO DESCRIPTIVO**
KB TORRES, Y ROTUNDO, D LECUONA, J DELLI CARPINI, S GIGENA

06/08/2025 - 13:00 a 14:00

TRABAJOS ORALES 03

Procuración y Trasplante 1

DIRECTORIO

- 0332 VARIACIÓN DEL SCORE DE DISFUNCIÓN ORGÁNICA COMO PREDICTOR DE SOBREVIDA Y TRASPLANTABILIDAD EN ACLF**
C TONELLI, G RAMOS, L AGUIRRE, V CABRAL, F PERALTA, S BENAVIDES, L BUSSETA
- 0406 UTILIDAD DEL DOPPLER CARDÍACO EN LA EVALUACIÓN DEL DONANTE CARDÍACO**
R GÓMEZ PAZ, J VERGES, F CICHERO, V BALBUENA, S FIORETTI, M LAGO

0426 FENOTIPOS AUTÓNOMICOS EN INSUFICIENCIA HEPÁTICA CRÓNICA MEDIANTE VARIABILIDAD DE LA FRECUENCIA CARDÍACA: ANÁLISIS OBSERVACIONAL Y CLUSTERIZACIÓN EN UN CENTRO DE ALTA COMPLEJIDAD

LC PEREZ ILLIDGE, CA OLIVA MARTINEZ, LA AGUIRRE, JR BINDA, L FONTE, G TUHAY, J MARTINEZ, M URANGA, FR KLEIN, V DESCALZI

0490 RELACIÓN ENTRE EL LUNG ULTRA SOUND SCORE, MECÁNICA PULMONAR Y OXIGENACIÓN EN POTENCIALES DONANTES DE ÓRGANOS. UN ESTUDIO OBSERVACIONAL PROSPECTIVO

ER BRIZUELA, E BRIZUELA, GM BRUNETTI, JM VILLAGRASA, E AZUAJE DUARTE, JM ZEYUNTUNSIAN MATEO, D RODRIGUEZ, A SANTANA MACKINLAY, M LEDESMA, N LEALES, M PETRE, MF BILBAO, M CELANO, M LINARDI, R BARREIRO, P CENTENO

06/08/2025 - 13:00 a 14:00

TRABAJOS ORALES 04

Procuración y Trasplante 2

INDEPENDENCIA 1

0085 ANÁLISIS DEL IMPACTO DE LA OPTIMIZACIÓN DE LA TERAPIA FARMACOLÓGICA SUGERIDA POR FARMACÉUTICOS EN UCI

FA PRIMERANO, DA GONZALEZ VALDEZ, CL CARO, MD CARISSIMO

0149 ESTRATEGIAS PARA MEJORAR LA DETECCION DE PRESUNTOS DONANTES EN EL HOSPITAL PABLO SORIA DE LA PROVINCIA DE JUJUY

MA VASQUEZ, J GUANUCO, AMDV CRUZ, L LUNA, AL PLAZA

0212 EXPERIENCIA EN EL MANEJO PERIOPERATORIO CON ECMO EN PACIENTES TRASPLANTADOS PULMONARES (2011-2024)

J PAVICIC, L BUJAN MOLINS, I CARBONI BISSO, I FERNÁNDEZ CEBALLOS, M LAS HERAS

0295 USO DE FLUDROCORTISONA EN HIPERKALEMIA INDUCIDA POR TACROLIMUS

SM PRATI, F PRIMERANO CARUGNO, S VILLARROEL MENDOZA, S GIANNASI

06/08/2025 - 13:00 a 14:00

TRABAJOS ORALES 05

Cardiología

INDEPENDENCIA 2

0057 13 AÑOS DE ECMO EN UNIDAD DE CUIDADOS CRÍTICOS: ANÁLISIS DE INDICACIONES Y DESENLACES CLÍNICOS

L BUJAN MOLINS, I CARBONI BISSO, I FERNÁNDEZ CEBALLOS, M LAS HERAS

0071 VENTILACIÓN MECÁNICA INVASIVA EN PACIENTES CON ECMO V-A EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS CORONARIOS: COHORTE RETROSPECTIVA

V RUIZ, FA MELGAREJO MEANA, AR AIRA, MA ESCOBAR, G ROVEDA, CM WILHELM

0328 COMPARACIÓN DE LOS HALLAZGOS CLÍNICOS Y RADIOLÓGICOS DE SOBRECARGA HÍDRICA CON EL PROTOCOLO VEXUS EN LA DETERMINACIÓN DE CONGESTIÓN VENOSA EN PACIENTES CON PRESCRIPCIÓN DE ULTRAFILTRACIÓN

LC PEREZ ILLIDGE, L AGUIRRE, C OLIVA, C MURUCHI, MDC PIANGATELLI, G TUHAY, F KLEIN

- 0455 EPIDEMIOLOGIA DEL PROCESO DE DESVINCULACIÓN DE LA VENTILACIÓN MECÁNICA EN PACIENTES POST QUIRÚRGICOS DE CIRUGÍA CARDIOVASCULAR: ESTUDIO RETROSPECTIVO**
G OLAIZOLA, VR RUIZ, CM WILHELM, MM SCHMIDHUBER, AM BERÓN, E MANÍAS, ZA ZAHER, JI PÉREZ, SE MANSILLA YULAN, FA MELGAREJO MEANA, GM FERNÁNDEZ VILLAR
- 0493 EL TIEMPO DE ACELERACIÓN PULMONAR POR ECOCARDIOGRAFÍA TRANSTORÁCICA DURANTE LA PRUEBA DE VENTILACIÓN ESPONTÁNEA UN FACTOR DE FRACASO EN LA DESCONEXIÓN DEL VENTILADOR MECÁNICO Y EXTUBACIÓN EN MEDICINA CRÍTICA A MUY ALTA ALTITUD**
B HERRERA, FR JIMÉNEZ TORRES, B HERRERA AGUILAR, JA VIRUEZ SOTO, MC MERIDA IPORRE, Z VISCARRA MACHACA, MC AVILA VIRUEZ, JC VILLCA LIMACHI, CA DE LA CRUZ CHOQUE, B CHOQUE POMA, W HUALLPA, JJ HUALLPA YANIQUE, NF ALI YUCRA, A TINTAYA MAQUERA, JV CHARCA CALLE, AB GOMEZ APATA
- 0501 CARACTERÍSTICAS MACROHEMODINÁMICAS Y DE PERFUSIÓN EN PACIENTES CON VASOPLEJÍA POST CIRUGÍA CARDIOVASCULAR**
VM ALTHAUS, E CORNU, E ANDRES, B BERTAZO, R AVILA

06/08/2025 - 13:00 a 14:00

TRABAJOS ORALES 06

Neumonología y Kinesiología 1

LIBERTAD A

- 0005 EFECTO DE LA IMPLEMENTACIÓN DE OXIGENOTERAPIA A ALTO FLUJO TRAQUEAL SOBRE LA IMPEDANCIA PULMONAR DE FIN DE ESPIRACIÓN**
G MUSSO, G PLOTNIKOW, G APPENDINO, C GOMEZ, M BASSO, M MANAGO, C LOVESIO
- 0008 EFECTO DE LA OXIGENOTERAPIA ALTO FLUJO A TRAVÉS DE CÁNULA ASIMÉTRICAS SOBRE EL VOLUMEN PULMONAR DE FIN DE ESPIRACIÓN**
G APPENDINO, C GOMEZ, G MUSSO, M MANAGO, R MORACCI, G PLOTNIKOW, C LOVESIO
- 0061 CARACTERÍSTICAS CLÍNICO-DEMOGRÁFICAS DE PACIENTES TRAQUEOSTOMIZADOS EN LAS TERAPIAS INTENSIVAS DE UN HOSPITAL DE CABA**
F CESCINI, F DA FONSECA, J WILLINER PEREZ, S AGUILAR, S TE-LAYNA
- 0348 MONITOREO DEL IMPULSO CENTRAL Y EL ESFUERZO RESPIRATORIO DURANTE LA PRUEBA DE RESPIRACIÓN ESPONTÁNEA. RESULTADOS PRELIMINARES**
M MASTANDREA, N SUAREZ, F RODRIGUEZ, G RODRIGUEZ D'AVERSA, M BEZZI, S BORELLO, ML LAURENS, A TASSI, M MACHERO, M POLETTI, A RAMIREZ, J CARDOSO, M BOER, V CHALLIOL
- 0471 ESTUDIO DESCRIPTIVO SOBRE LA UTILIZACIÓN DE TRAQUEOSTOMÍA EN UNIDAD DE CUIDADOS CRÍTICOS**
D ARAUJO, J OSATNIK, L BERTORELLO ANDRADE

07/08/2025 - 13:00 a 14:00

TRABAJOS ORALES 07

Infectología Crítica

CONTEMPORÁNEO B

- 0037 ENFERMEDAD TIPO INFLUENZA EN CUIDADOS CRÍTICOS. UN ESTUDIO OBSERVACIONAL**
MC PALACIO, C QUINTANILLAS HERBAS, JC MEDINA, M CHAMADOIRA, A GUTIERREZ, S DUARTE, D BOSCH, C BEDOYA, C REYES

- 0040 IMPACTO DEL PANEL PCR MULTIPLEX EN LA REDUCCIÓN DEL USO DE ANTIBIÓTICOS DE AMPLIO ESPECTRO EN LA NEUMONÍA ASOCIADA A VENTILACIÓN MECÁNICA**
MS VENUTI, MI STANELLONI, F HUAIER ARRIAZU, S BUROKAS, N ZULJEVIC, G IBAÑEZ, S DI STEFANO, M VISUS, G VECCHIO, M SANCHEZ, C NEMIROVSKY, VC STANEK
- 0082 CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y PRONÓSTICO DE PERSONAS VIVIENDO CON HIV ADMITIDOS EN TERAPIA INTENSIVA**
E CUNTO, P SAÚL, C DOMÍNGUEZ, Y LAMBERTO, M FLORES MONTES, S CACERES, ME ARTIGAS, I AVILA FLORES, A BOCASSI, N CAMPAGNUCCI, S PERES, F ARANDA, C VARGAS, M SANCHEZ CUNTO, A FRÍAS, R GREGORI SABELLI, N CHACÓN, D PALMERO, V CHEDIACK
- 0112 ASPERGILOSIS PULMONAR CRÓNICA EN TERAPIA INTENSIVA. SERIE DE 24 CASOS**
V CHEDIACK, P SAUL, Y LAMBERTO, IA AVILA FLORES, G SANTISO, C DOMINGUEZ, R GREGORI SABELLI, S CACERES, P VELAZQUEZ LOPEZ, A PACOVICH, CA VARGAS, E CORTEZ, L GONZALEZ, N CHACON, E CUNTO
- 0163 TUBERCULOSIS EN TERAPIA INTENSIVA: ¿SE ACERCA EL FINAL PARA EL 2030?**
E CUNTO, P SAÚL, N CHACÓN, E LISTA, M PERALTA, E DE VIRGILIO, M FLORES MONTES, A RESGUARDO, S GONZALEZ, Y LAMBERTO, A BOCASSI, S CACERES, N COSTA, S PERES, M PIERI, F ARANDA, JJ VIDELA, M MATTEO, C DOMINGUEZ, R GREGORI-SABELLI, V CHEDIACK
- 0278 BACTERIEMIA ASOCIADA A CATÉTER EN UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA: IMPACTO DE LA IMPLEMENTACIÓN DE PROTOCOLOS DE PREVENCIÓN**
A FELDMAN, M ALIAGA, A GARCIA, A ALEJANDRO, K SIVILA, K DELIA, J CAPELLA, D QUARANTA
- 0503 CARACTERÍSTICAS DE INGRESO Y RESULTADOS DE LOS PACIENTES CON NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD POR STAPHYLOCOCCUS AUREUS EN UNA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES: ESTUDIO OBSERVACIONAL Y RETROSPECTIVO.**
A COLABELLI, A SOLÉ, DG SEBASTIAN, C NOELIA

07/08/2025 - 13:00 a 14:00

TRABAJOS ORALES 08

Gastroenterología y Sedación 1

CONTEMPORÁNEO C

- 0039 COMPARACIÓN DE PARÁMETROS DE LA PRUEBA INDIRECTA DEL GUGGING SWALLOWING SCREEN ADAPTADO A CUIDADOS CRÍTICOS: POST-EXTUBACIÓN Y AL ALTA DE LA UCI**
VA FUGAS, MD VAGO, P ASTEGIANO, NI CARRIZO
- 0108 ECOGRAFÍA DEL CUÁDRICEPS FEMORAL COMO HERRAMIENTA PRONÓSTICA EN PACIENTES CON ARM**
EL ROMERO, V GONZALEZ, MA VILLEGAS, RA COPPELO, V OLIVA, I VILLARRUEL USIN, E MINOLDO, CG GALLETTI
- 0303 TRAQUEOSTOMÍA PERCUTÁNEA Y USO DE ANALGOSEDACIÓN**
S HEALY, P FALVO, ML ORTIZ, M CAPRILES, R CARBALLO OROZCO, C GARNERO, E JIMENEZ, J RIVAS, P SANCHEZ, F LUNA, C VANINI CEÑERA, F HERMIDA, M RAGAZZOLI, M BERMEO RODRIGUEZ, C BALASINI
- 0473 FACTORES ASOCIADOS CON LA INGESTA ORAL EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA GRAVE CON REQUERIMIENTO DE CÁNULA NASAL DE ALTO FLUJO Y PRONO VIGIL. ESTUDIO DE COHORTE RETROSPECTIVO.**
A VIÑOLO, M OLMOS, C VIÑAS, ME GONZALEZ, A MIRANDA TIRADO, L STEIN, M ESPERATTI, N FUENTES

07/08/2025 - 13:00 a 14:00

TRABAJOS ORALES 09

Gastroenterología y Sedación 2

DIRECTORIO

- 0215 SEDACION CON ISOFLUORANO INHALADO EN PACIENTES CON VENTILACION MECÁNICA EN LA TERAPIA INTENSIVA DEL COMPLEJO MÉDICO POLICIAL CHURRUCA-VISCA**
A FELDMAN, C LOPEZ, M ALIAGA, M RENK, A GARCIA, A ALEJANDRO, M LOMPIZANO, K SIVILA, K D ELIA, G SIBILA, N TIRIBELLI, S FREDERES, J CAPELLA, C BENAY, D QUARANTA
- 0240 IMPACTO DE UNA SESIÓN ÚNICA DE MUSICOTERAPIA EN EL MANEJO NO FARMACOLÓGICO DEL DOLOR: REPORTE DE CASOS ESTUDIO MULTICÉNTRICO**
N TRONCOSO, KD FERRARI, J RIOS VELAR, DP BARBIERI, L VI GLIOTTA
- 0241 IMPACTO DE UNA SESIÓN ÚNICA DE MUSICOTERAPIA EN LOS NIVELES DE AGITACIÓN Y SEDACIÓN DE PACIENTES INTERNADOS EN LA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA. ESTUDIO RETROSPECTIVO DE MÚLTIPLES CASOS**
K FERRARI, J RIOS VELAR, M DIAZ KIPERSAIN, DP BARBIERI
- 0287 FACTORES PRECIPITANTES DEL DELIRIUM EN PACIENTE CRÍTICO**
GV LIMON, N PALACIOS, V GALLARDO, M MORALES, T PAREDES, A CARDOZO, B CASORLA, F RAMOS

07/08/2025 - 13:00 a 14:00

TRABAJOS ORALES 10

Pediatría 1

INDEPENDENCIA 1

- 0300 TRATAMIENTO DE LA INSUFICIENCIA CARDIACA REFRACTARIA EN PEDIATRÍA: SERIE DE CASOS**
N SOLANO, A COSTAS, T GILDENGHI, K RODRIGUEZ DUEÑAS, MP ARIAS, A GATTARI
- 0312 CARACTERIZACIÓN DE PACIENTES PEDIÁTRICOS VENTILADOS EN INTERNACIÓN DOMICILIARIA. SALUD PÚBLICA ROSARIO, ARGENTINA**
A FIORE, G FAGUAGA, S KOWALCZUK, J CIPOLLONE
- 0374 ESTUDIO MULTICÉNTRICO DEL PROCESO DE DONACIÓN PEDIÁTRICO EN ARGENTINA**
M CYUNEL, S RAMOS, J PONCE, M SUBIRA, C SANTINI
- 0428 FALLECIMIENTO BAJO CRITERIOS NEUROLÓGICOS EN PEDIATRÍA: INCIDENCIA Y EFECTIVIDAD DE LA PROCURACIÓN DE ÓRGANOS EN TRES UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS**
AC BORDOGNA, DL RAMOS VARGAS, PA CASTELLANI, CM LUTKEVICIUS, MF PODESTA, PL MEDICI, NS MAROGNA, RO BERNARDI
- 0431 CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y DE LABORATORIO EN NIÑOS CRÍTICOS CON INFUSIÓN DE PROPOFOL EN LA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA DEL HOSPITAL DE NIÑOS DE LA SANTÍSIMA TRINIDAD**
A DEGIOVANNI, F OCHAT, G ROSTAGNO
- 0485 PREVALENCIA DE LA MORBILIDAD ADQUIRIDA EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON REQUERIMIENTO DE VENTILACIÓN MECÁNICA. ESTUDIO MULTICÉNTRICO**
J SIMONASSI, M RICCIARDELLI, J FRYDMAN
- 0504 EXTUBACIÓN PALIATIVA EN PACIENTES PEDIÁTRICOS EN CUIDADOS INTENSIVOS EN EL HOSPITAL DE NIÑOS DE LA SANTÍSIMA TRINIDAD**
YH QUIROGA VALDEZ, NV PAGANINI, C DAVILA, M FERREYRA, M MARTINEZ, GA ROSTAGNO, MJ MONTES

07/08/2025 - 13:00 a 14:00

TRABAJOS ORALES 11

Pediatría 2

INDEPENDENCIA 2

- 0081 IMPLEMENTACIÓN DE LA OXIMETRÍA NOCTURNA DE 12HS, PREVIA AL ALTA, PARA DETERMINAR EL REQUERIMIENTO DE OXIGENOTERAPIA EN PACIENTES CON DISPLASIA BRONCOPULMONAR INTERNADOS EN NEONATOLOGÍA DEL HOSPITAL MATERNO NEONATAL DE CÓRDOBA. ENERO 2024 - ENERO 2025**
MP BRUNO, FA SIGEL, S TURK, FA GALETTO, PM CAPRARI, NM DE LA VEGA, Á TEIJEIRO
- 0083 PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE LOS PACIENTES QUE INGRESAN A LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DE UN HOSPITAL PEDIÁTRICO PARA CUIDADOS POST PARO CARDIORRESPIRATORIO**
MT CUERVO, MDP ARIAS, S MAGEE BAHL
- 0095 NIÑO CON APLASIA MEDULAR EN ESTADO DE PRETRASPLANTE: ECMO Y LA DECISIÓN MÁS DIFÍCIL**
MJ POLIZZI, R FRAIRE, T IOLSTER, S TORRES, A SIABA SERRATE
- 0119 PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE LOS PACIENTES TRASPLANTADOS CON CÉLULAS PROGENITORAS HEMATOPOYÉTICAS ADMITIDOS EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS**
TS RENAULT, L BARSANTE, D TURINA, MDP ARIAS, DV DETONI, BC SOBERON, N SOLANO, J BENITEZ
- 0174 SÍNDROME DE GUILLAIN BARRE EN UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS: ANÁLISIS SECUNDARIO DE LA BASE DE DATOS SATI-Q**
F ZABALETA, ML AIZAGA, MDP ARIAS, C MEREGALI, S CHUCHUY, MJ MONTES, PA CASTELLANI, D TURINA
- 0256 EVALUACIÓN DE LOS CRITERIOS PHOENIX PARA DIAGNÓSTICO DE SEPSIS EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS**
G GONZALEZ, MDP ARIAS LOPEZ, MC LAPORTE, SM BAHL, A GATTARI

07/08/2025 - 13:00 a 14:00

TRABAJOS ORALES 12

Neumonología y Kinesiología 2

LIBERTAD A

- 0187 PREDICCIÓN DE MORTALIDAD EN PSV: COMPARACIÓN ENTRE 4DP+FR Y DRIVING PRESSURE**
D STEINBERG, M ACCOCE, D GILGADO, M BEZZI, J PEREZ, J DORADO
- 0232 CARACTERÍSTICAS Y EVOLUCIÓN DE PACIENTES CON ENFERMEDADES NEUROMUSCULARES (CONGÉNITAS Y ADQUIRIDAS) EN TERAPIA INTENSIVA PEDIÁTRICA: SOPORTE VENTILATORIO, HIGIENE BRONQUIAL Y WEANING**
J SIMONASSI, MT CANZOBRE, VE LOPEZ FIORITO
- 0245 INJURIA PULMONAR DIRECTA VERSUS INDIRECTA: IMPACTO SOBRE EL FENOTIPO INFLAMATORIO EN EL SDRA**
LJ URANGA, S ZIDARICH, R LIGARDA, G LUCAS, F FERNANDO, F MOLINARIS, D JARA, E NAYI, F QUIROGA, E MORALES, M MALDONADO, L HUIQUINAO, M YORIO
- 0366 FIBROBRONCOSCOPÍA FLEXIBLE EN UN SERVICIO DE TERAPIA INTENSIVA**
G ETCHEPAREBORDA, C DUEÑAS, EE CONTRERAS AUQUILLA, MA CHAVES ZAMBRANO, CG SOSA, C IRRAZABAL
- 0430 IMPACTO DE LA ENFERMEDAD CRÍTICA EN LA MUSCULATURA ESPIRATORIA EVALUADA POR ECOGRAFÍA Y SU RELACIÓN CON LA EXTUBACIÓN**
M HUNTER, P LOVAZZANO, I BONELLI, M SETTEN

08/08/2025 - 13:00 a 14:00

TRABAJOS ORALES 13

Shock y Sepsis 1

CONTEMPORÁNEO B

- 0327 VEXUS COMO PREDICTOR DE INESTABILIDAD HEMODINÁMICA DURANTE TERAPIA DE REEMPLAZO RENAL**
LC PEREZ ILLIDGE, L AGUIRRE, G TUHAY, C OLIVA, C MURUCHI, F KLEIN
- 0329 SCORE PARA DIAGNÓSTICO DE COAGULACIÓN INTRAVASCULAR DISEMINADA MODIFICADO CON UN MARCADOR DE DISFUNCIÓN ENDOTELIAL EN PACIENTES CON SEPSIS: ANÁLISIS PRELIMINAR DE SU IMPACTO EN EL DIAGNÓSTICO Y PRONÓSTICO**
A BOCASSI, F ARANDA, E CUNTO, V CHEDIACK, P ZAMBRANO, J CHAMORRO, A LUCERO, L LUQUE, S PERÉS
- 0400 ESTUDIO PILOTO: EVALUACIÓN DE LA HERRAMIENTA MALDI-TOF MS PARA EL DIAGNÓSTICO Y ESTRATIFICACIÓN EN PACIENTES CON SEPSIS**
J ROCCA, F URTEAGA, M DI PALMA, M PRIETO, N RUBATTO, E ESTENSSOR, P SCHIERLOH, B REARTE
- 0442 EFECTOS MACRO Y MICROVASCULARES DE LOS TESTS DE PREDICCIÓN DE RESPUESTA A FLUIDOS Y LA EXPANSIÓN VOLUMÉTRICA EN PACIENTES CON SHOCK SÉPTICO: ESTUDIO MICROFLUID**
JD ROMANO, V EDUL, C ROGGIERO, ND PALACIO LONDOÑO, C LAI, X SI, A DUBIN, R GOMES, M FRANCAZZINI, X MONNET

08/08/2025 - 13:00 a 14:00

TRABAJOS ORALES 14

Shock y Sepsis 2

CONTEMPORÁNEO C

- 0013 DIFERENCIA VENOSA CENTRAL - ARTERIAL DE DIÓXIDO DE CARBONO EN EL SHOCK**
HR CONDE, ME BRANDOLISIO, F DAVIDOW, MV DI SANTO, L ORSARIA, B PALOU, M PONS
- 0033 INFLUENCIA DEL ACOPLAMIENTO VENTRÍCULO-ARTERIAL EN LA MORTALIDAD MEDIDA POR TERMODILUCIÓN TRANSPULMONAR**
A GIORDANA, C GONZALEZ, E PAPINI, C LOVESIO, IM MONGE GARCIA
- 0180 STRAIN DEL VENTRÍCULO IZQUIERDO Y OUTCOMES A LARGO PLAZO EN PACIENTES SÉPTICOS**
L BERTORELLO ANDRADE, FA SOSA, F DALDOSS, MB GARCIA GONZALEZ, I HUESPE, V MONZON, J MENDEZ, E PRADO
- 0233 CONCORDANCIA ESTADÍSTICA Y CLÍNICA ENTRE LAS VISTAS SUBCOSTAL Y TRANSHEPÁTICA DE LA VENA CAVA INFERIOR**
JM ROJAS SALGADO, G GAUDENZI, S BELTRAMINO, A MANCHADO BRUNO

08/08/2025 - 13:00 a 14:00

TRABAJOS ORALES 15

Gestión 1

DIRECTORIO

- 0325 EXPERIENCIA EXITOSA DE INTEGRACIÓN DE SATI-Q CON LA HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA EN UN HOSPITAL PÚBLICO UNIVERSITARIO**
AL FERNÁNDEZ, MDP ARIAS LOPEZ, L NOTARFRANCESCO, C GONZÁLEZ, J LEZCANO, C IRRAZABAL

- 0326 EVALUACIÓN COMPARATIVA DE LA GLUCEMIA ENTRE EQUIPO POCT Y LA PLATAFORMA ANALÍTICA DEL LABORATORIO**
HF CERVANTES, SV SALEMME, J PARES, JM GONZÁLEZ, L TORASSO, V GUAI, M PALAMIDESSI, C ARANDA
- 0359 MEDICIÓN DE LOS NIVELES DE SATISFACCIÓN DEL PERSONAL DE SALUD Y DE LAS FAMILIAS EN UNA UCI ABIERTA EN EL CONTEXTO POST-PANDEMIA**
F CESCHINI, J VILCA BECERRA, E DEL COCO, S ALBORNOZ, MS RIOS, L CASALIBA, VR FARINA, L TUMINO, M ANCIART, SL FERNÁNDEZ, S CHÁVEZ, MG SÁENZ, CI LOUDET
- 0362 EQUIPO DE HUMANIZACIÓN H.I.G.A. DR. O. ALENDE MAR DEL PLATA**
RDM TALMA, AP CIRESE, R MARIA TERESA
- 0470 ADECUACIÓN DEL ESFUERZO TERAPÉUTICO EN UNA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA POLIVALENTE: EXPERIENCIA EN EL HOSPITAL DURAND**
MV ZÚCCARO, MA RODRÍGUEZ GÓMEZ, A BANEGAS, GS GENOVESE, M KARINA, E MARÍA, A ANTIK, P CORONADO LUJÁN

06/08/2025 - 13:00 a 14:00

TRABAJOS ORALES 16

Gestión 2

LIBERTAD B

- 0001 ANÁLISIS DE LA ADECUACIÓN TERAPÉUTICA PERSONALIZADA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS: EXPERIENCIA EN EL HOSPITAL PROVINCIAL NEUQUÉN**
G SOTO, M ANDRIAN
- 0094 SÍNDROME DE BURN OUT POST PANDEMIA COVID-19 EN TRES SERVICIOS DE TERAPIA INTENSIVA DE BAHIA BLANCA**
LG DURAN, MGT DONA, MJ OJEDA, CV GIUFRE, L MATTEI, NS DAVIT BARIDÓN, MP SCHERÑUK SCHROH, RB CAPPELLA, J PEREYRA HUERTAS, JA LUINI, MA ATENCIO, C BOSCARDIN, JJ MEJÍA CARABALLO, ME ESANDI
- 0158 SATI-Q PEDIÁTRICO: EVOLUCIÓN DE 20 AÑOS DE REGISTRO**
MDP ARIAS LOPEZ, AL FERNÁNDEZ, ME RATTO, GP SATI-Q
- 0181 PREDICCIÓN DE MORTALIDAD EN TERAPIA INTENSIVA MEDIANTE ALGORITMOS DE MACHINE LEARNING**
A ANTIK, G GENOVESE, M ECHAVARRIA, K MARQUEZ, V ZUCCARO, M RODRIGUEZ, A BANEGAS, N GABRIEL, P CORONADO LUJAN
- 0292 CIRUGÍA PROGRAMADA Y DE URGENCIA EN UCI: IMPACTO EN SEVERIDAD, USO DE RECURSOS Y MORTALIDAD. ESTUDIO DESCRIPTIVO**
KJ VILLARROEL SANCHEZ, S SCAZZOLA, S ORELLANA, H HERNANDEZ, L SANTORO, V PICOLLA, G RAMOS, C DIANO
- 0297 CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS, USO DE DISPOSITIVOS INVASIVOS Y DURACIÓN DE LA INTERNACIÓN EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL INTERZONAL GENERAL DE AGUDOS VICENTE LÓPEZ Y PLANES. ESTUDIO DESCRIPTIVO Y RETROSPECTIVO**
MA NAVARRO, GS AMAYA, MS EVEN, AS LEÓN

08/08/2025 - 13:00 a 14:00

TRABAJOS ORALES 17

Neumonología y Kinesiología 3

INDEPENDENCIA 2

- 0248 REPORTE DE CASOS DESCRIPCIÓN DE COMPLICACIONES Y MORTALIDAD DE PACIENTES TRAQUEOSTOMIZADOS EN LA TERAPIA INTENSIVA DEL HIGA EVA PERÓN DE SAN MARTIN**
F GUZMÁN TAPIA
- 0249 REPORTE DE CASOS: REVISIÓN DE PACIENTES TRAQUEOTOMIZADOS EN EL HOSPITAL HIGA EVA PERON DE SAN MARTIN**
F GUZMÁN TAPIA
- 0260 ULTRASONOGRAFÍA DE VÍA AÉREA PREVIA A LA REALIZACIÓN DE TRAQUEOSTOMÍA PERCUTÁNEA. SEGURIDAD DEL PROCEDIMIENTO Y ELECCIÓN DE MODELO DE CÁNULA**
M LOMPIZANO, CG BENAY, RSÁNCHEZ, M VÁZQUEZ, M DEGUARDIA, D VARELA, A FELDMAN, P CORONADO, D QUARANTA, N TIRIBELLI
- 0365 CUANTIFICACIÓN DE HIPEROXIA Y PROPUESTA DE SATURACIÓN OBJETIVO PARA EL USO SEGURO DE OXIGENOTERAPIA EN PEDIATRÍA**
G BOSSIO, M DRZEWISCKI, F PAZIENCIA, J MANAVELLA, A RUBIES, H FERRARI DEL SEL

07/08/2025 - 13:00 a 14:00

TRABAJOS ORALES 18

Neumonología y Kinesiología 4

LIBERTAD B

- 0064 DESVINCULACIÓN DE LA VENTILACIÓN MECÁNICA INVASIVA EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS CARDIOLÓGICOS: ESTUDIO DESCRIPTIVO**
LV CASTRO, KY FARÍAS, FJ FABANI, DE STEINBERG, CM GRAEF, P BOUZAT, M OYOLA
- 0121 INCIDENCIA Y PREVALENCIA DE EXTUBACIONES NO PROGRAMADAS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES DEL HOSPITAL MATERNO NEONATAL DE LA CIUDAD DE CÓRDOBA DURANTE JUNIO DE 2024 A FEBRERO DE 2025**
DE QUIROGA, D GUTIÉRREZ, NS VILLARROEL, CB MARTINEZ, N DE LA VEGA
- 0247 PREDICCIÓN MULTIMODAL DE MORTALIDAD EN EL SDRA: COMBINACIÓN DE IL-6 Y SOFA**
LJ URANGA, S ZIDARICH, R LIGARDA, L GALLARDO, F FERNANDEZ, D JARA, F MOLINARIS, E MORALES, F QUIROGA, E NAYI, M MALDONADO, J ZARZUR, N PEANO, L HUAQUINAO, M YORIO
- 0475 COMPARACIÓN DE LOS DESENLACES CLÍNICOS ASOCIADOS AL USO DE POSICIÓN PRONA VIGIL EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA GRAVE POR COVID-19 VERSUS NO COVID-19**
M OLMOS, M ESPERATTI, Z MUZABER, N LARGEL, A MIRANDA TIRADO, ME GONZALEZ, A VIÑOLO, L STEIN, N FUENTES

DISCUSIÓN DE POSTERS ELECTRÓNICOS

06/08/2025 - 09:00 a 10:30

DISCUSIÓN DE POSTERS ELECTRÓNICOS 01

Cardiología 1

SATI POSTERS 1

- 0136 TAPONAMIENTO CARDIACO COMO PRIMERA MANIFESTACIÓN DE LINFOMA LINFOBLÁSTICO DE CÉLULAS T. REPORTE DE CASO**
A ANCAVIL, D BECERRA
- 0152 SÍNDROME DE TAKOTSUBO, UN DESAFÍO EN LA TERAPIA INTENSIVA: REPORTE DE CASO**
M ACEVEDO, J VOSS, H CICHERO, N TANEL, L ROCHA, A ALIAGA, G VALVERDE, S CISNEROS, N MUCIELA
- 0214 MEDICIÓN DE LA INTEGRAL DE LA VELOCIDAD-TIEMPO DEL TRACTO DE SALIDA DEL VENTRÍCULO IZQUIERDO (VTI) EN PACIENTES CON SHOCK SÉPTICO**
A FELDMAN, A GARCIA, J AGUIRRE, A ALEJANDRO, C LOPEZ, K D ELIA, M LOMPIZANO, K SIVILA, M RENK, C BENAY, J CAPELLA, D QUARANTA
- 0334 MASA CARDIACA EN UN PACIENTE HIV CON SÍNDROME HIPEREOSINOFÍLICO**
L TABOADA DE IRIONDO
- 0372 DISAUTONOMÍA SECUNDARIA A LESIÓN DEL NERVIOS VAGO TRAS EXÉRESIS DE TUMOR MEDIASTINAL POSTERIOR EN PACIENTE CON NEUROFIBROMATOSIS TIPO I**
CA OLIVA MARTINEZ, LC PÉREZ ILLIDGE, JR BINDA, MI PÁEZ LLANOS, LA AGUIRRE, G TUHAY, FR KLEIN
- 0456 DISFUNCIÓN CARDÍACA EN TORMENTA TIROIDEA**
JI BIURRARENA, J VILCA BECERRA, F IGLESIAS, M CORDOBA, A CUCCI, D CONTRERAS, A BETANCUR, M NUCCIARONE
- 0461 ENDOCARDITIS INFECCIOSA SOBRE CUERDA TENDINOSA ABERRANTE: CASO CLÍNICO**
X REYNOSO, L ARGÜELLES, R GUILLEN, E NAVA
- 0467 CUANDO LA PERICARDITIS NO ES IDIOPÁTICA: PRESENTACIÓN INICIAL DE CÁNCER OCULTO CON EVOLUCIÓN TÓRPIDA**
I SEGANFREDDO, B VANINA, S GUSTAVO, V PABLO, Y MARCOS, T MARIANA, C LUCIANA, B DAIANA, L MIRELLA

06/08/2025 - 10:30 a 12:00

DISCUSIÓN DE POSTERS ELECTRÓNICOS 02

Cardiología 2

SATI POSTERS 1

- 0050 INSUFICIENCIA CARDÍACA GRAVE A PARTIR DE CUADRO DE MIOCARDITIS CON REQUERIMIENTO DE SOPORTE ECMO V-A EN TERAPIA INTENSIVA DEL HOSPITAL. J. M. CULLEN**
HA ARMANDOLA, FD SIMIL
- 0053 REPORTE DE CASO: TROMBOSIS TUMORAL EXTENSA EN VENA CAVA INFERIOR**
F ONTIVERO
- 0077 CUANDO EL CORAZÓN Y EL CEREBRO COLISIONAN: MIXOMA RECIDIVANTE CON EMBOLISMO NEUROLÓGICO**
B ACOSTA, M RESSIA, C DE LUCA, M COZZI, I PETEL, MA BARRIENTOS, D VERA
- 0105 DEL VENENO AL ECMO: DISFUNCIÓN MIOCÁRDICA SEVERA Y RECUPERACIÓN EN UN CASO DE ALACRANISMO EN ADULTO JOVEN**
EL ROMERO, V OLIVA, MA VILLEGAS, JP RICARTE BRATTI, MV MORALES, CG GALLETI, E MINOLDO, P CALCAGNO
- 0131 REPORTE DE CASO: HALLAZGO INCIDENTAL DE MIXOMA AURICULAR**
JC POMIRO

0201 DOLOR ABDOMINAL AGUDO COMO DEBUT DE FEOCROMOCITOMA: REPORTE DE CASO

MA ALCAINO, VS CUBAS, E RODRIGUEZ

0391 MANEJO EN UTI POST IMPLANTE DE VÁLVULA AÓRTICA TRANSCATÉTER (TAVI). REPORTE DE UNA SERIE DE CASOS, CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS, SEGURIDAD Y RESULTADOS

L AGUIRRE, CA OLIVA MARTINEZ, O MENDIZ, LC PEREZ ILLIDGE, G TUHAY, F KLEIN

06/08/2025 - 12:00 a 13:00

DISCUSIÓN DE POSTERS ELECTRÓNICOS 03

Oncología

SATI POSTERS 1

- 0049 HIPERTENSION PULMONAR DE ORIGEN NEOPLÁSICO**
G ENSUNCHO, A PADILLA, J MORALES
- 0078 TROMBOSIS EN VENA CAVA INFERIOR EN CONTEXTO DE CÁNCER RENAL: LA DELICADA BALANZA ENTRE ANTICOAGULACIÓN Y RIESGO DE EMBOLIZACIÓN**
D VILLACRES, S MARTINEZ, J MOREIRA, M COZZI, I PETEL, MA BARRIENTOS, D VERA
- 0090 CUANDO LA CLÍNICA Y LAS IMÁGENES HABLAN: NEUMOPERICARDIO Y NEUMOPERITONEO COMO INDICADORES DE PERFORACIÓN VESICAL INTRAPERITONEAL**
J MOREIRA, S MARTINEZ, M COZZI, I PETEL, MA BARRIENTOS, D VERA
- 0171 SÍNDROME DE EATON LAMBERT COMO MANIFESTACIÓN PARANEOPLÁSICA DE UN COLANGIOCARCINOMA**
C YORLANO
- 0200 HIPERMINERALOCORTISONISMO INDUCIDO POR ABIRATERONA: REPORTE DE CASO**
MA ALCAINO, VS CUBAS
- 0235 SÍNDROME DE ASHERSON, EL SÍNDROME ANTIFOSFOLIPIDICO CATASTRÓFICO**
NF VILCHEZ, N ROSALES, L CORTES

06/08/2025 - 14:00 a 15:30

DISCUSIÓN DE POSTERS ELECTRÓNICOS 04

Procuración/Trasplante

SATI POSTERS 1

- 0193 TERAPIA DE REEMPLAZO RENAL CONTÍNUA EN HIPERAMONEMIA SEVERA POR HEPATITIS FULMINANTE: REPORTE DE CASO CLÍNICO**
JD CAMEJO CEDILLO, C TONELLI, V PAIS, G RAMOS, S ORELLANA
- 0204 PROCURACIÓN RENAL EN DONANTE AÑOSO: EXPERIENCIA DE UN PROCESO DE DONACIÓN DE DONANTE DE 75 AÑOS**
G ARANDA, EA FERNANDEZ DA VEIGA, M SANABRIA, B CARDOSO, L OJEDA FLORES, E ALFONSO, H ÁLVAREZ
- 0267 LA CAPACITACIÓN COMO PUNTO DE PARTIDA DE UN CICLO DE MEJORAS EN LA PROCURACIÓN DE ÓRGANOS**
M CAPRILES, JM MORALES, F LUNA, S BAUQUE, S HEALY, ML ORTIZ, R CARBALLO OROZCO, J RIVAS, E JIMENEZ, C GARNERO, M BERMEO, C BALASINI
- 0298 NEUROTOXICIDAD POR TACROLIMUS EN PACIENTE TRASPLANTADO HEPÁTICO: REPORTE DE CASO CON PRESENTACIÓN ATÍPICA**
M ORTEGA SOZA, V PICOLLA, G RAMOS, S ORELLANA, L SANTORO

- 0389 DILATACIÓN CON BALÓN DE ESTENOSIS DIFUSAS DE BRONQUIOS LOBARES POSTERIOR A TRASPLANTE PULMONAR**
JR BINDA, L AGUIRRE, LC PEREZ ILLIDGE, G TUHAY, F KLEIN, J OSSES
- 0421 EXPERIENCIA DE APLICACIÓN DEL PROTOCOLO GLASGOW 7 POR LA RESIDENCIA DE TERAPIA INTENSIVA DEL HOSPITAL ESCUELA "GRAL SAN MARTÍN" DE LA CIUDAD DE CORRIENTES**
E BENITEZ, H ALVAREZ, S LAZZERI, L OJEDA, J BERNACHEA, EG MILELLA, M MOSQUEDA, LC FIGUERERO SALINAS
- 0459 REPORTE DE CASO: TERAPIA EXTRACORPÓREA EN TÁNDEM EN PACIENTE TRASPLANTADO HEPÁTICO CON DISFUNCIÓN PRIMARIA DEL INJERTO**
E ANDRES, R FLORENCIA, B JULIETA, E MANRIQUE, R AVILA

06/08/2025 - 15:30 a 17:00

DISCUSIÓN DE POSTERS ELECTRÓNICOS 05

Nefrología/Medio Interno

SATI POSTERS 1

- 0097 VENTAJAS Y DESVENTAJAS DE TERAPIA DE REEMPLAZO RENAL CONTINUA E INTERMITENTE EN PACIENTE CON FIEBRE HEMORRÁGICA ARGENTINA**
M LATANZI
- 0194 CETOACIDOSIS NORMOGLUCÉMICA INDUCIDA POR EMPAGLIFLOZINA: REPORTE DE CASO**
MA ALCAINO, VS CUBAS
- 0396 EL DIAGNÓSTICO A PARTIR DEL ANÁLISIS DEL ESTADO ÁCIDO-BASE ARTERIAL**
R ROMEGGIO, C FAUEZ, P PERLO, R BERTOLA, N PICARD
- 0457 REPORTE DE CASO: TERAPIA DE REEMPLAZO RENAL CONTINUA CON HEMOADSORCIÓN PARA DISFUNCIÓN MULTIORGÁNICA SECUNDARIA A SHOCK SÉPTICO POR LEPTOSPIROSIS**
V RODRIGUEZ, E MANRIQUE, E CORNU, R AVILA, M CRUCCI, B JULIETA
- 0482 HIPONATREMIA Y TUBERCULOSIS MENINGEA**
E ARTIGAS, A BOCASSI, V FERNÁNDEZ ABELLO, V CHEDIACK, R GREGORI SABELLI, C DOMÍNGUEZ, P SAUL, I ÁVILA, E CUNTO
- 0486 CARACTERÍSTICAS URINARIAS Y MORTALIDAD HOSPITALARIA EN PACIENTES CIRRÓTICOS CON INSUFICIENCIA RENAL AGUDA**
G PALACIOS, E CORNU, J BERNASCONI, E MANRIQUE, R AVILA
- 0502 INTOXICACIÓN POR LITIO: SERIE DE CASOS**
R GUILLEN, E CARABAJAL, C RODRIGUEZ, MF BENEDETTI, M LLORIA, F LOIACONO, N MARQUEZ, J SAGARDIA

06/08/2025 - 17:00 a 18:00

DISCUSIÓN DE POSTERS ELECTRÓNICOS 06

Trauma

SATI POSTERS 1

- 0134 SD DE EMBOLISMO GRASO / EMBOLIA GRASA**
W MATRICARDI, F NUÑEZ
- 0192 ENVENENAMIENTO POR PICADURAS DE ABEJAS**
AR RODRIGUEZ, IF MALDONADO, K CLAVERIE, A TERLESKY, L OBERTI, R RESTA, N ROCCHETTI, S GATTINO, M RE, C SETTECASE, D BAGILET
- 0263 ANÁLISIS DE LA MORTALIDAD ANUAL INTRAHOSPITALARIA POR ENFERMEDAD TRAUMA EN EL DEPARTAMENTO DE EMERGENCIAS AÑO 2024**
GL CAPDEVILA VICENTE, ME BLESSIO, PB PAHNKE, A RAMIREZ, JC PETTOROSSO, S TIBALDI, P VILLECO, J TOLISSO

- 0352 INTOXICACIÓN AGUDA POR AMONIACO, REPORTE DE CASO**
CP PEDALINO, BA SÁNCHEZ
- 0356 TRAUMATISMO PENETRANTE DE TÓRAX CON LESIÓN DEL VENTRÍCULO IZQUIERDO: REPORTE DE CASO**
J RIVAS, E JIMENEZ, C GARNERO, S HEALY, R CARBALLO OROZCO, M CAPRILES, ML ORTIZ, A FELDMAN, P SANCHEZ, C BALASINI
- 0392 RUPTURA DE UN PSEUDOANEURISMA TRAUMÁTICO AL PERICARDIO**
M BERMEO RODRIGUEZ, L MACCHIAVELLO, G ROLANDO, S GHI BAUDO, P FALVO, ML ORTIZ, R CARBALLO OROZCO, M CAPRILES, S HEALY, C GARNERO, J RIVAS, E JIMENEZ, M GIRVES, C BALASINI

06/08/2025 - 09:00 a 10:30

DISCUSIÓN DE POSTERS ELECTRÓNICOS 07

Obstetricia Crítica 1

SATI POSTERS 2

- 0147 ANÁLISIS DE LOS FACTORES DE RIESGO PARA EL DESARROLLO DE PREECLAMPSIA-ECLAMPSIA EN LA UTI DEL H.I.G.A. SIMPLEMENTE EVITA DE GONZALES CATAN**
A RODRIGUEZ ALTAMIRANO, L GONZALES CORONEL, M YBARRA, D VARGAS LOOR, H CABRERA, E RODRIGUEZ, G IZZO
- 0168 EDEMA AGUDO DE PULMÓN SECUNDARIO A USO DE ISOXSUPRINA EN GESTANTE CON AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO**
H MERA, C IRRAZÁBAL, M TAVELLA, O GUTIERREZ
- 0254 MANIFESTACIONES MULTISISTÉMICAS SEVERAS EN SÍNDROME DE HELLP, REPORTE DE UN CASO**
A KURON, D SCAFURO, C BALENZANO, A PRECKEL, A ORTIZ, M MONTENEGRO, K UGO, E MIKULIC
- 0347 MIOCARDIOPATÍA PERIPARTO COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE SÍNDROME DE DISTRÉS RESPIRATORIO AGUDO EN PUERPERIO INMEDIATO. REPORTE DE CASOS**
L LOPEZ MACCAN, LJ GIORDANA, MF LÓPEZ, FN LIBARDI, FR PÉREZ, SM RODRÍGUEZ CÁLIX, S PULCINELLI, LA BERLONI, G TOCALLI, H CONDE
- 0361 SÍNDROME DE ENCEFALOPATÍA POSTERIOR REVERSIBLE (PRES) EN PREECLAMPSIA GRAVE. A PROPÓSITO DE UN CASO**
I SIMORÉ, ML BOURGHEZ, DT RAMIREZ, MG CASTRO, NI CARRIZO
- 0414 EMBOLIA DE LÍQUIDO AMNIÓTICO: REPORTE DE UN CASO**
M TOMAS, E DEL VALLE, JI BIURRARENA

06/08/2025 - 10:30 a 12:00

DISCUSIÓN DE POSTERS ELECTRÓNICOS 08

Obstetricia Crítica 2

SATI POSTERS 2

- 0025 SHOCK HIPOVOLEMICO EN EMBARAZO HETEROTOPICO: REPORTE DE UN CASO**
A FELDMAN, K SIVILA, D VARELA, K DELIA, R OCHOA, G SIBILA, A ALEJANDRO, J CAPELLA, D QUARANTA
- 0074 VIVIENDO CON EL ENEMIGO: SHOCK TÓXICO STREPTOCÓCICO SECUNDARIO A PELVIPERITONITIS**
S MARTINEZ, D VILLACRES, J HERZ, M COZZI, I PETEL, MA BARRIENTOS, D VERA
- 0162 A PROPOSITO DE UN CASO: INTOXICACION AGUDA POR HIERRO EN PACIENTE GESTANTE EN TERCER TRIMESTRE**
JJ BRUGUES HERNANDEZ, SM TOLEDO, MG RODRIGUEZ ALVAREZ, LE VILLARROEL LINARES, AR CHACON MORA, DA SANTOS, LB FIGUEROA, V LISTE

- 0257 PARO CARDIACO COMO PRESENTACIÓN ATÍPICA DE MIOCARDIOPATIA PERIPARTO**
R KARATANASOPULOZ, A SERRUYA, G LEVY, L GOSSENN, A SHERIDAN, V ROMAN, V RUIZ, M MENDIETA, C JOACHIN, M BARRAZA
- 0341 MUERTE ENCEFALICA MATERNA POR HEMORRAGIA INTRACEREBRAL, MANEJO INTERDISCIPLINARIO. REPORTE DE CASO CLINICO**
H LOPEZ, J CARDOZO, L MONTAÑO, N MONTAÑO, S JEREZ, J MONTES DE OCA, J MUÑOZ, F ARANCIBIA, W VIDETTA, A MONTES DE OCA, B FERNANDEZ, A TAMAYO
- 0349 MIOCARDIOPATÍA PERIPARTO CON REQUERIMIENTO DE SOPORTE CIRCULATORIO**
R BUSTILLO, M VICENTINI, P CAPPONI, L MACAGNO
- 0407 NEUMONÍA POR CORONAVIRUS HKU1 EN EL EMBARAZO: REPORTE DE CASO**
C GARNERO, J RIVAS, E JIMENEZ, S HEALY, M CAPRILES, R CARBALLO, M ORTIZ, C BALASINI

06/08/2025 - 12:00 a 13:30

DISCUSIÓN DE POSTERS ELECTRÓNICOS 09

Neurología 1

SATI POSTERS 2

- 0390 ASOCIACIÓN ENTRE SÍNDROME DE MOYAMOYA Y ENFERMEDAD DE GRAVES**
LN QUISBERT, AG HERNANDEZ CORCHADO, R GUILLEN VALENCIA, L SCHIRO, D PIEZNY, L KUMAR, J SAGARDIA, F ORTEGA DIAZ
- 0398 SÍNDROME DE PERCHERÓN COMO CAUSA DE INFARTO BILATERAL TALÁMICO EN PACIENTE POSTOPERATORIA NEUROQUIRÚRGICO: REPORTE DE CASO CLÍNICO**
EV GARAY HEINZE, H ARCE, W RODRIGUEZ, F CHOQUECALLATA, D PIEZNY, F PALOMINO, M JUCHANI
- 0424 DESAFÍO DIAGNÓSTICO DE TUBERCULOSIS MENÍNGEA COMPLICADA CON SDRA EN UN HOSPITAL PÚBLICO DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES. A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO**
J MUÑOZ, L MONTAÑO, H LOPEZ, B FERNANDEZ, J MONTES DE OCA, D BARRIENTOS, J CARDOZO, A MONTES DE OCA, W VIDETTA, A TAMAYO
- 0438 CASUÍSTICA DE HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA ANEURISMÁTICA EN UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA (2023-2024)**
G TOCALLI, D SOUTO, P SILVIO, L BERLONI, H CONDE
- 0447 SÍNDROME DE PERCHERON: REPORTE DE UN CASO**
R ROMEGGIO, C FAUEZ, ML CAMPASSI, D BANEGAS, F REPETTO
- 0465 INFARTO BITALAMICO EN PACIENTE CON SÍNDROME DE PERSONA RÍGIDA**
R AREVILLCA YUGAR, N PISTILLO, D SANCHEZ
- 0469 UNA POSIBLE RELACIÓN ENTRE EL TROMBOEMBOLISMO PULMONAR Y LA HEMORRAGIA INTRACRANEANA**
D LÓPEZ CAMPOS, LA TRUNZO
- 0478 ENCEFALITIS POR ANTICUERPOS ANTI NMDA UN DESAFÍO DIAGNÓSTICO EN TERAPIA INTENSIVA. SERIE DE CASOS**
LN QUISBERT, CL SACK, LA JORDAN SERRUDO, EA CARABAJAL, CL FERNANDEZ, J VERGARA, HJ ARCE SOLIZ, H BONGIOANNI

06/08/2025 - 14:30 a 16:00

DISCUSIÓN DE POSTERS ELECTRÓNICOS 10

Neurología 2

SATI POSTERS 2

- 0084 DEBILIDAD MUSCULAR AGUDA EN TERAPIA INTENSIVA, UN DESAFÍO DIAGNÓSTICO. REPORTE DE 5 CASOS**
V CHEDIACK, MI FARACE, A RODRIGUEZ, P SAÚL, E LISTA, N CHACÓN, R GREGORI-SABELLI, E CUNTO

- 0262 ESTATUS SUPERREFRACTARIO**
AM TERLESKY, K CLAVERIE, L OBERTI, I MALDONADO, AR RODRIGUEZ, R RESTA, N ROCCHETTI, S GATTINO, M RE, C SETTECASE, D BAGILET
- 0308 REPORTE DE CASO CLINICO MONITOREO NEUROCRITICO POR BRAIN 4 CARE Y PUPILOMETRIA EN HSA QUE LLEGA A MUERTE CERBRAL**
L MONTAÑO ROCHA, S JEREZ, J MUÑOZ, H LOPEZ, JC MONTES DE OCA, J CARDOZO, W VIDETTA, A TAMAYO, DD BARRIENTOS, A MONTES DE OCA
- 0319 FITOTERAPIA EN HIPERACTIVIDAD SIMPÁTICA PAROXÍSTICA (HSP) REPORTE DE CASO**
P DOMÍNGUEZ, G FERNÁNDEZ, S VIERA, R LÓPEZ, V CUÉLLAR, S BARRIONUEVO, M GUGLIELMETTI, C MODAD
- 0321 DILEMA TERAPÉUTICO: ANTICOAGULACIÓN EN TROMBOSIS VENOSA CEREBRAL CON HEMORRAGIA EXTENSA**
MV VIERIA DA COSTA, G FERNÁNDEZ, S VIERA, F HERNÁNDEZ, F ROBERTO, A PISANI, N PELLICE CAPACIO, M GUGLIELMETTI, A ECHEVERRÍA
- 0342 NEUROLUPUS Y HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA: AL RESPECTO DE UN CASO CLÍNICO**
JN SILVA, YC RODRIGUEZ PONCE, A SAENZ VALIENTE, L ARGÜELLES
- 0350 INTOXICACION POR METALDEHIDO, ¿MECANISMO TÓXICO O PREDOMINA LA ISQUEMIA?**
F PERRÉ
- 0368 REPORTE DE CASOS: ENFERMEDAD DE CREUTZFELDT-JAKOB ESPORÁDICA CON PRESENTACIÓN CLÍNICA ATÍPICA**
EV GARAY HEINZE, H SARABIA, E MOREIRA, H BONGIOANNI, F LOAIACONO, B POLLIAN, F TRAVERSO

06/08/2025 - 16:00 a 17:30

DISCUSIÓN DE POSTERS ELECTRÓNICOS 11

Endocrinología/Reumatología/Hematología 1

SATI POSTERS 2

- 0015 EL SÍNDROME HEMOFAGOCITICO COMO CAUSA DE FALLA MULTIORGANICA**
G BOTTARO, G MONTI, C LLERENA, J QUIROZ, A AGUIRRE, E ARIAS, G ROMERO, G ALVAREZ
- 0017 TORMENTA TIROIDEA EN PACIENTE CRÍTICO**
AG AGUIRRE DUARTE, G MONTI, C LLERENA, J QUIROZ, G BOTTARO, M MARIELA, E ARIAS, G ROMERO
- 0052 PACIENTE MASCULINO DE 39 AÑOS, CON MICROANGIOPATÍA TROMBÓTICA. REPORTE DE CASO**
D BACIGALUPO, M BARRIOS, R ROMANO, M REYNOSO, V MILANESIO, G SCHMUKLER, I SABBAG, E ALTAMIRANO
- 0197 SIM-C FENOTIPO KAWASAKI: REPORTE DE UN CASO**
ML CARASSAI, G LIBERA, M FORMAGGIO
- 0275 COMPLICACIONES LETALES DE LA TOXICIDAD POR METOTREXATO**
E JIMENEZ, C GARNERO, J RIVAS, S HEALY, R CARBALLO OROZCO, M CAPRILES, P SANCHEZ, ML ORTIZ, A FELDMAN, P FALVO, C BALASINI
- 0296 SÍNDROME NEUROLEPTICO MALIGNO EN LA TERAPIA INTENSIVA: REPORTE DE CASO**
M FLAMINI MARCZUK, FC CARINI, A MARTINEZ
- 0369 REPORTE DE CASO - INTOXICACIÓN GRAVE POR PARACETAMOL EN LA TERAPIA INTENSIVA**
R LIMA GUARACHI, G GENOVESE, MV ZÚCCARO, A ANTIK, P CORONADO LUJÁN
- 0443 HEMORRAGIA ALVEOLAR DIFUSA EN TERAPIA INTENSIVA COMO PRESENTACIÓN INUSUAL DE LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO: REPORTE DE CASO**
EA MOROCHO ROMERO, MS VENUTI
- 0487 ANEMIA ADQUIRIDA EN UCI**
D CONTRERAS, J JEAN, J VILCA, F MARTIN, M TOMAS, E DEL VALLE, I BIURRARENA, C LOUDET

06/08/2025 - 17:30 a 19:00

DISCUSIÓN DE POSTERS ELECTRÓNICOS 12

Endocrinología/Reumatología/Hematología 2

SATI POSTERS 2

- 0024 HEMORRAGIA ALVEOLAR DIFUSA EN PACIENTE DE 72 AÑOS CON VASCULITIS ANCA-MPO: REPORTE DE CASO**
A FELDMAN, K SIVILA, D VARELA, A GARCIA, M RENK, M ALIAGA, R ALVARADO, J CAPELLA, D QUARANTA
- 0047 FARMACODERMIA EN LA TERAPIA INTENSIVA DEL COMPLEJO MÉDICO POLICIAL CHURRUCA-VISCA: REPORTE CASO CLINICO**
A FELDMAN, K DELIA, A GARCIA, C LOPEZ, M RENK, D VARELA, A ALEJANDRO, J CAPELLA, D QUARANTA
- 0101 POLIDERMATOMIOSITIS UNA ENFERMEDAD POCO FRECUENTE DEL TEJIDO CONECTIVO: REPORTE DE UN CASO**
A FELDMAN, K SIVILA, A GARCIA, K D ELIA, D VARELA, A ALEJANDRO, C LOPEZ, J AGUIRRE, D QUARANTA
- 0120 REPORTE DE CASO GRANULOMATOSIS DE WEGENER**
FD DAZA SILES, M MELEAN, D RODRIGUEZ, F GUZMÁN, S CASTRO, F MARISA, P BOSCHINI, M MORANTE
- 0135 REPORTE DE CASO: SME DE DRESS INDUCIDO POR PREPARADO MAGISTRAL**
M BARGAGNA, E NOVELLO
- 0417 ALACRANISMO BIFÁSICO CON MIOCARDITIS Y SEPSIS EN ADOLESCENTE: A PROPÓSITO DE UN CASO**
VL COGO, AG ANDINO, C LEHDER PRERESI, A GONZALEZ
- 0453 UNA MANIFESTACIÓN RARA DE TIROTOXICOSIS A PROPÓSITO DE UN CASO**
VL PUENTE, G ROBERT, R VILLARPANDO, J PANIAGUA, C MARTINEZ, D RODRÍGUEZ, M MELEAN, R ACHATA, F DAZA
- 0479 CRISIS TIROTOXICA EN CONTEXTO DE CONSUMO DE COCAÍNA Y MIOCARDIOPATÍA DILATADA**
M ORTEGA SARAVIA, VM ZUCARO, M RODRIGUEZ, B GONZALEZ, A BANEGAS, G NUÑEZ, PD CORONADO LUJAN, A ANTIK
- 0505 REPORTE DE CASO: VASCULITIS DE WEGENER CON HIPOXEMIA REFRACTARIA Y FALLA MULTIORGÁNICA**
LA TEJERINA SALDAÑA, H IZQUIERDO, V IGLESIAS

07/08/2025 - 09:00 a 10:15

DISCUSIÓN DE POSTERS ELECTRÓNICOS 13

Infectología 1

SATI POSTERS 1

- 0002 REPORTE DE CASO, PILEFLEBITIS COMO COMPLICACION DE PACIENTE CON ABSCESO HEPATICO PIOGENO**
J FRANCO, P RIVERA
- 0011 SHOCK SÉPTICO ASOCIADO A NECROLISIS EPIDÉRMICA TÓXICA SECUNDARIO AL USO DE CEFALEXINA: REPORTE DE CASO**
FE ESPINOZA, CJ AGUIRRE, C GEREZ, M OTAMENDI, M CRUZ, NA GRASSI, MG MONTENEGRO FERNANDEZ, LG DURAN
- 0055 HIPERINFECCIÓN POR STRONGYLOIDES: REPORTE DE CASO.**
J PAVICIC, I CARBONI BISSO, L WAISBLATT, C CORONEL, P CALO
- 0068 REPORTE DE CASO: ABSCESO EPIDURAL COMO COMPLICACIÓN DE UNA TUBERCULOSIS VERTEBRAL**
R ACUÑA AMAYA, M FLORES, M MORANTES, SI CASTRO, P BOSCHINI, D RODRIGUEZ, R VILLARPANDO, I JARAMILLO
- 0069 REPORTE DE CASO COAGULACION INTRAVASCULAR DISEMINADA POR TUBERCULOSIS DISEMINADA**
E DEL VALLE
- 0106 NECRÓLISIS EPIDÉRMICA TÓXICA SECUNDARIA A CIPROFLOXACINA EN PACIENTE CON ESPONDILODISCITIS: REPORTE DE CASO CLÍNICO CON EVOLUCIÓN PROLONGADA Y COMPLICACIONES INFECCIOSAS CRÍTICAS**
V OLIVA, EL ROMERO, C GALLETTI, RA COPELLO, MA VILLEGAS, I VILLARRUEL USIN, E MINOLDO, P CALCAGNO

0302 CRISIS METABOLICA MITOCONDRIAL EN PACIENTE CON SINDROME KEARNS-SAYRE

RR VILLARPANDO MITA, RR VILLARPANDO MITA, R ACUÑA AMAYA, M FLORES, M MORANTE, S INÉS CASTRO, P BOSCHINI, D RODRÍGUEZ, M CHAMUT, G ROBERT

0337 ABSCESOS HEPÁTICOS Y TROMBOFLEBITIS DE VENA PORTA

J SILVA, A LUGO, A SAENZ, L ARGÜELLES

07/08/2025 - 10:15 a 11:30

DISCUSIÓN DE POSTERS ELECTRÓNICOS 14

Infectología 2

SATI POSTERS 1

0019 EMPIEMA SUBDURAL SECUNDARIO A SINUSITIS EN PACIENTE CON TRAUMATISMO MAXILOFACIAL. A PROPÓSITO DE UN CASO

JE ARIAS COBOS, MC LLERENA, G MONTI, J QUIROZ, A AGUIRRE, G BOTTARO, G ROMERO

0059 ASPERGILOSIS PULMONAR EN PACIENTES CRÍTICOS: ANÁLISIS DE TRES CASOS

L BUJAN MOLINS, I CARBONI BISSO, I FERNÁNDEZ CEBALLOS, M LAS HERAS

0073 ENFERMEDAD DEL LEGIONARIO POSTERIOR A UNA INDUNDACIÓN EN BAHÍA BLANCA: A PROPÓSITO DE UN CASO

N GRASSI, M CRUZ, F ESPINOZA, M OTAMENDI, FB VAZQUEZ, S LACO, M MONTENEGRO FERNANDEZ, L DURAN

0086 AFECCION PLEUROPULMONAR COMO UNICA MANIFESTACION DE SALMONELLOSIS EXTRAINTestinal: REPORTE DE CASO

DJ BECERRA, A ANCAVIL

0091 ASPERGILOSIS PULMONAR EN UN PACIENTE CON FASCITIS NECROTIZANTE: ¿COINFECCIÓN O SUPERINFECCIÓN?

J HERZ, E VALDEZ, M COZZI, M RESSIA, I PETEL, MA BARRIENTOS, D VERA

0252 ¿VUELVEN LOS SIMULADORES! ¿SHOCK SÉPTICO SECUNDARIO A IRAB GRAVE O SINDROME HEMOFAGOCÍTICO SECUNDARIO A TUBERCULOSIS? SE ESCUCHAN OFERTAS

A ZARATE, M PENAZZI, F MOURAS, C AUTIERO, E VARGAS, C PAGELLA, L CACERES, G SCHEINKERMAN

0255 ENFERMEDAD DE LOS LEGIONARIOS. REPORTE DE UN CASO

A KURON, C BALEZANO, A PRECKEL, D SCAFURO, C DEGASTALDI, M MONTENEGRO, K UGO, E MIKULIC

0283 AORTITIS ABDOMINAL COMO PRESENTACIÓN EXTRAINTestinal DE SALMONELLOSIS: PRESENTACIÓN DE CASO CLÍNICO

LB ROZZI, N ARBELAIS, U MONTESERIN, M MALDONADO, S LUJAN

0401 SALMONELLOSIS ORIGEN DEL SHOCK SEPTICO, CONSECUENCIAS EL PODER DISRUPTIVO DE UNA INFECCION COMUN

ER PEDRAZA, E PEDRAZA, A GARCIA, A NISNIK, E ASINARI, M VAZQUEZ, M OLAVE, L PESCE, S BARRIONUEVO

07/08/2025 - 11:30 a 12:45

DISCUSIÓN DE POSTERS ELECTRÓNICOS 15

Infectología 3

SATI POSTERS 1

0054 INVESTIGACIÓN DEL BROTE DE ELIZABETHKINGIA MENINGOSÉPTICA EN PACIENTES INMUNOCOMPETENTES DE NUESTRA TERAPIA INTENSIVA

D GUAYMAS, F CACERES, G ARGANARAZ, M VILLALOVOS, R FIGUEREDO

0096 COINFECCIÓN RESPIRATORIA DE CHLAMYDIA PSITTACI Y MYCOPLASMA PNEUMONIAE: REPORTE DE CASO

D DEZURKO, ST LACO, FB VAZQUEZ BRIGNOLE, FE ESPINOZA, M OTAMENDI, M CRUZ, NA GRASSI, LG DURAN

- 0129 REPORTE DE CASO - LISTERIOSIS INVASIVA EN TERAPIA INTENSIVA**
M ORTEGA SARAVIA, G GENOVESE, P CORONADO LUJÁN, A ANTIK
- 0138 NEUMONIA GRAVE EN VIAJERA A LA ANTARTIDA EN CONTACTO CON PINGÜINOS**
HA ARMANDOLA, CA MEDINA, G GOMEZ, SP ALBANECE
- 0156 PSITACOSIS PULMONAR EN TERAPIA INTENSIVA: REPORTE DE CASO**
EA MEJIA BENAVIDES, M MONROY, B DAGLIO, MB VASQUEZ, C POZO
- 0179 SÍNDROME PULMÓN RIÑÓN SECUNDARIO A LEPTOSPIROSIS**
S BALDERRAMA VARGAS, S ORELLANA, P BALMACEDA
- 0207 LISTERIOSIS INVASIVA**
C BALEZANO, A ORTIZ, A KURON, D SCAFURO, A PRECKEL
- 0402 DESENLACE FAVORABLE EN LEPTOSPIROSIS GRAVE MULTIORGÁNICA: UN DESAFÍO EN CUIDADOS CRÍTICOS. REPORTE DE CASOS**
FR PÉREZ, SL PULCINELLI, DO SOUTO, H CONDE, LA BERLONI, LJ GIORDANA, FN LIBARDI, L LÓPEZ MACCAN
- 0488 SÍNDROME DE HIPERINFECCION POR STRONGYLOIDES STERCORALIS**
P MARTINEZ MENDEZ, CL HUAYTA, A GUTIERREZ, P ZULETA, HP AGUILAR, M CASANOVA, C NAVEDA, E QUISPE, E POLO, J RIVADINEIRA

07/08/2025 - 14:00 a 15:15

DISCUSIÓN DE POSTERS ELECTRÓNICOS 16

Infectología 4

SATI POSTERS 1

- 0018 ABSCESO CEREBELOSO POR OTITIS MEDIA PERFORADA DE RECHA**
G ROMERO SARAVIA, G MONTI, C LLERELA, J QUIROZ, A AGUIRRE, E ARIAS, G BOTTARO
- 0080 NOCARDIOSIS EN PACIENTE CON CORTICOTERAPIA PROLONGADA**
R BERTAINA, A GIRA, MJ CHUQUIN, J ALVAREZ, E BELLONE, P PRATESI, F LEVERATTO, N CANO
- 0184 CASO CLÍNICO: SÍNDROME DE COLLET SICARD COMO PRESENTACIÓN CLÍNICA DE OSTEOMIELITIS DE BASE DE CRÁNEO**
JB CASELLA, ME TORRES
- 0217 HIDROCEFALIA SECUNDARIA A NEUROCRIPTOCOCOSIS EN PACIENTE INMUNOCOMPETENTE CON EVOLUCIÓN PROLONGADA Y COMPLICACIONES INFECCIOSAS. REPORTE DE CASO**
RA COPELLO, C GALLETTI, P CALCAGNO, E MINOLDO, V OLIVA, E ROMERO, A VILLEGAS, I VILLARUEL USIN
- 0251 MEDIASTINITIS NECROTIZANTE DESCENDENTE COMO COMPLICACION DE ABSCESO EN ESTERNOCLEIDOMASTOIDEO**
KE CLAVERIE, AM TERLESKY, LA OBERTI, IF MALDONADO, AR RODRIGUEZ, RG RESTA, NS ROCCHETTI, SP GATTINO, MD RE, CJ SETTECASE, DH BAGILET
- 0324 NOCARDIOSIS SISTÉMICA: REPORTE DE CASO**
F GOMEZ CARREÑO, ME ELEAN, JN VEGA ROMERO, G NIS
- 0358 MEDIASTINITIS Y COMPLICACIONES SÉPTICAS GRAVES DE ORIGEN ODONTÓGENO: REPORTE DE DOS CASOS CON MANEJO MULTIDISCIPLINARIO**
R FLEITA, N LEDESMA, P GONZALES, A JORA, J GARCIA, A TRISTAINO, C FARIAS
- 0427 NOCARDIOSIS CEREBRAL EN DOS PACIENTES INMUNOCOMPETENTES**
C FAUEZ, R ROMEGGIO, ML CAMPASSI, F REPETTO, M CUITIÑO
- 0481 REPORTE DE CASO: ENCEFALITIS HERPÉTICA CON PRESENTACIÓN NEUROLÓGICA SEVERA EN PACIENTE ADULTO SIN ANTECEDENTES PATOLÓGICOS**
LA TEJERINA SALDAÑA

07/08/2025 - 15:15 a 16:30

DISCUSIÓN DE POSTERS ELECTRÓNICOS 17

Infectología 5

SATI POSTERS 1

- 0014 REPORTE DE CASOS: DISTRIBUCIÓN DE ESPECIES DE CANDIDA EN HEMOCULTIVOS EN LA TERAPIA INTENSIVA DEL HIGADO EN PERÓN DE SAN MARTIN**
SI CASTRO, G SLY, B ARCE, S FERNÁNDEZ, RR VILLARPANDO MITA, M FLORES, M MORANTE
- 0093 PIOVENTRICULITIS EN PACIENTE CRÍTICO: REPORTE DE UN CASO**
A FELDMAN, A ALEJANDRO, K SIVILA, D VARELA, M RENK, C LOPEZ, J CAPELLA, D QUARANTA
- 0189 ENDOCARDITIS INFECCIOSA MULTIVALVULAR EN USUARIO DE COCAÍNA: REPORTE DE CASO**
AC ARCH, D SANDRA, F ONTIVERO, JC VAIRO GAMARRA, A LOPEZ GAVIRIA, V DANELUK, MA SERRUDO SALGUEIRO, GE PALACIOS SANABRIA
- 0259 GANGRENA DE FOURNIER, CARRERA CONTRA EL TIEMPO**
D SCAFURO, C BALEZANO, A KURON, P ALVARO
- 0293 ENDOCARDITIS POR GERMEN ATÍPICO EN PACIENTE INMUNOCOMPETENTE. A PROPÓSITO DE UN CASO**
T MARCHESI, J VEGA, G NIS, N PEDANO
- 0339 TAPONAMIENTO CARDÍACO PURULENTO POR SAMR**
B CAMPS, G WERNICKE, V FERNANDEZ BEASSONI, V DOMINGUEZ, E LOPEZ, G ABRILE, E RODRIGUEZ
- 0364 ENDOCARDITIS INFECCIOSA CON ECOCARDIOGRAMA TRANSESOFÁGICO NEGATIVO. REPORTE DE CASO**
H GOUVEA FRANCO, CS BLANCO CARRERO, B COCOMELLO, M OLGUIN, A CULQUICONDOR, L FRANCONIERI
- 0394 TUBERCULOSIS EN LAS UNIDADES CRÍTICAS DE UN HOSPITAL PÚBLICO DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES- A PROPÓSITO DE LA DISPENSA DE ANTIFÍMICOS**
MJ OCHOA, G ARÁN, V CHEDIACK, M QUINTEROS, E CUNTO
- 0429 ACV ISQUÉMICO COMO PRESENTACIÓN INICIAL DE ENDOCARDITIS INFECCIOSA**
C FAUEZ, R ROMEGGIO, D BANEGAS, S ALIANO, F CINTORA

07/08/2025 - 16:30 a 17:45

DISCUSIÓN DE POSTERS ELECTRÓNICOS 18

Infectología 6

SATI POSTERS 1

- 0089 LESIÓN OCUPANTE DE ESPACIO CEREBRAL EN UN JOVEN INMUNOCOMPETENTE: UN HALLAZGO INESPERADO**
B DE ARAUJO CASOTTI, PC MOREIRA SANCHEZ, R CANAVIRI ESCOBAR, MA ALVAREZ PEREZ, E MONTES SALABARRIA, P SAUL, F LIPOVESTKY, A LA MANNA
- 0331 PIELONEFRITIS ENFISEMATOSA BILATERAL - A PROPÓSITO DE UN CASO**
C ROTEDA, R MOLINA, J VEGA, N PEDANO
- 0338 FALLO MULTIORGÁNICO COMO FORMA DE PRESENTACIÓN DE TRIQUINOSIS**
L BARROSO
- 0357 BOTULISMO ALIMENTARIO: PRESENTACIÓN DE CASO**
S HEALY, R CARBALLO OROZCO, M CAPRILES, ML ORTIZ, P SANCHEZ, A ALLER, M RAGAZZOLI, C BARRIOS, A SIRINO, E JIMENEZ, J RIVAS, P FALVO, C BALASINI
- 0360 MIONECROSIS CLOSTRIDIAL POR CLOSTRIDIUM PERFRINGENS POSTERIOR A INYECCIÓN INTRAMUSCULAR EN ADOLESCENTE SANO: REPORTE DE CASO CLÍNICO**
N LEDESMA, R FLEITA, P GONZALES, A JORA, J GARCIA, A TRISTAINO, C FARIAS

- 0379 NEUROCISTICERCOSIS INTRAVENTRICULAR: UN DESAFÍO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO EN UN CONTEXTO NO ENDEMICO**
S RODRIGUEZ CALIX, L LOPEZ MACAN, L GIORDANA, MF LOPEZ, F LIBARDI, F PEREZ, S PULCINELLI, D SOUTO
- 0476 SÍNDROME DE AUSTRIAN: ENDOCARDITIS, MENINGITIS Y NEUMONÍA POR STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE**
FA CHOQUECALLATA URQUIDI, C RODRIGUEZ, V RODRIGUEZ, M FERNANDEZ
- 0495 MENINGOENCEFALITIS A VIRUS DE SAINT LOUIS: UN CASO Y MUCHOS INTERROGANTES**
CM RUFINER GAREIS, GF VECHIETTI

07/08/2025 - 17:45 a 19:00

DISCUSIÓN DE POSTERS ELECTRÓNICOS 19

Infectología 7

SATI POSTERS 1

- 0122 REPORTE DE CASOS MENINGITIS POST-NEUROQUIRURGICA POR BACILOS GRAM NEGATIVOS PRESENCIA DE MULTIRRESISTENCIA Y VENTAJAS DEL USO DE ANTIBIOTICOTERAPIA INTRATECAL**
SM TOLEDO, JA GARCIA CASTRO, FH ROJAS, MG RODRÍGUEZ ALVAREZ, AM FERIOLI, DA SANTOS, LB FIGUEROA, NA TARAMARCAZ
- 0237 DE CELULITIS FACIAL A MUCORMICOSIS RINOORBITARIA Y ACV ISQUÉMICO. UN CASO COMPLEJO DE INFECCIÓN MULTISISTÉMICA**
MA VILLEGAS, E ROMERO, C GALLETTI, I VILLARRUEL, R COPELLO, V OLIVA
- 0344 ALTERNATIVAS TERAPEUTICAS EN SINDROME DE DRESS. SERIE DE CASOS**
AL RAMIREZ AYALA, R GREGORI SABELLI, N CAMPAGNUCCI, L GONZALEZ, P SAUL, Y LAMBERTO, I AVILA, C DOMINGUEZ, S CACERES, V CHEDIACK, E CUNTO
- 0397 MUCORMICOSIS RINO-ORBITO-CEREBRAL EN PACIENTE CON DIABETES TIPO 1: REPORTE DE CASO**
EV GARAY HEINZE, E NAVA, J VERGARA, A SÁENZ VALIENTE, A MEDINA, R BARRÓN, F BENEDETTI, J SAGARDIA
- 0413 ABSCESO CEREBRAL: A PROPÓSITO DE UNA SERIE DE CASOS**
R ACHATA CASILLA, M MELEAN, R GUZMAN, S CASTRO, M MORANTE
- 0436 NEUMONÍA CAVITADA ASOCIADA A VENTILACIÓN MECÁNICA: SERIE DE CASOS CLÍNICOS EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS**
S PAGONI, MDLA REYES, Y RAMIREZ, A OLMEDO
- 0445 ABSCESOS PARAFARÍNGEOS DE ORIGEN ODONTÓGENOS EN TERAPIA INTENSIVA: UNA ENFERMEDAD PREVENIBLE**
J SILVA, X REYNOSO, E NAVA, C RODRIGUEZ, J SAGARDIA, F BENEDETTI, A RODRIGUEZ, W RODRIGUEZ
- 0474 OSTEOMIELITIS AGUDA ASOCIADA A MATERIAL DE OSTEOSINTESIS POR ENTEROBACTERIA PRODUCTORA DE CARBAPENEMASA POSITIVA: A PROPOSITO DE UN CASO**
KL BARRETO MANSILLA, ME PARODI, A BERWART, V TODONE, MJ VERDURA, J TONA

07/08/2025 - 09:00 a 10:15

DISCUSIÓN DE POSTERS ELECTRÓNICOS 20

Nutrición/Gastroenterología/MTB 1

SATI POSTERS 2

- 0003 REPORTE DE CASO, EFICACIA DEL TRATAMIENTO CON PLASMAFERESIS EN LA PANCREATITIS DE ORIGEN HIPERTRIGLICERIDEMICO**
P RIVERA, JJ FRANCO PAREJA

- 0103 USO DE HIPERINSULINEMIA EUGLUCÉMICA EN INTOXICACION POR BLOQUEANTES CALCICOS, REPORTE DE CASO**
HC GAMBOA CUSI
- 0153 REPORTE DE CASO: CETOACIDOSIS COMO PRESENTACIÓN DE DEBUT DIABÉTICO INDUCIDO POR PEMBROLIZUMAB**
D ALVAREZ, J VOSS, H CICHERO, N TANEL, P BALMACEDA, A ALIAGA, L ROCHA, F PORTUGAL, E ALVAREZ
- 0309 PLASMAFERESIS EN PANCREATITIS POR HIPERTRIGLICERIDEMIA**
T TENEZACA, R SANTA CRUZ, MX OROPEZA, AD PRIETO, JR NIEBLES, CD USTA
- 0320 COLANGITIS Y ALGO MAS. ANEURISMA DE ARTERIA HEPÁTICA DERECHA. REPORTE DE CASO**
J SAMMARTINO, G FERNÁNDEZ, S VIERA, H GARCÍA, MM TÁRTARA, P ARTAZA, A DELACASA, F PACHIOLI, S CALVO
- 0335 PERFORACION ESOFAGICA E INTERVENCION QUIRURGICA TEMPRANA: COMPARACION DE DOS CASOS. MI PRIMER TRABAJO CIENTIFICO**
V FERNANDEZ BEASSONI, G WERNICKE, V DOMINGUEZ, ME LOPEZ, B CAMPS, G ABRILE, CE RODRIGUEZ
- 0340 PANCREATITIS AGUDA GRAVE ALTIÁSICA NO ALCOHÓLICA**
L GIORDANA, L LÓPEZ MACCAN, MF LÓPEZ BARBAYANI, F LIBARDI, F PÉREZ, S RODRÍGUEZ CÁLIX, H CONDE, S PULCINELLI, S DARÍO, L BERLONI, G TOCALLI, B PALOU, W ANDALUZ
- 0460 ESÓFAGO NEGRO EN CONTEXTO DE INMUNOSUPRESIÓN GRAVE: REPORTE DE CASO**
C SACK, LA JORDAN SERRUDO, N TEDONE, LN QUISBERT, J SAGARDIA, MF BENEDETTI, M ROMERO, JA PARRADO SERRUDO

07/08/2025 - 10:15 a 11:30

DISCUSIÓN DE POSTERS ELECTRÓNICOS 21

Nutrición/Gastroenterología/MTB 2

SATI POSTERS 2

- 0029 LESION ESPLENICA COMO COMPLICACION DE COLONOSCOPIA**
LJ OROZCO CHIMA, JA VERGARA ARRIETA
- 0062 REPORTE DE CASO: INSUFICIENCIA RENAL AGUDA Y RESPIRATORIA EN CONTEXTO DE UNA PANCREATITIS AUTOINMUNE: UN ENFOQUE MULTIDISCIPLINARIO**
F CHIALVETTO
- 0123 RIESGO NUTRICIONAL Y MORTALIDAD EN PACIENTES INTERNADOS EN UNA TERAPIA INTENSIVA POLIVALENTE**
MG MONTENEGRO FERNANDEZ, NA GRASSI, MA ATENCIO, LG DURAN, M CRUZ, DA DEZURKO, FE ESPINOZA, ST LACO, M OTAMENDI, FB VAZQUEZ BRIGNOLE
- 0150 EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DEL SOPORTE NUTRICIONAL (SN) MEDIANTE ECOGRAFÍA (US) AL PIE DE LA CAMA EN PACIENTES CRÍTICOS EN DOS UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA (UTIS) DE MAR DEL PLATA**
TG CORRADI, A FRANCO, L TABOADA DE IRONDO, MM VITALE, LA TRIGO, F HERNÁNDEZ, A AGUILAR, MC SEGURA, JD CASEY, ME CORIA, G CAPURRO, NA FUENTES, MC VIÑAS, LA STEIN
- 0165 USO DE LA ECOGRAFÍA Y LA ELASTOGRAFÍA PARA EVIDENCIAR DESARROLLO DE SARCOPENIA EN PACIENTES CRÍTICOS**
L SEOANE, C ZUÑIGA
- 0188 HIDROTÓRAX HEPÁTICO SIN ASCITIS UNA FORMA ATÍPICA DE DEBUT EN HEPATOPATÍAS CRÓNICAS**
AC ARCH, S DOSSI, JC VAIRO GAMARRA, A LOPEZ GAVIRIA, UJ VENTURA TIGRERA, MA SERRUDO SALGUEIRO, V DANELUK, F ONTIVERO
- 0242 HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA REFRACTARIA EN PACIENTE ONCOLÓGICO: RESPUESTA EXITOSA A ÁCIDO TRANEXÁMICO TRAS FRACASO MULTIMODAL**
EL ROMERO, MA VILLEGAS, V OLIVA, RA COPELLO, I VILLARRUEL USÍN, C GALLETTI, E MINOLDO, P CALCAGNO

0294 DESAFIOS TERAPEUTICOS EN INSUFICIENCIA HEPATICA
R GREGORI SABELLI, V FERNANDEZ ABELLO, E ARTIGAS, A BO-
CASSI, C DOMINGUEZ, P SAUL, S CACERES, Y LAMBERTO, V CHE-
DIACK, E CUNTO

07/08/2025 - 11:30 a 12:45

DISCUSIÓN DE POSTERS ELECTRÓNICOS 22

Enfermería

SATI POSTERS 2

0132 CUIDADOS EN EL PACIENTE PARA UNA MUERTE DIGNA
MA SOLIS

0288 REPERCUSIÓN ANTE LA AUSENCIA DE PROTOCOLOS DE
ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN LA UNIDAD DE TERAPIA IN-
TENSIVA

TYM PAREDES, N PALACIOS, V GALLARDO, GV LIMON, M MO-
RALES, A CARDOZO, B CASORLA, F RAMOS

0289 BARRERAS EN EL USO DE LA ECOGRAFIA POR PARTE DE EN-
FERMERIA EN LA ATENCION DEL PACIENTE CRITICO

M MORALES, N PALACIOS, V GALLARDO, GV LIMON, T PAREDES,
A CARDOZO, B CASORLA, F RAMOS

0290 FACTOR PREDOMINANTE QUE INFLUYEN EN LA CALIDAD
DE LOS REGISTROS DE LOS ENFERMEROS DE LA TERAPIA
INTENSIVA

B CASORLA, A CARDOZO, F RAMOS, N PALACIOS, V GALLARDO,
GV LIMON, M MORALES, T PAREDES

0313 ROL DE ENFERMERÍA EN EL MANTENIMIENTO DEL DONANTE
CON DIAGNÓSTICO DE MUERTE ENCEFÁLICA EN TERAPIA IN-
TENSIVA: CUIDADOS PARA LA PRESERVACIÓN DE ÓRGANOS
Y TEJIDOS

MCI VERDÚN, VE KRUTKI, NE BENITEZ, OI BOGADO, N MUOLS

0420 ABSCESO CEREBRAL VS EMPIEMA SUBDURAL

Y YANEF, A ARANDA

0433 MENINGITIS ASEPTICA

A ARANDA, N NEIROT, C PEREZ, C JAKECS

0434 DIRECTIVAS ANTICIPADAS: EN PACIENTE ADOLESCENTE CON
LESIÓN MEDULAR INTERNADO UNIDAD DE TERAPIA INTEN-
SIVA EN HOSPITAL NACIONAL DE REHABILITACIÓN

PS IÑIGUEZ, ER MAMANI, M ZALAZAR, N LAZARTE

07/08/2025 - 14:00 a 15:15

DISCUSIÓN DE POSTERS ELECTRÓNICOS 23

Pediatría 1

SATI POSTERS 2

0448 CUADRO SISTÉMICO SEVERO EN PEDIATRÍA TRAS PICADURA
DE ARAÑA

MG RIQUEL, G PRICOLO, MEN BOBBIO, S PEREZ JOHANNETON,
MF DALLARDA

0449 LESIÓN CÁUSTICA ESOFÁGICA Y FÍSTULA ESOFAGO-VASCU-
LAR: A PROPÓSITO DE UN CASO PEDIÁTRICO CON ARTERIA
SUBCLAVIA ABERRANTE

AF RATTINI, N PAOLETTI

0452 TUBERCULOSIS INTESITINAL EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS
INTENSIVOS PEDIÁTRICOS. REPORTE DE CASO

M ALFANO, N SOLANO, A MENECEZ, AH GATTARI

0462 A PROPÓSITO DE UN CASO: ABSCESO EPIDURAL LUMBO-
SACRO A PUNTO DE PARTIDA DE INFECCIÓN DE SENO DÉR-
MICO

J MOURADIAN, ML BALDASSO, CN OLGUÍN, KI BURCHER

0463 REPORTE DE CASO CLÍNICO: ACIDEMIA METILMALÓNICA
SECUNDARIA A DÉFICIT DE VITAMINA B12

CN OLGUIN, ML BALDASSO, JV MOURADIAN, KI BURCHER

0480 SÍNDROME AUTOINFLAMATORIO POR VARIANTE EN EL GEN
OTULIN: INFORME DE CASO

L BARSANTE, D TURINA, MDP ARIAS, T RENAULT, N SOLANO, J
BENITEZ, L AIZAGA, AC GOMEZ RACCIO, J STEINER

0497 CARACTERIZACIÓN DE LOS PACIENTES CON PATOLOGÍA ON-
COCRÍTICA QUE INGRESARON A LA UNIDAD DE CUIDADOS
INTENSIVOS PEDIÁTRICOS (UCIP) DEL HOSPITAL SOR MA-
RIÁ LUDOVICA DURANTE EL DESARROLLO DEL PROTOCOLO
EVAT

E CHIOSSONE, A FINOCCHI, P CASTELLANI

07/08/2025 - 15:15 a 16:30

DISCUSIÓN DE POSTERS ELECTRÓNICOS 24

Pediatría 2

SATI POSTERS 2

0405 COQUELUCHE GRAVE EN UCI. SERIE DE CASOS

NM TRESOLS, A SARAVI, N WATZLAWIK, G PEREZ, M HERRERA,
M ZUÁZAGA, R RODRIGUEZ SANCHEZ

0415 PANCREATITIS POSTRAUMATICA EN PEDIATRIA REPORTE DE
CASOS

OH GOMEZ LUND, V CORDOBA, S MORENO, R ROCHA, S CRA-
DONA

0416 FALSOS POSITIVOS CLÍNICOS RESULTANTES DE UNA TERA-
PRIA RECIENTE CON INMUNOGLOBULINA INTRAVENOSA:
REPORTE DE UN CASO

OH GOMEZ LUND, V CORDOBA, S MORENO, ME BOBBIO

0435 PRIMER DONACIÓN PEDIÁTRICA, EN ASISTOLIA CONTROLA-
DA, EN LATINOAMÉRICA

A PODESTA, S LUGO, A BUSTOS, L VISSANI

0440 EPIDEMIOLOGÍA DE LOS FALLOS DE EXTUBACIÓN EN UNA
TERAPIA INTENSIVA PEDIÁTRICA POLIVALENTE

P CEVASCO, NZ WATZLAWIK, RI GALLAGHER NORRIS

0441 BLASTOMA PLEUROPULMONAR TIPO III

ML BALDASSO, CN OLGUIN, JV MOURADIAN BARON, KI BUR-
CHER

0444 TUBERCULOSIS MENINGEA :REPORTE DE CASO

B BURGOS

07/08/2025 - 16:30 a 17:45

DISCUSIÓN DE POSTERS ELECTRÓNICOS 25

Pediatría 3

SATI POSTERS 2

0211 MIOCARDIOPATÍA DILATADA: REPORTE DE CASOS

E VARGAS, C PAGELLA, C AUTIERO, A RUIDIAZ, F MOURAS SA-
BADELL, G SCHEINKERMAN, M PENAZZI

0236 REPORTE DE CASO: HEMORRAGIA INTRAPARENQUIMATO-
SA EN PACIENTE CON DIAGNOSTICO RECIENTE DE SUH

MB BEJARANO, EA BAEZA JORQUERA, JM MENA, MA NOGUEI-
RA, C MENA, PL MEDICI

0253 DESAFÍO DIAGNÓSTICO DEL SÍNDROME URÉMICO HEMOLÍ-
TICO EN UNA PACIENTE ADOLESCENTE. REPORTE DE CASO
FA DI FINO, PL BUREU

0310 CANALOPATÍA CONGÉNITA, IMPACTO DEL DIAGNÓSTICO
TARDÍO EN UNA ADOLESCENTE

MG AVILA BENAVIDES, JI ORTEGA HUANCA

0311 SHOCK CARDIOGÉNICO, IMPACTO DEL MANEJO INICIAL EN
3 PACIENTES EN ESCENARIOS DIFERENTES

MG AVILA BENAVIDES, S LUGO

0376 MIOCARDITIS POSITIVA A ADENOVIRUS: A PROPÓSITO DE
UN CASO

ME ASENCIO IBAÑEZ, E VAZQUEZ, M ALTAMIRANO, A PEDROZA,
C ARANCIBIA

0388 BROTE DE BACTERIEMIA POR PANDORAEA SPUTORUM EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS (UCIP). ¿SE ABRIÓ LA CAJA DE PANDORA?
M PENAZZI, F MOURAS SABADELL, E VARGAS, C PAGELLA, C LIZBET, C AUTIERO, A ZARATE

07/08/2025 - 17:45 a 19:00

DISCUSIÓN DE POSTERS ELECTRÓNICOS 26

Pediatría 4

SATI POSTERS 2

0063 INMUNOMODULADORES: LA NUEVA FRONTERA EN EL MANEJO DE LA FALLA HEPÁTICA
AP CHOROLQUE, MJ POLIZZI, T IOLSTER, I MALLA, A SIABA, S TORRES

0072 IMPLEMENTACIÓN DE LA OXIMETRÍA EVALUATIVA, EN PACIENTES DE NEONATOLOGÍA DEL HOSPITAL MATERNO NEONATAL (HMN) DE CÓRDOBA, CON DISPLASIA BRONCOPULMONAR, PARA ADECUAR EL APORTE DE OXÍGENO DURANTE PROCESO DE WEANING. PERÍODO ENERO 2024-ENERO 2025
FA SIGEL, MP BRUNO, S TURCK, FA GALETTO, PM CAPRARI, NM DE LA VEGA, Á TEJEIRO

0087 SÍNDROME DE ACTIVACIÓN MACROFÁGICA SECUNDARIO A LEISHMANIASIS VISCERAL EN PACIENTE CON HEPATITIS AUTOINMUNE: INFORME DE CASO
N SOLANO, T RENAULT, J BENITEZ, P ECOS, L AIZAGA, L BARSANTE, MDP ARIAS, D TURINA

0102 HEMORRAGIA CEREBRAL COMO PRESENTACIÓN ATÍPICA DEL SÍNDROME DE GOODPASTURE: REPORTE DE UN CASO PEDIÁTRICO
J BENITEZ, D TURINA, P ARIAS, G RODRIGUEZ, L BARSANTE, N SOLANO, T RENAULT, P ECOS, L AIZAGA

0166 QUILOPERICARDIO COMO COMPLICACIÓN POSQUIRÚRGICA DEL CIERRE DE CIA, A PROPÓSITO DE UN CASO
M FORMAGGIO, G LIBERA

0177 PROTEINOSIS ALVEOLAR PULMONAR EN PEDIATRIA. SERIE DE CASOS
R RODRIGUEZ SANCHEZ, J RUSSO, M ZUÁZAGA, S PELLEGRINI, M RUIZ BRUZUELA, P CEVASCO, NM TRESOLS

0284 RENDIMIENTO DE LA VENTILACIÓN NO INVASIVA EN PACIENTES PEDIÁTRICOS POST EXTUBACIÓN
N SCHWAB, MC SANCHEZ, F GONZALEZ, M RICCIARDELLI, AS CORDIDO, JR MILONE, L GONZALEZ, V GOMINA, G DE VIANA, G PONTONI, S IOIME, A VILLEGAS SUDACK, L ROMERO

08/08/2025 - 09:00 a 10:30

DISCUSIÓN DE POSTERS ELECTRÓNICOS 27

Neumonología 1

SATI POSTERS 1

0216 MONITORIZACIÓN AVANZADA CON TOMOGRAFÍA DE IMPEDANCIA ELÉCTRICA (EIT) Y PRESIÓN TRANSPULMONAR (PTP) EN UN PACIENTE CON FIBROSIS PULMONAR: EVALUACIÓN DEL EFECTO DE LA PEEP
A FELDMAN, C LOPEZ, D VARELA, M RENK, A GARCIA, A ALEJANDRO, J CAPELLA, S FREDES, N TIRIBELLI, D QUARANTA

0238 SEDACIÓN INHALATORIA EN PACIENTES CRÍTICOS Y MONITOREO INDIVIDUALIZADO: EL FUTURO YA LLEGÓ (REPORTE DE CASO SERIADO)
MA VILLEGAS, C GALLETTI, G BONGIORNI, M BONO, E ROMERO

0393 PAPILOMATOSIS LARÍNGEA JUVENIL RECIDIVANTE CON COMPROMISO SEVERO DE LA VÍA AÉREA: REPORTE DE CASO
F LAMAS, E ARTIGAS

0451 HEMORRAGIA DIGESTIVA COMO PRESENTACIÓN DE DOBLE ARCO AÓRTICO
KI BÜRCHER, ML BALDASSO, CN OLGUIN, JV MOURADIAN BARON

0454 ULTRASONOGRAFIA EN EL DIAGNOSTICO DIFERENCIAL DE AUSENCIA DE SLIDING PLEURAL EN NEUMONIA ABSCEDADA SUBPLEURAL
R AREVILLCA YUGAR, N PISTILLO, D SANCHEZ, KK SAAVEDRA MIRANDA

0484 REPORTE DE CASOS DE PACIENTES QUE COMPLICAN CON CUADRO DE NEUMONÍA ASOCIADA A VENTILACIÓN MECÁNICA EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS EN LO TRANSCURRIDO DEL AÑO 2025
C LEHDER

0498 SÍNDROME ANTISINTETASA CON AFECTACIÓN PULMONAR GRAVE: UN DESAFÍO CLÍNICO EN TERAPIA INTENSIVA (ANÁLISIS DE CASO)
MA VELASQUEZ, M TAPIA, MA LAZARO, DJ TAIPE CHICAIZA, J SENZANO, X NIETO

08/08/2025 - 10:30 a 12:00

DISCUSIÓN DE POSTERS ELECTRÓNICOS 28

Neumonología 2

SATI POSTERS 1

0075 CUANDO EL RETIRO DE LA VÍA AÉREA ARTIFICIAL PENDE DE UN HILO: A PROPÓSITO DE UN CASO
M RESSIA, B ACOSTA, J MOREIRA, M COZZI, I PETEL, G ROLANDELLI, D VERA

0076 EL SÍNDROME DE DISTRÉS RESPIRATORIO CON VENTILACIÓN UNIPULMONAR, EVIDENCIA O ARTE?
B ACOSTA, S MARTINEZ, C DE LUCA, M COZZI, I PETEL, G ROLANDELLI, D VERA

0079 CUANDO LA DISNEA OCULTA UN TUMOR: UN CASO CLÍNICO QUE RESALTA LA NECESIDAD DE LA FIBROBRONCOSCOPIA BEDSIDE
C DE LUCA, D VILLACRES, E VALDEZ, M COZZI, I PETEL, G ROLANDELLI, D VERA

0127 IMPORTANCIA DE LA EVALUACIÓN SUBGLÓTICA EN EL PROCESO DE DECANULACIÓN
G CHIAPPERO, A FALDUTI, ME CATINI, FM CHIAPPERO

0175 UTILIDAD DEL LAVADO BRONCOALVEOLAR EN PACIENTES INMUNOSUPRIMIDOS CON SOSPECHA DE INFECCIÓN RESPIRATORIA: EXPERIENCIA EN UN CENTRO DE TRASPLANTE
DC CARBONE, GM VILAS, NS NOLIS, A MANCHADO BRUNO, S BELTRAMINO

0274 INSUFICIENCIA RESPIRATORIA SEVERA POST IMPLANTE DE CELULAS MADRE
N FUNES NELSON

0277 HEMORRAGIA ALVEOLAR DIFUSA
RV GUZMÁN TAPIA, R ACHATA CASILLA, F DAZA

08/08/2025 - 12:00 a 13:00

DISCUSIÓN DE POSTERS ELECTRÓNICOS 29

Neumonología 3

SATI POSTERS 1

0023 MONITOREO Y MANEJO VENTILATORIO PARA EL DESTETE EXITOSO DE PACIENTES CON MIASTENIA GRAVIS
I PICARDI, M GALLETTI, A GABRIEL

0035 NEUMONÍA ATÍPICA SECUNDARIO A LEGIONELLA PNEUMOPHILA EN PACIENTE NO INMUNOCOMPROMETIDO: REPORTE DE CASO CON SOPORTE ECMO COMO TERAPÉUTICA
HA ARMANDOLA, CA MEDINA, G GOMEZ

0370 MONITOREO DEL DRIVE Y DEL ESFUERZO VENTILATORIO DURANTE LA IMPLEMENTACIÓN DE VENTILACIÓN MECÁNICA NO INVASIVA

M URDANGARIN GOTI, RS MORACCI, V BRAVO, L LANDA, AS RAMIREZ, FJ GUTIERREZ, GA PLOTNIKOW

0373 VENTILACION MECANICA DIFERENCIAL EN CASO DE FÍSTULA BRONCOPLURAL, EL DESAFÍO DE VENTILAR INVASIVAMENTE UNA FUGA PERSISTENTE

V GIACOPPO

0386 IMPACTO DE LA CÁNULA NASAL DE ALTO FLUJO SOBRE LA FUNCIÓN MUSCULAR DIAFRAGMÁTICA Y PARAESTERNAL EN PACIENTES CURSANDO INSUFICIENCIA RESPIRATORIA TIPO 1. ESTUDIO DE COHORTE PROSPECTIVO

LM GALVAN, RS MORACCI, V BRAVO, CB DOMINGUEZ, D HERMANDEZ, M TORRES, M URDANGARIN, GA PLOTNIKOW

0450 CORRELACIÓN DEL VOLUMEN TIDAL Y MORBILIDAD EN PACIENTES VENTILADOS MECÁNICAMENTE EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS

VL GOMINA CATALÁN, LP GONZALEZ, AA VILLEGAS SUDACK, MG DE VIANA, MS ESTEVEZ, AS CORDIDO

08/08/2025 - 14:00 a 15:30

DISCUSIÓN DE POSTERS ELECTRÓNICOS 30

Neumonología 4

SATI POSTERS 1

0044 REHABILITACIÓN INMERSIVA FUNCIONAL EN UN PACIENTE GRAN QUEMADO CON SUPERVIVENCIA EXCEPCIONAL Y DOLOR REFRACTARIO: REPORTE DE CASO

C LATHROP, C PINO

0130 VARIABLES DE PROGRAMACIÓN Y MONITOREO VENTILATORIO ASOCIADOS AL FRACASO EN EL PROCESO DE WEANING EN PACIENTES CRÍTICOS: UN ESTUDIO RETROSPECTIVO

E STEINBERG, M SETTEN, L GAREGNANI, D STEINBERG, E MANIAS, P LOVAZZANO, L MAZZINI, J NIETO, N LAVITOLA, L GIMENEZ, A DOMINGUEZ, L GALVÁN, G PLOTNIKOW, R BRAGAGNOLO, J DORADO, O OCCHIUZZI, M BOTTO, W RODRIGUEZ, S CAGIDE, M REINOSO

0159 VARIABLES VENTILATORIAS Y PODER MECÁNICO EN SUJETOS CON SÍNDROME DE DISTRÉS RESPIRATORIO AGUDO SECUNDARIO A COVID-19. ESTUDIO OBSERVACIONAL RETROSPECTIVO

M BERTOZZI, M BEZZI, R MATTEI, B SILVINA, A SABRA

0160 MANEJO DEL BOTULISMO GRAVE: ANÁLISIS DE UNA SERIE DE CASOS ENTRE LOS AÑOS 2022-2025 EN LA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA DEL HOSPITAL PUBLICO AUTOGESTIÓN SAMIC EL DORADO MISIONES

V LOZANO, J LOPEZ

0161 LA HIPOXEMIA Y LA LEUCOSTASIS PULMONAR

C DUEÑAS, C IRRAZABAL

0167 ASOCIACIÓN DE LA MECÁNICA DEL SISTEMA RESPIRATORIO Y OXIGENACIÓN MEDIDA DURANTE LOS PRIMEROS 7 DÍAS DE VENTILACIÓN MECÁNICA Y LA MORTALIDAD EN TERAPIA INTENSIVA

WJ RODRÍGUEZ

0191 OXIGENOTERAPIA DE ALTO FLUJO EN UN PACIENTE CON TRAQUEOSTOMÍA EN DESTETE PROLONGADO GUIADO POR ECOGRAFÍA: REPORTE DE CASO

MM ESPINOLA, M FERNANDEZ, L RAMIREZ, M BALLEJOS, D FERNANDO

08/08/2025 - 09:00 a 10:30

DISCUSIÓN DE POSTERS ELECTRÓNICOS 31

Neurología 3

SATI POSTERS 2

0115 MÁS ALLÁ DE LOS 80 AÑOS: EL DESAFÍO DEL TRATAMIENTO ENDOVASCULAR EN EL ACV ISQUÉMICO. ¿UN RIESGO O UNA OPORTUNIDAD?

I PETEL, M ECHARRI, V PUJOL LEREIS, F RODRIGUEZ LUCCI

0126 HIPERTIROIDISMO Y TROMBOSIS VENOSA CEREBRAL: UNA ASOCIACIÓN INFRECUENTE EN UN CASO INUSUAL

M VICENTINI, R BUSTILLO, P CAPPONI, M ITALIANO, F MAZZUFERI, R FERNANDEZ, B GIRAUDO

0133 REPORTE DE CASO: ACV ISQUEMICO DE CAUSA POCO FRECUENTE

M BARGAGNA, E NOVELLO

0137 CASO DE ENCEFALITIS LUPICA

F SERRUTO ALEGRIA, CL VALDEZ LOAYZA

0144 SERIE DE CASOS: CARACTERÍSTICAS DE PACIENTES INGRESADOS POR HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA A LA UTI DEL HOSPITAL SIMPLEMENTE EVITA DE GONZÁLEZ CATÁN DESDE ENERO 2019-DICIEMBRE 2023

L GONZALES, D VARGAS, A RODRÍGUEZ, H CABRERA, G IZZO, M IBARRA, J ANGULO, E RODRÍGUEZ

0155 DILEMA TERAPÉUTICO: ANTICOAGULACIÓN EN TROMBOSIS VENOSA CEREBRAL CON HEMORRAGIA EXTENSA

MV VIEIRA DA COSTA, G FERNANDEZ, R LOPEZ, S VIERA, N PELLICE CAPACIO, M GUGLIELMETI, C MODAD, P ALEJANDRA, R FERRERAS

0169 CRANIECTOMÍA DESCOMPRESIVA EN MENINGITIS BACTERIANA. REPORTE DE CASO

A AGARZUA, N MOLINA, S ORELLANA, L AGUIRRE

0299 SOSPECHA DE ENCEFALITIS AUTOINMUNE EN PACIENTE ADULTO MAYOR: REPORTE DE CASO

M ORTEGA SOZA, V PICOLLA, G RAMOS, S ORELLANA, L SANTORO

0477 REPORTE DE CASO: ENCEFALITIS POR CHAGAS EN PACIENTE CON LEUCEMIA MIELOIDE AGUDA Y TRASPLANTE DE MÉDULA ÓSEA

J BRAVO, R AVILA, E MANRIQUE, E CORNU, M CRUCCI, V RODRIGUEZ

08/08/2025 - 10:30 a 12:00

DISCUSIÓN DE POSTERS ELECTRÓNICOS 32

Neurología 4

SATI POSTERS 2

0045 LA HORA DE ORO EN EL ACCIDENTE CEREBROVASCULAR ISQUEMICO. TROMBOLISIS Y TROMBECTOMIA MECANICA. REPORTE DE CASOS

MC PALACIO, C BEDOYA, JC MEDINA, M CHAMADOIRA, A GUTIERREZ, C QUINTANILLAS HERBAS, C REYES, D BOSCH, S DUARTE

0065 CRISIS DISAUTONÓMICAS EN PACIENTE POST PCR SECUNDARIO A ELECTROCUCIÓN: REPORTE DE CASO

S LACO, FB VAZQUEZ BRIGNOLE, FE ESPINOZA, M OTAMENDI, M CRUZ, NA GRASSI, MG MONTENEGRO FERNANDEZ, LG DURAN

0066 MIOCARDIOPATÍA POR ESTRÉS EN PACIENTES CON HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA – REPORTE DE CASOS

C CHETTI, R AREVILLCA

0070 ESCLEROSIS LATERAL AMIOTRÓFICA: DIAGNOSTICO DIFERENCIAL DE DISNEA EN UTI REPORTE DE UN CASO ATÍPICO DE PRESENTACIÓN BULBAR

HA ARMANDOLA, I GASPOZ, M MICHELONI

0092 CUANDO EL CORAZÓN AGITA EL CEREBRO: ESTÉTICA ORAL O CRANIECTOMÍA DESCOMPRESIVA

E VALDEZ, D VILLACRES, J HERZ, M COZZI, I PETEL, G ROLANDELLI, D VERA

- 0098 REPORTE DE CASOS: PRIMERA SERIE ARGENTINA DE USO DE TENECTEPLASA EN TROMBOLISIS INTRAVENOSA PARA ACV ISQUÉMICO AGUDO**
M ALET, M ECHARRI, F RODRÍGUEZ LUCCI
- 0107 SÍNDROME DE ÁREA POSTREMA COMO EXPRESIÓN DEL DESORDEN DEL ESPECTRO DE NEUROMIELITIS ÓPTICA: UN REPORTE DE CASO**
JA PAULA GUAPULEMA, J OSATNIK, V ORTEGA ESCOBAR, L BERTORELLO, S MULLER, C NUÑEZ, N PAEZ
- 0186 HSA DE MAL GRADO NEUROLÓGICO: RESULTADOS A LARGO PLAZO**
E AMUNDARAIN, M SANTORO BAEZ, C CHETTI, L ANTINIOW, G SANTEYANA CEREZO, N LOPES MAMANI, A CEJAS, R AREVILCA

08/08/2025 - 12:00 a 13:30

DISCUSIÓN DE POSTERS ELECTRÓNICOS 33

Neurología 5

SATI POSTERS 2

- 0009 HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA SECUNDARIA A TROMBOSIS DE SENO VENOSO**
JC SANTANA, D CZERWONKO, A GIRA, R BERTAINA, S PRATESI, L BRANCO, A ZAVATTIERI, S CARLOS, P PRATESI
- 0012 DE LA FIEBRE A LA MIELITIS EXTENSA: REPORTE DE UN CASO ATÍPICO DE LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO**
HA ARMANDOLA, M MICHELONI, I GASPOZ
- 0027 INTERNACIÓN PROLONGADA EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS: SÍNDROME DE MILLER FISHER/GUILLAIN BARRÉ ATÍPICO REPORTE DE CASO**
F VAZQUEZ BRIGNOLE, LG DURAN, ST LACO, FE ESPINOZA, M OTAMENDI, M CRUZ, NA GRASSI, MG MONTENEGRO FERNANDEZ
- 0028 HEMISFERECTOMIA COMO TRATAMIENTO DE ENCEFALITIS DE RASMUSSEN: REPORTE DE CASO**
A MASSO, G DA PRAT, F PALMA, N VERGOTTINI, R QUIROGA, A RIVERA, R VITELLO, S TORRES
- 0032 ASISTOLIA Y PARO CARDIORESPIRATORIO POR ESTIMULADOR VAGAL**
A MASSO, N VERGOTTINI, A RIVERA, R QUIROGA, R VITELLO, D POCIECHA, S TORRES
- 0034 ENCEFALOPATÍA AGUDA NECROSANTE RECURRENTE DESCADENADA POR INFECCIONES**
MI CAZENAVE, D CZERWONKO, A GIRA, R BERTAINA, S COSENZA, C STEER, A FIGUEROA
- 0042 SOSPECHA DE INFECCIÓN POR CAPNOCYTOPHAGA CANIMORSUS EN PACIENTE ESPLENECTOMIZADA CON SHOCK SEPTICO**
MI CAZENAVE, A GIRA, D CZERWONKO, JC SANTANA, S PRATESI, M CARDONATTI, S CORNEJO, W CORNISTEIN, P PRATESI
- 0506 NEUROMIELITIS ÓPTICA, ENTRE LO INVISIBLE Y LO URGENTE; DISAUTONOMÍA, AUTOINMUNIDAD Y EL DESAFÍO DEL TRATAMIENTO OPORTUNO, ANÁLISIS DE UN CASO**
FP MANGONE, M TAPIA, IL VILLARROEL PAREDES

08/08/2025 - 14:30 a 16:00

DISCUSIÓN DE POSTERS ELECTRÓNICOS 34

Neurología 6

SATI POSTERS 2

- 0114 COMPORTAMIENTO DE LA MATRIZ DE DENSIDAD ESPECTRAL DEL ELECTROENCEFALOGRAMA PROCESADO EN DOS CASOS DE ESTATUS EPILEPTICO**
G FLORES RIVERA, JF PINTO PLAZA, C CASABELLA GARCIA
- 0128 USO DE MIDODRINE EN UNIDAD DE CUIDADOS NEUROCRÍTICOS**
A ZAVATTIERI, F RODRIGUEZ LUCCI
- 0208 SÍNDROME DE INFUSION DE PROPOFOL (PRIS) EN PACIENTE CON STATUS CONVULSIVO: REPORTE DE CASO**
JJ QUIROS
- 0218 ENCEFALOPATÍA POR ENFERMEDAD NEUROMETABÓLICA MUTACIÓN DE NAXD**
L ROSSI, FM CAMPOS, M ZUAZAGA
- 0363 NEUROPATIA AXONAL SENSITIVA MOTORA, (NASMA) VARIANTE ATÍPICA DEL SÍNDROME DE GUILLAN BARRÉ**
JE RODRIGUEZ CORTINA
- 0432 DIAGNOSTIO INCIDENTAL DE MALFORMACION ARTERIOVENOSA PULMONAR EN PACIENTE CON ABCESO CEREBRAL**
A BARGAS, R AREVILCA, N PISTILLO
- 0437 SÍNDROME DE DESCONEXIÓN INTERHEMISFÉRICA COMO COMPLICACIÓN DE UN TUMOR DEL CUERPO CALLOSO**
KK SAAVEDRA MIRANDA, SM HANSEN, N GALLUCHI, R AREVILCA, B DORFMAN

06/08/2025 - 18:00 a 19:00

DISCUSIÓN DE POSTERS ELECTRÓNICOS 35

Género y Diversidad

SATI POSTERS 1

- 0195 ENCUESTA SOBRE GÉNERO Y DIVERSIDAD EN LAS UNIDADES DE CUIDADOS CRÍTICOS DE ARGENTINA**
AP CIRESE, A OCCHIUZZI, V RODRIGUEZ, L DIAZ BALLVÉ, Y NOCITI, R REINA
- 0202 EL SESGO DE GÉNERO EN EL DIAGNÓSTICO DE CEFALÉAS: LA MALFORMACIÓN ARTERIOVENOSA ENMASCARADA POR EL ESTIGMA PSIQUIÁTRICO**
R PEREZ, A DEL VALLE, R SOFIA, J GELVIZ, B PORIAN, C ERAZO, V REYES, R CHOLE
- 0261 REDES DE CUIDADO EN EL PACIENTE CRÍTICO CRÓNICO**
A OCCHIUZZI, P BELLON, M ESCOBAR, N RONCOLATO, M CALVO, P BATELLINI, Y NOCITI, E DISTEFANO, R CAMPODONICO, D LEMA, D VILLALBA, M PEDACE, E DE VITO
286 MIOCARDIOPATIA PERIPARTO
C NUÑEZ, N PAEZ, S MULLER, J OSATNIK, L BERTORELLO
- 0346 AMAUROSIS SECUNDARIA A CAVERNOMA OCCIPITAL VERSUS SÍNDROME CONVERSIVO: ¿DELAY DIAGNÓSTICO EN LA MUJER?**
D LAFOSSE, A OCCHIUZZI

PREMIOS

06/08/2025 - 13:00 a 14:00

PREMIO 01

Trabajos Libres A Premio

CONTEMPORÁNEO A

**0343 INTERVENCIÓN MULTIMODAL PARA EL CONTROL DE COLO-
NIZACIÓN POR MICROORGANISMOS RESISTENTES A CAR-
BAPENÉMICOS EN UCI**

C MIRANDA, A PALERMO, G MARTINEZ, G TORRES, M MEDINA,
Y MARTIN, N RUBATTO, M GONZALEZ, L MATOSIAN, F RIOS

**0345 FRAGILIDAD Y ADHERENCIA A LAS GUÍAS DE REANIMACIÓN
INTRAHOSPITALARIA: ESTUDIO MULTICÉNTRICO PROSPE-
CTIVO**

G OLAIZOLA, 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 HER-
NÁNDEZ, DI IVULICH, MF LEVERATTO, N LISTA, M MARINO, L
MARTINEZ, M MIROFSKY, D PIEZNY, J POLLÁN, E RICHERI, C SO-
SA, S SWIESZKOWSKI, A TAPIA, P VALDEZ, A VILELA, J SINNER, I
HUESPE

**0385 VENTILACIÓN ASISTIDA PROPORCIONAL Y ESTIMACIÓN
DEL ESFUERZO RESPIRATORIO EN PACIENTES CRÍTICOS DU-
RANTE LA TRANSICIÓN A LA VENTILACIÓN ESPONTÁNEA.
ESTUDIO DE COHORTE PROSPECTIVO**

AY DOMINGUEZ, GA PLOTNIKOW, FJ BIANCHINI, M TORRES, I
BROZZI, I GONZÁLEZ, E GOGNIAT, RS MORACCI

**0466 PRODON-AR: IMPLEMENTACIÓN DEL DECÚBITO PRONO EN
POTENCIALES DONANTES DE ÓRGANOS: ENSAYO CLÍNICO
ALEATORIZADO Y MULTICÉNTRICO**

P CENTENO, DA RODRIGUEZ, F ZARRA, E ESTENSSORO, F RIOS,
H VITALE, E MONTIEL, MA PETRE, L VISSANI, A SANTANA MAC-
KINLAY, B MURGUIA, B EVELYN, E RODRIGUEZ, NB LEALES, C
ECKARD, G BRUNETTI, E ALVAREZ, E ALFONSO, J VELAZQUEZ,
N ROCHETTI, E AZUAJE, M ANCHORENA, Y JUCHANI, L MEDIS,
Y PEREZ PEÑA, M LINARDI, L OJEDA FLORES, S DE OTAZUA, C
MENDOZA BRACHO, LD PEREZ, G AQUINO

**0489 PRESIÓN SISTÉMICA MEDIA (PSM): INTERCAMBIABILIDAD
DE MÉTODOS DE MEDICIÓN Y ASOCIACIÓN DE SU COM-
PORTAMIENTO CON OTRAS VARIABLES HEMODINÁMICAS
EN UN GRUPO DE PACIENTES DURANTE LA REANIMACIÓN
CON FLUIDOS**

MA ORELLANO, JC PENDINO, LR BETTINI, JI IBARZABAL, WD SA-
CCHI, GB HARVEY

07/08/2025 - 13:00 a 14:00

PREMIO 02

Trabajos Libres A Premio

CONTEMPORÁNEO A

**0198 RELACIÓN ENTRE ENERGÍA MECÁNICA E HIPERINSUFLACIÓN
N PISTILLO, M VAN DICK, M ACUÑA RESINA, JH MARILLAN**

**0213 MONITOREO DEL ESFUERZO VENTILATORIO A TRAVÉS DE LA
MEDICIÓN DEL PTP MEDIANTE LA PRESIÓN DE OCLUSIÓN DE
LA VÍA AÉREA (PTPOCC)**

E STEINBERG, E GOGNIAT, G PLOTNIKOW, R MORACCI, S FREDER,
N TIRIBELLI, J DORADO, S GIANNASI, M SETTEN, J DIANTI, M MA-
DORNO, P RODRIGUEZ

**0250 FENOTIPOS INFLAMATORIOS Y MORTALIDAD HOSPITA-
LARIA EN SÍNDROME DE DISTRÉS RESPIRATORIO AGUDO
(SDRA)**

LJ URANGA, S ZIDARICH, R LIGARDA, L GALLARDO, F FERNAN-
DEZ, F MOLINARIS, M MALDONADO, F QUIROGA, D JARA, E NA-
YI, E MORALES, L HUAIQUINAO, B PAEZ, M ROBLES, A CASTILLO,
M YORIO

**0291 IMPACTO CLÍNICO DE LA DOSIS DE CARGA DE ANTIBIÓTICOS
BETALACTÁMICOS EN PACIENTES CRÍTICOS**

AM PERALTA, C LOPEZ, N MACINTOSH, F GUTIERREZ

**0333 INDICACIONES Y EVOLUCIÓN CLÍNICA DE PACIENTES POLI-
TRAUMATIZADOS TRATADOS CON ECMO**

D AVILA POLETTI, F CARINI, S SCHVERDFINGER, I HUESPE, S VILLA-
RRUEL, V MONZÓN, P ARACELLY, S BAUQUE, R ÁVILA, R NUÑEZ,
C CASABELLA, D IVULICH, F PÁLIZAS, M NORESE, N CARRIZO

08/08/2025 - 13:00 a 15:00

PREMIO 03

Trabajos Libres A Premio

CONTEMPORÁNEO A

**0004 FACTORES ASOCIADOS A ALTOS COSTOS DE HOSPITALIZA-
CIÓN EN PACIENTES CON ACV ISQUÉMICO. ESTUDIO DE
CASOS Y CONTROL SANATORIO NUESTRA SEÑORA DEL
ROSARIO, PERIODO 2022 A 2024**

JG CASTELLÓN GÓMEZ, B LLAPUR

**0041 APLICACIÓN DE CUIDADOS PALIATIVOS EN PACIENTES CON
CÁNCER AVANZADO: IMPACTO EN LA REDUCCIÓN DE TERA-
PIAS DE CUIDADOS CRÍTICOS**

VE MONZON, VE MONZON, S DI STEFANO, A GIRA, P PRATESI, B
LEONE, D IVULICH, H HUERTA, E BELLONE, A PEREZ DE ANDES, I
HUESPE, S BAUQUE, J OSATNIK

**0060 IMPACTO DE LA MAGNITUD DE VOLUMEN CORRIENTE EN
MODO PRESIÓN DE SOPORTE SOBRE LA MORTALIDAD EN
ADULTOS BAJO VENTILACIÓN MECÁNICA INVASIVA. ESTU-
DIO MULTICÉNTRICO DE COHORTE RETROSPECTIVO**

J DORADO, E NAVARRO, J PÉREZ, E STEINBERG, G PLOTNIKOW, E
GOGNIAT, R PRATTO, D GILGADO, M BEZZI, F CESCHINI, L GIME-
NEZ, ME PEREYRA ZAMORA, C DOMINGUEZ, F MAZA, M BUSICO,
P LOVAZZANO, M BOTTO, A GALLARDO, L FABARO, J GARCÍA
URRUTIA, M OLMOS, M ACCOCE

**0104 EVALUACIÓN DE LAS PUNTUACIONES ESTÁNDAR DE ALER-
TA PRECOZ PARA PREDECIR LA ENFERMEDAD CRÍTICA Y EL
INGRESO A UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS EN PACIEN-
TES QUE RECIBEN TERAPIA CELULAR CAR-T**

G FELIX, I HUESPE

**0125 RESULTADOS CLÍNICOS DE LA IMPLEMENTACIÓN DE UN
PROTOCOLO DE ANALGOSEDACIÓN EN LA UNIDAD DE
CUIDADOS INTENSIVOS DE ADULTOS EN UN HOSPITAL PÚ-
BLICO DE ALTA COMPLEJIDAD: ESTUDIO DE COHORTE CON
CONTROL HISTÓRICO**

JP GOMEZ, H IZQUIERDO, J ARAUJO, L GONZALEZ, F PUZZO, L
DIAZ BALLVE

- 0140 MORTALIDAD DE BACTERIEMIAS POR ENTEROBACTERIALES PRODUCTORES DE METALO-BETA-LACTAMASA CON EL USO COMBINADO DE CEFTAZIDIMA-AVIBACTAM + AZTREONAM VS. OTROS ANTIBIÓTICOS ACTIVOS. TARGET TRIAL EMULATION MULTICÉNTRICO**
M VAENA, S BAUQUE, EF HUAIER ARRIAZU, M MARISA, V STANEK, JA POLLÁN, D ÁVILA POLETTI, V MONZÓN, P NOVELLI POISSON, MV BOUTET, E CUNTO, V CHEDIACK, MT BELOSO, V RUCCI, M LAGOSTENA, R CABRERA, MJ GUTIÉRREZ, MG GÓMEZ, SG ARIAS, C TAFFAREL, D IVULICH, MI GARZÓN, W CORNISTEIN, A GIRA, SG KRIGER, L DUARTE, M MIROFSKY, E ESTENSSORO, IA HUESPE
- 0172 OXIGENOTERAPIA DE ALTO FLUJO VERSUS VENTILACIÓN MECÁNICA NO INVASIVA PARA PREVENIR EL FRACASO DE LA EXTUBACIÓN: REVISIÓN DE REVISIONES SISTEMÁTICAS Y METANÁLISIS DE NOVO**
MA ATENCIO, IM DOPAZO DANIELI, M OTAMENDI, R OLIVA, FE ESPINOZA, JA SCHERNENCO, LG DURAN
- 0178 EXTUBACIÓN CON VOLUMEN RESIDUAL EN EL BALÓN DE NEUMOTAPONAMIENTO DEL TUBO ENDOTRAQUEAL. ESTUDIO IN VITRO CON MODELO ANIMAL.**
JA GARCIA URRUTIA INCHAUSTEGUI, J GARCÍA URRUTIA, F PUZZO, M CARRERA, S CAGIDE, JP GOMEZ, G POGGIOLI, M PEREZ TEVEZ, L DIAZ-BALLVE
- 0190 REGISTRO MULTICÉNTRICO ARGENTINO SOBRE PARO CARDÍACO INTRAHOSPITALARIO: CARACTERÍSTICAS, MANEJO POST-EVENTO Y DESENLACES CLÍNICOS**
M VAENA, E CUNTO, J SINNER, V CHEDIACK, C DOMÍNGUEZ, M SÁNCHEZ CUNTO, AI TAPIA, P VALDEZ, A VILELA, K GOYRIA CHAVEZ, M MIROFSKY, L MARTINEZ, AT DOTTA, J SAGARDIA, MÁ PEDRERO, D PIEZNY, V MONZÓN, D CAMPS, A GIRA, M MARINO, DI IVULICH, C ORLANDI, C DELLERA, S SWIESZKOWSKI, G OLAI-ZOLA, J POLLÁN, S BAUQUE, IA HUESPE

RESÚMENES

0001 ANÁLISIS DE LA ADECUACIÓN TERAPÉUTICA PERSONALIZADA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS: EXPERIENCIA EN EL HOSPITAL PROVINCIAL NEUQUÉN*

G SOTO(1), M ANDRIAN(1)

(1) Hospital Provincial Neuquén.

Introducción: Las unidades de cuidados intensivos (UTI) ofrecen atención a pacientes con estados críticos de salud potencialmente reversibles. En este contexto, el equipo de salud debe establecer criterios terapéuticos personalizados, basados en principios éticos, científicos y legales. En 2023, se actualizó una guía de adecuación del esfuerzo terapéutico (creada en 2017) para unificar criterios y facilitar la toma de decisiones, asegurando una atención de calidad a los pacientes. Este trabajo evalúa la implementación de la guía en la UTI de adultos del Hospital Provincial Neuquén durante seis meses.

Método: Se analizaron pacientes ingresados en la UTI del Hospital Provincial Neuquén entre junio y diciembre de 2024, clasificados con adecuación terapéutica personalizada en la categoría III (medidas terapéuticas condicionadas). Los datos se registraron en la historia clínica digital (ANDES Neuquén). Se excluyeron pacientes con directivas anticipadas o muerte encefálica.

Resultados: Se registraron 45 pacientes clasificados con adecuación terapéutica III. Recibieron soporte respiratorio invasivo (40; 88%), vasopresores (91%) y terapia de reemplazo renal (24%). El 82% de estos pacientes fallecieron, mientras que el 17,7% fue dado de alta de la UTI. De los que fallecieron, el 95% lo hizo con compañía familiar, y en el 31% se retiró la ventilación mecánica en conjunto con la familia.

Conclusión: La implementación de la guía en la UTI mostró que un alto porcentaje de pacientes con adecuación terapéutica III fallecieron (82%), a pesar de recibir intervenciones como soporte respiratorio invasivo y vasopresores. No obstante, la mayoría de estos fallecimientos ocurrieron con el acompañamiento familiar, y en varios casos se realizó el retiro de la ventilación mecánica con el apoyo de los familiares, lo que refleja un enfoque humanizado. La evaluación sugiere que la guía impacta positivamente en la toma de decisiones éticas y la calidad de vida, reduciendo el sufrimiento innecesario y favoreciendo la comunicación familiar. No obstante, se requiere continuar analizando su efectividad y los resultados clínicos a largo plazo.

0002 REPORTE DE CASO, PILEFLEBITIS COMO COMPLICACION DE PACIENTE CON ABSCESO HEPATICO PIOGENO

J FRANCO(1), P RIVERA(1)

(1) Sanatorio Sagrado Corazon.

Introducción: La pileflebitis suele producirse de forma secundaria a infecciones en la región drenada por el sistema venoso portal. Puede ser una complicación de diversas infecciones intraabdominales. La bacteriemia suele ser polimicrobiana. El diagnóstico requiere demostración de trombosidad en vena porta, acompañada de bacteriemia en paciente febril, además de estudios de imagen que determinen un foco infeccioso.

El tratamiento se basa en antibióticos con duración mínima de seis semanas y drenaje del foco infeccioso cuando sea posible. La anticoagulación se sugiere en casos de extensión de la trombosidad, fiebre persistente o bacteriemia continua.

Presentación del caso: Masculino de 20 años de edad con agenesia renal derecha, cuadro clínico caracterizado por pérdida de peso, ictericia, fiebre y dolor abdominal.

Se realizó exámenes de laboratorio con alteración del hepatograma, plaquetopenia, estudios serológicos para HIV y virus hepatotóxicos negativos; TC de abdomen con múltiples lesiones hipodensas en parénquima hepático. Se cultivo e inició antibiótico empírico a foco biliar.

Evolucionó con persistencia de registros febriles y bacteriemia por E. Coli, requiriendo múltiples drenajes percutáneo de abscesos hepáticos.

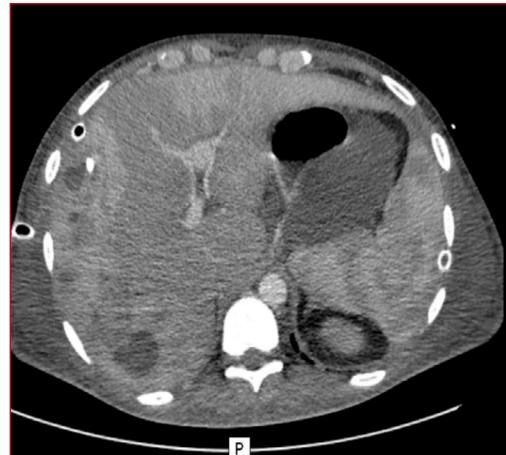
Nuevos estudios de imágenes en donde se observó trombosidad a nivel de mesentérica superior se inició anticoagulación.

En tomografía control se observó progresión de hipodensidades hepáticas por lo que ante fiebre y bacteriemia persistente se realizó laparotomía exploradora en donde se drenó abscesos hepáticos, se realizó hepatectomía central, con rescate en cultivo de abscesos de flora polimicrobiana (E. Coli, acinetobacter baumannii, Bacteroides fragilis) completo tratamiento antibiótico de amplio espectro (meropenem y colistin).

Posterior a la cirugía evoluciona de manera favorable, se reinició anticoagulación, se decidió alta médica y seguimiento de forma ambulatoria por servicio de intervencionismo, hematología y cirugía hepatobiliar.

Discusión: No existen estudios controlados aleatorios prospectivos ni consenso sobre el uso de anticoagulación en esta patología. Se sugiere anticoagulación en casos con evidencia de progresión de la trombosidad en imágenes repetidas, fiebre persistente o bacteriemia a pesar del tratamiento antibiótico.

Conclusión: Esta patología requiere alto índice de sospecha para su diagnóstico. Los antibióticos constituyen el pilar del tratamiento, mientras que el uso de anticoagulantes sigue sin estar completamente definido. Sin embargo, su inicio se sugiere en casos de progresión de trombosidad con riesgo de isquemia hepática o intestinal.



0003 REPORTE DE CASO, EFICACIA DEL TRATAMIENTO CON PLASMAFERESIS EN LA PANCREATITIS DE ORIGEN HIPERTRIGLICERIDEMICO

P RIVERA(1), JJ FRANCO PAREJA(1)

(1) Sanatorio Sagrado Corazon.

Introducción: La pancreatitis aguda de origen hipertrigliceridémico (PAHTG) es una causa poco frecuente de inflamación pancreática, representando entre el 1-7% de los casos. Se desarrolla cuando los niveles de triglicéridos superan los 1,000 mg/dL y su manejo incluye hidratación, analgesia y reducción de los triglicéridos con insulina. En casos graves, la plasmaferesis se ha propuesto como una opción terapéutica para disminuir rápidamente los niveles de TG y mitigar la inflamación.

Presentación del caso: Masculino de 46 años, sin antecedentes relevantes, que consultó por dolor abdominal epigástrico intenso, náuseas y vómitos. En la evaluación inicial se encontró leucocitosis (12800), amilasa normal (84), lipasa (138), e hipertrigliceridemia (7,800 mg/dL). La tomografía abdominal aumento focal de la cola

del páncreas con pérdida del patrón acinar, cambios inflamatorios peripancreáticos, rarefacción del tejido graso peripancreático, sin necrosis, confirmando el diagnóstico de PAHTG. (Balthazar C, apache II: 8, bisap:1)

Se inició manejo con hidratación intravenosa, analgesia e insulina en infusión continua, logrando una reducción parcial de los triglicéridos (3898). Sin embargo, ante niveles persistentemente elevados; y la presencia de un síndrome de respuesta inflamatoria sistémica, se decidió realizar plasmaféresis. Tras dos sesiones de plasmaféresis, los triglicéridos disminuyeron a 350 mg/dL y el paciente presentó mejoría clínica, con resolución del dolor, se indicó gemfibrozilo y atorvastatina vía oral. Por buena evolución se otorgó egreso sanatorio.

Discusión: La discusión se centra en el papel de la plasmaféresis en la PAHTG. Aunque la insulina es el tratamiento de primera línea, la plasmaféresis permite una reducción más rápida de los TG, lo que podría prevenir complicaciones como la necrosis pancreática. Estudios observacionales sugieren que la plasmaféresis reduce los triglicéridos en más del 70% en pocas horas, mejorando la evolución clínica. Sin embargo, la evidencia sigue siendo limitada y no existen guías claras que estandaricen su uso.

Conclusión: En conclusión, la PAHTG es una entidad potencialmente grave que requiere un manejo rápido. La combinación de insulina y plasmaféresis parece ser una estrategia eficaz en casos graves o refractarios. Se necesitan más estudios para definir su impacto en la mortalidad y la progresión de la enfermedad.

0004 FACTORES ASOCIADOS A ALTOS COSTOS DE HOSPITALIZACIÓN EN PACIENTES CON ACV ISQUÉMICO. ESTUDIO DE CASOS Y CONTROL SANATORIO NUESTRA SEÑORA DEL ROSARIO, PERIODO 2022 A 2024
 JG CASTELLÓN GÓMEZ(1), B LLAPUR(1)
 (1) Sanatorio Nuestra Señora Del Rosario.

Introducción: El ACV isquémico representa en actualmente la tercera causa de muerte en la Argentina y la primera en términos de discapacidad. Objetivo: Determinar los factores asociados a altos costos de hospitalización en paciente con ACV isquémico internados en la Unidad de Terapia Intensiva y salas generales del Sanatorio Ntra. Señora del Rosario en el periodo comprendido entre de noviembre 2022 a noviembre 2024.

Material y método: Se realizó estudio analítico retrospectivo de casos y controles para determinar si los factores de riesgo cardiovascular y el índice de Barthel, un puntaje de NIHSS ≥ 5 puntos, la falta de aplicación de terapias de reperfusión por atención primaria posterior a la 4.5 horas de inicio de síntomas y signos, y tiempo de internación están asociados altos costos de hospitalización en pacientes con ACV isquémico.

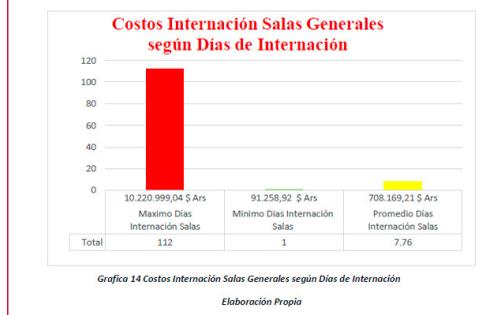
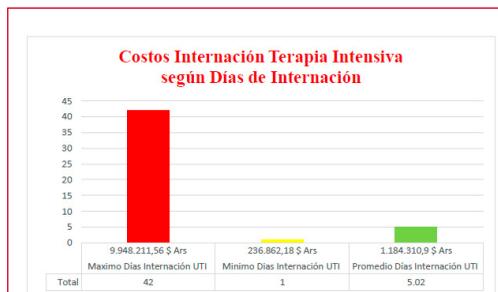
Resultados: Se analizaron los datos recabados de 210 pacientes con diagnóstico de ACV isquémico, 53% correspondieron al sexo masculino y 47% al sexo femenino, con edad promedio de 73.29 años y mortalidad global de 14.28% de predominio en el sexo femenino. Los altos costos hospitalarios se vieron estrechamente vinculados con una puntuación de NIHSS ≥ 5 , índice de Barthel previo al ingreso con un puntaje < 55 y falta de implementación de terapias de reperfusión.

Conclusión: Tanto la puntuación de NIHSS ≥ 5 se asoció con mayor mortalidad (RR 10,7 IC 3,52 - 32,52), y mayor estancia hospitalaria ≥ 15 días (RR 1,87 IC 1,04 - 3,37), como el índice de Barthel al previo al ingreso del paciente con un puntaje < 55 puntos se asociaron con mayor mortalidad (RR 3,08 IC 1,27 - 7,49), y mayor estancia hospitalaria ≥ 15 días (RR 2,48 IC 1,33 - 4,61) por lo que ambos se relacionaron con los resultados desfavorables examinados y con factores asociados a altos costos de hospitalización. Esto sugiere que los pacientes con un NIHSS más elevado y un mayor grado de dependencia, se relaciona con deterioro neurológico grave y mayor probabilidad de presentar consecuencias negativas, tales como, un aumento en la mortalidad, estancias hospitalarias prolongadas

generando mayores gastos económicos, y alta incidencia de complicaciones de salud.

Factores Asociados	Nivel de significancia	Riesgo Relativo	Intervalo de Confianza
NIHSS / Mortalidad	$<0,01$	10,7	3,52 - 32,52
Reperfusion / Mortalidad	0,5 o mayor	0,88	10,78 - 0,07
Factores riesgo / Mortalidad	0,5 o mayor	1	1 = 1
Índice de Barthel / Mortalidad	$<0,05$	3,08	1,27 - 7,49
NIHSS / Dias Internación	$<0,05$	1,87	1,04 - 3,37
Reperfusion / Dias Internación	$<0,01$	2,18	1,89 - 3,42
Factores riesgo / Dias Internación	0,5 o mayor	1,24	0,55 - 3,28
Índice de Barthel / Dias Internación	$<0,01$	2,48	1,83 - 4,61

Tabla 4 Factores Asociados con Mortalidad / Dias Internación
 Elaboración Propia

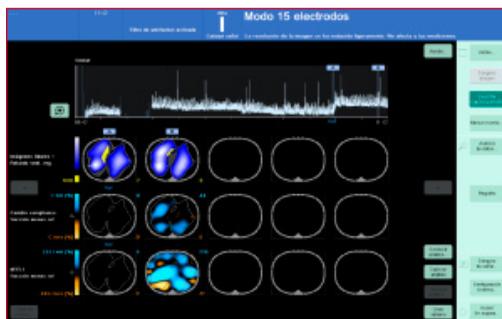
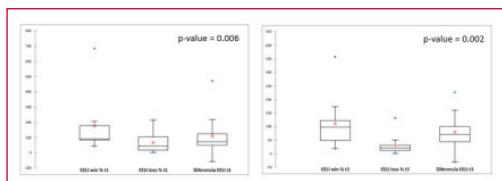


0005 EFECTO DE LA IMPLEMENTACIÓN DE OXIGENOTERAPIA A ALTO FLUJO TRAQUEAL SOBRE LA IMPEDANCIA PULMONAR DE FIN DE ESPIRACIÓN
 G MUSSO(1), G PLOTNIKOW(2), G APPENDINO(1), C GOMEZ(1), M BASSO(1), M MANAGO(1), C LOVESIO(1)
 (1) Sanatorio Parque. (2) Hospital Británico.

El presente estudio analítico experimental se llevó a cabo en la unidad de cuidados intensivos de un sanatorio de tercer nivel de Argentina. Se estudiaron 11 pacientes consecutivos ≥ 18 años traqueostomizados en estado crítico, estables hemodinámicamente, que habían sido destetados de la ventilación mecánica, respirando espontáneamente sin soporte ventilatorio durante al menos 24 horas y recibían oxígeno suplementario mediante humidificador pasivo para traqueostomía. Nuestro objetivo principal fue comparar los cambios de impedancia pulmonar de fin de espiración entre OC mediante HMET y OTAF a 70 l/min y 80 l/min. Secundariamente se evaluó el confort del paciente ya que la tolerancia al flujo es un factor clave para el éxito clínico.

Se inscribieron y analizaron once pacientes. Se observó un aumento estadísticamente significativo en el Δ EELIglob al comparar OTAF vs OC. Durante OTAF 70 l/min se observó una diferencia de medias de 0.88 unidades (IC 95% 0.14; 1.62, $t[10] = 2.64$, $p = 0.024$) y en OTAF 80 l/min una diferencia de medias de 0.61 unidades (IC 95% 0.31; 0.91, $t[10] = 4.60$, $p = 0.001$). No se observó diferencia de medias significativa al comparar OTAF 70 l/min vs 80 l/min ($M = 0.27$, IC 95% -0.32; 0.86, $t[10] = 1.02$, $p = 0.331$). Se encontraron cambios estadísticamente significativos en la diferencia entre ganancia y pérdida de EELI al comparar OTAF y OC en los dos niveles de flujo. No se

observaron cambios estadísticamente significativos en la diferencia entre ganancia y pérdida de complacencia (Grafico 3). Respecto al confort, todos los pacientes lograron finalizar el protocolo con un valor de 0 en la escala de Campbell. No se observaron diferencias estadísticamente significativas en las variables hemodinámicas Este estudio demuestra que la OTAF con flujos de 70 l/min y 80 l/min es una estrategia eficaz para mejorar el volumen pulmonar en pacientes traqueostomizados durante la desconexión de la ventilación mecánica, sin comprometer el confort ni la estabilidad hemodinámica. Estos hallazgos abren una vía prometedora para optimizar el manejo de los pacientes traqueostomizados en centros de ventilación mecánica prolongada. Futuros estudios deberían enfocarse en estudios clínicos sobre los efectos a largo plazo de esta intervención.



0008 EFECTO DE LA OXIGENOTERAPIA ALTO FLUJO A TRAVÉS DE CÁNULA ASIMÉTRICAS SOBRE EL VOLUMEN PULMONAR DE FIN DE ESPIRACIÓN

G APPENDINO(1), C GOMEZ(1), G MUSSO(1), M MANAGO(1), R MORACCI(2), G PLOTNIKOW(2), C LOVESIO(1)
 (1) Sanatorio Parque. (2) Hospital Británico.

En los últimos años surgió como estrategia la interfaz asimétrica para entrega de alto flujo nasal, debido a un modelo que cuenta con una narina de mayor diámetro que la otra, potencia el efecto de lavado del espacio muerto de la vía aérea superior y de PEEP, esto demostrado en un modelo de vía respiratoria en laboratorio por Tatkov y colaboradores

Se realizó un estudio de cohorte observacional prospectivo realizado en la Unidad de Cuidados críticos del Sanatorio Parque Rosario. Se evaluaron 17 voluntarios sanos, se administro oxigeno a alto flujo a través de canulas convencionales y canulas asimétricas (DUET). El objetivo fue evaluar el volumen a fin de espiración a través de TIE en voluntarios sanos aplicando oxigenoterapia de alto flujo a 40 L/m y a 60 L/m través de cánula convencional y asimétrica y además evaluar el comportamiento de la FR y el diafragma a través de ecografía.

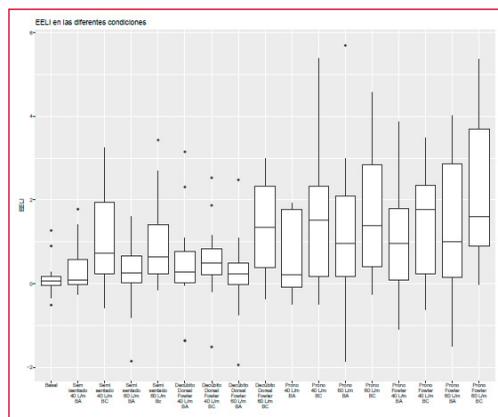
Se realizaron evaluaciones de impedancia pulmonar a través de TIE en diferentes posiciones y a diferentes tasas de flujo, realizando un whasout de 5 minutos entre cada evaluación. Además se evaluó el comportamiento del volumen a fin de espiración a partir de que el voluntario sano mantenga la boca abierta o la boca cerrada.

Se evaluó el comportamiento de la frecuencia respiratoria, engrosamiento diafragmático, excursión diafragmática, confort, impedancia global, distribución del volumen a través de áreas de interés, comparación de áreas de interés dependientes y no dependientes.

Tabla 1.

Postura	Boca abierta		Boca cerrada		Basal	p-valor
	40 L/m	60 L/m	40 L/m	60 L/m		
Basal	-	-	-	-	0,06 (-0,05, 0,17)	-
Semisentado	0,10 (-0,01, 0,57)	0,25 (0,03, 0,67)	0,74 (0,23, 1,95)	0,65 (0,25, 1,41)	-	<0,001
Decubito dorsal Fowler	0,28 (0,03, 0,77)	0,24 (-0,02, 0,50)	0,49 (0,21, 0,83)	1,36 (0,39, 2,34)	-	-
Prono	0,21 (-0,08, 1,78)	0,97 (0,18, 2,09)	1,52 (0,16, 2,34)	1,39 (0,40, 2,85)	-	-
Prono Fowler	0,97 (0,08, 1,80)	1,00 (0,14, 2,86)	1,78 (0,23, 2,35)	1,61 (0,90, 3,70)	-	-

Mediana y rango intercuartilico. p-valor evaluado a través del test de Friedman. Comparaciones entre grupos a través de Wilcoxon Signed Rank Test con corrección de Bonferroni. Diferencias estadísticamente significativas entre Prono Fowler 60 L/m con boca cerrada y Decubito dorsal Fowler 60 L/m con boca abierta (p-valor = 0,008300782) y entre los grupos Semisentado 60 L/m con boca abierta y Prono Fowler 60 L/m con boca cerrada (p-valor = 0,041198730).



0009 HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA SECUNDARIA A TROMBOSIS DE SENO VENOSO

JC SANTANA(1), D CZERWONKO(2), A GIRA(2), R BERTAINA(3), S PRATESI(3), L BRANCO(2), A ZAVATTIERI(2), S CARLOS(2), P PRATESI(2)

(1) Universitario Austral. (2) Hospital Universitario Austral. (3) Hospital Universitario Austral.

Introducción: La trombosis del seno venoso (TSV) es una enfermedad poco frecuente, el primer caso lo describió por Ribes en 1825. Tiene una incidencia < al 5% dentro de las Hemorragia subaracnoidea (HSA), edad mediana 40 años, presenta una mortalidad del 15%. Entre los factores de Riesgo se describen, condiciones protrombóticas, drogas (alcohol), enfermedades paraneoplásicas, infecciones. Caracterizada por cefalea aguda o subaguda, vómitos, convulsiones, déficit focales, alteraciones visuales. No existen pruebas de laboratorio (Dimero.-D, punción lumbar) confirmatorias. Dentro de las neuroimágenes la angiografía digital es el Gold estándar. El tratamiento se basa en la Anticoagulación.

Caso clínico: Paciente masculino de 54 años, etilista. Evolucionó con cefalea, mareos, vómitos. Ingresó por Urgencias con Glasgow 15/15, TAC cerebral evidencia sangrado retroclival con diagnóstico presuntivo de HSA perimesencefálica, inicia Nimodipina, se realiza luego Angiografía digital y RMN con contraste que evidencia trombosis en la confluencia de las venas cerebral interna, vena de Rosenthal y seno longitudinal inferior, inició Enoxaparina 80/100 mg. Al quinto día pasa a clínica médica.

Discusión: A pesar de tener diagnóstico de HSA perimesencefálica por tomografía, se realiza angiografía digital para determinar si fue de causa aneurismática o no, se encuentra dentro del rango etario, los síntomas neurológicos y el hábito etílico. Aunque se encuentran pendientes los resultados (anticuerpos y factores) para descartar condición protrombótica.

Conclusiones: Es fundamental conocer la etiología precisa de la HSA ya que el tratamiento anticoagulante debe iniciarse lo antes posible para evitar las complicaciones. tromboembolismo venoso recurrente, fistula arteriovenosa dural, epilepsia y en un 15% la muerte.

0011 SHOCK SÉPTICO ASOCIADO A NECROLISIS EPIDÉRMICA TÓXICA SECUNDARIO AL USO DE CEFALEXINA: REPORTE DE CASO

FE ESPINOZA(1), CJ AGUIRRE(1), C GEREZ(1), M OTAMEN-
DI(1), M CRUZ(1), NA GRASSI(1), MG MONTENEGRO FER-
NANDEZ(1), LG DURAN(1)

(1) Hospital Municipal De Agudos Dr. Leónidas Lucero.

Introducción: La Necrolisis Epidérmica Tóxica (NET) es una reacción cutánea grave caracterizada por necrosis y desprendimiento epidérmico en más del 30 % del cuerpo, generalmente inducida por fármacos.

Presentación del caso: Paciente femenino de 44 años, en estudio por aplasia de serie roja, que consultó por exantema pruriginoso en tronco y miembros superiores asociado a edema en manos, boca y ojos. Recibió antihistamínicos e hidrocortisona, sin mejoría. Ante la sospecha de infección por virus de Epstein-Barr, realizó tratamiento con 1 gramo de metilprednisolona por día por 3 días. Intercurrió con bacteriemia por *Staphylococcus aureus* sensible a la metilicina (SAMS), por lo que realizó tratamiento con vancomicina y cefazolina. Se realizó biopsia de piel que informó farmacodermia por lo que se rotó antibioticoterapia, se confirmó la NET, y se realizó prednisolona 1 mg/kg/día. Evolucionó con shock séptico por lo que requirió intubación orotraqueal y vasopresores. Se realizó desbridamiento de piel necrótica por parte de cirugía plástica, y se inició plasmaféresis. Luego de 4 días en cuidados intensivos, evolucionó con shock refractario con desenlace fatal.

Discusión: La NET es una reacción adversa grave, generalmente inducida por fármacos, con una incidencia de 5 a 6 casos por millón por año y una mortalidad del 25%. Inicia con síntomas prodrómicos, seguidos de ampollas y desprendimiento epidérmico, pudiendo evolucionar a sepsis, insuficiencia orgánica, compromiso ocular, pulmonar y renal, como en el caso de nuestra paciente. El diagnóstico es clínico asociado a la exposición a fármacos y confirmación por biopsia de piel, caracterizado en nuestra paciente por presencia de queratinocitos apoptóticos sugerentes de farmacodermia. El tratamiento es multidisciplinario, con la suspensión del agente causal y el soporte vital, sin una terapia específica establecida. En el caso clínico presentado, se realizó corticoterapia y plasmaféresis, con evidencia limitada sobre su uso, con posterior progresión del cuadro a shock refractario con desenlace fatal.

Conclusión: La NET es una farmacodermia con alta mortalidad, especialmente cuando se asocia a infecciones y fallo multiorgánico. El diagnóstico temprano, la suspensión del agente causal y un manejo multidisciplinario son clave para mejorar el pronóstico.



0012 DE LA FIEBRE A LA MIELITIS EXTENSA: REPORTE DE UN CASO ATÍPICO DE LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO

HA ARMANDOLA(1), M MICHELONI(1), I GASPOZ(1)

(1) Sanatorio San Geronimo.

Introducción: La mielitis longitudinal extensa (MLE) es una manifestación neuroinflamatoria rara pero grave del lupus eritematoso sistémico (LES). Se caracteriza por inflamación en la médula espinal, que puede causar parálisis y disfunción sensorial. Su diagnóstico es desafiante debido a los síntomas iniciales inespecíficos, lo que puede retrasar el tratamiento y aumentar la morbimortalidad.

Presentación del caso: Paciente femenina de 24 años, sin antecedentes médicos, que ingresó por fiebre de origen desconocido. Los estudios infecciosos fueron negativos. Durante su evolución, desarrolló alteraciones esfinterianas, síndrome meníngeo y trastornos visuales, seguidos de paraparesia y cuadriplejía en menos de 24 horas. La resonancia magnética mostró MLE extensa (Fig. 1), y el perfil reumatológico confirmó LES.

Debido a la rápida progresión, la paciente fue trasladada a la unidad de terapia intensiva, donde desarrolló insuficiencia respiratoria y requirió asistencia respiratoria mecánica (ARM) durante 8 días. Durante su estadía, presentó síndrome nefrótico con una proteinuria de 3,5 g/24 h, lo que llevó a la realización de una biopsia renal, que confirmó glomerulonefritis proliferativa difusa y nefritis lúpica grado IV. Se inició tratamiento con metilprednisolona en pulsos, plasmaféresis y ciclofosfamida al alta. La paciente mostró mejoría parcial, aunque con secuelas neurológicas persistentes. Finalmente, fue derivada a un centro de rehabilitación de alta complejidad.

Discusión: La MLE en el contexto del LES es un desafío diagnóstico, ya que los síntomas iniciales inespecíficos pueden retrasar el diagnóstico. El tratamiento se basa en corticoides y agentes inmunosupresores, pero no existe consenso sobre el régimen terapéutico ideal. La asociación con nefritis lúpica destaca la naturaleza sistémica del LES. La respuesta al tratamiento puede ser favorable, pero las secuelas neurológicas suelen persistir.

Conclusión: La MLE debe considerarse en pacientes jóvenes con fiebre sin foco claro y síntomas neurológicos progresivos. Un diagnóstico temprano y tratamiento adecuado son fundamentales para reducir la morbilidad a largo plazo.



Figura 1. Mielitis longitudinal extensa en T1 Sag ESAT. Las flechas rojas señalan las áreas de inflamación medular secundaria a la mielitis

0013 DIFERENCIA VENOSA CENTRAL - ARTERIAL DE DIÓXIDO DE CARBONO EN EL SHOCK

HR CONDE, ME BRANDOLISIO(1), F DAVIDOW(1), MV DI SANTO(1), L ORSARIA(1), B PALOU(1), M PONS(1)
 (1) Clemente Alvarez.

Introducción: En el shock el gasto cardíaco (GC) es inadecuadamente bajo para las necesidades metabólicas pudiendo producirse falla multiorgánica (FMO) y muerte. Se ha descrito una relación inversa entre diferencia de presión de dióxido de carbono en sangre venosa central y sangre arterial (DvaCO₂) y adecuación del GC las necesidades metabólicas.

Objetivos: • Valorar la Dvc-aCO₂.
 • Analizar su relación con FMO.

Material y Métodos: Estudio observacional - analítico realizado entre septiembre de 2015 y noviembre de 2018. En 88 pacientes críticos se determinó DvaCO₂ y presencia de FMO mediante score SOFA (*). En un primer análisis transversal, ambos parámetros se midieron al ingreso, luego, prospectivamente, DvaCO₂ entre 06 y 12 horas post reanimación y SOFA al tercer día.

Se definieron al ingreso dos cohortes: DvaCO₂ normal (< 6 mmhg) y elevada (≥ 6 mmhg). Post reanimación se definieron cuatro nuevas: Dvc-aCO₂ < 6 mmhg persistente y ≥ 6 para la primera cohorte inicial y Dvc-aCO₂ < 6 y ≥ 6 persistente para la segunda cohorte inicial. (*) "Sepsis-related Organ Failure Assessment".

Tabla 1:

Resultados: En la cohorte inicial Dvc-aCO₂ ≥ 6 mmhg, la mediana del SOFA al tercer día difirió significativamente entre los dos grupos posteriores: Los pacientes con Dvc-aCO₂ aumentada tuvieron valoraciones superiores que los que la disminuyeron (p-value = 0.009). (Tabla 2)

La regresión lineal múltiple mostró que en la cohorte inicial Dvc-aCO₂ ≥ 6, a igual dosis de vasopresores, quienes disminuyeron la Dvc-aCO₂ tuvieron en promedio SOFA al tercer día casi 3 puntos menor que los que persistieron con Dvc-aCO₂ ≥ 6. (coef. = -2.892, p-value = 0.0050).

Tabla 2:

Tabla 3:

Discusión: Muchos informes muestran que la Dvc-aCO₂ puede representar inadecuación del GC a las necesidades metabólicas en el shock.

Conclusiones: En nuestro trabajo encontramos que la DvaCO₂ elevada al ingreso no se asoció significativamente con FMO, pero sí lo hizo cuando persistió elevada.

Tabla 1:

INGRESO	Dvc-aCO ₂ < 6		Dvc-aCO ₂ ≥ 6	
	SOFA	SOFA	SOFA	SOFA
REANIMACIÓN				
CONTROL 6 - 12 HS	Dvc-aCO ₂ < 6	Dvc-aCO ₂ ≥ 6	Dvc-aCO ₂ < 6	Dvc-aCO ₂ ≥ 6
CONTROL 72 HS	SOFA	SOFA	SOFA	SOFA

Tabla 2:

Ingreso	Dvc-aCO ₂ ≥ 6 (n = 47)				p-valor
	Dvc-aCO ₂ < 6 (n = 16)		Dvc-aCO ₂ ≥ 6 (n = 31)		
Control 6 - 12 hs					
Score SOFA 72 Mna (IQR)	3.50	(2.25; 5.75)	7.00	(4.00; 10.00)	0.009

Tabla 3:

Término	Coefficiente	Error estándar	p-valor
Constante	6.124	0.632	0.000
DOSVA	6.80	1.75	0.000
Subcohorte			
1-1	-1.29	1.16	0.272
1-2	-1.48	1.45	0.312
2-1	-2.892	0.984	0.005

0014 REPORTE DE CASOS: DISTRIBUCIÓN DE ESPECIES DE CANDIDA EN HEMOCULTIVOS EN LA TERAPIA INTENSIVA DEL HIGA EVA PERÓN DE SAN MARTIN

SI CASTRO(1), G SLY(1), B ARCE(1), S FERNÁNDEZ(1), RR VILLARPANDO MITA(1), M FLORES(1), M MORANTE(1)
 (1) Higa Eva Perón - San Martín.

Introducción: La distribución de especies y la sensibilidad a los antifúngicos varía de acuerdo al país, a características del paciente y factores de riesgo. Por lo tanto nos pareció relevante describir las especies de *Candida* que se detectaron en hemocultivos y la sensibilidad a antifúngicos usados habitualmente en la Unidad.

Presentación del caso: estudio retrospectivo, descriptivo. Se incluyeron rescates de *Candida* en hemocultivos/retrocultivos desde enero de 2021 a diciembre de 2024. Recabamos factores predisponentes, especie de *Candida* y sensibilidad a antifúngicos en primer episodio, así como en nuevos rescates. Se analizaron 23 pacientes, 8 femeninos y 15 masculinos. El rango (R) de edades: 21-89 años y la mediana (M) de 55 años. Tiempo de internación: R 5-294 días y M: 26 días. Motivos de internación: POP Ncx/neurológico 5, POP abdomen 7, sepsis 5 e insuficiencia respiratoria 6.

Factores predisponentes	Nº de pacientes
Catéter venoso central (CVC)	23
APT	5
Cáncer	4
POP abdomen	7
Antibióticos	23
Diabetes	3

Las especies de *Candida* halladas fueron: *C parapsilosis* en 15 pacientes, en 5 asociada a catéter central. *C albicans* en 3 pacientes, con idéntico rescate en orina en 2 urocultivos acompañantes. *C glabrata* se rescató en 2 pacientes. Por último, *C tropicalis* en 3 pacientes, asociada a catéter en 1 y en urocultivo en 1. Hubo rescate de la misma *C parapsilosis* en tres pacientes en hemocultivos posteriores y en un cuarto, se trató de *C tropicalis*. *C tropicalis* fue recurrente en hemocultivos posteriores de 2 pacientes.

Especies de Candida	Sensibilidad ANFO µ/ml	Sensibilidad fluconazol µ/ml	Sensibilidad Caspofungina µ/ml
<i>Candida parapsilosis</i>	≤0.25-1	≤0.5-1	
<i>Candida albicans</i>	0.5	≤0.5	
<i>Candida glabrata</i>	0.5		0.12
<i>Candida tropicalis</i>	≤0.25-0.5	≤0.5-1	

Los ATB de mayor empleo antes del rescate: vancomicina en 20, colistin en 11, carbapenem en 16, ampicilulbactam en 8, piperacilina-tazobactam en 17, entre otros. Fallecieron 13 pacientes (56.5%)
Discusión: Hubo predominio de *C. parapsilosis* en relación al amplio uso de CVC. Todos recibieron antibióticos de amplio espectro, barriendo la flora intestinal y favoreciendo el origen endógeno de la infección.

Conclusión: La especie más rescatada fue la *Candida parapsilosis*, siendo esta sensible a fluconazol, constituyendo una alternativa ante estabilidad hemodinámica. Es importante conocer la distribución de especies y su sensibilidad a antifúngicos, en cada hospital, lo que permite elegir un adecuado tratamiento empírico inicial.

0015 EL SINDROME HEMOFAGOCITICO COMO CAUSA DE FALLA MULTIORGANICA

G BOTTARO(1), G MONTI(1), C LLERENA(1), J QUIROZ(1), A AGUIRRE(1), E ARIAS(1), G ROMERO(1), G ALVAREZ(1)
(1) Central De San Isidro.

Introducción: La falla multiorgánica representa el 40% de mortalidad, por lo cual se inicia una búsqueda persistente para el correcto diagnóstico y tratamiento. Cuando la causa no es típica entramos en una búsqueda sin fin, con un paciente que se deteriora minuto a minuto. El síndrome hemofagocítico es un síndrome agresivo y potencialmente mortal que se produce por inflamación excesiva y destrucción tisular debido a una activación inmunitaria anormal.

Caso Clínico: Femenina de 45 años de edad, presenta antecedente de hipoacusia neurosensorial bilateral desde los 8 años por meningitis. Paciente con 3 semanas de evolución caracterizado por fiebre, artralgia, adenopatías cervicales, erupción cutánea, se deriva para internación en manejo con servicio de infectología y clínica médica como síndrome febril en estudio, quienes solicitan múltiples estudios de extensión (fig 1). Se sospecha diagnóstico de síndrome de Still, evoluciona con hipotensión que no responde a fluidoterapia y con laboratorio compatible con falla multiorgánica, por lo que deciden presentar en UTI, donde se desestima causa infecciosa. En conjunto con servicio de hematología se asocia el diagnóstico de síndrome hemafagocítico por lo que se inicia tratamiento con metilprednisolona. Presenta internación de 7 días, con evolución favorable y con continuidad de estudios por el servicio de clínica médica.

Discusión: Dicho caso nos resalta la importancia de requerir mayor conocimiento del síndrome hemofagocítico ya que tiene un 40% de mortalidad independientemente de la causa subyacente.

Conclusión: En nuestra paciente se realizó el diagnóstico por criterios clínicos y de laboratorios (fig 2), lo que llevó a un tratamiento dirigido y a una evolución favorable.

Tabla III. Criterios diagnósticos del síndrome hemofagocítico (HLH-2004)

Criterios genéticos	Criterios clínico-analíticos
Presencia de alteración genética conocida	- Fiebre
	- Esplenomegalia
	- Citopenias (al menos, 2 líneas):
	• Hemoglobina < 9 g/dL (< 12 g/dL primeras 4 semanas de vida)
	• Trombopenia < 100.000/mm ³
	• Neutropenia < 1.000/mm ³
	- Hipertiglicidemia y/o hipofibrinogenemia:
	• Triglicéridos > 300 mg/dL
	• Fibrinógeno < 150 mg/dL
	- Hiperferritinemia > 500 ng/mL (valores > 10.000 ng/mL son muy sugerentes de HLH)
	- Valores CD25 soluble > 2.400 U/mL
	- Disminución/ausencia actividad citotóxica NK
	- Evidencia de hemofagocitosis en tejido

Sostienen el diagnóstico: pleocitosis e hiperproteinorraquia en el LCR, disfunción hepatobiliar (hipertransaminasemia, hiperbilirrubinemia, coagulopatía con elevación de D-dímero), hipoalbuminemia, elevación de LDH sérica o hiponatremia

El diagnóstico se establece a partir de un criterio genético o con la presencia, al menos, de 5 criterios clínico-analíticos

CRITERIOS CLINICOS	BIQUINAZOL
Algunos de los parámetros de laboratorio + PCR	Molécula específica, actividad específica optimizada, soluble en agua, puede administrarse por vía oral o intravenosa, acción rápida y específica.
Plazo de uso	plazo de uso: 14 días (dependiendo de la respuesta clínica)
Laboratorio	PCR por <i>Candida parapsilosis</i> (PCR) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10) (11) (12) (13) (14) (15) (16) (17) (18) (19) (20) (21) (22) (23) (24) (25) (26) (27) (28) (29) (30) (31) (32) (33) (34) (35) (36) (37) (38) (39) (40) (41) (42) (43) (44) (45) (46) (47) (48) (49) (50) (51) (52) (53) (54) (55) (56) (57) (58) (59) (60) (61) (62) (63) (64) (65) (66) (67) (68) (69) (70) (71) (72) (73) (74) (75) (76) (77) (78) (79) (80) (81) (82) (83) (84) (85) (86) (87) (88) (89) (90) (91) (92) (93) (94) (95) (96) (97) (98) (99) (100) (101) (102) (103) (104) (105) (106) (107) (108) (109) (110) (111) (112) (113) (114) (115) (116) (117) (118) (119) (120) (121) (122) (123) (124) (125) (126) (127) (128) (129) (130) (131) (132) (133) (134) (135) (136) (137) (138) (139) (140) (141) (142) (143) (144) (145) (146) (147) (148) (149) (150) (151) (152) (153) (154) (155) (156) (157) (158) (159) (160) (161) (162) (163) (164) (165) (166) (167) (168) (169) (170) (171) (172) (173) (174) (175) (176) (177) (178) (179) (180) (181) (182) (183) (184) (185) (186) (187) (188) (189) (190) (191) (192) (193) (194) (195) (196) (197) (198) (199) (200) (201) (202) (203) (204) (205) (206) (207) (208) (209) (210) (211) (212) (213) (214) (215) (216) (217) (218) (219) (220) (221) (222) (223) (224) (225) (226) (227) (228) (229) (230) (231) (232) (233) (234) (235) (236) (237) (238) (239) (240) (241) (242) (243) (244) (245) (246) (247) (248) (249) (250) (251) (252) (253) (254) (255) (256) (257) (258) (259) (260) (261) (262) (263) (264) (265) (266) (267) (268) (269) (270) (271) (272) (273) (274) (275) (276) (277) (278) (279) (280) (281) (282) (283) (284) (285) (286) (287) (288) (289) (290) (291) (292) (293) (294) (295) (296) (297) (298) (299) (300) (301) (302) (303) (304) (305) (306) (307) (308) (309) (310) (311) (312) (313) (314) (315) (316) (317) (318) (319) (320) (321) (322) (323) (324) (325) (326) (327) (328) (329) (330) (331) (332) (333) (334) (335) (336) (337) (338) (339) (340) (341) (342) (343) (344) (345) (346) (347) (348) (349) (350) (351) (352) (353) (354) (355) (356) (357) (358) (359) (360) (361) (362) (363) (364) (365) (366) (367) (368) (369) (370) (371) (372) (373) (374) (375) (376) (377) (378) (379) (380) (381) (382) (383) (384) (385) (386) (387) (388) (389) (390) (391) (392) (393) (394) (395) (396) (397) (398) (399) (400) (401) (402) (403) (404) (405) (406) (407) (408) (409) (410) (411) (412) (413) (414) (415) (416) (417) (418) (419) (420) (421) (422) (423) (424) (425) (426) (427) (428) (429) (430) (431) (432) (433) (434) (435) (436) (437) (438) (439) (440) (441) (442) (443) (444) (445) (446) (447) (448) (449) (450) (451) (452) (453) (454) (455) (456) (457) (458) (459) (460) (461) (462) (463) (464) (465) (466) (467) (468) (469) (470) (471) (472) (473) (474) (475) (476) (477) (478) (479) (480) (481) (482) (483) (484) (485) (486) (487) (488) (489) (490) (491) (492) (493) (494) (495) (496) (497) (498) (499) (500) (501) (502) (503) (504) (505) (506) (507) (508) (509) (510) (511) (512) (513) (514) (515) (516) (517) (518) (519) (520) (521) (522) (523) (524) (525) (526) (527) (528) (529) (530) (531) (532) (533) (534) (535) (536) (537) (538) (539) (540) (541) (542) (543) (544) (545) (546) (547) (548) (549) (550) (551) (552) (553) (554) (555) (556) (557) (558) (559) (560) (561) (562) (563) (564) (565) (566) (567) (568) (569) (570) (571) (572) (573) (574) (575) (576) (577) (578) (579) (580) (581) (582) (583) (584) (585) (586) (587) (588) (589) (590) (591) (592) (593) (594) (595) (596) (597) (598) (599) (600) (601) (602) (603) (604) (605) (606) (607) (608) (609) (610) (611) (612) (613) (614) (615) (616) (617) (618) (619) (620) (621) (622) (623) (624) (625) (626) (627) (628) (629) (630) (631) (632) (633) (634) (635) (636) (637) (638) (639) (640) (641) (642) (643) (644) (645) (646) (647) (648) (649) (650) (651) (652) (653) (654) (655) (656) (657) (658) (659) (660) (661) (662) (663) (664) (665) (666) (667) (668) (669) (670) (671) (672) (673) (674) (675) (676) (677) (678) (679) (680) (681) (682) (683) (684) (685) (686) (687) (688) (689) (690) (691) (692) (693) (694) (695) (696) (697) (698) (699) (700) (701) (702) (703) (704) (705) (706) (707) (708) (709) (710) (711) (712) (713) (714) (715) (716) (717) (718) (719) (720) (721) (722) (723) (724) (725) (726) (727) (728) (729) (730) (731) (732) (733) (734) (735) (736) (737) (738) (739) (740) (741) (742) (743) (744) (745) (746) (747) (748) (749) (750) (751) (752) (753) (754) (755) (756) (757) (758) (759) (760) (761) (762) (763) (764) (765) (766) (767) (768) (769) (770) (771) (772) (773) (774) (775) (776) (777) (778) (779) (780) (781) (782) (783) (784) (785) (786) (787) (788) (789) (790) (791) (792) (793) (794) (795) (796) (797) (798) (799) (800) (801) (802) (803) (804) (805) (806) (807) (808) (809) (810) (811) (812) (813) (814) (815) (816) (817) (818) (819) (820) (821) (822) (823) (824) (825) (826) (827) (828) (829) (830) (831) (832) (833) (834) (835) (836) (837) (838) (839) (840) (841) (842) (843) (844) (845) (846) (847) (848) (849) (850) (851) (852) (853) (854) (855) (856) (857) (858) (859) (860) (861) (862) (863) (864) (865) (866) (867) (868) (869) (870) (871) (872) (873) (874) (875) (876) (877) (878) (879) (880) (881) (882) (883) (884) (885) (886) (887) (888) (889) (890) (891) (892) (893) (894) (895) (896) (897) (898) (899) (900) (901) (902) (903) (904) (905) (906) (907) (908) (909) (910) (911) (912) (913) (914) (915) (916) (917) (918) (919) (920) (921) (922) (923) (924) (925) (926) (927) (928) (929) (930) (931) (932) (933) (934) (935) (936) (937) (938) (939) (940) (941) (942) (943) (944) (945) (946) (947) (948) (949) (950) (951) (952) (953) (954) (955) (956) (957) (958) (959) (960) (961) (962) (963) (964) (965) (966) (967) (968) (969) (970) (971) (972) (973) (974) (975) (976) (977) (978) (979) (980) (981) (982) (983) (984) (985) (986) (987) (988) (989) (990) (991) (992) (993) (994) (995) (996) (997) (998) (999) (1000)

Criterios de Yamaguchi
enfermedad de Still

Tabla 1. Criterios diagnósticos

México

Fiebre > 38 °C durante más de 2 semanas

Adenopatía > 1 cm durante más de 2 semanas

Eritema anular o escurrimiento mucocutáneo

Leucocitosis > 15000/cmm con más de 90% segmentados

México

Úlcer de garganta

Trombocitosis > 400.000/mm³

Neutropenia > 1500/mm³

Transaminasas elevadas

Ferritina > 500 ng/mL

Ferritina > 1000 ng/mL

Adenopatía > 1 cm

Adenopatía > 1 cm

0017 TORMENTA TIROIDEA EN PACIENTE CRÍTICO

AG AGUIRRE DUARTE(1), G MONTI(1), C LLERENA(1), J QUIROZ(1), G BOTTARO(1), M MARIELA(1), E ARIAS(1), G ROMERO(1)
(1) Hospital Central De San Isidro.

Introducción: La tormenta tiroidea es una patología infrecuente, pero potencialmente mortal. La tirotoxicosis por enfermedad de Graves-Basedow representa la causa más frecuente (60%-70%). La terapia de apoyo en una unidad de cuidados intensivos, el reconocimiento y tratamiento de cualquier factor precipitante, mayormente infecciones, son esenciales dada su alta mortalidad.

Caso clínico: Paciente femenina de 33 años con antecedentes de asma, tabaquismo y taquicardia sinus. Ingresó el 29/11/24 a sala general con diagnóstico de crisis asmática con sospecha de infección viral concomitante. Ante mala evolución clínica, se realiza TC de tórax que evidencia patrón consolidativo, por lo que, se interpreta cuadro como neumonía intrahospitalaria y se inicia tratamiento antibiótico con Piperacilina-Tazobactam. Se decide pase a unidad de terapia intensiva donde evoluciona con distrés respiratorio agudo. Se recibe laboratorio con el siguiente perfil tiroideo valores de TSH 0.01 T4 libre 7.8 T3 4.34. Se sospecha tormenta tiroidea con score de Burch y Wartofsky de 55 puntos y se inicia tratamiento con metimazol, propranolol e hidrocortisona. Se solicita TRAB con resultado de 11.9 y se arriba a diagnóstico de tormenta tiroidea por enfermedad de Graves. Presenta evolución favorable luego de inicio del tratamiento. Actualmente en seguimiento ambulatorio por endocrinología. Realizó dosis de yodo radioactivo como tratamiento definitivo..

Discusión: Nuestra paciente se interpretó como una tormenta tiroidea cuyo factor precipitante fue un proceso infeccioso en un paciente sin tratamiento antitiroideo. La sospecha diagnóstica se basó en el resultado del score Burch y Wartofsky y se confirmó con el resultado del perfil tiroideo. El dosaje de TRAB evidenció la presencia de Enfermedad de Graves. La sospecha clínica, el diagnóstico precoz y el tratamiento oportuno fueron esenciales en la evolución favorable de nuestra paciente.

Conclusión: La importancia de la presentación de este caso radica en conocer la clínica característica de la tormenta tiroidea y tener así una sospecha clínica precoz que permitirá un diagnóstico y tratamiento oportuno lo que logrará disminuir la morbimortalidad asociada.

	TSH	T4 Libre	T3
4/12/2024	0.01 uUI/ml	7.8 ng/dl	4.34 ng/ml
10/12/2024	0.01 uUI/ml	2.04 ng/dl	1.54 ng/ml
19/12/2024	0.01 uUI/ml	3.91 ng/dl	1.56 ng/ml
3/1/2025	0.01 uUI/ml	2.44 ng/dl	1.15 ng/ml
13/1/2025	0.05 uUI/ml	5.39 ng/dl	3.25 ng/ml
20/1/2025	0.01 uUI/ml	2.9 ng/dl	1.32 ng/ml
31/3/2025		2.02 ng/dl	1.52 ng/ml
Rango	0.27 - 4.20 uUI/ml	0.93 - 1.70 ng/dl	0.80 - 2 ng/ml



0018 ABSCESO CEREBELOSO POR OTITIS MEDIA PERFORADA DERECHA.

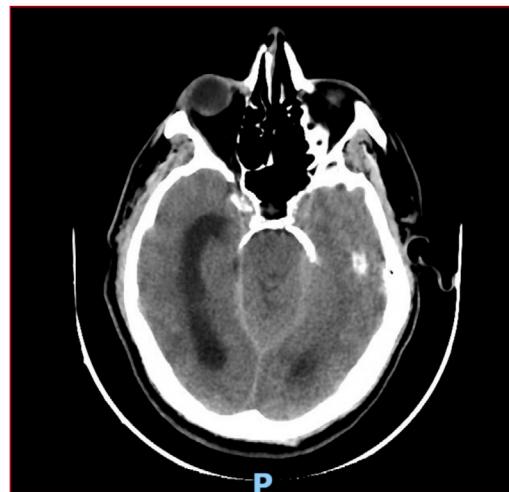
G ROMERO SARAVIA(1), G MONTI(1), C LLERELA(1), J QUIROZ(1), A AGUIRRE(1), E ARIAS(1), G BOTTARO(1)
(1) Hospital Central De San Isidro.

Introducción: La primera mención del absceso cerebral en la literatura médica fue realizada por William Macewen en 1893, quien describió tres estadios clínicos y presentó 25 casos tratados quirúrgicamente, estableciendo un precedente en su manejo. A pesar de la reducción en la mortalidad gracias a TAC, el uso de antibióticos de amplio espectro y las intervenciones quirúrgicas, el absceso cerebral sigue siendo una preocupación importante en la salud pública debido a sus secuelas, costos y alta morbimortalidad.

Presentación de caso: Paciente masculino de 50 años con antecedentes de DBT2, quien ingresa el 15/01/2025. Por cuadro de dos meses, caracterizado por dolor en región temporal derecha en seguimiento por el servicio de ORL, donde se encuentra por otoscopia edema y secreción purulenta en el conducto auditivo externo. En tratamiento con amoxicilina sin mejoría rotan a claritromicina y corticoides, con persistencia de los síntomas a las 72 hs previas a su internación con inestabilidad a la marcha, cefalea, fotofobia, vómitos, realizan TC encéfalo donde se visualiza lesión hipodensa de 30x21 mm en el hemisferio cerebeloso derecho, desplazando la línea media y dilatando los ventrículos. Neurocirugía decide conducta quirúrgica urgente, realizando una craniectomía y drenaje del absceso. Tras la cirugía, el paciente evoluciona hemodinámicamente estable realiza tratamiento con ceftriaxona, metronidazol, vancomicina durante 6 semanas completa, sin recates en cultivos. Paciente continua en sala general para estudios complementarios, de donde decide alta voluntaria en fecha 26/02/2025.

Discusión: Se menciona que el uso de corticoides en el tratamiento del absceso cerebral es controvertido, ya que, aunque algunos estudios sugieren que pueden reducir la mortalidad, también presentan riesgos, como el aumento de la posibilidad de rotura ventricular y disminución de la eficacia antibiótica. Por lo tanto, debe ser utilizado con precaución y retirado cuando sea posible.

Conclusión: El absceso cerebral sigue siendo una enfermedad rara y su diagnóstico puede ser complicado debido a la falta de signos específicos. La elección del tratamiento debe basarse en la información disponible sobre la entrada de la infección y las condiciones del paciente.



0019 EMPIEMA SUBDURAL SECUNDARIO A SINUSITIS EN PACIENTE CON TRAUMATISMO MAXILOFACIAL. A PROPOSITO DE UN CASO

JE ARIAS COBOS(1), MC LLERENA(1), G MONTI(1), J QUIROZ(1), A AGUIRRE(1), G BOTTARO(1), G ROMERO(1)
(1) Hospital Central San Isidro.

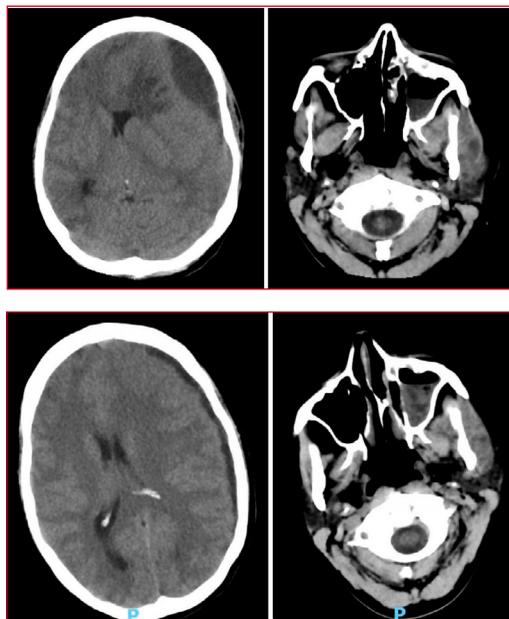
Introducción: El empiema subdural es una colección purulenta entre la duramadre y la aracnoides, la sinusitis es el cuadro predisponente más común especialmente cuando hay afección en los senos frontales o en combinación con los senos etmoidales y maxilares, aumenta su incidencia en pacientes con trauma maxilofacial reciente, es una afección poco frecuente pero potencialmente mortal, por lo que precisa una actitud terapéutica oportuna y un abordaje multidisciplinario.

Presentación del caso: Femenina 27 años, antecedentes de sinusitis y accidente automovilístico. Acude a guardia por cefalea holo craneana, dolor e impotencia funcional mandibular, enviada a domicilio con diagnóstico de luxación mandibular, tratamiento con corticoides y amoxicilina/acido clavulánico. A los 10 días acude por somnolencia, afasia y hemiplejía braquiocrural derecha, se realiza TC de encéfalo: Colección subdural fronto-temporo-parietal izquierdo con efecto masa y colapso del ventrículo lateral, ocupación del seno maxilar izquierdo, fosas nasales, celdillas etmoidales y senos frontal (Figura 1). Neurocirugía realiza drenaje de empiema, lavado con gentamicina. Ingres a UTI para manejo de paciente neurocrítico, valorada por ORL sin conducta quirúrgica, continua con ampicilina, ceftriaxona, metronidazol, vancomicina, dexameta-

sona y fenitoína. Se extuba, posteriormente intercorre con deterioro neurológico, TC: Colección epidural fronto-temporal izquierda, con desviación de línea media (Figura 2), se realiza evacuación de líquido por craniectomía, evidencian tejido encefálico tenso, con extensión de infección hacia la corteza cerebral compatible con cerebritis, se toma muestra para cultivos y colocan vancomicina en lecho quirúrgico, se escala antibiótico a meropenem, metronidazol, linezolid. Se interviene por ORL, realizan drenaje de fosa frontal, etmoidal, maxilar, se cultiva: Cándida Albicans en secreción de fosas paranasales iniciando anfotericina liposomal, luego se decala a flucanazol, completa esquema antibiótico a 6 semanas. Se decanula, alta hospitalaria con secuela de hemiparesia moderada derecha.

Discusión: El uso de antibióticos previos genero decapitación de cultivos requiriendo duración prolongada de los mismos. Así mismo el uso de gentamicina y vancomicina local genero inflamación en tejido cerebral provocando cerebritis.

Conclusión: El empiema subdural es una complicación rara y grave de la sinusitis. El diagnóstico oportuno, el tratamiento médico, quirúrgico precoz reduce el porcentaje de morbimortalidad y las secuelas.



0023 MONITOREO Y MANEJO VENTILATORIO PARA EL DESTETE EXITOSO DE PACIENTES CON MIASTENIA GRAVIS

I PICARDI(1), M GALLETTI(1), A GABRIEL(1)
 (1) Sanatorio Parque.

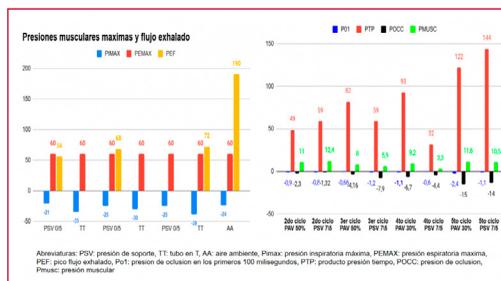
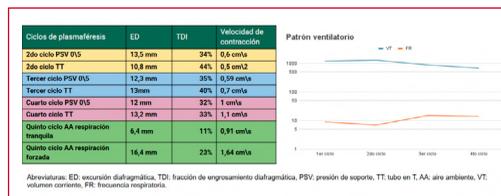
Introducción: La miastenia gravis es una enfermedad autoinmune de los receptores de acetilcolina en la membrana postsináptica, la cual genera debilidad muscular generalizada y visual. Pero en hasta un 20% de los casos los músculos respiratorios pueden verse afectados y requerir de ventilación mecánica.

Presentación del caso: Paciente masculino de 73 años, con miastenia gravis de reciente diagnóstico, ingresa a terapia intensiva para realización de plasmaféresis. Al complicarse con insuficiencia respiratoria se decidió la intubación orotraqueal. Se llevó a cabo un registro del seteo ventilatorio, monitoreo no invasivo del esfuerzo respiratorio, presiones musculares máximas y ecografía diafragmática durante la plasmaféresis. Luego de ellas, se extubó a ventilación no invasiva y se progreso al alta el día 10.

Discusión: Debido a que no se tuvo motivo de sedación profunda, se recomendó la ventilación mecánica espontánea para optimizar el trabajo diafragmático. Sin embargo, durante la misma también puede existir riesgo de atrofia por desuso o injuria, por lo que la

monitorización no invasiva del esfuerzo y los modos proporcionales son útiles. En este caso, no solo se incrementó la capacidad de contracción por respiración mediante la Pimax, sino que la capacidad de mantenerla en el tiempo mediante producto-presión tiempo y patrón ventilatorio. Si bien se mejoró la velocidad de contracción por ecografía, permaneció fuera de los valores recomendados.

Conclusión: El destete debe iniciarse cuando la causa está resuelta o en vías de resolución. Por lo que resulta clave evaluar los cambios en el esfuerzo muscular mediante todas las herramientas disponibles.



0024 HEMORRAGIA ALVEOLAR DIFUSA EN PACIENTE DE 72 AÑOS CON VASCULITIS ANCA-MPO :REPORTE DE CASO

A FELDMAN(1), K SIVILA(1), D VARELA(1), A GARCIA(1), M RENK(1), M ALIAGA(1), R ALVARADO(1), J CAPELLA(1), D QUARANTA(1)
 (1) Churruca

Introducción: La hemorragia alveolar difusa (DAH) es una complicación pulmonar grave, a menudo subdiagnosticada, que puede constituir la manifestación inicial de vasculitis asociadas a ANCA. Su presentación clínica puede ser atípica en pacientes añosos, lo que dificulta el diagnóstico precoz y agrava el pronóstico.

Caso clínico: Paciente de 72 años con antecedentes de hipertensión, diabetes, anemia ferropénica, péngifo ocular y síndrome de congestión pélvica. Ingresó por infección urinaria e insuficiencia respiratoria con tos y hemoptisis. La tomografía de tórax mostró opacidades en vidrio esmerilado bilaterales. Evolucionó con insuficiencia respiratoria hipoxémica, requiriendo intubación y ventilación mecánica. Se realizó fibrobroncoscopia con BAL, y estudios inmunológicos evidencian ANCA positivo con especificidad MPO, confirmando poliangeítis microscópica. Se inicia tratamiento con pulsos de metilprednisolona. Es extubada a cánula de alto flujo, pero recae con hipercapnia, requiriendo VNI. Ante persistencia de la actividad inflamatoria, se inicia Rituximab. Se reintuba al séptimo día por hipercapnia, hipoxemia y mala mecánica ventilatoria. A las 72 hs se la extuba a VNI, evoluciona con bacteriemia por ST.epidermidis.

Discusión: El sangrado en los espacios alveolares es la característica principal de la hemorragia alveolar difusa (DAH) y se debe a la ruptura de la membrana basal alveolar-capilar. Esto es causado por una lesión o inflamación de las arteriolas, vénulas o capilares septales alveolares (pared alveolar o intersticiales). La hemoptisis es el síntoma de presentación habitual, sin embargo, no siempre está presente, incluso cuando la hemorragia es lo suficientemente grave como para poner en peligro la vida. El diagnóstico se basa en un alto índice de sospecha, BAL e inmunomarcadores,

Conclusión: El manejo intensivo y escalonado de la DAH en pacientes añosos, con vasculitis ANCA-MPO, incluyendo inmunosupresores

como Rituximab, puede mejorar la evolución clínica. Este caso resalta la importancia de un enfoque diagnóstico y terapéutico precoz e individualizado.

0025 SHOCK HIPOVOLEMICO EN EMBARAZO HETEROTOPICO: REPORTE DE UN CASO

A FELDMAN(1), K SIVILA(1), D VARELA(1), K DELIA(1), R OCHOA(1), G SIBILA(1), A ALEJANDRO(1), J CAPELLA(1), D QUARANTA(1)
(1) Churrucá

Introducción: El embarazo ectópico (EE) se define como la coexistencia de un embarazo intrauterino y uno ectópico, afectando al 1-2% de las gestaciones. Se caracteriza por la implantación de un óvulo fertilizado fuera de la cavidad uterina, siendo la trompa de Falopio el sitio más común.

Presentación del caso: Paciente de 30 años con antecedentes de una gesta, un parto, cursando embarazo de 8 semanas de gestación, ingresa por shock hipovolémico, Eco FAST líquido libre abundante en Douglas, se constata hemoperitoneo, decidiéndose conducta quirúrgica, se realiza salpingectomía, más rafia uterina, drenajes dirigidos a útero y fondo de saco de Douglas, reanimación con cristaloides, 2 UGR y soporte vasopresor. Ingresando a UTI en el postoperatorio inmediato con intubación orotraqueal y ARM, con noradrenalina 0.1 mcg/kg/min. Ecografía control, saco gestacional normoimplantado. con posterior pase a sala general.

Discusión: La paciente fue diagnosticada con un embarazo normoimplantado. El shock hipovolémico sugiere la ruptura de un embarazo ectópico, que requiere intervención inmediata. El diagnóstico de embarazo heterotópico aumento en las últimas décadas debido al uso creciente de técnicas de reproducción asistida (TRA). La ecografía transvaginal sigue siendo la herramienta diagnóstica, aunque su sensibilidad para detectar embarazos heterotópicos puede ser limitada. Considerar el embarazo heterotópico en el diagnóstico diferencial de pacientes con dolor abdominal y embarazo confirmado, especialmente en aquellas con factores de riesgo como el uso de técnicas de reproducción asistida (TRA), antecedentes de enfermedad inflamatoria pélvica o cirugía tubárica previa. Se requiere seguimiento multidisciplinario

Conclusión: El embarazo heterotópico puede conllevar a la ruptura tubárica y shock hipovolémico. Este caso destaca la importancia del diagnóstico temprano y el manejo quirúrgico inmediato. La salpingectomía radical fue crucial para estabilizar a la paciente, mientras que la identificación posterior de un embarazo intrauterino viable confirmó el diagnóstico de embarazo heterotópico. La identificación temprana y el manejo adecuado mejora la calidad de vida y los resultados reproductivos futuros de las pacientes.

0027 INTERNACIÓN PROLONGADA EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS: SÍNDROME DE MILLER FISHER/GUILLAIN BARRÉ ATÍPICO REPORTE DE CASO

F VAZQUEZ BRIGNOLE(1), LG DURAN(1), ST LACO(1), FE ESPINOZA(1), M OTAMENDI(1), M CRUZ(1), NA GRASSI(1), MG MONTENEGRO FERNANDEZ(1)
(1) Hospital Municipal Agudos Leonidas Lucero.

Introducción: El síndrome de Guillain-Barré (SGB) es la enfermedad autoinmune más frecuente de neuropatía parálitica aguda. Se caracteriza por presentar disociación albumino-citológica y marcadores inmunológicos positivos, además de una presentación clínica de disminución de la fuerza muscular ascendente.

Presentación del caso: Varón de 37 años con antecedentes de obesidad grado III que consultó por disnea progresiva en contexto de una faringoamigdalitis de tórpida evolución.

Al ingreso se realizó tomografía de tórax y cuello en donde se evidenció una imagen compatible con absceso retrofaringeo. Durante el estudio presentó dificultad respiratoria con posterior parada cardio-

respiratoria secundaria a hipoxia por lo cual se realizó soporte vital avanzado, intubación orotraqueal y se trasladó a Terapia Intensiva. Esta falla ventilatoria junto al antecedente infeccioso se interpretó secundaria a síndrome neuromuscular y por ello se realizó toma de muestra de líquido cefalorraquídeo (LCR) que no evidenció disociación albumino/citológica. Se procedió a solicitar en suero y LCR antígeno de GM1, GM2 GD1a, GD1b, GQ1b), anticuerpos frente a los receptores de acetilcolina (ACRA) y anticuerpos anti-tirosin-quinasa específica de músculo (MuSK), todos ellos resultados negativos. Junto a la toxina botulínica en materia fecal negativa, se desestimó diagnósticos diferenciales como Miastenia Gravis o Botulismo. Ante la alta sospecha clínica de enfermedad neuromuscular se realizaron pruebas de tratamiento con bromuro de piridostigmina, pulso de corticoides y plasmaféresis, todas ellas sin cambios clínicos significativos. Finalmente, se realizó electromiografía donde se observó severa afectación neurogénica, axonal y mielínica con bloqueo de la conducción motora en todos los nervios estudiados, por lo que se diagnóstico una sub-variante seronegativa del SGB. Finalmente, luego de 217 días de internación, con continuo seguimiento por kinesioterapia, se logró el alta hospitalaria.

Discusión: Entendemos al SGB atípico como un diagnóstico de descarte, luego de multiplicidad de estudios diagnósticos y una alta sospecha clínica de afectación neuromuscular. Conclusión: Creemos de suma importancia presentar este caso clínico ante no solo la patología de baja incidencia y dificultad diagnóstica, sino también por el fundamental rol de las distintas disciplinas para el manejo y evolución de estos tipos de pacientes.



0028 HEMISFERECTOMIA COMO TRATAMIENTO DE ENCEFALITIS DE RASMUSSEN: REPORTE DE CASO

A MASSO(1), G DA PRAT(1), F PALMA(1), N VERGOTTINI(1), R QUIROGA(1), A RIVERA(1), R VITELLO(1), S TORRES(1)
(1) Sanatorio Anchorena San Martin.

Introducción: La encefalitis de Rasmussen es una enfermedad crónica e inflamatoria, caracterizada por convulsiones recurrentes, deterioro cognitivo y atrofia hemisférica progresiva.

Las convulsiones suelen ser resistentes a las drogas disponibles y el desarrollo de status epiléptico es común.

La hemisferectomía continúa siendo el tratamiento de elección con mejores resultados clínicos.

Caso clínico: Paciente de 17 años de edad, con diagnóstico de encefalitis de Rasmussen desde los 15 años. En tratamiento con topiramato, brivaracetam, clobazam y oxcarbazepina en dosis máximas.

Ingresa por presentar crisis focales izquierdas que generalizan y derivan en status epileptico, con requerimiento de ventilación mecánica y sedación profunda.

Se realiza resonancia de cerebro que evidencia hipoplasia del hipocampo derecho. Se realiza punción lumbar sin hallazgos patológicos, interpretándose como progresión de enfermedad de base. Se decide realizar gammaglobulina por 2 días (no se realiza Rituximab por bajo dosaje de CD 20) sin respuesta. Ante la persistencia de crisis invalidantes se decide realizar hemisferectomía derecha. Se realiza cirugía sin complicaciones inmediatas. Presenta meningitis posquirúrgica con adecuada respuesta a tratamiento antibiótico. Evoluciona con mejoría sintomática, ausencia de convulsiones izquierdas, pero con paresia braquiocrural izquierda y disautonomías que responden a propranolol. Se realiza traqueostomía y se otorga alta hospitalaria.

Reingresa a los 6 meses, ya decanulada, para realización de craneoplastia, la cual se lleva a cabo sin complicaciones.

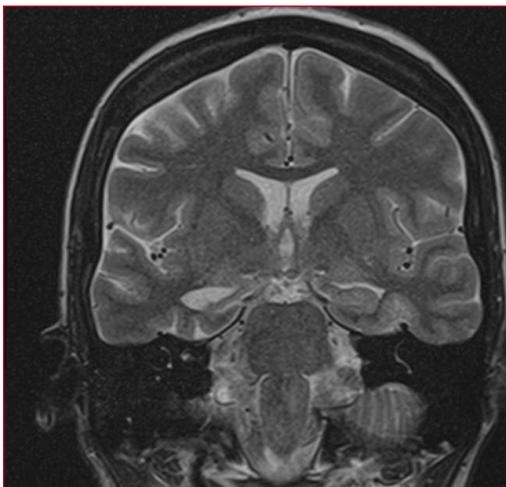
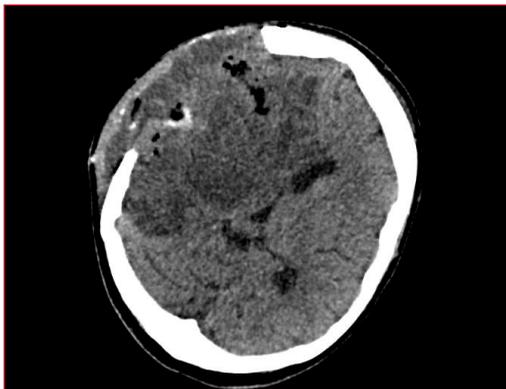
Discusión: Presentamos el primer caso de hemisferectomía en nuestro centro, en una paciente con encefalitis de Rasmussen con convulsiones refractarias al tratamiento médico.

En concordancia con otros casos reportados, la paciente quedó con una secuela severa pero con resolución total de las convulsiones, lo cual derivó en una mejor calidad de vida.

Además, al ser hemisferio no dominante, no presentó afasia ni alteraciones cognitivas..

El momento óptimo para la realización de la cirugía no está aún dilucidado, aunque los expertos concuerdan en retrasar la misma hasta que las convulsiones ya no puedan ser manejadas con tratamiento médico únicamente.

Conclusión: La hemisferectomía continúa siendo el tratamiento quirúrgico de elección para esta patología. La decisión de llevarla a cabo debe ser cautelosamente tomada de manera multidisciplinaria y con el aval familiar.



0029 LESION ESPLENICA COMO COMPLICACION DE COLONOSCOPIA

LJ OROZCO CHIMA(1), JA VERGARA ARRIETA(1)

(1) Clinica Santa Isabel.

Introducción: La ruptura esplenica es una afección potencialmente mortal debido a hemorragia interna masiva y a menudo difícil de diagnosticar. La colonoscopia, como estudio de predilección para pesquisar enfermedad intestinal, se realiza de manera rutinaria y con una muy buena tolerancia. Las complicaciones mas comunes que son el sangrado y la perforación se presentan en una muy baja tasa de incidencia y la ruptura esplenica si bien es extremadamente rara, puede presentarse como una forma grave que pone en riesgo la vida del paciente.

Presentación de casos: Presentamos dos pacientes de sexo femenino con edades de 73 y 62 años, que presentan shock hipovolémico secundario a rotura de bazo en las primeras 24 hrs de realizado de forma rutinaria y programada, la videocolonoscopia. Siendo necesario resucitación hemodinámica, soporte ventilatorio invasivo y esplenectomía de emergencia para su resolución.

Discusión: La ruptura esplénica asociada a procedimientos endoscópicos, es una complicación con muy baja incidencia, aproximadamente entre el 0.0005 y 0.017% en la literatura norteamericana, lo cual a su vez representa un reto diagnóstico, ya que no todos los casos evolucionan con shock, o la lesión esplénica no es lo suficientemente grande como para llevar al paciente en estado de shock o a sufrir hemorragia peritoneal. Los pocos casos que representan en los que la lesión esplénica es grave, se manifiestan como shock hipovolémico por la hemorragia generada, llegando a alcanzar una mortalidad de alrededor del 5%. Dentro de los mecanismos fisiopatológicos, se describen la tracción excesiva del ligamento esplenocólico como principal causante y se propone una estrecha relación de los antecedentes quirúrgicos abdominales como generador de adherencias lo cual dificulta la tracción de asa fija.

Conclusión: A pesar de la baja incidencia de la ruptura esplénica como complicación de la videocolonoscopia y el reto diagnóstico que conlleva, se propone tener en cuenta a la hora de su realización. Dado que la gravedad del cuadro en los casos más severos presenta una alta mortalidad y el abordaje temprano la convierte en una enfermedad tratable y de buen pronóstico.

0032 ASISTOLIA Y PARO CARDIORESPIRATORIO POR ESTIMULADOR VAGAL

A MASSO(1), N VERGOTTINI(1), A RIVERA(1), R QUIROGA(1), R VITELLO(1), D POICIECHA(1), S TORRES(1)

(1) Sanatorio Anchorena San Martin.

Introducción: La estimulación del nervio vago (ENV) es una alternativa terapéutica para el tratamiento de la epilepsia refractaria. Consiste en la implantación de un neuroestimulador en la porción cervical del nervio vago izquierdo que emite impulsos al cerebro y genera una modulación parasimpática de las convulsiones. Las complicaciones más frecuentes asociadas a ENV son alteraciones en la voz, tos y cefalea. Existen pocos casos reportados de bradicardia y asistolia asociada a la implantación o recambio de generador del neuroestimulador.

Presentamos el caso de una paciente que desarrolla bradicardia y asistolia con posterior paro cardiorrespiratorio asociada a ENV.

Reporte del caso: Paciente femenina de 16 años de edad, con antecedente de epilepsia refractaria en tratamiento con lacosamida, levetiracetam y oxcarbazepina. Presenta estimulador vagal colocado 6 meses previos a su internación.

Se interna por aumento de frecuencia de convulsiones de 24 horas de evolución, asociado a fiebre. Se diagnostica neumonía por Mycoplasma y se inicia tratamiento con claritromicina.

Se realiza modificación del seteo del estimulador vagal, llevándolo a una amplitud de 2mA, ancho de pulso 500 µs y frecuencia de 30Hz. Evoluciona posteriormente con bradicardia y asistolia. Se constata

paro cardiorrespiratorio, por lo que inicia reanimación cardiopulmonar según normas de ACLS por 15 minutos, logrando retorno a ritmo sinusal.

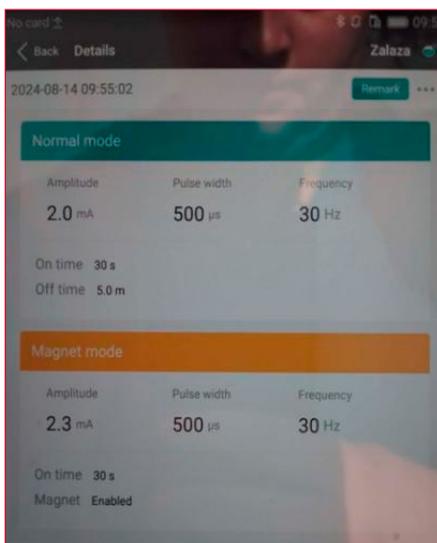
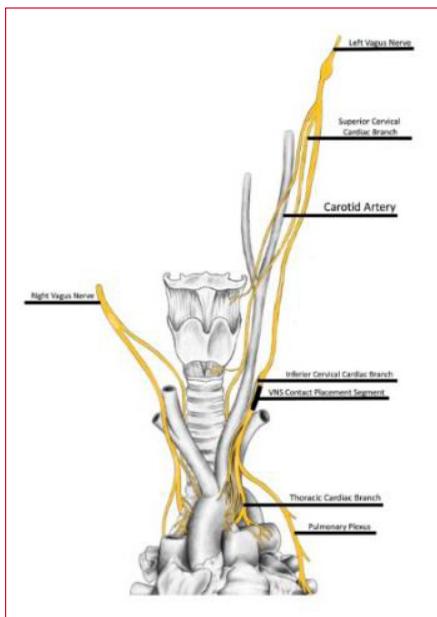
Se descartan causas metabólicas, infecciosas o cardiovasculares como desencadenantes del cuadro. Se apaga el neuroestimulador.

Evoluciona con mejoría hemodinámica, logrando suspender vasoactivos y extubación a las 24 horas del cuadro. Continúa tratamiento antibiótico con resolución de los síntomas y alta a la semana de internación.

Discusión: Presentamos un caso de asistolia y posterior paro cardiorrespiratorio secundario a ENV. Actualmente son pocos los casos similares y la mayoría están asociados a la implantación o recambio del estimulador.

No existe aún una solución para esta complicación, aunque en ciertos casos se puede sugerir la colocación de un marcapasos derecho previo a la reactivación del estimulador.

Conclusión: La ENV es una alternativa terapéutica novedosa en el tratamiento de epilepsia refractaria, sin embargo no está exenta de efectos adversos. La bradicardia (y eventual asistolia) es una complicación extremadamente grave y poco frecuente que debe ser considerada en aquellos pacientes con inestabilidad de causa no clara.



0033 INFLUENCIA DEL ACOPLAMIENTO VENTRICULO-ARTE-RIAL EN LA MORTALIDAD MEDIDA POR TERMODILU-CIÓN TRANSPULMONAR

A GIORDANA(1), C GONZALEZ(1), E PAPINI(1), C LOVESIO(1), IM MONGE GARCIA(2)

(1) Sanatorio Parque. (2) Universitario De Jerez.

Introducción: El acoplamiento ventriculo-arterial (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. Se ha descrito una gran proporción de desacoplamiento de la AV medido por ecocardiografía en pacientes con shock séptico.

Objetivos: Evaluar si existe una asociación entre la VAC y la mortalidad. También, determinar valores de referencia de VAC que pudieran predecir una mayor mortalidad en pacientes críticos con sepsis e insuficiencia hemodinámica medida por termodilución transpulmonar.

Métodos: Se realizó un estudio prospectivo en una unidad de terapia intensiva médico-quirúrgica de 24 camas. Se incluyeron pacientes con sepsis y disfunción cardiovascular a los que se les realizó seguimiento hemodinámico con termodilución transpulmonar (TPTD). Se evaluaron las variables hemodinámicas de la primera medición de TPTD. Para el cálculo de Ea se utilizó la fórmula $(TAM * 0.9) / VS$. Para Ees se aplicó 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. Se utilizó la regresión logística binaria para determinar los factores asociados de manera independiente con la mortalidad y se construyó una CURVA ROC para determinar el corte de puntos asociados con la mortalidad.

Resultados: Se incluyeron 34 pacientes, 11 eran mujeres. La edad media fue de 57 años [40 – 68] ($p=0,53$) Apache II y las puntuaciones de SOFA fueron 19 [13 – 27] y 8 [5 – 9]; ($p=0,02$) ($p=0,53$) respectivamente. Las variables hemodinámicas se muestran en la tabla 1. La curva ROC se muestra en la tabla 2, el AUC fue de 0,75. El valor de corte de VAC que predijo mayor mortalidad en esta cohorte fue de 1,27 ($p=0,02$) con una sensibilidad del 70% y una especificidad del 83%. Es importante tener en cuenta que estos son resultados preliminares.

Conclusiones: En esta cohorte VAC se asoció de manera independiente a mortalidad. El valor de corte de VAC que predijo mayor mortalidad fue de 1,27 ($p=0,02$) con una sensibilidad del 70% y una especificidad del 83%

0034 ENCEFALOPATÍA AGUDA NECROSANTE RECURRENTE DESENCADENADA POR INFECCIONES

MI CAZENAVE(1), D CZERWONKO(2), A GIRA(2), R BERTALNA(3), S COSENZA(3), C STEER(2), A FIGUEROA(2)

(1) Universitario Austral. (2) Hospital Universitario Austral. (3) Hospital Universitario Austral.

Introducción: La encefalopatía aguda necrosante (EAN) es una encefalopatía rápidamente progresiva, predomina en niños sanos asociada a infecciones víricas. La mayoría de los casos son esporádicos y no recurrentes. El diagnóstico se basa en 3 criterios a) el desarrollo de una encefalopatía rápidamente progresiva de inicio de 1 a 3 días tras enfermedad febril; b) lesiones simétricas multifocales en el estudio de resonancia magnética (RM) craneal con afectación de talamos y c) exclusión de otros diagnóstico diferenciales. El pronóstico comprende desde la recuperación completa, hasta secuelas neurológicas permanentes (espasticidad, retraso mental, epilepsia) y fallecimiento. El 50% de los pacientes que sobreviven presentan una recurrencia que suele ser más grave que el episodio inicial.

Presentación del caso: Paciente femenina de 38 años, con encefalitis por Epstein Barr a los 21 años presentó estupor, a los 30 años, estado gripal y estupor sin diagnóstico, secuela de epilepsia. En Julio del 2024 síndrome gripal con fiebre, positivo para Influenza agrega marcha inestable, disartria, afasia, desorientación. Ingres a otro

centro, se sospecha meningitis infecciosa, RM con hiperintensidad difusa en T2 y FLAIR con extenso daño de sustancia blanca. Evolución con estupor y se conecta a ARM, se plantean encefalomielitis autoinmune e inicia Corticoides. Se deriva a HUA, RM muestra progresión de hiperintensidad en sustancia blanca bihemisférica e infratentorial, se realiza anticuerpos de encefalitis autoinmune, anti antígenos neuronales de superficie, MOG, bandas oligoclonales y cultivos de LCR negativos. Se realiza 5 dosis de gammaglobulina se recupera ad integrum y en octubre RMN restitución ad integrum

Discusión: Se plantean diagnósticos diferenciales con: esclerosis múltiple (lesiones definidas y temporalidad distinta), enfermedad asociada a Anti MOG (MOG negativo), encefalomiéлитis óptica (negativo anti AQP4), encefalitis autoinmune (Ac negativos) y meningoencefalitis infecciosa (LCR negativo) y Encefalomiéлитis aguda diseminada.

Se realizó exoma: no se identificaron variantes en el gen RANBP2 y se detectó una variante del gen FHL1 se asocia a encefalopatía epiléptica (significado incierto)

Conclusiones: Presentamos el caso de una EAN excepcionalmente rara por haber presentado el primer episodio en la adultez y ser recurrente sin antecedentes familiares. Esto se corresponde con el gen RANBP2 negativo.

0035 NEUMONÍA ATÍPICA SECUNDARIO A LEGIONELLA PNEUMOPHILA EN PACIENTE NO INMUNOCOMPROMETIDO: REPORTE DE CASO CON SOPORTE ECMO COMO TERAPÉUTICA.

HA ARMANDOLA(1), CA MEDINA(1), G GÓMEZ(1)
(1) Dr. Jose Maria Cullen.

Introducción: La enfermedad del Legionario es causada por bacterias pertenecientes al género Legionella, siendo la especie Pneumophila el principal agente etiológico de esta patología. Corresponden a bacilos aerobios gramnegativos que crecen lentamente y se encuentran ampliamente distribuidos en cuerpos de agua. Se presenta como una neumonía atípica, responsable del 1 al 15 % de los casos de neumonías adquiridas en la comunidad (NAC), y del 5 al 10% de neumonías del adulto.

Presentación del caso: Masculino de 35 años de edad, tabaquista, sin otros antecedentes, ingresa al Hospital San Martín de Paraná por síndrome febril de una semana de evolución. Se constata infiltrados alveolo intersticial bilateral e insuficiencia respiratoria; realizándose diagnóstico de NAC grave e inicia antibiotico empírico. Progresa con SDRA, por lo que se vincula a ARM, estrategia protectora y ventilación en pronó; refractario a medidas instauradas, se decide vincular a paciente en ECMO VV y traslado Hospital J.M Cullen Santa Fe; se realizan cultivos con diagnóstico por Minibal (método Filmarray) y Ag Urinario de Legionella Pneumophila, por lo que inicia antibioticoterapia dirigida. Presenta buena evolución clínica comienza weaning, logrando la decanulación a los 10 días y la extubación a las 24 hs posteriores.

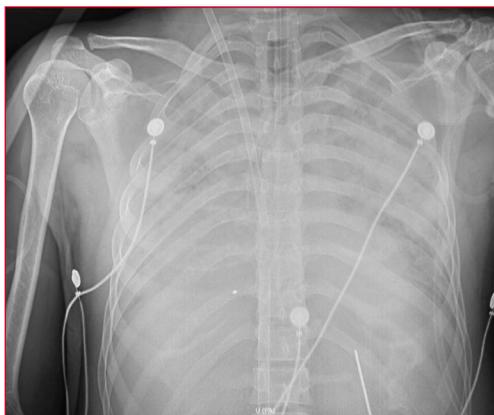
Discusión: La Legionelosis, es una causa importante de neumonía adquirida de la comunidad, en el cual su diagnóstico implica un gran desafío debido a la variabilidad de los síntomas y la necesidad de pruebas específicas; su capacidad de generar brotes en lugares con sistemas de agua, resalta la necesidad de vigilancia epidemiológica y control. El tratamiento antibiótico por lo general es ampliamente efectivo; Solo existen 3 casos de reportes a nivel mundial que necesitaron ECMO por progresión a SDRA.

Conclusión: Se evidenció que el SDRA secundario a Legionella Pneumophila, aumenta la tasa de sobrevivencia en situaciones de detección y tratamiento precoz, mediante el abordaje multidisciplinario.

Determinaciones		Resultados	
BAL	Minibal		
Gram	Abundantes leucocitos		
PMN	> 24 leucocitos/campo		
CBE	< 1%		
CC	< 1%		
Cultivos	No hubo desarrollo		
MUESTRA	Minibal		
Filmarray PNEUMONIA			
Acutibacter catarrhalis/haemophilus complex	NO DETECTADO		
Bordetella pertussis complex	NO DETECTADO		
Escherichia coli	NO DETECTADO		
Haemophilus influenzae	NO DETECTADO		
Klebsiella aerogenes	NO DETECTADO		
Legionella pneumophila	NO DETECTADO		
Klebsiella pneumoniae	NO DETECTADO		
Staphylococcus aureus	NO DETECTADO		
Streptococcus pneumoniae	NO DETECTADO		
Klebsiella pneumoniae group	NO DETECTADO		
Pseudomonas aeruginosa	NO DETECTADO		
Proctus spp.	NO DETECTADO		
Legionella pneumophila	NO DETECTADO		
Moraxella catarrhalis	NO DETECTADO		
Streptococcus pneumoniae	NO DETECTADO		
Symptotermus pneumoniae	NO DETECTADO		
Gen de resistencia ATN: CTX-H	NO DETECTADO		
Gen de resistencia ATN: DMP	NO DETECTADO		
Gen de resistencia ATN: NDC	NO DETECTADO		
Gen de resistencia ATN: mecA/C y HBE	NO DETECTADO		
Gen de resistencia ATN: NDH	NO DETECTADO		
Gen de resistencia ATN: OXA-48-like	NO DETECTADO		
Gen de resistencia ATN: VIM	NO DETECTADO		
Adenovirus	NO DETECTADO		
Citomegalovirus	NO DETECTADO		
Human Herpesvirus 1/Epstein-Barr virus	NO DETECTADO		
Human Herpesvirus 4/Epstein-Barr virus	NO DETECTADO		
Influenza A	NO DETECTADO		
Influenza B	NO DETECTADO		
Mycoplasma pneumoniae	NO DETECTADO		
Respiratory syncytial virus	NO DETECTADO		

Determinaciones		Resultados	
Legionella pneumophila	DETECTADO (metodo por derivado lab central)		

Determinaciones		Resultados	
Teste rápido de antígenos para COVID-19	Negativo		
IgM			
Imunocromatografía			
Coronavirus (2019-nCoV) - PCR			
RT-PCR REAL TIME			
Resultado	Inf		
Resultado	no detectable		
INFLUENZA A - PCR			
RT-PCR REAL TIME			
Resultado	Inf		
Resultado	no detectable		
INFLUENZA B - PCR			
RT-PCR REAL TIME			
Resultado	Inf		
Resultado	no detectable		



0037 ENFERMEDAD TIPO INFLUENZA EN CUIDADOS CRÍTICOS. UN ESTUDIO OBSERVACIONAL.

MC PALACIO(1), C QUINTANILLAS HERBAS(1), JC MEDINA(1), M CHAMADOIRA(1), A GUTIERREZ(1), S DUARTE(1), D BOSCH(1), C BEDOYA(1), C REYES(1)
(1) Sanatorio Anchorena Itoiz.

Introducción: El conocimiento etiológico integrado de infecciones respiratorias agudas (IRA), virales permite caracterizar la situación epidemiológica, para orientar la toma de decisiones e implementar medidas de diagnóstico precoz y tratamiento oportuno especialmente en cuidados críticos. La Enfermedad tipo influenza (ETI) impacta en pacientes con comorbilidades agravando patologías de base aumentando así la morbi-mortalidad.

Materiales y Métodos: Se llevó a cabo un estudio descriptivo, observacional y prospectivo durante un periodo de seis meses, desde mayo del 2024 hasta octubre del 2024. Se incluyeron todos los pacientes que se internaron en el Servicio de Terapia Intensiva debido a un cuadro de infección respiratoria aguda grave de etiología viral. Se identificaron los siguientes agentes virales: SARS-CoV-2, influenza A y B, virus sincicial respiratorio (VSR), parainfluenza I, II y III, adenovirus, rinovirus, enterovirus y metapneumovirus.

Resultados: Se incluyeron un total de 26 pacientes. La media de edad fue de 60,8 años y el 65,4% de sexo masculino. Se describen los agentes virológicos, Influenza A y sincicial respiratorio 46.2% resto metapneumovirus y coinfecciones virales asociadas. APACHE II de 14,08. Días de internación totales 17 y una mediana de 12 días de terapia intensiva. Siete pacientes (26,9%) presentaron coinfección viral-bacteriana, siendo el neumococo el más común. De los 26 pacientes, 19 (73,1%) presentaron ETI con infiltrado pulmonar, 13 (50%) con reagudización de EPOC y 4 (15,4%) con asma grave. Un total de 10 (38,5) pacientes requirieron ventilación mecánica invasiva, con una media de duración de 12,7 días. Cuatro (15,4%) pacientes fallecieron.

Discusión: Describimos la ETI en nuestra población de cuidados críticos, desde la semana epidemiológica 18 a 40 identificando etiología viral, Influenza A y VSR con otras asociaciones, evaluando la gravedad en pacientes con comorbilidades y edad. En el grupo de mortalidad los cuatro pacientes fallecidos presentaban 2 de ellos EPOC con O2 domiciliario, 1 EPOC con Ca de pulmón y 1 paciente con retraso madurativo y cardiopatía. Se constata la ausencia de vacunación en la mayoría de los pacientes.

0038 ROL DEL ECOCARDIOGRAMA TRANSESOFAGICO EN EL DIAGNOSTICO ETIOLOGICO DEL ACCIDENTE CEREBROVASCULAR ISQUEMICO

MC PALACIO(1), C REYES(1), JC MEDINA(1), M CHAMADORA(1), C QUINTANILLAS HERBAS(1), D BOSCH(1), C BEDOYA(1), S DUARTE(1), A GUTIERREZ(1)
(1) Sanatorio Anchorena Itoiz.

Introducción: El Accidente cerebrovascular isquémico presenta un 20% de etiología cardioembólica que representa un subgrupo de pacientes con elevada mortalidad y alta tasa de recurrencia, aproximadamente un 12% en las primeras dos semanas. La ecocardiografía transesofágica (ETE) desempeña un papel fundamental en el diagnóstico y manejo de la fuente embólica.

Objetivos: Describir los hallazgos del ETE en los pacientes con ACV isquémico.

Cambio de indicación terapéutica según hallazgo de ETE.

Pacientes y Métodos: Se realizó un estudio Observacional en el que se incluyeron en forma prospectiva pacientes consecutivos con diagnóstico de ACV isquémico en el Servicio de Terapia Intensiva desde enero 2024 a marzo 2025. Los cardiólogos especializados en imagen realizaron el ETT y el ETE independientemente y ciegos entre sí. Fueron 28 pacientes incluidos en el análisis.

Resultados: Se reclutaron 28 pacientes, 12 mujeres (43%) y 16 hombres (57%), media de edad 65,7 años.

Los hallazgos obtenidos en el ETE fueron los siguientes:

*La aortopatía aterosclerótica torácica está presente en 15 pacientes (53,5%) como Ateromatosis grado III.

*De ellos la patología potencialmente embolígena por placas ulceradas complicadas en arco aórtico fueron en 2 pacientes.

* 1 paciente con trombo en aurícula izquierda

* 1 paciente con trombo protésico en válvula mitral (VM)

* 2 pacientes con prolapso de VM e Insuficiencia mitral severa y otro con ruptura de cuerda tendinosa.

* 1 paciente con vegetación en valva Aortica

* 1 paciente con actividad de la orejuela severamente deprimida.

* 3 pacientes con foramen oval permeable (FOP) de los cuales una paciente tenía FOP y aneurisma del septum interauricular (ASIA) significativo.

Se identificaron causas potenciales y ciertas de embolia en 9 pacientes, de los cuales

Se cambia la conducta terapéutica en 4 pacientes (14,3%).

Conclusión: Considerando que el ACV cardioembólico tiene una recurrencia frecuente y se puede prevenir con tratamiento según la etiología, la utilización del ETE es un estudio mínimamente invasivo, fácil de realizar en la cabecera del paciente y con gran rédito diagnóstico de patología aórtica y cardíaca.

0039 COMPARACIÓN DE PARÁMETROS DE LA PRUEBA INDIRECTA DEL GUGGING SWALLOWING SCREEN ADAPTADO A CUIDADOS CRÍTICOS: POST-EXTUBACIÓN Y ALTA DE LA UCI

VA FUGAS(1), MD VAGO(1), P ASTEGIANO(1), NI CARRIZO(1)
(1) Dr. J.M. Cullen.

Introducción: El Gugging Swallowing Screen para UCI (GUSS-ICU) puede detectar disfagia post-extubación mediante pruebas indi-

recta y directa, siendo la primera un requisito para avanzar hacia la directa con alimentos. Analizar los parámetros de la prueba indirecta es clave para comprender las condiciones que impiden un diagnóstico basado en la ingesta oral.

Objetivos: Describir la evolución de los parámetros de la prueba indirecta del GUSS-ICU post-extubación, comparar los cambios al alta de la UCI y analizar su asociación con variables clínicas.

Métodos: Estudio prospectivo preliminar (junio 2024 - febrero 2025) en pacientes ≥ 18 años con ventilación mecánica (VM) ≥ 48 horas en la UCI de un hospital público de tercer nivel. Se aplicó el GUSS-ICU diariamente desde las 24 horas post-extubación hasta el alta de la UCI. Una fonoaudióloga experimentada realizó las evaluaciones. Se utilizó McNemar para comparar los parámetros de la prueba indirecta post-extubación y al alta, y U de Mann-Whitney para comparar los días de VM según parámetros que permanecieron alterados al alta de la UCI. Se consideró $p < 0.05$.

Resultados: Se incluyeron 62 pacientes, de los cuales 56,5% ($n=35$) no superó la prueba indirecta tras la extubación (características en tabla). De estos, 31 fueron evaluados al alta de la UCI, mostrando mejoras significativas en el estado de alerta (RASS 0 a +2: 32,3% a 80,6%; $p=0,000$), tos efectiva (25,8% a 74,2%; $p=0,000$) y capacidad de tragar saliva (38,7% a 93,5%; $p=0,000$). Hubo reducción significativa en la presencia de estridor (29,0% a 3,2%; $p=0,013$) y cambios en la voz (58,1% a 12,9%; $p=0,001$). La incapacidad para tragar saliva al alta se asoció con mayor duración de VM (mediana: 12,5 vs. 7 días; $p=0,009$), al igual que los cambios en la voz (10,5 vs. 7 días; $p=0,010$).

Conclusiones: La mitad de los pacientes no superó la prueba indirecta del GUSS-ICU al alta de la UCI. La persistencia de alteraciones que impiden avanzar a la prueba directa se asocia con mayor duración de la VM, lo que destaca la necesidad de aplicar sistemáticamente el GUSS-ICU para monitorizar la evolución de la deglución y guiar las intervenciones en tiempo oportuno.

Características	Valores
Sexo (N, %)	
Mujer	11 (35,5%)
Hombre	20 (64,5%)
Edad (media, DE)	40 (16)
Motivo de ingreso (N, %)	
Cirugía programada	3 (9,7%)
Cirugía de urgencia	6 (19,4%)
Médica	11 (35,5%)
Trauma	11 (35,5%)
APACHE II (media, DE)	18 (6)
ECNT (N, %)	
Sí	10 (32,3%)
No	21 (67,7%)
Adicciones (N, %)	
Sí	5 (16,1%)
No	26 (83,9%)
Desnutrición al ingreso (N, %)	
Sí	12 (38,7%)
No	19 (61,3%)
Reintubación (N, %)	
Sí	5 (16,1%)
No	26 (83,9%)
Días con VM (media, DE)	8 (3)
Días en la UCI (media, DE)	13 (5)

0040 IMPACTO DEL PANEL PCR MULTIPLEX EN LA REDUCCIÓN DEL USO DE ANTIBIÓTICOS DE AMPLIO ESPECTRO EN LA NEUMONÍA ASOCIADA A VENTILACIÓN MECÁNICA

MS VENUTI(1), MI STANELLONI(2), F HUAIEZ ARRIAZO(2), S BUKOKAS(2), N ZULJEVIC(2), G IBAÑEZ(2), S DI STEFANO(2), M VISUS(2), G VECCHIO(2), M SANCHEZ(2), C NEMIROVSKY(2), VC STANEK(2)

(1) Hospital Italiano De Bs As. (2) Hospital Italiano De Bsas.

El uso prolongado de antimicrobianos de amplio espectro es un factor determinante en el incremento de la resistencia antimicro-

biana. Este estudio evaluó el impacto de una estrategia multimodal para reducir la duración del tratamiento antimicrobiano empírico en pacientes críticos con sospecha de neumonía asociada a la ventilación mecánica (NAV). Se desarrolló en una unidad de cuidados intensivos (UCI), bajo un diseño cuasi-experimental y retrospectivo, comparando un período preintervención (agosto 2018 – julio 2019) con un período postintervención (agosto 2022 – julio 2023).

Fueron incluidos pacientes adultos que recibieron antimicrobianos por sospecha de NAV y presentaron cultivos respiratorios positivos, con 35 eventos registrados en el primer período y 53 en el segundo. La intervención combinó un algoritmo diagnóstico-terapéutico, el uso de un panel de PCR multiplex (PnP) para neumonía, formación del personal de la UCI y mejora en la comunicación con un equipo de consulta multidisciplinaria.

Como resultado, la mediana del tiempo desde la prescripción del antibiótico hasta su modificación se redujo significativamente de 76 horas (IQR 63–100) a 21 horas (IQR 8–31), representando una disminución de 55 horas (IC 95%: -67 a -42; $p < 0,001$). No obstante, al analizar por separado los antimicrobianos más utilizados —vancomicina, carbapenémicos y colistina—, las reducciones en el tiempo no fueron estadísticamente significativas.

El panel PnP demostró una alta especificidad (100%; IC 95%: 92,3–100) y valor predictivo negativo (98,2%) para la detección de *Staphylococcus aureus* resistente a meticilina, con una sensibilidad del 83,3%. En cuanto a las betalactamasas de espectro extendido, mostró un rendimiento diagnóstico moderado: sensibilidad del 62,5%, especificidad del 84,1% y valor predictivo negativo del 88,2%.

En conclusión, la estrategia multimodal implementada, que integró diagnóstico rápido, educación y comunicación efectiva, permitió reducir significativamente la duración del tratamiento empírico con antimicrobianos de amplio espectro en pacientes con NAV, representando un avance en el uso racional de estos fármacos en contextos de cuidados intensivos.

0041 APLICACIÓN DE CUIDADOS PALIATIVOS EN PACIENTES CON CÁNCER AVANZADO: IMPACTO EN LA REDUCCIÓN DE TERAPIAS DE CUIDADOS CRÍTICOS

VE MONZON(1), VE MONZON(1), S DI STEFANO(1), A GIRA(2), P PRATESI(2), B LEONE(3), D IVULICH(3), H HUERTA(3), E BELLONE(2), A PEREZ DE ANDES(2), I HUESPE(1), S BAUQUE(1), J OSATNIK(3)

(1) Hospital Italiano De Buenos Aires. (2) Hospital Universitario Austral. (3) Hospital Aleman.

Introducción: El cáncer es una de las principales causas de mortalidad a nivel mundial, y un porcentaje significativo de pacientes con esta enfermedad requiere ingreso en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI). Sin embargo, a pesar de esta creciente demanda, la investigación sobre el impacto los Cuidados Paliativos (CP) en pacientes con cáncer críticamente enfermos es limitada.

Materiales y Métodos: Este estudio multicéntrico de cohorte ambispectivo incluyó a 292 pacientes con tumores sólidos avanzados ingresados en la UCI entre 2010 y 2024. Los pacientes fueron clasificados según si recibieron o no una consulta con CP antes de iniciar terapias de cuidados críticos (TCC). El desenlace primario fue la utilización de TCC, que incluyó ventilación mecánica, diálisis, nutrición enteral, nutrición parenteral y traqueostomía. Los desenlaces secundarios comprendieron la duración de la estancia en la UCI y en el hospital.

Resultados: Del total de pacientes, 68 (23.3%) recibieron consulta con CP antes de iniciar TCC. La utilización de TCC fue significativamente menor en el grupo que recibió CP en comparación con aquellos que no la recibieron (54.4% vs. 71.8%, $p = 0,007$). La ventilación mecánica se redujo considerablemente en el grupo con CP (41.2% vs. 59.4%, $p = 0,008$). El análisis de regresión logística confirmó que la intervención de CP se asoció con una menor probabilidad de recibir TCC (OR ajustado: 0.47; IC del 95%: 0.33–0.66; $p < 0,001$).

Conclusiones: La intervención de atención paliativa en pacientes

con cáncer críticamente enfermos ingresados en la UCI redujo significativamente el uso de terapias de cuidados críticos. Estos hallazgos resaltan la importancia de la integración temprana de la AP para optimizar la atención al final de la vida y disminuir intervenciones invasivas innecesarias.

TABLA 1. Características demográficas

	Total (N=292)	Sin Cuidados Paliativos (N=224)	Con Cuidados Paliativos (N=68)	p-valor
Edad, media (SD)	65.1 (14.1)	66.3 (13.7)	60.9 (14.5)	0.007
Sexo Masculino, n(%)	180 (61.6%)	147 (65.6%)	33 (48.5%)	0.017
Motivo de admisión, n(%)				0.048
Médico - Infeccioso	126 (43.2%)	96 (42.9%)	30 (44.1%)	
Médico - No Infeccioso	106 (36.3%)	76 (33.9%)	30 (44.1%)	
Quirúrgico - Infeccioso	29 (9.93%)	28 (12.5%)	1 (1.47%)	
Quirúrgico - No Infeccioso	31 (10.6%)	24 (10.7%)	7 (10.3%)	
Comorbilidades				
Ninguna, n(%)	292 (100%)	224 (100%)	68 (100%)	
Infarto de miocardio, n(%)	13 (4.45%)	11 (4.91%)	2 (2.94%)	0.739
Insuficiencia cardíaca congestiva, n(%)	28 (9.59%)	24 (10.7%)	4 (5.88%)	0.342
Enfermedad pulmonar crónica, n(%)	59 (20.2%)	51 (22.8%)	8 (11.8%)	0.071
Diabetes sin complicaciones, n(%)	5 (1.71%)	5 (2.23%)	0 (0.00%)	0.594
Diabetes con complicaciones, n(%)	101 (34.6%)	79 (35.3%)	22 (32.4%)	0.766
Cáncer (sin-metastasis), n(%)	41 (14.0%)	37 (16.5%)	4 (5.88%)	0.044
Internaciones previas, media (SD)	3.00 (2.00;5.00)	3.00 (1.00;5.00)	4.00 (2.00;5.00)	0.019
APACHE II, media (SD)	19.7 (8.23)	19.8 (8.49)	19.4 (7.12)	0.776
Tipo de tumor sólido, n(%)				
Cáncer de pulmón	44 (15.1%)	37 (16.6%)	7 (10.3%)	
Cáncer de mama	17 (5.84%)	9 (4.04%)	8 (11.8%)	
Cáncer colorectal	23 (7.90%)	17 (7.62%)	6 (8.82%)	
Cáncer Ginecológico	34 (11.7%)	26 (11.7%)	8 (11.8%)	
Cáncer de cabeza y cuello	7 (2.41%)	4 (1.79%)	3 (4.41%)	
Cáncer gástrico	4 (1.37%)	3 (1.35%)	1 (1.47%)	
Cáncer de páncreas	21 (7.22%)	15 (6.73%)	6 (8.82%)	
Otro	76 (26.1%)	54 (24.2%)	22 (32.4%)	
Primario desconocido	65 (22.3%)	58 (26.0%)	7 (10.3%)	
Estadio, n(%)				0.232
Stage III	4 (1.37%)	2 (0.89%)	2 (2.94%)	
Stage IV	288 (98.6%)	222 (99.1%)	66 (97.1%)	
Directivas anticipadas, n(%)	1 (3.45%)	1 (7.69%)	0 (0.00%)	0.448

FIGURA 1. Proporciones de pacientes con Terapia de Cuidados Críticos

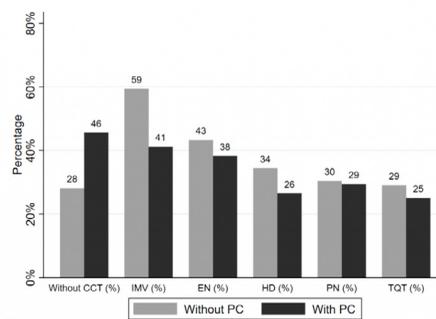


Figura 1. Porcentaje de pacientes que recibieron Terapia de Cuidados Críticos (TCC) en relación a la atención de Cuidados Paliativos previo, junto con la proporción de cada tipo de TCC recibido entre los grupos. El 72% de los pacientes sin atención paliativa previa y el 54% de aquellos con atención paliativa previa recibieron alguna forma de TCC. Las proporciones de tipos específicos de TCC superan el 100% debido a que varios pacientes recibieron más de un tipo de TCC.

0042 SOSPECHA DE INFECCIÓN POR CAPNOCYTOPHAGA CANIMORSUS EN PACIENTE ESPLENECTOMIZADA CON SHOCK SEPTICO

MI CAZENAVE(1), A GIRA(2), D CZERWONKO(2), JC SANTANA(3), S PRATESI(3), M CARDONATTI(2), S CORNEJO(2), W CORNISTEIN(2), P PRATESI(2)

(1) Universitario Austral. (2) Hospital Universitario Austral. (3) Hospital Universitario Austral.

Introducción: La infección por *Capnocytophaga canimorsus* es una zoonosis bacteriana que se transmite a través de mordeduras o contacto con saliva de perros infectados sobre una herida previa es común. La incidencia es de 1 caso por millón de habitantes al año,

puede ser mortal. Son bacilos gramnegativos que forman parte de la flora de la mucosa oral de perros y gatos. Dos factores de riesgo: la esplenectomía y el abuso de alcohol, pero el 40% no presentan ninguno, por lo que se considera germen oportunista. Cuadro clínico incluye: celulitis o abscesos, meningitis, endocarditis, neumonía y shock séptico. El diagnóstico es epidemiológico, identificación del germen por cultivo en sangre, LCR, tejido infectado, Espectro de masas (MALDI-TOF). Tratamiento: Penicilina G y Cefalosporinas y en formas graves Carbapenémicos.

Presentación del caso: Mujer de 48 años, esplenectomizada por PTI, quien sufrió mordedura de perro. Ingres a Emergencias por dolor abdominal, vómitos y diarrea, se constata petequias en tórax y miembros inferiores, en UCI evoluciona con Shock requerimiento Noradrenalina, Vasopresina y por miocardiopatía Dobutamina, se conecta a ARM, presenta parámetros de CID más hiperlactacidemia, requiere terapia de reemplazo renal. No se aislaron gérmenes en cultivos, pero se evidencia en frotis de sangre periférica, granulaciones tóxicas en neutrófilos con cambios nucleares, asociadas a 3% de esquistocitos se sospecha infección por *Captocytophaga* se trata con Meropenem.

Evoluciona con mejoría, se extuba y se deriva a centro de rehabilitación

Discusión: El planteo de la posible Infección por *Capnocytophaga*, aun sin rescate microbiológico de los cultivos, se realizó en base a los antecedentes nosológicos (esplenectomía sin vacunación) y epidemiológicos, cuadro clínico, los hallazgos en frotis de sangre periférica (explicados por la acción de la bacteria o alguno de sus productos que genera que los neutrófilos actúen como macrófagos con fagocitosis activa).

Conclusiones: La infección por *Capnocytophaga* debe considerarse en pacientes con sepsis o meningitis en los que los cultivos sean negativos o se aísle un bacilo gramnegativo de crecimiento lento e identificación compleja, la anamnesis adecuada en relación con la exposición a animales facilita el diagnóstico

0044 REHABILITACIÓN INMERSIVA FUNCIONAL EN UN PACIENTE GRAN QUEMADO CON SUPERVIVENCIA EXCEPCIONAL Y DOLOR REFRACTARIO: REPORTE DE CASO

C LATHROP, C PINO(1)

(1) Hospital Clinico Mutual De Seguridad.

Introducción: El manejo del dolor en pacientes gran quemados representa uno de los mayores desafíos en medicina intensiva. El dolor procedimental, la inmovilidad prolongada y las intervenciones repetidas limitan la participación en rehabilitación y retrasan la recuperación funcional. Aunque la realidad virtual inmersiva (RVI) ha demostrado efectos analgésicos mediante la modulación atencional, su integración clínica sigue siendo limitada.

La Rehabilitación Inmersiva Funcional (RIF) combina la analgesia inducida por RVI con la práctica de tareas motoras funcionales en entornos virtuales enriquecidos. Este caso presenta su implementación en un paciente con quemaduras extensas, alta probabilidad de mortalidad y dolor refractario que impedía su rehabilitación activa.

Presentación del caso: Hombre de 24 años, bombero, con quemaduras de segundo grado en el 60% de la superficie corporal total (Garcés: 200; ABSI: 9). Permaneció 114 días en UCI, con múltiples injertos, ventilación mecánica prolongada y traqueostomía. Inició rehabilitación con dolor severo (NRS 9/10) y dependencia total (FIM motor: 13/91). Se implementó un protocolo de RIF de 12 sesiones, con tareas progresivas realizadas en un entorno inmersivo controlado por el equipo terapéutico. Se utilizó un sistema clínico de realidad virtual (Kinesix VR) ejecutado en una Oculus Quest 2 con sistema Android, permitiendo interacción en tiempo real y registro de progresión funcional.

Discusión: La implementación de RIF permitió una reducción significativa del dolor procedimental (mediana: 8/10 a 4/10; $p = 0,004$), con altos niveles de inmersión y sin eventos adversos. Se observó una correlación inversa entre inmersión y dolor ($p = 0,016$), lo que sugiere que el entor-

no inmersivo podría haber potenciado la modulación atencional del dolor. Al finalizar el protocolo, el paciente logró alcanzar la marcha asistida, mayor autonomía en transferencias y tolerancia al sedente prolongado (FIM motor: 45/91), marcando un quiebre funcional muy relevante en un contexto previamente de dependencia total.

Conclusión: Este caso documenta el uso clínico de RIF en un paciente quemado crítico con evolución funcional notable. Su integración en entornos reales intensivos representa una estrategia innovadora para mejorar el manejo del dolor y acelerar la rehabilitación en escenarios de alta complejidad.



Semana	Evento	Resultados / Observaciones
(Día 1)	Ingreso a UCI	Extrema gravedad, sedación profunda y ventilación mecánica
2	Cirugía IDE 1	Injertos en ambos brazos y pierna derecha
3	Traqueostomía	Por 71 días
4	Sentar al borde de la cama	Máxima asistencia, dificultoso por ROM de rodillas < a 30° bilateralmente, limitado por dolor (inicio de analgesia farmacológica previo a terapias)
10	Uso de tilt table	Utilidad para progresar en tolerancia ortostática cuando no se lograba verticalizar activamente.
12	Deambulaci3n asistida	Máxima asistencia con 2 terapeutas
15	Cirugía IDE 2	Injertos en extremidades inferiores por anterior
16	Inicio protocolo RIF	Mayores posibilidades terapéuticas, disminuci3n en necesidades de analgésicos previo a terapias.
17	Alta de UCI / Transferencia a unidad intermedia	Luego de 115 días
19	Fin protocolo RIF	Luego de 12 sesiones
25	Cirugía IDE 3	Injertos en glúteos y extremidades inferiores por posterior
32	Gimnasio terapéutico	Mayores posibilidades terapéuticas
36	Alta hospitalaria	Luego de 244 días

Tabla (timeline): Resumen de hitos más importantes durante estada hospitalaria.

IDE: Injerto dermo-epidérmico.

0045 LA HORA DE ORO EN EL ACCIDENTE CEREBROVASCULAR ISQUEMICO. TROMBOLISIS Y TROMBECTOMIA MECANICA. REPORTE DE CASOS

MC PALACIO(1), C BEDOYA(1), JC MEDINA(1), M CHAMADOIRA(1), A GUTIERREZ(1), C QUINTANILLAS HERBAS(1), C REYES(1), D BOSCH(1), S DUARTE(1)
(1) Sanatorio Anchorena Itoiz.

Introducción: El tratamiento agudo del accidente cerebrovascular isquémico está dirigido fundamentalmente a salvar la penumbra isquémica. Este tejido no funcionante es potencialmente viable si se restituye el flujo sanguíneo dentro de cierto lapso. En nuestra Institución existe el CODIGO STROKE mediante la activación de un código de Accidente cerebrovascular (ACV) con un protocolo propio para realizar terapia de recanalización (trombolisis y/o trombectomía mecánica).

Se presentan 3 casos clínicos

CASO 1 Paciente masculino de 68 años que ingresa por afasia y paresia BC derecha, NHISS 18

Se realiza trombolisis sistémica con rtPA y trombectomía mecánica según protocolo.

Tiempo inicio de síntomas a guardia 30 min, realización de TAC cerebral 15 min, infusión de rtPA PUERTA- AGUJA 20 min (Tiempo de inicio de síntomas a rtPA 50 min). Presento infarto insular frontal parietal izquierda secundario a oclusión de arteria cerebral media (ACM) izquierda. Se continuo con trombectomía mecánica a la hora y 45 min del ingreso (SINTOMAS-TROMBECTOMIA 2hs 15 min) con buena evolución.

Alta con NHISS 1, paresia distal braquial derecha leve.

CASO 2 Paciente masculino de 47 años que ingresa por paresia FBC izquierda, NHISS 6.

Se realiza trombolisis sistémica con rtPA según protocolo.

Tiempo de síntomas a guardia 1h25 min, realización de TAC 2h30 min, infusión de rtPA PUERTA-AGUJA 3h15 min (Tiempo de inicio de síntomas a rtPA 4 hs). Presento infarto talámico derecho. Sin realización de trombectomía por ausencia de OGV. Buena evolución. Alta con paresia leve BC izquierda, NHISS 2.

CASO 3 Paciente de 77 años Ingres a con disartria y paresia BC derecha NHISS 5

Se realiza Trombectomía mecánica según protocolo.

Tiempo de síntomas (despertar) a guardia 3 hs, realización de TAC 10 min, Se realizó Trombectomía 2h25 min, por fuera de ventana trombolítica. Presento infarto lenticular y caudado izquierdo secundario a oclusión de la carótida interna supraclinoidea y ACM izquierda. Evolución favorable. Alta sin foco motor NHISS 0

Conclusión: Optimizar el TIEMPO-CEREBRO de la hora de oro "es fundamental para recuperar tejido cerebral y por ende beneficio clínico.

0047 FARMACODERMIA EN LA TERAPIA INTENSIVA DEL COMPLEJO MÉDICO POLICIAL CHURRUCA-VISCA: REPORTE CASO CLINICO

A FELDMAN(1), K DELIA(1), A GARCIA(1), C LOPEZ(1), M RENK(1), D VARELA(1), A ALEJANDRO(1), J CAPELLA(1), D QUARANTA(1)
(1) Churruca.

Introducción: La farmacodermia comprende un espectro de reacciones adversas cutáneas inducidas por medicamentos, que van desde erupciones leves hasta cuadros graves y potencialmente mortales, como el síndrome de Stevens-Johnson (SSJ) y la necrólisis epidérmica tóxica (NET). La identificación precoz y la suspensión inmediata del fármaco implicado son esenciales para evitar la progresión de la enfermedad.

Presentación caso clínico: Paciente de 68 años con antecedentes de hipotiroidismo y dermatitis atópica refractaria, en tratamiento con dupilumab. Tras la segunda dosis, desarrolla eritema extenso con lesiones necróticas en extremidades, prurito intenso, astenia y

adinamia. Se sospecha farmacodermia grave en el contexto de NET versus exacerbación de dermatitis atópica, con un SCORTEN de 2. Se inicia ciclosporina 3 mg/kg/día tras la toma de biopsia cutánea, pero el paciente evoluciona con shock séptico y síndrome de distrés respiratorio del adulto severo, requiriendo intubación orotraqueal y ventilación mecánica. Se suspenden inmunomoduladores y se inicia antibióticoterapia empírica. Progres a fallo multiorgánico con requerimiento de doble soporte vasopresor, falleciendo 24 horas del ingreso a UTI.

Discusión: El caso expone el reto diagnóstico y terapéutico de diferenciar farmacodermia grave de NET u otras reacciones inmunológicas al dupilumab. Si bien este biológico ha demostrado eficacia en dermatitis atópica moderada a severa, existen reportes de eritema paradójico y reacciones cutáneas severas. La NET es potencialmente mortal, con complicaciones como sepsis, desequilibrio hidroelectrolítico y fallo multiorgánico. La rápida suspensión del fármaco y el tratamiento intensivo son clave. Su manejo varía según la gravedad de la reacción, incluyendo desde antihistamínicos y corticoides tópicos en formas leves hasta inmunosupresores y cuidados críticos en casos graves.

Conclusión: La eritema secundaria a dupilumab debe ser reconocida como una posible reacción adversa grave. En la anatomía patológica se evidencian lesiones compatibles a dermatitis pustulosa, sin presentación clínica relevante, sospechando posible cascada inflamatoria mediada por dupilumab en contexto de paciente con predisposición a una posible psoriasis dérmica en primera instancia. Se requieren estudios adicionales para mejorar la identificación de factores predisponentes y estrategias de manejo óptimas El monitoreo estrecho y un enfoque individualizado en su uso son esenciales.

0049 HIPERTENSION PULMONAR DE ORIGEN NEOPLASICO

G ENSUNCHO(1), A PADILLA(1), J MORALES(1)
(1) Clinica Santa Isabel.

Introducción: La hipertensión pulmonar (HP) es una enfermedad caracterizada por la elevación de la presión arterial pulmonar, lo que puede llevar a insuficiencia cardíaca y muerte. La HP puede ser causada por diversas condiciones, incluyendo neoplasias.

Presentación del caso: Una mujer de 68 años con antecedentes de tabaquismo, hipertensión arterial, osteoporosis y marcapasos, ingresó al hospital con insuficiencia ventilatoria aguda secundaria a derrame pleural izquierdo recidivante. Se realizó una videotoracoscopia con drenaje de líquido seroso oscuro y se diagnosticó mesotelioma pleural.

Discusión: La hipertensión pulmonar es una complicación grave del mesotelioma pleural. La elevación de la presión arterial pulmonar puede llevar a insuficiencia cardíaca y muerte. En este caso, la paciente presentó hipertensión pulmonar severa, con presión de enclavamiento de 6 mmHg y presión sistólica de arteria pulmonar inicial de 70mmHg, llegando a 112mmhg según ecocardiograma transesofágico.

Conclusión: La hipertensión pulmonar de origen neoplásico es una condición grave y potencialmente mortal. En este caso, la paciente presentó mesotelioma pleural con hipertensión pulmonar severa, lo que requirió un tratamiento agresivo y multidisciplinario. La paciente falleció el 30 de noviembre de 2022.

0050 INSUFICIENCIA CARDÍACA GRAVE A PARTIR DE CUADRO DE MIOCARDITIS CON REQUERIMIENTO DE SOPORTE ECMO V-A EN TERAPIA INTENSIVA DEL HOSPITAL. J. M. CULLEN

HA ARMANDOLA(1), FD SIMIL(1)
(1) Dr. Jose Maria Cullen.

Introducción: La miocarditis puede ser generada por agentes infecciosos, tóxicos o enfermedades autoinmunitarias, generando falla de bomba con compromiso hemodinámico-circulatorio, es impor-

tante detectar tempranamente criterios de soporte extracorpóreo como puente de tratamiento específico.

Presentación de caso: Femenina 22 años, sin antecedentes, cursaba gestación 7 semanas de gestación. Cuadro viral gastrointestinal y de vías aéreas superior, progresa a insuficiencia cardiaca (IC) con depresión de ventrículo izquierdo (Fey 20%) con insuficiencia respiratoria requiriendo ARM, se realiza catéter de Swan Ganz (SG) + ecocardiograma identifica shock cardiogénico con requerimiento de Noradrenalina y Dobutamina sin respuesta terapéutica, se traslada a nuestro servicio para soporte ECMO V-A (FI arterial/ FD venosa), agregando shock vasopléjico. Infectológico: hisopados y panel viral negativos, bacteriemia a estreptococo beta hemolítico grupo A. IC Ginecológica: embarazo detenido por lo que junto con servicio de ginecología se decidió AMEU a pie de cama, permanece la paciente canulada a ECMO.

Sin recuperación favorable se deriva a centro de trasplante cardiaco y se suma a lista de espera nacional, permaneció 20 días totales en ECMO V-A, se realiza traqueotomía percutánea y weaning. Tras mejoría de la función cardiaca es decanulación de ECMO y destete de inotrópicos exitoso.

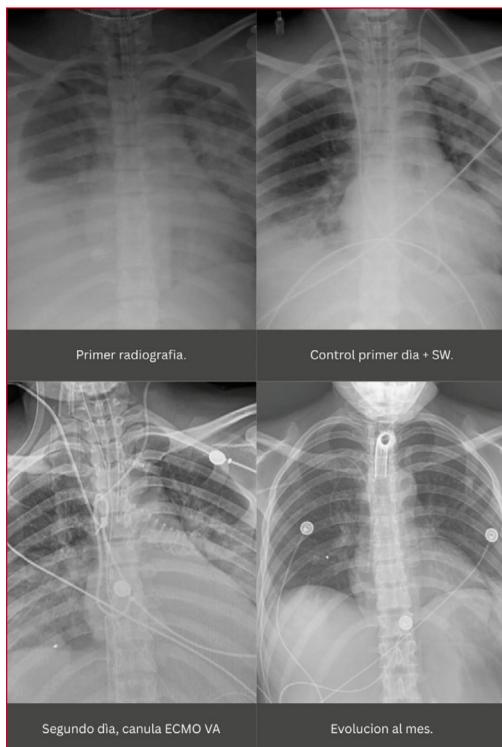
A mencionar en el transcurso de su internación presentó complicaciones mecánicas de SG (debió ser retirado bajo control radioscópico en hemodinamia), arritmias con requerimiento de cardioversión eléctrica, infectológicas y neumotórax con colocación de tubo avenamiento pleural, pero aún así la evolución favorable finalizó en alta y control ambulatorio.

Discusión: El diagnóstico de miocarditis presenta dificultades por la variabilidad de presentación, la terapéutica depende de la etiología.

Podemos definir la miocarditis fulminante periodo de 2-4 semanas desde el inicio de síntomas. Complicada: FEVI < 50%, arritmias ventriculares sostenidas, trastornos graves de la conducción, IC o shock cardiogénico.

Conclusión: Este caso fue un total desafío, tanto por la enfermedad de base como sus complicaciones, requirió abordaje multidisciplinario.

La paciente no requirió trasplante cardiaco pero sí un seguimiento y asistencia estricta para salir adelante de la condición clínica, actualmente con requerimiento de rehabilitación.



ECOCARDIOGRAMA DOPPLER			
Paciente: <i>Corsaglia Mariana</i>		Motivo:	
Servicio:	Edad: 22	Sexo: Femenino	cm2
ECOCARDIOGRAMA			
DDVI: 1.1 mm	DDVI: 1.1 mm	Ventrículo Derecho (diámetro basal): mm	
Fa. Acortamiento L: %	Septum diástole: 1 mm	Area AD: cm2	
Fey (%): %	ESPAM lateral: medial	TAPSE: mm	S' m/s
		DAPSE: mm	
		Distancia mitroseptal: mm	
		Aorta: mm	
		DAP AI: mm	
		Area AI: cm2	Volumen AI:
DOPPLER			
Mitral		Tricúspide	
Pico E: m/s	Pico A: m/s	Pico E: m/s	Pico A: m/s
E/E': %	Tpo Desac: E	PSVD: PHT	PSVD: PHT
DP/DT: PTH	Grad medio: mmHg	Grad Max: mmHg	Grad medio: mmHg
I. mitral	I. tricusípide	VCI: mm	Pulmonar
Aorta		Pulmonar	
Velocidad TSVI: m/s	Velocidad Pulmonar: m/s	T. aceleración: ms	
Velocidad Aorta: m/s	Gradiente Pulmonar: mmHg	I. Pulmonar	
Gradiente Medio: mmHg			
Gradiente Máximo: mmHg			
I. Aorta: Diam: mm			

CONCLUSIONES:
*Para Bats no dadas
 AS - dadas
 V - dadas
 y dadas -
 PSM restrictivo Dificultad desahucios op. III. IA total -
 Vaso tumbado vely apud cose. Vidas
 FSUI Se estimo costo cardíaco estimado de 3,74 (1/min
 (Dim FSUI 20.1 mm, VSI FSUI 8.75 cm).
 CD no dadas. Base 17 mm. FSUI ad lute de b. nard. S' II.
 IT base a medidos PSAP 59 h/hg (39 + 20)
 VCI dadas, en dadas. (12.6 + 20)
 IP base a medidos PSAP 32 h/hg (12.6 + 20)*

0052 PACIENTE MASCULINO DE 39 AÑOS, CON MICROANGIOPATÍA TROMBÓTICA. REPORTE DE CASO.

D BACIGALUPO(1), M BARRIOS(1), R ROMANO(1), M REYNOSO(1), V MILANESIO(1), G SCHMUKLER(1), I SABBAG(1), E ALTAMIRANO(1)
 (1) Sanatorio Británico.

Introducción: Las microangiopatías trombóticas (MAT) son un grupo de entidades que se caracterizan por presentar una anemia hemolítica microangiopática, trombocitopenia con formación de trombos en la microvasculatura. Entidad poco frecuente; potencialmente fatal considerándose una urgencia médica por su gravedad y rápida progresión a falla multiorgánica.

Presentación de caso: Paciente masculino de 39 años, con antecedentes personales de tabaquismo, consumo problemático de sustancias, niega medicación habitual y antecedentes familiares. Presenta diagnóstico de dengue (NS1+) + AKI (creatinina: 4mg/dl) realizado en otra institución; (en la cual cursó cuatro días de internación). Ingres a la guardia por recaída sintomática inicial: anorexia, astenia, náuseas, vómitos, falla renal aguda (creatinina: 5.68 mg/dl, urea: 114 mg/dl), bicitopenia (Hg: 7.7 mg/dl, hto: 21%, plaquetas: 80,000 mil/mm3), hemólisis: haptoglobina menor a 8 mg/dl, Ldh: 2500 UI/L, BT: 2.70 mg/dl, BI: 2.04, BD: 0.66 mg/dl con complemento consumido.

Con diagnóstico presuntivo de MAT se interna para confirmación e inicio de terapéutica adecuada. Se solicita ADAMTS 13, insinias plasmaféresis y corticoterapia. Ante la falta de respuesta total a las 72 horas con ascenso de parámetros de hemólisis, se decide cambio de estrategia terapéutica; inicia ecuzumab de forma empírica ante sospecha de SHUa. Actividad ADAMTS mayor 120% con anticuerpos negativos, se decide suspender plasmaféresis y continuar tratamiento con supresores del complemento.

Discusión: La MAT representa un desafío diagnóstico por la diversidad de sus manifestaciones y etiologías. Las causas primarias más frecuentes son la púrpura trombocitopénica trombótica y el síndrome urémico hemolítico; tanto típico como atípico. Aunque las causas secundarias (embarazo, infecciones, neoplasias,

fármacos, trasplantados) son más frecuentes que las primarias, estas últimas tienen mayor tasa de mortalidad. Pruebas específicas como la medición de la actividad de ADAMTS 13 en PTT o los estudios de complemento en el SHU son fundamentales para diferenciarlas.

Conclusión: Dada la diversidad de la etiología destaca la importancia de abordar el caso desde una perspectiva integral identificando rápidamente la causa para arribar a un tratamiento acorde; de forma precoz para evitar progresión y complicaciones del proceso.

0053 REPORTE DE CASO: TROMBOSIS TUMORAL EXTENSA EN VENA CAVA INFERIOR

F ONTIVERO(1)

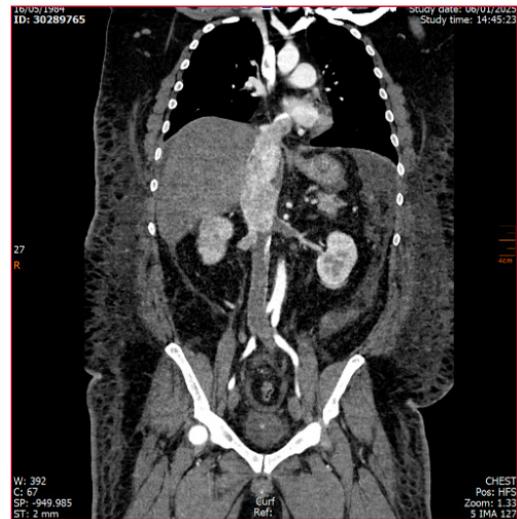
(1) Clínica Universitaria Reina Fabiola.

Introducción: La trombosis venosa profunda de los miembros inferiores ocurre con una incidencia de 1 por 1000 personas al año. La trombosis de la vena cava representa solo el 1,5 % de los mismos con una incidencia estimada de 1,7 por cada 100.000 personas.

Presentación del caso: Masculino 40 años, diabetes, HTA, obesidad consulta por guardia por dolor abdominal y disnea. TC tórax, abdomen, pelvis, trombosis tumoral en vena renal derecha hacia vena cava inferior y aurícula derecha + trombosis no tumoral en vena renal izquierda + TEPA bilateral subsegmentario. Se realiza comité de tumores interdisciplinario y se decide tratamiento con anticoagulación y posterior intervención quirúrgica. Evoluciona con insuficiencia cardíaca derecha, congestión hepática aguda, por lo que se decide laparotomía exploradora de urgencia constatando síndrome de Budd-Chiari, extensión de trombosis sin posibilidad quirúrgica e inestabilidad hemodinámica. Fallece.

Discusión: Las principales causas de trombosis de vena cava inferior son: anomalías congénitas, trastornos trombofílicos, estado postparto, inflamación, neoplasias malignas y compresión extrínseca (aneurisma aórtico, quistes renales y hepáticos de gran tamaño o hidronefrosis masiva). Los pacientes con carcinoma renal que afecta el sistema venoso, en particular la VCI y la aurícula derecha, suelen tener mal pronóstico, a pesar del tratamiento quirúrgico. Las complicaciones perioperatorias aumentan significativamente con la ubicación del trombo tumoral, teniendo una mortalidad perioperatoria de hasta el 40% en pacientes con extensión supradiaphragmática.

Conclusión: La trombosis de la VCI presenta una morbimortalidad significativa a corto y largo plazo, suele tener un inicio insidioso e inespecífico; y puede no ser considerado como diagnóstico diferencial inicial. La limitada eficacia de la anticoagulación por sí sola y la desfavorable relación riesgo/beneficio de la trombolisis sistémica y la trombectomía quirúrgica propiciaron el desarrollo y la utilización generalizada de trombolisis dirigida por catéter/ colocación de stents.



0054 INVESTIGACIÓN DEL BROTE DE ELIZABETHKINGIA MENINGOSÉPTICA EN PACIENTES INMUNOCOMPETENTES DE NUESTRA TERAPIA INTENSIVA.

D GUAYMAS(1), F CACERES(1), G ARGANARAZ(1), M VILLALOVOS(1), R FIGUEREDO(1)

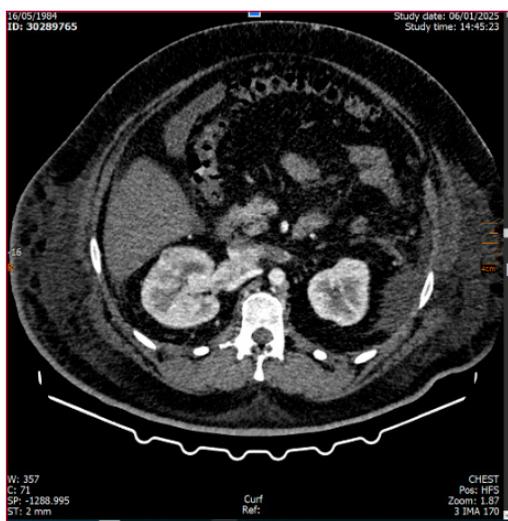
(1) Naval.

Introducción: Elizabethkingia meningoséptica es un patógeno oportunista, cuya infección se asocia a elevada mortalidad. Su hábitat es la naturaleza y el ambiente nosocomial. Esto implica que los pacientes se puedan colonizar e infectarse posteriormente.

CASO Se presentan dos pacientes inmunocompetentes que ingresaron a Terapia Intensiva por shock séptico y permanecieron varias semanas internados; se encontraban en dos habitaciones de aislamiento, sólo compartieron enfermeros en algunos turnos, y el equipo médico tratante fue el mismo para toda la sala, recibían visitas. En la misma semana requirieron toma de cultivos; donde se aisló la bacteria. Ante la detección del primer caso se tomaron medidas de aislamiento estricto para evitar la transmisión horizontal, ante la aparición del segundo caso, se decide continuar las medidas de aislamiento y estudiar el brote. Se tomaron muestras de todos los fluidos utilizados en la Unidad. Se detectó el patógeno en una canilla ubicada en el ingreso a la Terapia Intensiva, la cual había sido reparada recientemente. Identificada la posible fuente se procedió a clausurar la piletta, desarmarla, sumergirla y cepillar la misma con ácido acético. No se identificó desarrollo microbiano en las muestras tomadas. Los pacientes presentaron una buena evolución clínica.

Discusión: Por el aislamiento de esta bacteria, se decide la investigación del brote. Este es un germen oportunista, que afecta a inmunocomprometidos, y presenta una incidencia en aumento en el ambiente hospitalario. Por ello consideramos importante el estudio del brote.

Conclusión: Se define como brote a la aparición de casos de algún evento adverso para la salud en número mayor al esperado, en un área geográfica determinada y en un período específico. A través de estos casos, se busca resaltar la potencial virulencia inicial de Elizabethkingia meningoséptica como causa de infección en los pacientes críticos y la importancia del Control de infecciones para evitar la propagación. En la decisión de investigar un brote epidémico influyen factores tales como la gravedad de sus consecuencias para la salud y las circunstancias particulares en que se ha producido.



0055 HIPERINFECCIÓN POR STRONGYLOIDES: REPORTE DE CASO

J PAVICIC(1), I CARBONI BISSO(1), L WAISBLATT(1), C CORONEL(1), P CALO(1)
(1) Italiano De Buenos Aires.

Introducción: El *Strongyloides stercoralis*, es el geohelmintho que origina la estrongiloidosis. Es endémico en las zonas tropicales y subtropicales de Argentina. Su ciclo de vida es el más complejo de todos los nematodos, lo que disminuye la sensibilidad de las pruebas diagnósticas habituales siendo, además, la helmintiasis de mayor mortalidad.

Presentación del caso: Masculino de 74 años, con antecedente de trasplante renal e internación reciente por rechazo agudo con requerimiento de pulsos de metilprednisolona, reingresa a los 15 días por fiebre, hipotensión arterial, dolor abdominal, diarrea, tos y rinorrea acuosa.

Se interpretó como colitis infecciosa en paciente trasplantado, cubierto empíricamente con antibioticoterapia. Intercurre con hematoquezia, por lo que se realizó videocolonoscopia con toma de biopsia.

Progresó con insuficiencia respiratoria aguda hipoxémica requiriendo ventilación mecánica. Se realizó lavado broncoalveolar (BAL) que evidenció secreciones compatibles con hemorragia alveolar. Se recibe resultado de la biopsia de colon donde se informó presencia de nematodos. Se recibe además, resultado de BAL donde se encontró la presencia de larvas de *strongyloides stercoralis*. Se interpretó como hiperinfección por *strongyloides* e inició ivermectina y albendazol por vía oral. Fue extubado al séptimo día de ventilación mecánica sin requerimiento de oxigenoterapia.

Discusión: La mortalidad de la hiperinfección por *strongyloides* sin tratamiento es del 90%. Por la baja sensibilidad el coproparasitológico aislado (30%), las dificultades técnicas de métodos por ELISA o PCR, en la mayoría de los casos reportados, como en el descrito, se llegó al diagnóstico por biopsias o por observación directa en la muestra del lavado broncoalveolar. No tiene una presentación patognomónica, lo que suele prevalecer en los reportes de casos es un prototipo de paciente que recibe altas dosis de corticoides y evoluciona con hemorragia alveolar e insuficiencia respiratoria.

Conclusión: En este caso, la identificación de *Strongyloides stercoralis* en muestras histológicas y respiratorias permitió establecer un diagnóstico que no fue evidente en la presentación inicial. Su evolución destacó la relevancia de considerar esta parasitosis en el diagnóstico diferencial ante ciertos hallazgos clínicos en pacientes inmunosuprimidos, especialmente frente a hemorragia alveolar e insuficiencia respiratoria.



0057 13 AÑOS DE ECMO EN UNIDAD DE CUIDADOS CRÍTICOS: ANÁLISIS DE INDICACIONES Y DESENLACES CLÍNICOS

L BUJAN MOLINS(1), I CARBONI BISSO(1), I FERNÁNDEZ CEBALLOS(1), M LAS HERAS(1)
(1) Hospital Italiano De Buenos Aires.

Introducción: La oxigenación por membrana extracorpórea (ECMO) se ha consolidado como una estrategia de soporte vital en pacientes críticos con insuficiencia respiratoria y/o cardíaca refractaria. El objetivo de este estudio es analizar 13 años de experiencia en el uso de ECMO en Argentina, describiendo características clínicas, indicaciones y mortalidad.

Métodos: Estudio retrospectivo de 134 pacientes que recibieron ECMO en la unidad de cuidados críticos del Hospital Italiano de Buenos Aires entre 01/2011 y 10/2024. Se recolectaron datos demográficos, comorbilidades, indicaciones, duración del soporte y desenlaces. Se realizó un análisis estadístico descriptivo.

Resultados: Las principales indicaciones fueron síndrome de distrés respiratorio agudo (SDRA) (35,1%), SDRA por COVID-19 (20,1%), trasplante bipulmonar (20,1%), unipulmonar (17,9%) y otras causas (6,7%).

La mortalidad global fue del 35,8%. Las dos indicaciones más frecuentes fueron SDRA refractario y soporte perioperatorio en trasplante pulmonar. En pacientes con SDRA, la mortalidad fue del 56,3%, mayor en casos no COVID (44%) respecto a los asociados a COVID-19 (31,9%). En trasplante pulmonar, la mortalidad global fue del 35,3%, mayor en unipulmonares respecto a bipulmonares (37,5% vs. 33,3%).

Discusión/Conclusión: La implementación del programa de ECMO permitió ofrecer soporte vital avanzado en SDRA y en el perioperatorio del trasplante pulmonar, con una sobrevida global del 64,2%, comparable o superior a la reportada en la literatura.

La reducción de la mortalidad podría vincularse con la consolidación del centro y la experiencia acumulada. Sin embargo, deben considerarse las limitaciones del estudio: diseño retrospectivo, unicentricidad, heterogeneidad diagnóstica y evolución tecnológica durante el período analizado.

Con 134 casos en 13 años, esta es una de las series más amplias de ECMO en cuidados críticos reportadas en Argentina y Latinoamérica, aportando datos clave sobre indicaciones y desenlaces, y reforzando la necesidad de fortalecer programas y cooperación regional.

N=134 pacientes		
Variable	Total	Mediana (RIC)
Sexo masculino, n (%)	77 (57%)	
Edad		44 (29-56)
Charlson score		1 (0-2)
APACHE II		16 (11-21)
SOFA score		6 (4-9)
Días en AVM		28 (13-48)
Días en UTIA		30 (19-52)
Días en ECMO	SDRA no Covid	6 (3-12)
	SDRA Covid	13 (10-28)
	Trasplante unipulmonar	5 (3-8)
	Trasplante bipulmonar	4 (2-5)

Tabla 1.
 AVM (Asistencia a la Ventilación mecánica). ECMO (Oxigenación por membrana extracorpórea). SDRA (Síndrome de distress respiratorio agudo). UTIA (Unidad de Terapia intensiva de Adultos).

0059 ASPERGILOSIS PULMONAR EN PACIENTES CRÍTICOS: ANÁLISIS DE TRES CASOS

L BUJAN MOLINS(1), I CARBONI BISSO(1), I FERNÁNDEZ CE-BALLOS(1), M LAS HERAS(1)
 (1) Hospital Italiano De Buenos Aires.

Introducción: La aspergilosis pulmonar invasiva (API) es una infección fúngica causada por especies del género *Aspergillus*, principalmente *A. fumigatus*. Si bien tradicionalmente se asocia a pacientes inmunocomprometidos, se han descrito escenarios emergentes en pacientes críticos sin inmunosupresión clásica, especialmente aquellos en ventilación mecánica prolongada o con infecciones virales graves. La presentación clínica puede ser inespecífica, dificultando su diagnóstico oportuno. La forma traqueobronquial representa una localización inusual pero clínicamente relevante. Este trabajo describe tres casos de API traqueobronquial en terapia intensiva, destacando sus factores predisponentes, diagnóstico y evolución.

Metodo: Estudio retrospectivo descriptivo de tres casos de aspergilosis traqueobronquial en pacientes adultos internados en unidad de cuidados intensivos (UCI) de un hospital universitario. Se relevaron características clínicas, antecedentes de relevancia, hallazgos endoscópicos, microbiológicos y anatomopatológicos, así como la evolución clínica.

Resultados: Caso 1: Mujer de 28 años, inmunocompetente, ingreso por falla hepática aguda. Durante broncoscopia en el contexto de una traqueostomía percutánea, se identificaron lesiones pseudomembranosas traqueales mediante broncoscopia (imagen 1), confirmando *A. fumigatus* por criobiopsia. La evolución fue favorable con resolución endoscópica completa.

Caso 2: Mujer de 51 años con trasplante renal, ventilación mecánica por shock séptico por neumonía grave. A partir de broncoscopia para lavado broncoalveolar se evidenció placas pseudomembranosas traqueales (imagen 2). El cultivo broncoalveolar confirmó *A. fumigatus*, diagnosticándose traqueobronquitis pseudomembranosa. Caso 3: Hombre de 83 años, sin inmunosupresión previa, ingreso por abdomen agudo quirúrgico. Requiere ventilación mecánica prolongada. En broncoscopia post-traqueostomía se observaron lesiones blanquecinas con necrosis (imagen 3). La biopsia reveló hifas septadas, confirmando *A. fumigatus* y *A. terreus*.

Discussion/Conclusion: La aspergilosis traqueobronquial es una forma localizada de API que representa un reto diagnóstico en pacientes críticos, dada su presentación inespecífica. Evaluar la inmunocompetencia de forma integral, reconociendo factores de riesgo clásicos y emergentes, es clave.

La fibrobroncoscopia es una herramienta diagnóstica fundamental: permite visualizar lesiones, obtener muestras para análisis microbiológico e histológico, y monitorizar la respuesta al tratamiento antifúngico, optimizando el manejo clínico en UCI.



Imagen 2. Lesiones traqueales con placas pseudomembranosas. Imagen 3. Lesiones traqueales con placas pseudomembranosas.



Imagen 1. *Izquierda:* Video broncoscopia inicial. Se observan lesiones con características de pseudomembranas... *Derecha:* Video broncoscopia final. El control broncoscópico mostró franca mejoría de las lesiones traqueales...

0060 IMPACTO DE LA MAGNITUD DE VOLUMEN CORRIENTE EN MODO PRESIÓN DE SOPORTE SOBRE LA MORTALIDAD EN ADULTOS BAJO VENTILACIÓN MECÁNICA INVASIVA. ESTUDIO MULTICÉNTRICO DE COHORTE RETROSPECTIVO

J DORADO(1), E NAVARRO, J PÉREZ(1), E STEINBERG(2), G PLOTNIKOW(3), E GOGNIAT(3), R PRATTO(4), D GILGADO(5), M BEZZI(6), F CESCHINI(7), L GIMENEZ(8), ME PEREYRA ZAMORA(9), C DOMINGUEZ(3), F MAZA(10), M BUSICO(11), P LOVAZZANO(12), M BOTTO(13), A GALLARDO(14), L FABARO(15), J GARCÍA URRUTIA(16), M OLMOS(17), M ACCOCE(1)
 (1) Sanatorio Anchorena De San Martín. (2) Hiba. (3) Británico. (4) Anchoren Recoleta. (5) Anchorena San Martín. (6) Santojanni. (7) Hospital San Martín De La Plata. (8) Sanatorio Mitre. (9) Vera Barros. (10) Hospital Italiano De Córdoba. (11) Clínica Olivos. (12) Cemic. (13) Lopez Y Planes. (14) Clínica Modelo Morón. (15) Fernandez. (16) Cuenca Alta. (17) Privado De La Comunidad.

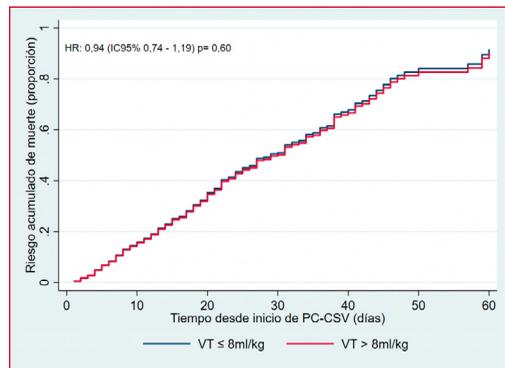
Introducción: Con la premisa de minimizar la lesión pulmonar se recomienda programar presión de soporte (PC-CSV) para obtener un volumen corriente (VT) menor/igual a 8 ml/kg de peso corporal predicho (PCP). Sin embargo, en una cohorte retrospectiva se ha descrito que los pacientes que sobreviven desarrollan VT más alto que los que fallecen. La imposibilidad por parte del operador de tomar control y la heterogeneidad de factores que lo condicionan podrían volver al VT inspirado en PC-CSV en una variable inadecuada para predecir resultados y guiar la terapéutica.

Materiales y método: Estudio multicéntrico de cohorte retrospectivo, se incluyeron registros de adultos con al menos 72hs de ventilación mecánica y que no fueran desvinculados entro de las 24hs desde el inicio de fase de soporte parcial. La muestra fue dividida en pacientes con ≤ 8 y > 8 ml/kg de PCP de VT en PC-CSV durante la primera transición a fase de soporte parcial y se analizó la asociación con mortalidad en la unidad de cuidados intensivos (UCIs) y fallo en la transición a la ventilación espontánea.

Resultados: Se analizaron 2.607 registros de 17 UCIs, 1.047 fueron asignados al grupo VT > 8 ml/kg de PCP. Ajustado por APACHE II, sexo, edad, obesidad, causa de inicio de ventilación mecánica, compliance dinámica del sistema respiratorio y volumen minuto respiratorio el día uno en PC-CSV desarrollar VT elevado no se asoció con aumento de riesgo de muerte en la UCI (HR 0,94; IC95% 0,74-1,19; p-valor=0,60). Desarrollar VT > 8 ml/kg de PCP no se asoció a mayor tasa de falla en la transición a la ventilación espontánea (ORaj 0,84; IC95% 0,67-1,05; p-valor=0,1)

Conclusión: El desarrollo de un promedio de VT > 8 ml/kg de PCP durante las primeras 48hs de fase de soporte parcial en PC-CSV no se asoció con incremento de riesgo de muerte en la UCI, ni con incremento de la tasa de fallo en la transición a la ventilación espontánea.

Reg de Cox (Obs=1001)	Hazard ratio	IC 95%	p-valor
Categoría VT >8ml/kg PCP	0,94	0,74-1,19	0,60
APACHE II	1,02	1,01-1,02	0,02
Edad en años	1,02	1,01-1,02	<0,01
Sexo Masculino	1,12	0,88-1,43	0,36
Categoría Obeso	0,77	0,61-0,96	0,02
Motivo de inicio de VM	1,10	0,93-1,31	0,28
CSR dinámica PC-CSV día 1	1,01	0,99-1,00	0,45
Volumen minuto PC-CSV día 1	1,02	0,97-1,07	0,38



0061 CARACTERÍSTICAS CLÍNICO-DEMOGRÁFICAS DE PACIENTES TRAQUEOSTOMIZADOS EN LAS TERAPIAS INTENSIVAS DE UN HOSPITAL DE CABA
 F CESCHINI(1), F DA FONSECA(1), J WILLINER PEREZ(1), S AGUILAR(1), S TELAYNA(1)
 (1) Bernardino Rivadavia.

Introducción: La traqueostomía (TQT) es una alternativa frecuente para pacientes con intubación orotraqueal, especialmente aquellos bajo Asistencia ventilatoria mecánica (AVM) prolongada. 1, con beneficios como menor requerimiento de sedación, disminución de días de AVM, confort del paciente, facilidad de higiene de vía aérea y favorece el alta o derivación a instituciones para su rehabilitación. El uso prolongado implica mayor riesgo de infecciones respiratorias, lesiones de VA que aumentan la morbimortalidad de esta población(2-6).

Objetivos: Describir las características epidemiológicas, la mortalidad hospitalaria y la incidencia de decanulación en pacientes traqueostomizados atendidos en unidades de Terapia Intensiva (UTI) de un hospital de CABA.

Métodos: Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo y transversal en el Hospital Bernardino Rivadavia de la ciudad de Buenos Aires entre Octubre 2023 y octubre 2024. Se incluyeron todos los pacientes que recibieron AVM y que requirieron ser traqueostomizados por cualquier motivo dentro del periodo descrito. Se excluyeron casos con datos faltantes. Se emplearon registros clínicos, demográficos y de evolución durante la internación.

Resultados: De 133 pacientes que recibieron AVM 24 requirieron TQT (18%), La media de edad fue 60,7± 15 años, siendo más bajas en los pacientes sobrevivientes 54± 7,4, la mayoría hombres 14(58,3). La AVM prolongada fue el motivo principal de TQT 20 (83%). Predominó la técnica percutánea (66,6%). La media de días de tubo endotraqueal (TET) fue de 19±7 días. El 45,8% logró desvincularse de AVM. Se decanularon 4 pacientes que representa el 16,6% del total que requirió cánula de traqueostomía y 36,3% de los pacientes que lograron desvincularse. 87,36±51 días de UTI y 101±52 días de internación hospitalaria. Se derivaron 2 (8,4%) a instituciones para manejo del paciente crónico.

Conclusiones: La tasa de traqueostomía es mayor 18% a lo reportado(2) del 10%, similar a nivel nacional con lo informado por EpVar (22,4%) 11. Los días transcurridos hasta el procedimiento 19±7 días

es similar a la literatura (2-6) como TQT tardía. la tasa de decanulación estuvo por debajo de lo reportado. La mortalidad, días UCI y de internación Hospitalaria fueron mayores a la literatura tanto en hospitales de agudos como centros de desvinculación (7-10). Se requieren lineamientos futuros que nos ayuden a estandarizar el manejo de esta población.

TABLA 1 Características clínico-demográficas, AVM, destete y decanulación

	Total (24)	Sobrevivientes (8)	No Sobrevivientes (16)
Edad (años)	60,7± 15	54± 7,4	69(51-77)
Sexo M n(%)	14(58,3)	5(62,5)	9(56)
Apache II	17,3± 6,5	18± 7,4	16,8± 6,1
Diagnóstico/Área			
Clinico/médico	15(62,5%)	2(25)	11(68)
Quir. Urgencia	5(20,8)	4(50)	1(6,25)
Quir.Programado	4(16,7)	2(25)	2(12,5)
Motivo IOT			
POP	5(20,8)	3(37)	2(12,5)
IRA	4 (16,7)	1(12,5)	3(18,7)
IRA Reag.	4(16,7)	1 (12,5)	3(18,7)
Neuromuscular	2(8,3)	1(12,5)	1(6,25)
Shock séptico	2(8,4)	1(12,5)	1(6,25)
Cardiológico	2(8,4)	1(12,5)	1(6,25)
Otros	5(20,8)	2(25)	3(18,7)
Motivo TQT			
AVM prolongada	20 (83,3%)	5(62,5)	15(93)
M.Manejo sec	2(8,3)	1(12,25)	1(6,25)
OVAS	2 (8,3)	2(25)	0
Tipo TQT			
Percutánea	16(66,6%)	5(62,5)	11(68)
Quirúrgica	8(33,4)	5(62,5)	3(18,7)
Días hasta TQT			
Desvinculados AVM	11(45,8%)	6(75)	5(31)
BDT	6(54%)	3(37)	3(18,7)
BDT modif	4(36%)	3(37)	1(6,25)
Tapón Diurno	5(45%)	4(50)	1(6,25)
Tapón nocturno	3(27%)	3(37)	-
Decanulación	4(16,7%)	4(50)	-
GCS>8	4(100%)	5(62)	3(18,7)
Lesión VA	2(8,3%)	1(12,25)	1(6,25)
Tipo Lesión VA			
Granuloma	1(50%)	1(50)	-
Parálisis CV	1(50%)	1(50)	-
Días H decanulación			
Días UTI	87,3±51	96±49	83±53
Días Htal	101±52	100±51	93±52
Derivados	2(8,4%)	2(25)	-
Mortalidad	16 (66,6%)		

M: Masculino;POP: Post Operatorio;IRA: Insuficiencia respiratoria aguda;IRA EPOC: IRA en pacientes con Enf pulmonar.OVAS: Obstrucción de la vía aérea superior;BDT:Blue dye Test; BDT modif: Blue dye test modificado; Tapón diurno: utilización de tapón en cánula para ocluir durante el día; GCS: escala de coma de glasgow;Días H decanulación: cantidad de días hasta que se retiró la cánula de traqueostomía TQT: Pacientes con Cánula de Traqueostomía. ; Valores expresados según: media ± DE; n (%), mediana (RIC 25-75)

Bibliografía

- Young D, Harrison DA, Cuthbertson BH, Rowan K, TracMan Collaborators. Effect of early vs late tracheostomy placement on survival in patients receiving mechanical ventilation: the TracMan randomized trial. JAMA. 2013 May 22;309(20):2121-9.
- Cheung NH, Napolitano LM. Tracheostomy: epidemiology, indications, timing, technique, and outcomes. Respir Care. 2014 Jun;59(6):895-915.
- Frutos-Vivar F, Esteban A, Apetztegui C, Anzueto A, Nightingale P, González M, et al. Outcome of mechanically ventilated patients who require a tracheostomy. Crit Care Med. 2005 Feb;33(2):250-8.
- Nseir S, Di Pompeo C, Jozefowicz E, Cavestri B, Brisson H, Nyunga M, et al. Relationship between tracheostomy and ventilator-associated pneumonia: a case control study. Eur Respir J. 2007;30(2):314-320.
- Nieszowska A, Combes A, Luyt C-E, Kaibi H, Trouillet J-L, Gilbert C, et al. Impact of tracheostomy on sedative administration, sedation level, and comfort of mechanically ventilated intensive care unit patients. Crit Care Med 2005;33(11):2527-2533.
- Durbin CG. Tracheostomy: why, when, and how? Respir Care 2010;55(8):1056-1068.
- Diaz Balive P, Villalba D, Andreu M, Escobar M, Morán Velliz G, Lebus J, et al. Decanular. Factores predictores de dificultad para la decanulación: Estudio de cohorte multicéntrico. Rev am med respir. 2017;17(1):12-24.
- Diatéfano E, Picón Fuster S, Destefanis C, Gaggioli M, Botto M, Villafañe MC, et al. Predictores de éxito después de la decanulación en pacientes adultos críticamente enfermos: un estudio de cohorte retrospectivo. Rev Hosp Ital B Aires (2004). 2018;131-8.
- Scrigna M, Plotnikow G, Feld V, Villalba D, Quiroga C, Leiva V, et al. Decanulación después de la estadía en UCI: Análisis de 181 pacientes traqueostomizados. Rev. amer. respiratoria. 2013 Jun; 13(2):58-63.
- Carnero Echegaray Joaquín, Larocca Florencia, Bellon Pablo, Di Yorio Rodrigo, Cancino Jorge, Bossio Mauro. Análisis de una cohorte de pacientes decanulados en un centro de cuidados críticos crónicos de Argentina. Rev. am. med. respir. 2020; 20(3); 200-207.
- Plotnikow GA, Gogniat E, Accoco M, Navarro E, Dorado JH. Epidemiology of mechanical ventilation in Argentina. The EpVAr multicenter observational study. Med Intensiva. 2022 Jul;48(7).

0062 REPORTE DE CASO: INSUFICIENCIA RENAL AGUDA Y RESPIRATORIA EN CONTEXTO DE UNA PANCREATITIS AUTOINMUNE: UN ENFOQUE MULTIDISCIPLINARIO
 F CHIALVETTO(1)
 (1) Clinica Universitaria Reina Fabiola.

Introducción: Las granulomatosis con poliangeítis son vasculitis necrosantes que afectan a arterias de pequeño tamaño, los órganos comúnmente y gravemente afectados son el tracto respiratorio y los riñones. Se presenta con mayor frecuencia en adultos mayores afectados por igual a hombres y mujeres.

Presentación del caso: Femenina de 41 años, en estudio por sospecha de pancreatitis autoinmune, consulta por guardia presentando

dolor abdominal tipo cólico en hipocondrio izquierdo, intensidad 8/10 asociado a vómitos, IRA AKIN III, TC se evidencia: árbol en brote en LII, bordes irregulares en la cola del páncreas. Ingres a UTI por insuficiencia renal aguda, evolucionando con insuficiencia respiratoria, hemoptisis, se realiza reunión interdisciplinaria con servicio de infectología, hematología, reumatología, nefrología, cirugía general, se realiza biopsia renal y pancreática y panel reumatológico dando positivo ANCA C y AC ANTI PR3. Estuvo en tratamiento con reemplazo renal, corticoides, inmunoglobulinas y rituximab. Paciente con buena evolución clínica siendo externada al mes.

Discusión: Los síntomas gastrointestinales en la granulomatosis con poliangeitis solo se presentan en el 5 a 11% de los casos, las enfermedades pancreáticas como pancreatitis aguda, masa pancreática y la insuficiencia exocrina son manifestaciones extremadamente raras y se asocian a un diagnóstico tardío y un curso de la enfermedad rápidamente progresiva.

Conclusión: Este caso ilustra la importancia de un enfoque multidisciplinario en la gestión de condiciones complejas como la pancreatitis autoinmune asociada a vasculitis. La identificación y tratamiento temprano son cruciales para mejorar los resultados en estos pacientes.

0063 INMUNOMODULADORES: LA NUEVA FRONTERA EN EL MANEJO DE LA FALLA HEPÁTICA

AP CHOROLQUE(1), MJ POLIZZI(2), T IOLSTER(2), I MALLA(2), A SIABA(2), S TORRES(2)
 (1) Hospital Universitario Austral. (2) Hospital Universitario Austral.

Introducción: La falla hepática aguda es un síndrome clínico complejo y rápidamente progresivo, consecuente de procesos infecciosos, tóxicos, metabólicos, vasculares, inmunológicos y causas indeterminadas, siendo esta última la más frecuente en pediatría. Se ha identificado un fenotipo distinto denominado hepatitis de células T activadas. Estos pacientes tienen activación inmunitaria sistémica y muestras de biopsia hepática con infiltración densa de células T CD8 y pueden responder al tratamiento con inmunomoduladores.

Presentación del caso: Niño de 5 años, previamente sano que ingresa derivado por falla hepática fulminante con alteración severa del hepatograma y coagulograma. Se descartaron causas infecciosas, metabólicas, tóxicas y alteraciones anatómicas por lo que se amplían estudios con poblaciones linfocitarias.

Al quinto día de internación evoluciona con encefalopatía hepática por lo que ingresa en lista de urgencia para trasplante hepático.

Ante la posibilidad de síndrome de activación de linfocitos CD8, se trató empíricamente con timoglobulina asociado a premedicación con metilprednisolona a la espera del resultado de las poblaciones linfocitarias. Al segundo día de tratamiento se observa franca mejoría de función hepática y valoración clínica del paciente.

El recuento de poblaciones linfocitarias y el valor absoluto de CD8/CD4 fue normal.

Se otorga el alta a los 10 días de internación, con mejoría de hepatograma y seguimiento ambulatorio para descenso de corticoterapia.

Discusión: La falla hepática aguda tiene elevada morbimortalidad y en los casos graves, sin etiología que justifique un tratamiento específico, la alternativa terapéutica suele ser el trasplante hepático de emergencia.

Estudios recientes de hepatitis de causa indeterminada, sugieren que un grupo de pacientes puede presentar activación inmunitaria con infiltración de células T CD8 en el hígado y células T activadas en sangre periférica. Estos, podrían responder al tratamiento inmunomodulador.

En este caso, ante el deterioro clínico rápido, se decidió optar por el tratamiento con timoglobulina con respuesta favorable, evitando el trasplante hepático, agregando una nueva herramienta terapéutica.

Conclusión: El tratamiento inmunomodulador puede ser una alternativa terapéutica eficaz y costo efectiva. Debe plantearse su uti-

lización en pacientes sin diagnóstico etiológico y ante la sospecha de activación inmunitaria sistémica.

Carga Viral	Resultado
CMV	No detectable
Parvovirus	Detectable (<1000 copias)

Anticuerpo	Resultado
FAN/ANA (Anticuerpos Antinucleares)	Negativo
AMA (Anticuerpo Antimúsculo Esquelético)	Negativo
LKM (Anticuerpos contra las Microzomas Hepáticas)	Negativo
ASMA (Anticuerpos contra los Músculos Esqueléticos)	Negativo
Antigliadina	Negativo
Antitransglutaminasa	Negativo

Prueba	Resultado	Valor de Referencia
GB (Góbulos Blancos)	4280 (41/44/15)	-
Hb (Hemoglobina)	12.8 g/dL	13.5 - 17.5 g/dL (H) / 12.0 - 15.5 g/dL (M)
Hto (Hematocrito)	37.8%	40 - 54% (H) / 37 - 47% (M)
PlaQ (Plaquetas)	142,000/µL	150,000 - 450,000/µL
TP (Tiempo de Protrombina)	33 s	11 - 14 s
Rin (Creatinina)	2.22 mg/dL	0.6 - 1.2 mg/dL
Kpzt (Tiempo de Tromboplastina Parcial Activada)	32 s	25 - 35 s
Glu (Glucosa)	82 mg/dL	70 - 100 mg/dL
U (Urea)	26 mg/dL	10 - 50 mg/dL
Cr (Creatinina)	0.33 mg/dL	0.6 - 1.2 mg/dL
CT (Colesterol Total)	103 mg/dL	< 200 mg/dL
BIT/D (Bilirrubina Total/Directa)	13.2/9.75 mg/dL	0.1 - 1.2 mg/dL (Total) / 0.0 - 0.2 mg/dL (Directa)
GOT (AST)	4932 U/L	10 - 40 U/L
GPT (ALT)	2979 U/L	7 - 56 U/L
PT (Proteínas Totales)	6.03 g/dL	6.0 - 8.3 g/dL
Alb (Albumina)	3.82 g/dL	3.5 - 5.0 g/dL
TAG (Triglicéridos)	140 mg/dL	< 150 mg/dL
GGT (Gamma-Glutamil Transferasa)	187 U/L	0 - 51 U/L
EAB (Electrolitos Arteriales Base)	7.41/39.6/218/24.6/0.1	-
Ionc (Electrolitos)	136/4.29 mEq/L	Na: 135-145 mEq/L / K: 3.5-5.0 mEq/L
CaT (Calcio Total)	9 mg/dL	8.5 - 10.5 mg/dL
Mg (Magnesio)	2.18 mg/dL	1.7 - 2.2 mg/dL
P (Fósforo)	4.08 mg/dL	2.5 - 4.5 mg/dL
AlU (Ácido Úrico)	4.06 mg/dL	3.5 - 7.2 mg/dL (M) / 2.6 - 6.0 mg/dL (F)
Amilasa	25 U/L	30 - 110 U/L
Lipasa	19 U/L	10 - 140 U/L
LDH (Lactato Deshidrogenasa)	1116 U/L	140 - 280 U/L
CPK (Creatina Quinasa)	38 U/L	20 - 200 U/L
Amonio (Amoniaco)	155 µmol/L	11 - 35 µmol/L
Fibrinógeno	152 mg/dL	200 - 400 mg/dL
Factor V	97%	50 - 150%

0064 DESVINCLACIÓN DE LA VENTILACIÓN MECÁNICA INVASIVA EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS CARDIOLÓGICOS: ESTUDIO DESCRIPTIVO.

LV CASTRO(1), KY FARIÁS(1), FJ FABANI(1), DE STEINBERG(1), CM GRAEF(1), P BOUZAT(1), M OYOLA(1)
 (1) Hospital General De Agudos Carlos G. Durand.

Introducción: Un 25% de los ingresos a la Unidad de Cuidados Intensivos Cardiológicos (UCIC) requiere ventilación mecánica invasiva (VMI). Su mortalidad es 16 veces mayor respecto a la de aquellos que no utilizan soporte ventilatorio. Debido al impacto de la VMI en la hemodinamia, resulta fundamental identificar a los candidatos para progresar en la desvinculación considerando las características distintivas de los pacientes con antecedentes cardiovasculares. Si bien existen numerosos reportes que describen el proceso de destete, la literatura que aborda a los pacientes admitidos en UCIC es escasa.

Objetivo: Describir las variables relacionadas a la desvinculación de la VMI de pacientes admitidos a la UCIC de un hospital de CABA. En forma secundaria, analizar las diferencias entre los que tuvieron éxito y fracaso en el destete.

Población: Se incluyeron adultos admitidos a la UCIC del Hospital General de Agudos Carlos Durand entre agosto del 2016 y diciembre del 2024 con más de 12 horas de VMI. Los sujetos con motivo de ingreso no cardiovascular, cursando postquirúrgico de revascu-

larización miocárdica o reemplazo valvular, traqueostomizados al ingreso y/o reingresos fueron excluidos.

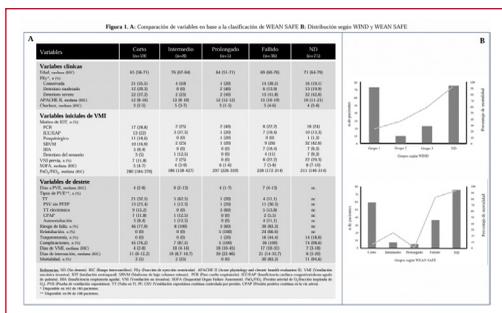
Método: Se realizó un estudio observacional, descriptivo, retrospectivo y longitudinal. Fueron registradas variables clínicas, relacionadas al primer día de VMI, relacionadas al proceso de desvinculación y eventos ocurridos durante la internación.

Resultados: Se incluyeron 183 pacientes. Hasta la primera prueba de ventilación espontánea (PVE) transcurrieron 5 días (RIC 2-9) de VMI. El tipo de PVE más utilizado fue pieza en T (31,5%) con una duración de 30 minutos (RIC 15-120). Fueron extubados 104 pacientes y un 27,8% fue reintubado en 24 horas (RIC 6,5-72) mayoritariamente por insuficiencia respiratoria. Un 51,9% utilizó ventilación no invasiva postextubación, principalmente en el escenario preventivo. De los 31 sujetos traqueostomizados, 17 iniciaron la desvinculación y 1 logró ser decanulado. Todos los pacientes fueron clasificados según WIND y WEAN SAFE (Figura 1). La Tabla 1 muestra las variables con diferencia significativa entre aquellos con destete exitoso y fallido. Un 91,3% de los pacientes tuvo al menos una complicación durante la internación.

Tabla 1. Diferencias entre pacientes con destete exitoso vs destete fallido

Variables	Exitoso (n=72)	Fallido (n=36)	Valor p
Variables clínicas			
Charlson, mediana (RIC)	3 (2 - 5)	5 (4 - 6)	0,03
Variables iniciales de VMI			
Lugar de IOT, n (%)			
UCIC	31 (43,0)	23 (63,8)	0,04
Motivo de IOT, n (%)			
IRA	5 (6,9)	7 (19,4)	0,04
Possquirgíngico	12 (16,6)	0 (0)	0,01
Volumen tidal inicial -ml-, mediana (RIC)	7 (7 - 7,8)	7 (6,8 - 7,3)	0,01
Presión de trabajo inicial -cmH ₂ O-, mediana (RIC)	9 (8 - 10)	10 (10 - 11)	0,03
Variables de destete			
VNI post extubación, n (%)	32 (44,4)	22 (61,6)	< 0,01
Reintubación, n (%)	5 (6,9)	24 (66,6)	< 0,01
Traqueostomía, n (%)	1 (1,38)	16 (44,4)	< 0,01
ADET, n (%)	0 (0)	14 (38,8)	< 0,01
Días de VMI, mediana (RIC)	5 (2 - 10)	17 (10 - 31)	< 0,01
Días de internación, mediana (RIC)	12 (7 - 22)	21 (14 - 35)	< 0,01
Mortalidad, n (%)	5 (6,9)	30 (83,3)	< 0,01

Referencias: RIC (Rango intercuartil); IOT (Intubación orotraqueal); UCIC (Unidad de cuidados intensivos cardiológicos); IRA (Insuficiencia respiratoria aguda); VNI (Ventilación no invasiva); ADET (Adecuación de esfuerzo terapéutico); VMI (Ventilación mecánica invasiva).



0065 CRISIS DISAUTONÓMICAS EN PACIENTE POST PCR SECUNDARIO A ELECTROCUCIÓN: REPORTE DE CASO

S LACO(1), FB VAZQUEZ BRIGNOLE(1), FE ESPINOZA(1), M OTAMENDI(1), M CRUZ(1), NA GRASSI(1), MG MONTENEGRO FERNANDEZ(1), LG DURAN(1)

(1) Hospital Municipal De Agudos De Bahía Blanca-“dr. Leonidas Lucero”

Introducción: La hiperactividad simpática paroxística o Crisis disautonómica es una urgencia neurológica potencialmente letal secundaria a lesiones cerebrales de distinta índole y gravedad. Es el conjunto de signos y síntomas que denotan descarga simpática exacerbada, posturas motoras anómalas y desadaptación del ventilador mecánico que se presentan de manera simultánea. El diagnóstico es clínico de exclusión y requiere un alto índice de sospecha por su elevada tasa de morbimortalidad sin tratamiento oportuno.

Presentación del caso: Masculino de 25 años sin antecedentes patológicos que ingresó a Terapia Intensiva luego de PCR secundario a

electrocución y posterior caída de altura. Ingresó estable hemodinámicamente, no vigil, glasgow 3/15, con vía aérea permeable, no sustentable, hipoventilación hacia bases con rales de baja intensidad en base izquierda y soplo tubario. Presentó lesiones por quemaduras en abdomen y brazo derecho. En el laboratorio presentó: GB 19500, CPK 198, Ac Láctico 15.5 y gasometría 6.85/65/77.3/-18.8/12.7/67.6 %. La tomografía de tórax evidenció consolidaciones en segmentos posteriores bilaterales, mientras que en encéfalo, columna, abdomen y pelvis no se hallaron particularidades. Durante la internación presentó neumonía asociada a la ventilación que resolvió con tratamiento antibiótico dirigido. Posteriormente, evolucionó con weaning dificultoso secundario a múltiples episodios de excitación psicomotriz, compatibles con crisis disautonómicas luego del descarte de otras causas etiológicas. De esta manera, se regla gabapentina y quetiapina, con uso de haloperidol y lorazepam durante los episodios. Presentó evolución clínica favorable y no repitió episodios disautonómicos en 72hs, por lo que se logró su externación luego de 20° días de internación total.

Discusión: La crisis disautonómica es una complicación poco frecuente pero severa en pacientes con daño cerebral agudo. En este caso, la sospecha clínica permitió iniciar tratamiento específico, con buena respuesta y resolución del cuadro en 72 horas. El reconocimiento temprano de esta entidad es clave, especialmente ante fallas en el destete ventilatorio o agitación inexplicable.

Conclusión: La intervención oportuna con neuromoduladores y apoyo sintomático permitió la recuperación del paciente y su externación, destacando la importancia de incluir la disautonomía en el diagnóstico diferencial en pacientes neurológicos críticos.

0066 MIOCARDIOPATÍA POR ESTRÉS EN PACIENTES CON HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA – REPORTE DE CASOS

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

Introducción: La miocardiopatía por estrés, también conocida como síndrome de Takotsubo, es una entidad cada vez más reconocida en pacientes neurocríticos, especialmente aquellos con hemorragia subaracnoidea (HSA). La elevación de la presión intracraneal causa activación simpática que resulta en hipercontracción de los miocitos cardíacos y posterior disfunción ventricular transitoria. En pacientes con HSA, su incidencia es significativa y puede impactar negativamente en el pronóstico si no se identifica precozmente.

Presentación del caso: Se presentan tres pacientes de 33, 53 y 54 años ingresadas a la Unidad de Terapia Intensiva por HSA de mal grado neurológico (Hunt-Hess III-V). En todos los casos, se excluye el aneurisma.

Al tercer día de internación, los pacientes desarrollaron disfunción hemodinámica, con hipotensión arterial y elevación de troponinas sin signos de isquemia en uno de ellos. Se realizaron ecocardiogramas que evidenciaron hipocinesia apical y FEVI disminuida (35-56%). Los electrocardiogramas mostraron alteraciones inespecíficas del ST. Se inició soporte con inotrópicos y monitoreo intensivo. Ninguna paciente presentó antecedentes cardíacos previos. A los 12-14 días del primer ecocardiograma, los tres pacientes mostraron recuperación completa de la función ventricular, los pacientes evolucionaron a obito por causas neurológicas.

Discusión: La miocardiopatía por estrés debe considerarse en pacientes con HSA que desarrollan compromiso hemodinámico sin causa evidente. La disfunción ventricular, puede confundirse con un síndrome coronario agudo. En estos casos, la ausencia de antecedentes cardiológicos y los hallazgos ecocardiográficos confirman el diagnóstico. La miocardiopatía por estrés neurogénico después de una HSA también se asoció con una mayor mortalidad y peores resultados funcionales a largo plazo.

Conclusión: Estos casos destacan la importancia de realizar evaluación ecocardiográfica en pacientes neurocríticos con shock, incluso en ausencia de síntomas cardíacos, para detectar precozmente miocardiopatía por estrés y optimizar el manejo hemodinámico.

Tabla 1. Evolución ecocardiográfica y clínica de los pacientes

Paciente	Edad	FEVI inicial (%)	Hallazgos ecocardiográficos	Inotrópicos	Día de recuperación
1	54	56%	Hipocinesia apical	Si	Día 13
2	53	36%	Hipocinesia apical	Si	Día 14
3	33	35%	Hipocinesia apical	Si	Día 14

Figura 1. Ecocardiograma representativo del caso 2 con hipocinesia apical y FEVI disminuida.

0068 REPORTE DE CASO: ABSCESO EPIDURAL COMO COMPLICACIÓN DE UNA TUBERCULOSIS VERTEBRAL

R ACUÑA AMAYA(1), M FLORES(1), M MORANTES(1), SI CASTRO(1), P BOSCHINI(1), D RODRIGUEZ(1), R VILLARPANDO(1), I JARAMILLO(1)
(1) Higa Eva Perón De San Martin.

Introducción: La tuberculosis espinal es una forma ósea que afecta principalmente a niños y adultos jóvenes. Causa la destrucción de discos y cuerpos vertebrales, afectando principalmente la región torácica. Los síntomas incluyen dolor de espalda, paraplejía y deformidades. El diagnóstico temprano, mediante resonancia magnética y biopsia guiada, es fundamental. El tratamiento antituberculoso es clave, y la cirugía se emplea en formación de abscesos grandes, cifosis severa, déficit neurológico progresivo y falta de respuesta al tratamiento médico.

Presentación del caso: Paciente de 22 años, antecedentes: consumo de sustancias psicoactivas y preso, consulta por un cuadro clínico de 6 meses con absceso supraclavicular derecho que drenó espontáneamente, seguido de absceso cervical posterior, debilidad en miembros superiores e inferiores, pérdida de peso y sudoración nocturna. TC de tórax y RM cervical evidencian absceso en la columna cervical con osteólisis vertebral y probable absceso epidural a nivel C3-C5. El 22/10/2024 se realiza exéresis de tumoración y laminectomía en C3-C5, muestras enviadas a cultivos. Se inicia tratamiento antimicrobiano con piperacilina tazobactam, vancomicina, además de tuberculostáticos. Durante su evolución, presentó cuadriparesia, debilidad diafragmática y complicaciones respiratorias, requiriendo ventilación mecánica y traqueostomía. El 11/11/24, los cultivos confirmaron tuberculosis por GenXpert. Continúa actualmente con Isoniacida y Rifampicina, rehabilitación pulmonar y recibió múltiples antibióticos por interurrencias infecciosas.

Discusión: En este paciente joven con factores de riesgo como hacinamiento y malnutrición, la tuberculosis espinal se sospechó por el curso crónico y asociación con absceso epidural. La resonancia magnética y la biopsia guiada fueron esenciales para el diagnóstico etiológico. En formas óseas el tratamiento tuberculostático es prolongado, alrededor de 12 meses.

Conclusión: La tuberculosis espinal es prevalente en países en desarrollo y mejora con diagnóstico temprano y tratamiento rápido. En este paciente, por su situación de encierro el tratamiento dirigido y la cirugía fueron tardías, condicionando una cuadriparesia severa y dependencia del soporte ventilatorio. La prevención y el control de la propagación de la tuberculosis son esenciales, especialmente en jóvenes, para evitar nuevos casos.

REPORTE DE CASO: ABSCESO EPIDURAL COMO COMPLICACIÓN DE UNA TUBERCULOSIS VERTEBRAL.

Hospital: HIGA Eva Perón de San Martín
País: Argentina
Partido: San Martín

AUTORES

Autor presentador: Richard Acuña Amaya (MI PRIMER TRABAJO CIENTÍFICO)
Marisa Flores, Marina Morante, Silvia Inés Castro, Pablo Boschini, Deyanira Rodríguez, Rudy Villarparando, Ivan Jaramillo.

Formato presentación: Póster con discusión

País: Argentina

Idioma presentación: Español

Para premio: No

Área temática principal: Infectología Crítica

Área temática secundaria: Otro

Palabras claves: Mycobacterium tuberculosis, absceso epidural, antifímicos.

Introducción: La tuberculosis espinal es una forma ósea que afecta principalmente a niños y adultos jóvenes. Causa la destrucción de discos y cuerpos vertebrales, afectando principalmente la región torácica. Los síntomas incluyen dolor de espalda, paraplejía y deformidades. El diagnóstico temprano, mediante resonancia magnética y biopsia guiada, es fundamental. El tratamiento antituberculoso es clave, y la cirugía se emplea en formación de abscesos grandes, cifosis severa, déficit neurológico progresivo y falta de respuesta al tratamiento médico.

Presentación del caso: Paciente de 22 años, antecedentes: consumo de sustancias psicoactivas y preso, consulta por un cuadro clínico de 6 meses con absceso supraclavicular derecho que drenó espontáneamente, seguido de absceso cervical posterior, debilidad en miembros superiores e inferiores, pérdida de peso y sudoración nocturna. TC de tórax y RM cervical evidencian absceso en la columna cervical con osteólisis vertebral y probable absceso epidural a nivel C3-C5. El 22/10/2024 se realiza exéresis de tumoración y laminectomía en C3-C5, muestras enviadas a cultivos. Se inicia tratamiento antimicrobiano con piperacilina tazobactam, vancomicina, además de tuberculostáticos. Durante su evolución, presentó cuadriparesia, debilidad diafragmática y complicaciones respiratorias, requiriendo ventilación mecánica y traqueostomía. El 11/11/24, los cultivos confirmaron tuberculosis por GenXpert. Continúa actualmente con Isoniacida y Rifampicina, rehabilitación pulmonar y recibió múltiples antibióticos por interurrencias infecciosas.

Discusión: En este paciente joven con factores de riesgo como hacinamiento y malnutrición, la tuberculosis espinal se sospechó por el curso crónico y asociación con absceso epidural. La resonancia magnética y la biopsia guiada fueron esenciales para el diagnóstico etiológico. En formas óseas el tratamiento tuberculostático es prolongado, alrededor de 12 meses.

Conclusión: La tuberculosis espinal es prevalente en países en desarrollo y mejora con diagnóstico temprano y tratamiento rápido. En este paciente, por su situación de encierro el tratamiento dirigido y la cirugía fueron tardías, condicionando una cuadriparesia severa y dependencia del soporte ventilatorio. La prevención y el control de la propagación de la tuberculosis son esenciales, especialmente en jóvenes, para evitar nuevos casos.

0069 REPORTE DE CASO COAGULACION INTRAVASCULAR DISEMINADA POR TUBERCULOSIS DISEMINADA

E DEL VALLE(1)

(1) Higa San Martín.

Introducción: La tuberculosis es una enfermedad infectocontagiosa prevalente en Argentina. Aunque se presenta de diversas maneras, pocos casos describen complicaciones tromboticas. La coagulación intravascular diseminada (CID) es un trastorno caracterizado por la activación descontrolada de la cascada de coagulación, formando trombos sistémicos, plaquetopenia, prolongación de los tiempos de coagulación, y deficiencia de fibrinógeno.

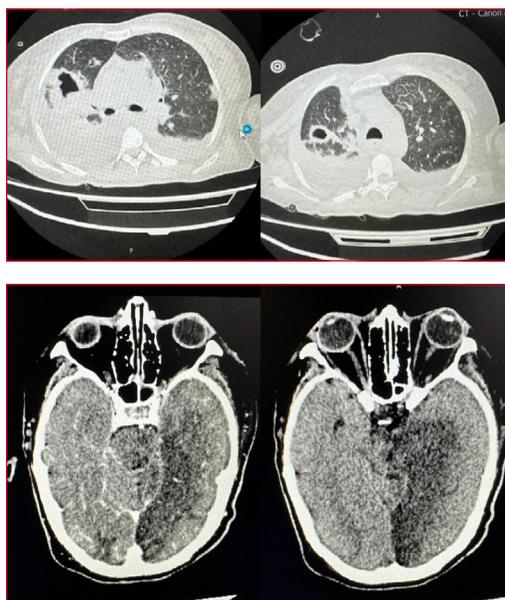
Presentación del caso: Paciente femenina de 40 años con antecedentes de tabaquismo y amputación infrapatelar por isquemia crítica el 7/10/24. El 13/10/24 ingresa por deterioro del sensorio, fiebre y taquicardia, con herida infectada en el muñón izquierdo. Había sido internada del 3 al 10/10 por dolor en el pie izquierdo, inicialmente sometida a trombectomía y posterior amputación por isquemia crítica. Presenta shock séptico y se realiza cirugía de emergencia para resección del muñón y debridamiento de material necrótico. A pesar del tratamiento, la paciente se mantiene inestable, con complicaciones infectológicas. El 14/10, la tomografía muestra lesiones pulmonares, cavitación y se confirma tuberculosis pulmonar con BAAR positivo.

El 15/10, se diagnostica trombosis venosa profunda en el miembro inferior derecho. El 17/10, se inicia tratamiento con gammaglobulina y enoxaparina por sospecha de síndrome antifosfolípido (SAF), pero los anticuerpos antifosfolípidos del 18/10 (cuyo resultado es obtenido un mes después) y la evolución clínica descartan SAF, confirmándose posteriormente coagulopatía por consumo, compatible con CID.

El 19/10 análisis muestran hipofibrinogenemia, plaquetopenia y prolongación de los tiempos de coagulación asociado a aumento de DD, lo que respalda el diagnóstico de CID. A pesar del tratamiento, la paciente sufre un paro cardiopulmonar el 26/10, seguido de un ACV isquémico focal, y obita el 27/10 por shock séptico.

Discusión: Se presentó una duda diagnóstica entre CID y SAF catastrófico en una paciente joven con antecedentes de tabaquismo y tuberculosis diagnosticada durante la internación. Sin embargo, la paciente no mostró presencia de los anticuerpos típicos de SAF (anticoagulante lúpico, anticardiolipina y anti-beta 2 glicoproteína), por lo que se descartó este diagnóstico. En cambio, la paciente presentaba marcadores compatibles con coagulopatía por consumo, una condición asociada con CID.

Conclusión: La CID es una entidad de difícil diagnóstico por la inespecificidad del cuadro. Impone un reto diagnóstico por la falta de información y de reportes de casos en TBC.



0070 ESCLEROSIS LATERAL AMIOTRÓFICA: DIAGNOSTICO DIFERENCIAL DE DISNEA EN UTI REPORTE DE UN CASO ATÍPICO DE PRESENTACIÓN BULBAR

HA ARMANDOLA(1), I GASPOZ(1), M MICHELONI(1)
(1) Sanatorio San Geronimo.

Introducción: La esclerosis lateral amiotrófica (ELA) es una enfermedad neurodegenerativa progresiva que afecta las motoneuronas superiores e inferiores, ocasionando debilidad muscular generalizada que compromete las extremidades, así como la musculatura torácica, abdominal y bulbar.

La insuficiencia respiratoria (IR) secundaria constituye una de las principales causas de morbimortalidad, pudiendo generar hipercapnia, hipoxemia y, en casos avanzados, paro respiratorio.

Presentación del caso: Se presenta el caso de un paciente masculino de 77 años, con antecedentes de hipertensión arterial, dislipidemia, enfermedad arterial periférica, hemocromatosis hereditaria y Parkinson (diagnóstico hace 2 años).

Ingresa a nuestro centro por disnea clase funcional IV, debilidad generalizada, astenia, hipoxemia, pérdida de peso y tos postprandial. La tomografía de tórax no evidencia hallazgos relevantes; sin embargo, los estudios de laboratorio muestran insuficiencia respiratoria, motivo por el cual se decide su ingreso a la Unidad de Terapia Intensiva (UTI) para soporte con ventilación mecánica no invasiva (VMNI).

Los estudios complementarios solicitados incluyen resonancia magnética (RM) cerebral sin alteraciones significativas y RM cervical con canal estrecho, sin compromiso medular evidente. La electromiografía evidencia hallazgos compatibles con enfermedad de motoneurona, confirmándose el diagnóstico de ELA.

Durante su internación, el paciente alterna entre VMNI y cánula nasal de alto flujo, evolucionando hacia la necesidad de VMNI permanente. Posteriormente, falleció tras 29 días de internación en UTI.

Discusión: La evolución natural de la ELA conlleva una progresión inevitable hacia la IR. En este contexto, el abordaje sintomático es fundamental para mejorar la calidad de vida. La VMNI ha demostrado eficacia en prolongar la supervivencia, mientras que el uso de Riluzole, aunque limitado por su costo, ha evidenciado un modesto beneficio en la ralentización de la progresión de la enfermedad.

Conclusión: Debido a la baja prevalencia de la ELA y las dificultades diagnósticas asociadas, se destaca la importancia de la derivación precoz al especialista, ya que un diagnóstico oportuno permite implementar estrategias terapéuticas que optimicen la sobrevida, atendiendo no solo la afectación física, sino también el deterioro cognitivo subyacente, y preserven la autonomía del paciente en la toma de decisiones respecto a su enfermedad.

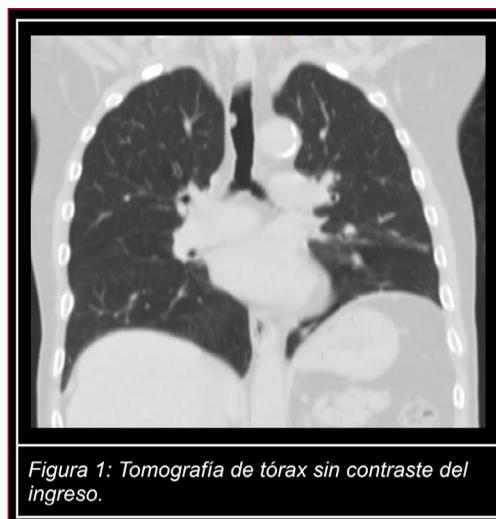


Figura 1: Tomografía de tórax sin contraste del ingreso.



Figura 2: Radiografía de tórax a 48 horas desde el ingreso.

0071 VENTILACIÓN MECÁNICA INVASIVA EN PACIENTES CON ECMO V-A EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS CORONARIOS: COHORTE RETROSPECTIVA.

V RUIZ(1), FA MELGAREJO MEANA(1), AR AIRA(1), MA ESCOBAR(1), G ROVEDA(1), CM WILHELM(1)
 (1) Hospital Italiano De Buenos Aires.

Introducción: No existe una guía basada en la evidencia sobre cómo configurar la ventilación mecánica invasiva (VMI) durante la oxigenación por membrana extracorpórea venoarterial (ECMO V-A).
Objetivos: Describir los parámetros de la VMI y su monitoreo durante el ECMO V-A. Como objetivos secundarios, comparar la programación y monitoreo ventilatorio antes, durante y después del ECMO V-A.

Materiales y Método: Estudio observacional de cohorte retrospectivo con muestreo consecutivo. Se incluyeron pacientes mayores de 18 años con ECMO V-A, y VMI, internados en la unidad coronaria de un hospital universitario entre 2015 y 2024. El tamaño muestral estimado para dos muestras pareadas fue de 11. Se realizaron pruebas de Wilcoxon o t pareada, considerando $p < 0,05$ como significativo.

Resultados: Se colocaron 120 ECMO V-A, de los cuales 102 fueron analizados. La media de edad fue de 52,48 años (DE 15,31) y el 81,4% fueron hombres. El shock cardiogénico fue el motivo más frecuente de inicio de ECMO V-A. La programación y monitoreo de la VMI se detallan en la Tabla 1. Al comparar el Volumen Tidal (Vt), los mililitros por kilo de peso teórico (mL/kg); Frecuencia Respiratoria (Fr); Presión Positiva al fin de la espiración (PEEP) y Fracción inspiratoria de oxígeno (FiO2) antes y durante el ECMO V-A, se encontraron diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,001$). También hubo diferencias significativas en la programación ventilatoria durante y después del ECMO V-A ($p < 0,001$), excepto en PEEP ($p = 0,98$). No se observaron diferencias en los parámetros de monitoreo ventilatorio antes y durante el ECMO V-A en Driving Pressure (DP), Presión plateau (Ppl) ni Compliance estática (CrS), $p=0,81$; $p=0,22$; $p=0,39$, respectivamente. Tampoco hubo diferencias al comparar el monitoreo durante y después del ECMO V-A en DP ($p=0,33$) y la CrS ($p=0,62$), Ppl ($p=0,21$). Ver Figura 1.

Conclusiones: Durante la VMI con ECMO V-A se utilizó una estrategia protectora, reduciendo el Vt, mL/kg, Fr y FIO2, y aumentando la PEEP. Los parámetros de mecánica ventilatoria como DP, Ppl y CrS se mantuvieron estables.

Variables	Pre ECMO V-A n=66	Intra ECMO V-A n=102	Post ECMO V-A n=63
Programación ventilatoria			
Modo ventilatorio			
VCV, n (%)	56 (84,8)	92 (90,2)	44 (69,8)
PCV, n (%)	9 (13,6)	9 (8,8)	18 (28,6)
PSV, n (%)	1 (1,6)	1 (1,0)	1 (1,6)
Vt, mediana (RIQ)	530 (480-570)	460 (395-520)	500 (450-540)
mL.kg, mediana (RIQ)	7,9 (7,3-8,0)	6,8 (6,1-7,5)	7,5 (6,8-8,0)
Fr, mediana (RIQ)	12 (12-13)	14 (12-16)	13 (12-15)
Pa, mediana (RIQ)	6 (6-6)	11 (10-14)	5 (5-5)
Fi, mediana (RIQ)	18 (15-22)	14 (12-16)	18 (15-22)
Ti, mediana (RIQ)	0,83 (0,8-0,9)	0,85 (0,8-0,9)	0,8 (0,8-0,9)
Porcentaje de ciclo, mediana (RIQ)	25 (25-25)	27,5 (25-30)	25 (25-25)
Flujo inspiratorio, mediana (RIQ)	39 (35,2-42)	33 (27,8-38,4)	38,3 (33-42,7)
PEEP, mediana (RIQ)	6 (6-8)	8 (7-10)	8 (6-8)
FiO2, mediana (RIQ)	0,4 (0,3-0,5)	0,3 (0,21-0,4)	0,4 (0,3-0,4)
Monitoreo ventilatorio			
Pp, mediana (RIQ)	24 (21-26)	24,5 (22-28)	25 (22-27)
Ppl, mediana (RIQ)	18 (17-20)	19 (17-21)	20 (18-23)
Pm, mediana (RIQ)	11 (9-12)	11 (10-13,5)	11 (11-13)
PEEPi, mediana (RIQ)	0 (0-1)	1 (0-1)	1 (0-1)
PEEPt, mediana (RIQ)	7 (6-8)	8 (8-10)	8 (8-9)
DP, mediana (RIQ)	12 (10-13)	10 (9-12)	12 (9,5-13)
CrS, mediana (RIQ)	46,9 (37,5-54,2)	46,3 (36,4-53)	41,7 (31,5-53,3)
Raw, mediana (RIQ)	10 (8,3-15,5)	11,3 (9,1-14,6)	9,2 (7,3-11,9)

Pie de tabla 1. Abreviaturas. VCV: ventilación controlada por volumen; PCV: ventilación controlada por presión; PSV: ventilación con presión de soporte; Vt: Volumen Tidal, mL/kg: mililitros por kilogramo de peso corporal predicho; Pi: Presión inspiratoria; Pps: Presión de soporte; Fr: Frecuencia Respiratoria; Ti: Tiempo inspiratorio; Fi: Flujo inspiratorio; PEEP: Presión Positiva al Final de la Espiración (por sus siglas en inglés); FiO2: Fracción Inspirada de Oxígeno; Pp: Presión Pico; Ppl: Presión plateau; Pm: Presión media; PEEPi: PEEP Intrinsic; PEEPt: PEEP total; DP: Delta de presión; CrS: Compliance del sistema respiratorio (por sus siglas en inglés); Raw: Resistencia de la vía aérea (por sus siglas en inglés).

0072 IMPLEMENTACIÓN DE LA OXIMETRÍA EVALUATIVA, EN PACIENTES DE NEONATOLOGÍA DEL HOSPITAL MATERNO NEONATAL (HMN) DE CÓRDOBA, CON DISPLASIA BRONCOPULMONAR, PARA ADECUAR EL APORTE DE OXÍGENO DURANTE PROCESO DE WEANING. PERÍODO ENERO 2024- ENERO 2025

FA SIGEL(1), MP BRUNO(2), S TURCK(3), FA GALETTO, PM CAPRARI(3), NM DE LA VEGA(3), Á TEJEIRO(3)
 (1) Materno Neonatal Dr. Ramón Carrillo. (2) Hospital Materno Neonatal Dr. Ramón Carrillo. (3) Hospital Materno Neonatal Dr. Ramón Carrillo.

Introducción: La Displasia Broncopulmonar (DBP) es una condición frecuente en Recien Nacido Pretérmino. Se considera DBP cuando un RNPT requiere oxígeno durante 28 días consecutivos. Evaluar el aporte de oxígeno que requieren estos pacientes, en los diferentes estados evolutivos, es fundamental en el uso racional de la oxigenoterapia para favorecer el crecimiento y desarrollo adecuado de esta población, lo que influirá en su morbilidad.

Objetivo: Adecuar los requerimientos de oxígeno en pacientes con DBP en el proceso de desescalada de la ventilación-oxigenoterapia en Neonatología del HMN.

Materiales y Método: Estudio cuasiexperimental longitudinal de prueba diagnóstica. Se estableció un protocolo para adecuar el aporte de oxígeno en pacientes RNPT con DBP en proceso de weaning de O2, asegurando niveles de saturación target según edad gestacional.

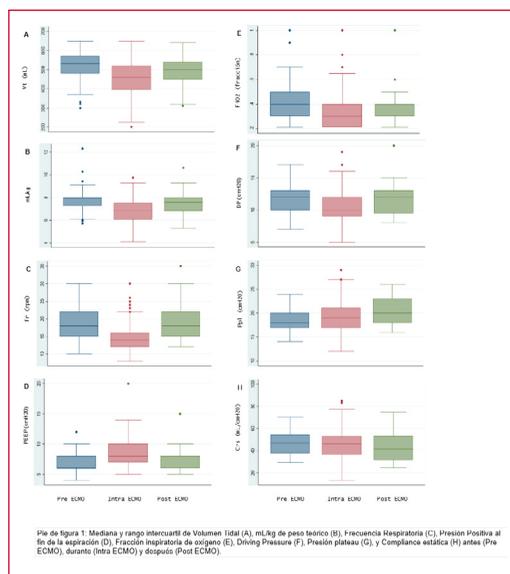
El protocolo se basó en la oximetría de pulso continua diurna o nocturna con equipo de extracción Massimo SET® y programa de edición Massimo Trace®, durante 12 horas posterior a la desescalada. Una saturación superior al 95% con tiempos mínimos de desaturación es considerada un indicador de estabilidad. En caso de un resultado patológico, se escala al estadio previo, se reevalúa a las 48 hs, repitiendo la oximetría en las nuevas condiciones. (Gráfico 1) **ÁMBITO:** Unidades de Cuidado Intermedio (UCI) y Cuidados Especiales Neonatales (CEN)

PERÍODO DE ESTUDIO: Enero 2024 a enero 2025

POBLACIÓN: Pacientes RNPT con diagnóstico de DBP internados en UCI o CEN del HMN en proceso de weaning de O2.

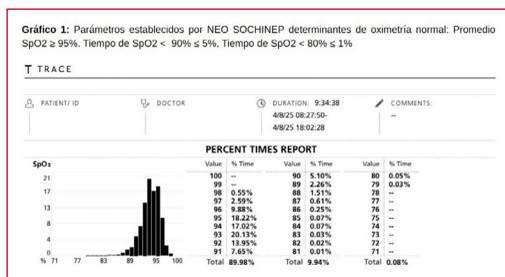
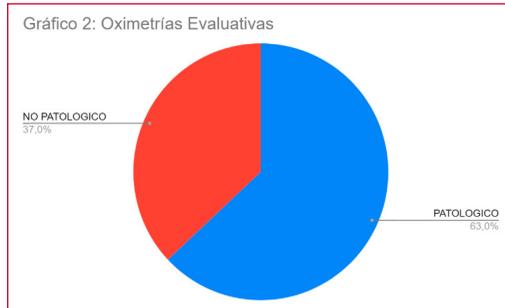
Resultados: De un total de 43 pacientes con DBP a 141 pacientes se le realizaron un total de 100 Oximetrías Evaluativas (OE). El 75.7%(31) eran masculinos y el 24.3%(10) eran femeninos. El 63%(63) de las Oximetrías fueron PATOLÓGICAS y se realizaron un promedio en general de 1 a 2 Oximetrías Evaluativas por paciente.(Gráfico2)

Conclusión: La OE durante el proceso de desvinculación permitió objetivar que en 63% de las situaciones el aporte de oxígeno no



Pie de figura 1. Mediana y rango intercuartil de Volumen Tidal (A), mL/kg de peso teórico (B), Frecuencia Respiratoria (C), Presión Positiva al fin de la espiración (D), Fracción inspiratoria de oxígeno (E), Driving Pressure (F), Presión plateau (G), y Compliance estática (H) antes (Pre ECMO), durante (Intra ECMO) y después (Post ECMO).

era el adecuado por lo que la valoración clínica no puede ser el único método. La OE optimiza el uso de oxígeno permitiendo la recuperación pulmonar de los RNPT, reduciendo la morbimortalidad. La OE es una herramienta que brinda calidad y seguridad en los cuidados respiratorios.



0073 ENFERMEDAD DEL LEGIONARIO POSTERIOR A UNA INUNDACIÓN EN BAHÍA BLANCA: A PROPÓSITO DE UN CASO

N GRASSI(1), M CRUZ(1), F ESPINOZA(1), M OTAMENDI(1), FB VAZQUEZ(1), S LACO(1), M MONTENEGRO FERNANDEZ(1), L DURAN(1)
(1) Hospital Municipal De Agudos Leonidas Lucero.

Introducción: La enfermedad del legionario se presenta en forma de brotes, transmitida por inhalación de aerosoles provenientes de fuentes de agua contaminada y constituye un problema de salud pública. Se presenta el caso de una enfermedad de los legionarios en contexto de inundación en la ciudad de Bahía Blanca.

Presentación del caso: Paciente de 72 años con antecedentes de hipertensión arterial, cardiopatía isquémica y ex tabaquista, consultó por cuadro de astenia, adinamia, disnea, diarrea y fiebre de 72 horas de evolución. Ingresó inestable, hipotenso, febril y con pulsioximetría 90%. Al examen físico, rales crepitantes en hemitórax derecho. Laboratorio: Hb 12.5g/dl, GB 10.740/mm³, Plaquetas 115.000/mm³, RIN 1.87, TP 22, Cr 1.89mg/dl, Urea 39mg/dl, PCR 443 mg/l, Na 126mEq/l, K 3.8 mEq/l, Cl 93 mEq/l, láctico 1.8mmol/l, pH 7.38, pO2 72, pCO2 32, EB -5.1, HCO3 19. Radiografía de tórax consolidación en hemitórax derecho. (Figura 1) Evolucionó con progresión de la insuficiencia respiratoria y requirió intubación orotraqueal y asistencia ventilatoria mecánica. Persistió con hipoxemia refractaria a tratamientos y cumplió 4 ciclos de decúbito prono. Hemocultivos negativos. Antígeno de neumococo en orina negativo, y antígeno de Legionella pneumophila serogrupo 1 en orina positivo. Ecocardiograma: miocardiopatía dilatada isquémico-necrótica con deterioro moderado de la función sistólica del VI.

Se interpretó como una neumonía grave de la comunidad por Legionella. Recibió tratamiento antibiótico con claritromicina y levofloxacina y uso de corticoides, así como se priorizó la ventilación protectora, evolucionando en weaning prolongado. Su grupo familiar estuvo en seguimiento por infecciones respiratorias agudas bajas con antígeno de legionela en orina negativos y tratamiento con macrólidos.

Discusión: Las bacterias del género Legionella se encuentran naturalmente en entornos acuáticos, su infección genera cuadros de neumonía o bacteriemia (fiebre de Pontiac). Puede cursar como un cuadro leve con tos y febrícula hasta eventos graves con insuficiencia respiratoria y falla multiorgánica. En el contexto de síntomas el antígeno en orina posee alta especificidad diagnóstica, con una sensibilidad cuestionable, y solo detecta en serogrupo 1 de Legionella pneumophila.

Conclusión: Los métodos diagnósticos disponibles en nuestro nosocomio tal vez subdiagnosticaron un posible brote de Legionella tras una catástrofe ambiental de la ciudad.



0074 VIVIENDO CON EL ENEMIGO: SHOCK TÓXICO STREPTOCÓCICO SECUNDARIO A PELVIPERITONITIS

S MARTINEZ(1), D VILLACRES(1), J HERZ(1), M COZZI(1), I PETEL(1), MA BARRIENTOS(1), D VERA(1)
(1) Naval.

Introducción: El Síndrome de Shock Tóxico Streptocócico (SSTS) es una condición grave causada por Streptococcus pyogenes, cuyas exotoxinas se comportan como súper antígenos, generando una respuesta inflamatoria desregulada y disfunción multiorgánica. En 2022, se reportó un aumento en la incidencia de infecciones por S. pyogenes en Argentina, siendo de notificación obligatoria. En 2023, el 12% de estas infecciones se manifestaron como enfermedad invasiva.

Presentación de Caso Clínico: Se presenta el caso de una mujer de 34 años con un DIU colocado hace cuatro años, sin controles posteriores, que ingresó con dolor abdominal, fiebre y vómitos. Tras un diagnóstico de peritonitis purulenta secundaria a Enfermedad Pélvica Inflamatoria (EPI), se realizó una salpingectomía y lavado de cavidad abdominal. La paciente evolucionó a shock séptico y, tras una mala evolución, se realizó una nueva laparotomía, evidenciando peritonitis persistente. Se practicó una histerectomía subtotal, revelando S. pyogenes en el líquido abdominal y el DIU. La paciente mejoró tras el tratamiento.

Discusión: Presentamos este caso de SSTS secundario a Pelvipерitonitis por S. Pyogenes por su baja incidencia. En nuestra búsqueda bibliográfica encontramos pocos reportes de casos asociados a dispositivos intrauterinos en los últimos 40 años.

Conclusión: En Argentina la incidencia de SSTS ha aumentado en poblaciones infantiles en los últimos años mientras que en poblaciones adultas no encontramos reportes de casos de SSTS a foco de un DIU. El shock refractario en pacientes portadores de estos dispositivos requiere una alta sospecha diagnóstica y manejo multidisciplinario y precoz.

0075 CUANDO EL RETIRO DE LA VÍA AÉREA ARTIFICIAL PENDE DE UN HILO: A PROPÓSITO DE UN CASO
M RESSIA(1), B ACOSTA(1), J MOREIRA(1), M COZZI(1), I PETEL(1), G ROLANDELLI(1), D VERA(1)
(1) Naval.

Introducción:

La decanulación de la traqueostomía es un proceso complejo que requiere la evaluación de múltiples variables, aunque no existe un consenso unificado. Es crucial evitar el uso prolongado para prevenir complicaciones como traqueomalacia, estenosis traqueal y fístula traqueo-esofágica.

Caso Clínico: Un paciente masculino de 47 años con antecedentes de linfoma Hodgkin y no Hodgkin, sometido a quimioterapia y trasplante de médula ósea, desarrolló infección por *Staphylococcus aureus* meticilino sensible. Debido a intubación prolongada y complicaciones vasculares, se realizó traqueostomía quirúrgica sin complicaciones iniciales. Posteriormente, se logró el destete de la ventilación mecánica y se procedió a la decanulación al día 30, previa fibrobroncoscopia.

A los 7 días post-decanulación, el paciente presentó tos persistente y abundante broncorrea. La fibrobroncoscopia reveló un cuerpo extraño (hilo de sutura) en el bronquio izquierdo inferior, que fue extraído. Sin embargo, se requirió recanulación debido a neumonía asociada a ventilación mecánica.

Discusión: La falla por cuerpos extraños es infrecuente en el proceso de decanulación. El aumento de secreciones, tos persistente sin evidencia en imágenes nos obliga a replantear el diagnóstico.

Conclusión: Este caso destaca la importancia de la fibrobroncoscopia en el diagnóstico y tratamiento de complicaciones durante la decanulación. El cuerpo extraño fue un factor poco frecuente que contribuyó al fracaso inicial del proceso. Este caso subraya la necesidad de un enfoque multidisciplinario para abordar las complicaciones de la traqueostomía y el retiro de la vía aérea artificial.

0076 EL SÍNDROME DE DISTRÉS RESPIRATORIO CON VENTILACIÓN UNIPULMONAR, EVIDENCIA O ARTE?
B ACOSTA(1), S MARTINEZ(1), C DE LUCA(1), M COZZI(1), I PETEL(1), G ROLANDELLI(1), D VERA(1)
(1) Naval.

Introducción: La ventilación mecánica unipulmonar (VUP) es una técnica común en procedimientos torácicos con riesgos significativos.

Caso Clínico: Un paciente masculino con antecedentes de hipertensión, obesidad grado III, dislipemia, enfermedad diverticular, y secuelas pulmonares por Sars COV 2 grave que requirió decúbito prono y traqueostomía por ventilación prolongada. Durante el seguimiento médico post covid presentó hallazgo de nódulo pulmonar sometido a segmentectomía del lóbulo inferior izquierdo con ventilación unipulmonar derecha. Postoperatorio, desarrolló síndrome de distrés respiratorio agudo del pulmón derecho debido a lesión pulmonar inducida por ventilación mecánica intraoperatoria, lo que lo llevó a desarrollar empiema y fístula pleural del pulmón intervenido. Requirió pronosupinación, colocación de tubo de avenamiento pleural, y finalmente lobectomía parcial. También presentó neumonía asociada a ventilación mecánica y se realizó traqueostomía por ventilación prolongada.

Discusión: La lesión pulmonar inducida por ventilación mecánica es un desafío significativo que requiere estrategias ventilatorias protectoras y maniobras de rescate oportunas.

Conclusión: Este caso destaca los riesgos asociados con la VUP y la importancia de un manejo personalizado y medidas de cuidado perioperatorios para minimizar complicaciones. La necesidad de más evidencia clínica es crucial para mejorar los resultados en pacientes sometidos a cirugía torácica con VUP.

0077 CUANDO EL CORAZÓN Y EL CEREBRO COLISIONAN: MIXOMA RECIDIVANTE CON EMBOLISMO NEUROLÓGICO
B ACOSTA(1), M RESSIA(1), C DE LUCA(1), M COZZI(1), I PETEL(1), MA BARRIENTOS(1), D VERA(1)
(1) Naval.

Introducción: Los tumores cardíacos primarios son infrecuentes, siendo los mixomas los más comunes. Aunque benignos, pueden ser únicos o múltiples y están asociados con alteraciones genéticas en algunos casos. El origen auricular es el más frecuente, y las manifestaciones clínicas incluyen obstrucción valvular y embolizaciones.

Presentación del caso clínico: Paciente femenina de 19 años con antecedentes familiares de mixoma tratado quirúrgicamente en 2021 con recidiva en 2023. Evoluciona con deterioro del sensorio y síndrome convulsivo de causa cardioembólica por mixoma recidivante, evidenciado en ecografía transtorácica, con afectación neurológica en tronco del encéfalo e hipotálamo derecho por resonancia de encéfalo. Fue derivada para tratamiento quirúrgico, donde se extrajeron alrededor de 20 mixomas, evolucionando favorablemente en el postoperatorio.

Discusión: Este caso es notable por su ubicación infrecuente y clínica predominantemente neurológica, presentando un desafío diagnóstico. El momento del tratamiento médico y quirúrgico oportuno son cruciales para disminuir las secuelas neurológicas y su morbilidad.

Conclusión: La recidiva del mixoma cardíaco es infrecuente y puede asociarse con secuelas discapacitantes. Es importante un abordaje temprano, evaluando el riesgo-beneficio del tratamiento quirúrgico con el paciente y sus familiares.

0078 TROMBOSIS EN VENA CAVA INFERIOR EN CONTEXTO DE CÁNCER RENAL: LA DELICADA BALANZA ENTRE ANTI-COAGULACIÓN Y RIESGO DE EMBOLIZACIÓN.
D VILLACRES(1), S MARTINEZ(1), J MOREIRA(1), M COZZI(1), I PETEL(1), MA BARRIENTOS(1), D VERA(1)
(1) Naval.

Introducción: La trombosis venosa impacta negativamente la supervivencia de pacientes oncológicos. Su manejo depende de la localización del trombo y la gravedad del cáncer, lo que plantea desafíos terapéuticos significativos.

Caso Clínico: Varón de 65 años, residente en Buenos Aires, con antecedentes de hipertensión arterial y nefrectomía radical derecha por CCR. Presentó síndrome constitucional y deterioro renal progresivo durante seis meses. Una ecografía renal identificó un trombo en la vena renal izquierda, confirmado por tomografía con extensión a la aurícula derecha. Fue ingresado en UTI para anticoagulación con heparina sódica y requirió hemodiálisis diaria por insuficiencia renal progresiva. La trombectomía quirúrgica fue infructuosa. Tras una evolución favorable, fue dado de alta con acenocumarol, tratamiento oncológico (axitinib y pembrolizumab) y diálisis trisemanal.

Discusión: La histología del trombo tumoral genera controversia sobre la anticoagulación en el CCR. Factores como la Escala de Mayo, la direccionalidad del trombo y el puntaje de Khorana son clave para su manejo. Este caso ilustra la complejidad de tratar un trombo avanzado, no quirúrgico, con alto riesgo de embolización, tromboembolismo pulmonar, sangrado y muerte.

Conclusión: Los trombos tumorales complican hasta el 15% de los CCR, incrementando significativamente la mortalidad. Dado el manejo controversial y la falta de evidencia sobre anticoagulación, es esencial un abordaje multidisciplinario para balancear riesgos y beneficios terapéuticos.

0079 CUANDO LA DISNEA OCULTA UN TUMOR: UN CASO CLÍNICO QUE RESALTA LA NECESIDAD DE LA FIBROBRONCOSCOPIA BEDSIDE

C DE LUCA(1), D VILLACRES(1), E VALDEZ(1), M COZZI(1), I PETEL(1), G ROLANDELLI(1), D VERA(1)
(1) Naval.

Introducción: Los tumores endobronquiales representan una pequeña fracción de las neoplasias pulmonares. Los adenocarcinomas pobremente diferenciados primarios son aún más infrecuentes, lo que dificulta su diagnóstico y manejo terapéutico. Originándose en zonas periféricas, su presentación clínica es poco expresiva, lo que lleva a diagnósticos en etapas avanzadas debido a obstrucción. La endoscopia respiratoria ha aumentado su diagnóstico y ha permitido evitar tratamientos quirúrgicos, reduciendo morbilidad y mortalidad.

Caso Clínico: Paciente masculino de 68 años con antecedentes de tabaquismo severo y miocardiopatía dilatada. Presentó disnea progresiva y accesos de tos, ingresando con sospecha de insuficiencia cardíaca refractaria a tratamiento médico. Evolucionó con insuficiencia ventilatoria aguda, requiriendo intubación orotraqueal. Se realizó fibrobroncoscopia flexible, evidenciando una lesión endobronquial exofítica en el bronquio izquierdo, seguida de broncoscopia rígida para resección y reepitelización. Posteriormente, regresó por el mismo cuadro con una nueva lesión, tratada con stent y quimioterapia dirigida.

Discusión: Este caso destaca la dificultad diagnóstica de las neoplasias endobronquiales y el papel crucial de la endoscopia respiratoria tanto para diagnóstico como tratamiento, reduciendo la morbimortalidad.

Conclusión: Los tumores endobronquiales son entidades poco frecuentes con diagnóstico desafiante. El manejo de esta herramienta bedside a manos de intensivistas es determinante.

0080 NOCARDIOSIS EN PACIENTE CON CORTICOTERAPIA PROLONGADA

R BERTAINA(1), A GIRA(2), MJ CHUQUIN(2), J ALVAREZ(3), E BELLONE(3), P PRATESI(2), F LEVERATTO(2), N CANO(2)
(1) Universitario Austral. (2) Hospital Universitario Austral.
(3) Hospital Universitario Austral.

Introducción: La Nocardia spp, es un bacilo ramificado, que pertenece al grupo de las bacterias Gram positivas nocardioformes y de las micobacterias. Afecta predominantemente a hombres (3:1), entre los 50 y 60 años y en un 60% de los casos se presenta en huéspedes inmunocomprometidos. Es una infección endémica en áreas tropicales, con un cuadro clínico que puede incluir lesiones cutáneas pustulosas o granulomatosas, neumonía necrotizante, abscesos del Sistema nervioso central, osteomielitis, artritis séptica e infecciones sistémicas. Los factores de Riesgo incluyen alteración de la inmunidad celular, trasplantados, uso crónico de corticoides o inmunosupresores, enfermedades pulmonares crónicas. El tratamiento de elección es Trimetoprima sulfametoxazol

Caso clínico: Un hombre de 60 años, sometido a cirugía de Hernia de disco L4-S1 en septiembre de 2024. Presentó cuatro meses después de la cirugía fiebre, dolor lumbar y de miembros inferiores (corticoterapia), lesiones pustulosas (amoxicilina clavulánico). Fue evaluado por dermatología que evidenció una lesión ulcero necrótica, se sospecha micosis sistémica vs endocarditis infecciosa y se realizó biopsia, TC tórax que mostró micronodulos bilaterales, RM de cerebro y columna que reveló una colección nivel L2 con espondilodiscitis, se inició Vancomicina más Cefepime y se realizó toilette de herida quirúrgica. En el postoperatorio ingresa a UCI, donde se aisló en biopsia de piel y en Hemocultivo Bacilo Gram positivo ramificado (Nocardia Brasiliensis) se administra Trimetoprima sulfametoxazol, Linezolid mas ciprofloxacina con resistencia antibiótica a Imipenem y Ceftriaxona. Al mes de otorga alta tratamiento Endovenoso y en plan de vía oral por un año.

Discusión: Nuestro paciente había recibido corticoides durante más de 7 días, lo que puede haber contribuido al desarrollo de la infección. Se planteó diagnóstico diferencial con infección por micobacterias TBC y no tuberculosas, infecciones fúngicas, neoplasias malignas.

Conclusión: La Nocardiosis es una enfermedad oportunista, frecuentemente subdiagnosticada, lo que puede llevar a un tratamiento tardío importante considerara esta entidad en pacientes inmunocomprometidos con síntomas respiratorios o cutáneos.

0081 IMPLEMENTACIÓN DE LA OXIMETRÍA NOCTURNA DE 12HS, PREVIA AL ALTA, PARA DETERMINAR EL REQUERIMIENTO DE OXIGENOTERAPIA EN PACIENTES CON DISPLASIA BRONCOPULMONAR INTERNADOS EN NEONATOLOGÍA DEL HOSPITAL MATERNO NEONATAL DE CÓRDOBA. ENERO 2024 - ENERO 2025.

MP BRUNO(1), FA SIGEL(2), S TURK(2), FA GALETTO(2), PM CAPRARI(2), NM DE LA VEGA(2), Á TEJJEIRO(2)

(1) Hospital Materno Neonatal Dr Ramón Carrillo. (2) Hospital Materno Neonatal Dr. Ramón Carrillo.

Introducción: La Comisión de la Sociedad Chilena de Neonatología y Pediatría (NEOSCHINEP-2022) define como Displasia Broncopulmonar(DBP), al requerimiento de O2 por 28 días consecutivos, en el recién nacido prematuro(RNPT) sin mediar otra morbilidad que pueda causar hipoxemia, en condiciones de estabilidad clínica por al menos una semana y con una alimentación segura, eficiente y nutritiva.

Las variables que predicen el riesgo de DBP son: Edad Gestacional (EG) < 32 semanas, peso al nacer Para determinar el requerimiento de oxígeno al alta en estos pacientes, la NEOSCHINEP propone considerar como normal el cumplimiento de los 3 siguientes parámetros: Promedio SpO2 ≥ 95%; Tiempo de SpO2 < 90% ≤ 5%; Tiempo de SpO2 < 80% ≤ 1%.

La implementación de la oximetría previa al alta en pacientes con DBP, permite brindar un alta segura.

Objetivo: determinar el requerimiento de oxigenoterapia en pacientes con DBP previo al alta en el Departamento de Neonatología del Hospital Materno Neonatal de Córdoba (HMN).

Materiales y métodos: estudio cuasiexperimental longitudinal de prueba diagnóstico, desde enero 2024 a enero 2025. Oxímetro de pulso transcutáneo con extracción de señal (Máximo SET®). Programa de edición (Massimo Trace®) para reporte de resultados. Sensor Transcutaneo. Planilla para registro de eventos de SpO2 < 90% durante el examen.

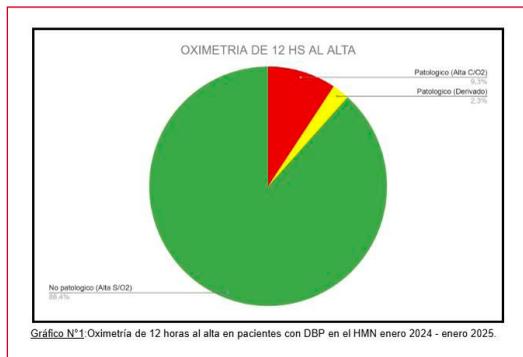
Selección de Pacientes: RNPT, con diagnóstico de DBP, internados en Unidad de Cuidados Intermedios (UCIN) del HMN.

Resultados: Al 100% (43) de pacientes con diagnóstico de DBP, se les realizó oximetría nocturna previo al alta, el 88.37 % (38) de los pacientes obtuvieron resultado NO PATOLÓGICO y fueron dados de alta sin requerimiento de oxígeno, no se registraron reingresos hospitalarios en este grupo; el 9.30% (4) obtuvieron resultado PATOLÓGICO, recibiendo el alta con oxígeno crónico domiciliario (OCD) y el 2,33% (1) fue derivado con oxígeno a una institución pediátrica. (gráfico 1)(tabla 1).

Conclusión: La oximetría al alta resulta fundamental para brindar un alta segura y un seguimiento adecuado; el uso racional de la oxigenoterapia favorece el crecimiento y desarrollo de los RNPT con DBP disminuyendo su morbilidad y los gastos sanitarios.

ANÁLISIS DE LAS VARIABLES DE PACIENTES CON DBP QUE TIENEN OXIMETRÍA PATOLÓGICA							
Sexo	E.G Media	Desnutrición	AVM (≥7 d)	DAP	Ausencia de Maduración Pulmonar	Peso al nacer < 1500 gr	
80% M	20% F	28.6	80%	60%	60%	20%	60%

Tabla 1. Variables asociadas en pacientes con DBP con requerimiento de oxígeno al alta



0082 CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y PRONÓSTICO DE PERSONAS VIVIENDO CON HIV ADMITIDOS EN TERAPIA INTENSIVA

E CUNTO(1), P SAÚL(2), C DOMÍNGUEZ(2), Y LAMBERTO(2), M FLORES MONTES(2), S CACERES(2), ME ARTIGAS(2), I AVILA FLORES(2), A BOCASSI(2), N CAMPAGNUCCI(2), S PERES(2), F ARANDA(3), C VARGAS(2), M SANCHEZ CUNTO(2), A FRÍAS(2), R GREGORI SABELLI(2), N CHACÓN(2), D PALMER(2), V CHEDIACK(2)

(1) Muñiz. (2) Hospital Muñiz. (3) Hospital Muñiz.

Actualmente se estima que en nuestro país viven 140.000 personas con HIV y el 13% desconoce el diagnóstico. La infección por HIV se ha convertido en una afección crónica.

El objetivo de esta presentación es visibilizar a las personas viviendo con HIV (PVHIV) en etapas avanzadas y admitidas en unidades de terapia intensiva (UTI)

Materiales y Métodos: Estudio observacional, prospectivo, descriptivo de una cohorte de PVHIV hospitalizadas. Se revisó la historia clínica de 180 PVHIV, admitidos en UTI. Período diciembre 2023 a noviembre 2024 (12 meses). Los datos se procesaron en el SPSS.23. Se realizó un análisis descriptivo de las variables demográficas y clínicas, expresando sus distribuciones como porcentajes y medias o medianas. Se compararon características clínicas de las PVHIV mediante un test de χ^2 para las variables categóricas y mediante un test t de Student o U-Mann Whitney para las variables continuas. Se consideró p significativa ≤ 0.05 .

Resultados: 33% fueron mujeres. Síndromes más frecuentes de ingreso: insuficiencia respiratoria 51%, sepsis 48%, injuria renal aguda 33%, disfunción neurológica 22% e insuficiencia hepática 6%. El 85% tenían SIDA previo. 78% tenía un estado funcional \leq a 50 según Índice de Karnofsky. 56% ingresó a UTI por enfermedad definitiva de SIDA. 79% no tenía tratamiento antirretroviral (TARV) o era inestable. 37% requirió ventilación mecánica (VM). La sobrevida en UTI fue del 58% y hospitalaria 52%.

En tabla 1 características clínicas de los PVHIV (Mediana y Rango intercuartiles: RIQ 25-75%)

En tabla 2 se comparan PVHIV sobrevivientes (n=104) versus fallecidos (n=76).

Discusión: Es polémica la admisión de PVHIV en estados avanzados. En nuestra UTI no se considera una limitación, a pesar de tener una población considerable con baja adherencia al TARV (79%) e inadecuado estado inmunológico.

Conclusión: En la casuística presentada hay una elevada frecuencia de PVHIV en etapas avanzadas admitidas en UTI (más del 80%), con mal control inmunológico, clínico y funcional. Los datos subrayan la necesidad de desarrollar estrategias de prevención integrales, especialmente en ciertas regiones y poblaciones vulnerables. El diagnóstico tardío aumenta la morbimortalidad y los costos en salud, lo que subraya la urgencia de fortalecer las estrategias de diagnóstico temprano y acceso al tratamiento.

Table 1. Características clínicas de los PVHIV

Variables	Mediana y RIQ (n=180)
Edad años	43,5 [35,0 - 54,0]
APACHE II puntos (Acute Physiology and Chronic Health disease Classification System II)	16,0 [13,0 - 21,0]
SOFA puntos (Sequential Organ Failure Assessment Score)	4,0 [2,0 - 7,0]
CD4 absoluto células/ μ L	56,0 [20,0 - 192,0]
Estadía en UTI (días)	6,0 [4,0 - 14,0]
Estadía hospitalaria (días)	23,0 [14,0 - 43,0]

Table 2. Comparación de los pacientes ingresados en UTI según el desenlace

	Sobrevivida (n=104)	Óbitos (n=76)	p
Medianas y rangos intercuartiles			
Estadía en UTI (días)	6 [4-8]	11 [4-21]	0,002
Estadía hospitalaria (días)	33 [16-58]	18 [7-29]	<0,001
SOFA al ingreso puntos	4 [2-6]	5 [3-10]	<0,001
APACHE II al ingreso puntos	14 [11-19]	20 [11-24]	<0,001
CD4 (células/ μ L)	76 [27-210]	45 [12-115]	0,034
Porcentajes y números (% y n)			
Traqueostomías realizadas	2,9 (3)	19,7 (15)	<0,001
Estado funcional \leq a 50 según índice de Karnofsky	68,3 (71)	90,8 (69)	<0,001
VM al ingreso	19,2 (20)	61,8 (47)	<0,001
Enfermedades definitivas de sida	50 (52)	64,5 (49)	0,053
Sida previo	84,6 (88)	85,5 (65)	0,866
TARV sin tto \geq a 3 meses o inestable	77,9 (81)	82,9 (63)	0,407
Insuficiencia respiratoria	43,3 (45)	61,8 (47)	0,014
Disfunción neurológica	17,3 (18)	28,9 (22)	0,064
Insuficiencia hepática moderada-leve	3,8 (4)	7,9 (6)	0,242
Sepsis / Shock séptico	35,6 (37)	64,5 (49)	<0,001
Injuria renal aguda	30,8 (32)	35,5 (27)	0,502

0083 PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE LOS PACIENTES QUE INGRESAN A LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DE UN HOSPITAL PEDIÁTRICO PARA CUIDADOS POST PARO CARDIORRESPIRATORIO

MT CUERVO(1), MDP ARIAS(1), S MAGEE BAHL(1)

(1) Hospital De Niños Ricardo Gutierrez.

El paro cardiorrespiratorio (PCR) en pediatría es una situación clínica grave que puede ocurrir en niños sanos y con condiciones crónicas complejas (CCC). Conocer su prevalencia, características y evolución de los pacientes que ingresan en las Unidades de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIP) para cuidados post PCR es necesario para implementar medidas de prevención.

Material y Métodos: Diseño retrospectivo, observacional. Se incluyeron pacientes ingresados en una UCIP polivalente de un hospital pediátrico del 01/01/04 al 31/12/23. Se analizó la base de datos (SATI-Q). Se utilizó estadística descriptiva para caracterizar a la población: mediana, rango intercuartilo (RIC) para variables continuas; frecuencias y porcentajes para variables categóricas. Se compararon las variables continuas usando pruebas no paramétricas y categóricas mediante test de χ^2 . Se ajustó por factores confundidores mediante regresión logística. Se consideró $P < 0.05$ estadísticamente significativa.

Resultados: Se incluyeron 6619 pacientes. La prevalencia de ingresos para cuidados post PCR fue de 3.58 % (IC 95% 3.1% / 4%) (237/6619). La evolución anual se muestra en la figura 1.

Un 58.2% de los pacientes ingresados para cuidados post PCR fueron de sexo masculino (138/237), la mediana de edad fue 31 meses (RIC 9-97). El 48.5% presentaban alguna CCC (115/237) y 17.3% traqueostomía (41/237). De los ingresados por otras causas 41% tenían CCC (2615/6382) y 10.25% traqueostomía (654/6382); esta diferencia fue estadísticamente significativa ($p < 0.014 / 0.001$ respectivamente). El análisis multivariado mostró que la traqueostomía es un factor independiente de riesgo (OR 1.99 IC: 1.32-3)

El 65.8% de los PCR fueron intrahospitalarios (IH) (156/237). Mediana de estadía global fue de 6 días (RIC 1-20), 2 para fallecidos (RIC 1-11), vs 10 en sobrevivientes (RIC 4.75-16.75) ($p < 0.01$). La mortalidad fue 44% (105/237); su evolución anual se muestra en la figura 2.

Conclusión: La prevalencia de ingresos para cuidados post PCR fue de 3.5%; en su mayoría intrahospitalarios. En el análisis multivariado, la presencia de traqueostomía es un factor de riesgo independiente de ingreso por PCR. Conocer este dato ayuda a implementar medidas de prevención.



0084 DEBILIDAD MUSCULAR AGUDA EN TERAPIA INTENSIVA, UN DESAFÍO DIAGNÓSTICO. REPORTE DE 5 CASOS
 V CHEDIACK(1), MI FARACE(2), A RODRÍGUEZ, P SAÚL(3), E LISTA(3), N CHACÓN(3), R GREGORI-SABELLI(3), E CUNTO(3)
 (1) Muñiz. (2) Instituto Nacional De Microbiología C. Malbrán. (3) Hospital Muñiz.

Introducción: La debilidad muscular aguda(DMA) representa hasta el 1,1% de los ingresos en terapia intensiva (TI) y el 60% de los pacientes requieren soporte ventilatorio, por insuficiencia respiratoria. La etiología es diversa, el diagnóstico dificultoso, los tratamientos disímiles y específicos.

El objetivo del reporte es mostrar la dificultad diagnóstica de la DMA, en TI, admitidos de enero-2023 a marzo-2025.

Presentación de casos: Tabla 1: características clínicas. Tabla 2: métodos diagnósticos.

Caso 1: 12 horas postingesta comienza con ptosis palpebral bilateral, disartria, disnea, parálisis descendente simétrica, requiere ventilación mecánica (VM). Alta hospitalaria a los 8 meses con rehabilitación.

Caso 2: 6 horas postingesta comienza con astenia, tos, ptosis palpebral bilateral, midriasis parálitica, disartria, sed intensa, disnea y parálisis descendente simétrica, con progresión, presenta paro respiratorio, VM. Falleció a los 17 días del ingreso.

Caso 3: 3 horas postingesta comienza con ptosis palpebral bilateral, disartria, disnea y parálisis descendentes simétrica, requiere VM por disnea. Alta hospitalaria a los 35 días con rehabilitación.

Caso 4: 24 horas postingesta de sándwich comienza con parestesias y debilidad de miembros superiores, debilidad de miembros inferiores, cefalea, vómitos, requerimiento de VM al 4° día, compromiso de III, IV, VI par izquierdos y midriasis bilateral parálitica. Alta hospitalaria a los 18 días con rehabilitación prolongada.

Caso 5: comienza 5 días previos a su ingreso con ptosis palpebral, disfagia, debilidad generalizada, requiere VM. Falleció a los 27 días de su ingreso.

Todos los pacientes tenían tomografía axial computada de cerebro, tórax, abdominal y pélvica normales. Todos tenían líquido cefalorraquídeo normal.

Discusión: Los diagnósticos que se presentan, son causa de DMA en TI y son más frecuentes pero se debe incluir evaluaciones electrolíticas, hormonales y estudios de imágenes. Todos los pacientes ingresaron con sospecha de botulismo y se realizó tratamiento específico, que se confirmó en 2 casos y fuerte sospecha en caso 1. La clínica fue similar en los 5 casos, padecieron insuficiencia respiratoria por la debilidad muscular aguda, la complicación más temida según la literatura. La mortalidad de nuestra serie fue del 40% .

Conclusión: Sugerimos ante la DMA hacer los diagnósticos diferen-

ciales por los tratamientos diferentes y dirigidos. Los pacientes que sobrevivieron requirieron una rehabilitación prolongada

Caso	Edad (años)	Sexo	Comorbilidades	Epidemiología	Tratamiento EV (Tiempo de administración del SAB)
1	66	M	Cardiopatía isquémica	Conserva de yacaré	SAB 10.000 UI (2 días)
2	40	F	Obesidad	Conserva de tomate	SAB 10.000 UI (3 días)
3	60	M	HTA DBT II	Sándwich de jamón y queso	SAB 10.000 UI (3 días)
4	38	F	HTA, obesidad, colecistostomía (2 meses previos)	Desconocido	SAB 12.500 UI (8 días) Gamaglobulina 2g/kg (repartidos en 5 días)
5	73	M	HTA, neoplasia de vejiga y cuerdas vocales	Desconocido	SAB 10.000 UI (5 días) Dexametasona

Referencia: HTA: hipertensión arterial, DBT: diabetes mellitus F: femenino, M: masculino, SAB: suero antitbotulínico A-B; EV: endovenoso

Caso	Pruebas diagnósticas	Resultado	Diagnóstico definitivo
1	Bioensayo (S, MF)	Negativo	Sospecha de botulismo
2	Bioensayo (S, MF, A)	Toxina A	Botulismo
3	Bioensayo (S, MF)	Toxina A	Botulismo
4	Electroneurografía con electrodo de superficie y EMG con aguja concéntrica	NASMA	Síndrome de Guillain Barré Variante
5	ATC anticuerpo de AC	Positivo	Miastenia gravis

S: suero; MF: materia fecal A: alimento; EMG: electromiografía; NASMA: neuropatía axonal sensitivo motora aguda; ATC: anticuerpos; AC : acetilcolina

0085 ANÁLISIS DEL IMPACTO DE LA OPTIMIZACIÓN DE LA TERAPIA FARMACOLÓGICA SUGERIDA POR FARMACÉUTICOS EN UCI

FA PRIMERANO(1), DA GONZALEZ VALDEZ(1), CL CARO(1), MD CARISSIMO(1)
 (1) Hospital Aleman.

Introducción: En las unidades de cuidados críticos (UCI), la polimedición incrementa el riesgo de errores de prescripción y aparición de problemas relacionados con los medicamentos (PRM). Las intervenciones farmacéuticas (IF) son efectivas para mejorar resultados clínicos y reducir costos. En nuestra institución, farmacia clínica realiza IF durante la validación de prescripciones (IFV) y la revisión de la solicitud de medicamentos que hace enfermería (IFR).

Se requieren más estudios que evalúen los beneficios clínicos y económicos de las IF para respaldar decisiones institucionales y fortalecer la inversión en farmacia clínica.

Objetivos: Realizar un análisis clínico y económico de las IFV e IFR en una UCI de adultos.

Materiales y Métodos: Estudio retrospectivo observacional descriptivo de las IF en UCI realizadas entre enero y marzo 2024.

Exclusión: IF en preparados magistrales y duplicadas.

Se analizaron motivos de IF y características de los fármacos involucrados.

Se calculó el VALOR TOTAL como la sumatoria del valor económico de IFV (VEV) e IFR (VER). VEV: sumatoria del costo directo (CD) y el costo evitado (CE), multiplicado por el porcentaje de aceptación de las IF. CD: diferencia entre costo del tratamiento original y el sugerido en la IF. CE: gasto prevenido al evitar PRM, considerando probabilidad de ocurrencia e impacto en la estancia hospitalaria. VER: costo de unidades no dispensadas.

Resultados: Ver Gráfico 1.

Ver Gráfico 2.

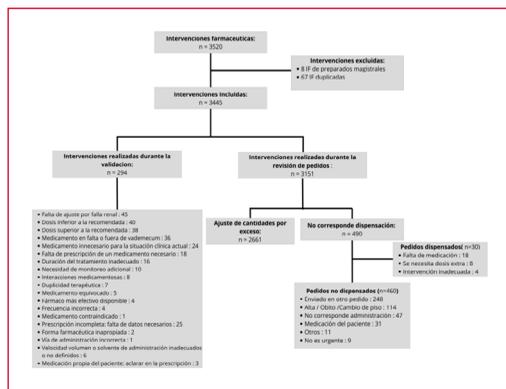
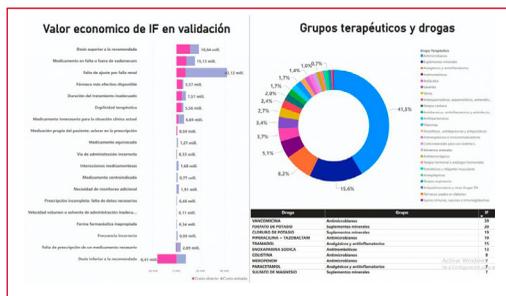
Aceptación de las IF: 86,2 %. CD: \$26.482.920, CE: \$76.547.586, VEV: \$103.030.056, VER: \$73.501.736. VALOR TOTAL: \$176.532.241.

Discusión: Los grupos terapéuticos con más IF destacan la necesidad de un monitoreo más riguroso en antimicrobianos, suplementos minerales y analgésicos y antiinflamatorios para evitar errores en su dosificación.

Aunque las IFR son más frecuentes que las IFV, estas últimas implican un mayor costo, ya que suelen abordar situaciones más complejas. La alta aceptación médica demuestra el valor de las recomendaciones farmacéuticas.

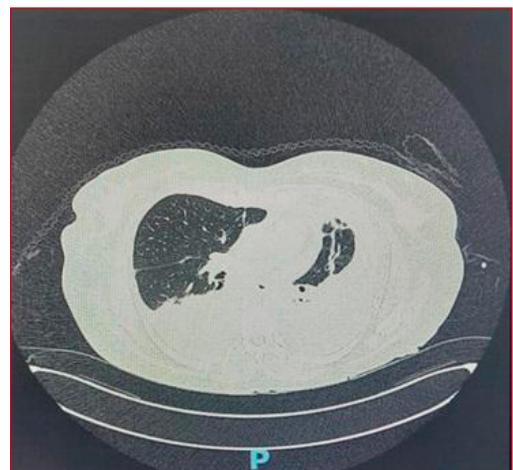
La mayoría de las IF generan ahorros, excepto cuando se requiere aumentar dosis. Las IF más frecuentes y de mayor impacto fueron las que indicaron ajustar dosis por falla renal y disminuir dosis.

Conclusiones: El análisis realizado sugiere que la optimización de la farmacoterapia mediante IF en UCI tiene un impacto clínico y económico relevante.



Discusión: Dentro de las infecciones extraintestinales por Salmonella, las de menor frecuencia son las pleuropulmonares, propeniéndose como mecanismo de propagación: transdiafragmática o hematogena. Una característica distintiva de esta infección es que suele presentarse de forma abrupta, con síntomas respiratorios inespecíficos e infección prolongadas por lo que se debe instaurar tratamiento antibiótico prolongado.

Conclusión: La salmonelosis pleuropulmonar es un afección poco frecuente que requiere diagnóstico oportuno y tratamiento antibiótico prolongado.



0086 AFECION PLEUROPULMONAR COMO UNICA MANIFESTACION DE SALMONELOSIS EXTRAINTestinal: REPORTE DE CASO

DJ BECERRA(1), A ANCAVIL(1)
 (1) Clínica De Imágenes.

Introducción: Las infecciones no tifoides por Salmonella se suelen presentar como una reacción localizada en sistema gastrointestinal mientras que las afecciones extraintestinales son poco frecuentes.

Presentación del caso: Paciente femenina de 44 años con antecedentes de cáncer de cérvix estadio IV con metástasis pulmonares y adenopatías mediastinales y retroperitoneales, con última internación 1 mes previo al ingreso por derrame pleural que requirió toracocentesis: líquido pleural exudativo con cultivos negativos.

Ingresa derivada a nuestra institución por cuadro de disnea e hipoventilación bibasal con requerimiento de oxigenoterapia. Inicialmente se solicita laboratorio que evidencia GB 25.300 (92% neutrófilos segmentados) y tomografía de tórax que informa derrame pleural bilateral. Se realiza toracocentesis con toma de muestra para cultivo + HcX2 y se inicia tratamiento antibiótico empírico con cefepime + clindamicina.

Líquido pleural amarillo de aspecto turbio, proteína líquido 5.5, proteína suero 7, LDH líquido 1369, LDH suero 396. Criterios de Light: exudado.

Se realiza videotoroscopia izquierda con decorticación + biopsia y pleurodesis. Tras 6 días de tratamiento empírico se obtiene cultivo positivo en líquido pleural para Salmonella no Typhi multisensible mas cáandida en BAL, rotando esquema antibiótico a Levofloxacina + Fluconazol.

0087 SÍNDROME DE ACTIVACIÓN MACROFÁGICA SECUNDARIO A LEISHMANIASIS VISCERAL EN PACIENTE CON HEPATITIS AUTOINMUNE: INFORME DE CASO

N SOLANO(1), T RENAULT(1), J BENITEZ(1), P ECOS(1), L AIZAGA(1), L BARSANTE(1), MDP ARIAS(1), D TURINA(1)
 (1) Ricardo Gutierrez.

Introducción: El síndrome de activación macrofágica (SAM) es una complicación grave caracterizada por una respuesta inmunológica exacerbada que puede llevar a disfunción multiorgánica. Suele estar asociado con infecciones virales y enfermedades autoinmunes, aunque en forma infrecuente puede ser inducido por infecciones parasitarias como la leishmaniasis visceral (LV). Se presenta el caso de una paciente de 16 años con hepatitis autoinmune que evolucionó a SAM secundario a LV, dada su escasa frecuencia y la importancia de diagnóstico oportuno.

Caso Clínico: Paciente oriunda de Paraguay con diagnóstico de hepatitis autoinmune (HAI) tipo 1, en seguimiento por infectología y hepatología en sala de clínica donde intercorre con síndrome febril prolongado y síndrome ascítico edematoso. Ingresa en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIP) por insuficiencia respiratoria restrictiva con requerimiento de Ventilación No Invasiva (VNI). Se realizaron múltiples estudios para definir etiología (Tabla 1) recibiendo distintos esquemas antibióticos de amplio espectro. Por clínica y parámetros de laboratorio sugestivos de SAM (Tabla 2) y en acuerdo con las distintas especialidades, inicia tratamiento con dexametasona 10 mg/m2/día. Por no presentar respuesta recibe

gammaglobulina a 0.8 gr/kg única dosis y posteriormente ciclosporina 85 mg c/12hs que se suspende por falla renal.

En búsqueda de diagnóstico etiológico de SAM, se realiza serología para Leishmaniasis con resultado Reactivo (rk39). Por contar con serología previa negativa, se asume cuadro como Leishmaniasis visceral iniciando tratamiento con Anfotericina b liposomal (3mg/kg/día) durante 9 días. Presenta evolución tórpida e intercorre con síndrome hepatorenal que requiere terlipresina durante 5 días e infección urinaria por Klebsiella Pneumoniae BLEE.

A los 11 días en UCIP evoluciona con disfunción multiorgánica e ingresa a ARM por distress respiratorio severo; requiriendo altas dosis de inotrópicos sin lograr estabilidad hemodinámica. Posteriormente presenta anisocoria sin respuesta pupilar sospechando hemorragia intracraneana con signos de enclavamiento. Se decide suspender sedación sin respuesta pupilar, constatando óbito.

Conclusión: Se presenta un caso de SAM de etiología poco frecuente con el objetivo de resaltar la importancia de valorar patógenos alternativos como causa de este cuadro.

Tabla 1: estudios realizados a la paciente

ESTUDIOS REALIZADOS	RESULTADO
Hemogramas seriados	pancitopenia
Punción con Aguja de Médula Ósea	Celularidad 50%, serie eritroide levemente aumentada; megacariocitos 2-4 por espacio, formas hipobuladas, numerosos macrófagos, no se observa hemofagocitosis. CD34 en < 1%; CD68 positivo en macrófagos y monocitos; Médula ósea hipocelular, hiperplasia eritroide leve, macrófagos reactivos.
Hemocultivos por 2	negativo
Hemocultivos por lisis centrifugación por 2	negativo
Hemocultivos para hongos	negativo
Hisopado rectal de vigilancia	negativo
Serología par parvovirus B19	negativo
PCR para citomegalovirus y Epstein Barr	negativo
Ecocardiograma	sin alteraciones
Tomografía de sistema nervioso central, senos paranasales, tórax, abdomen y pelvis	sin alteraciones

Tabla 2: Criterios de SAM presentados por la paciente

Criterios diagnósticos -2004	Cumple o no criterios
Diagnóstico molecular consistente con <i>Sap</i>	No
Fiebre	Si
Esplenomegalia	Si
Hemoglobina < 90 g/l (en neonatos < 100 g/l)	Si
Plaquetas < 100 × 109/l	Si
Neutrófilos < 1.0 × 109/l	Si
Triglicéridos 3.0 mmol/l o 265 mg/dl	No
Fibrinógeno < 1.5 g/l	Si
Hemofagocitosis en médula ósea, bazo o ganglio linfático; sin evidencia de malignidad	No
Actividad de las células NK disminuida o ausente	No se realiza
Ferritina (>500 g/l)	Si
CD25 soluble (receptor soluble IL-2) 2.400 U/ml	No se realiza

El diagnóstico se establece a partir de un criterio genético o con la presencia de al menos 5 criterios clínico-analíticos

0089 LESIÓN OCUPANTE DE ESPACIO CEREBRAL EN UN JOVEN INMUNOCOMPETENTE: UN HALLAZGO INESPERADO
 B DE ARAUJO CASOTTI(1), PC MOREIRA SANCHEZ(1), R CANAVIRI ESCOBAR(1), MA ALVAREZ PEREZ(1), E MONTES SALABARRIA(1), P SAUL(1), F LIPOVESTKY(1), A LA MANNA(1)
 (1) Clinica Ciudad De La Vida.

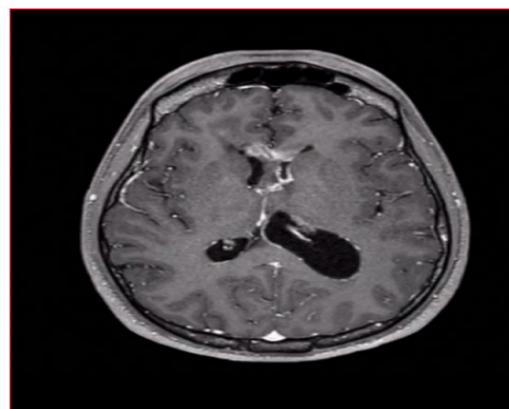
Introducción: Scedosporium apiospermum es un hongo ambiental oportunista presente en suelos y aguas contaminadas. Aunque suele afectar a pacientes inmunocomprometidos, también puede presentarse en inmunocompetentes tras traumatismos o procedi-

mientos quirúrgicos. Su localización cerebral es excepcional, con alta morbimortalidad y mal pronóstico, especialmente ante diagnóstico tardío. Es resistente a anfotericina B, siendo voriconazol el tratamiento de elección.

Reporte de caso: Paciente masculino de 20 años, previamente sano, trabajador en una recicladora, sufre traumatismo facial con varilla de hierro. Durante la internación inicial se identifica una lesión ocupante de espacio (LOE) cerebral. Un mes después, reconsulta por cefalea, náuseas y vómitos persistentes. Se descarta inmunosupresión. Se realiza biopsia de LOE en cuerpo calloso e intraventricular, evidenciando hifas hialinas tabicadas. Evoluciona con convulsiones, deterioro neurológico e hidrocefalia, requiriendo intubación y drenaje ventricular externo. Se inicia anfotericina B empírica. El 18/03/2025, MALDI-TOF identifica *S. apiospermum*. Se administra voriconazol (200 mg c/12 h), caspofungina intratecal por siete días y terbinafina ante la mala evolución. Actualmente, el paciente se encuentra traqueostomizado, con escasa respuesta neurológica y múltiples complicaciones infecciosas.

Discusión: La infección cerebral por *S. apiospermum* en inmunocompetentes representa una entidad extremadamente rara, con presentación clínica inespecífica y evolución fulminante. Su resistencia a antifúngicos de uso habitual y la necesidad de diagnóstico microbiológico especializado complican el abordaje terapéutico. El antecedente traumático actuó probablemente como puerta de entrada.

Conclusión: Este caso resalta la importancia de incluir etiologías fúngicas agresivas en el diagnóstico diferencial de LOE de rápida progresión, independientemente del estado inmunológico, y destaca el rol fundamental del abordaje multidisciplinario precoz.



0090 CUANDO LA CLÍNICA Y LAS IMÁGENES HABLAN: NEUMOPERICARDIO Y NEUMOPERITONEO COMO INDICADORES DE PERFORACIÓN VESICAL INTRAPERITONEAL

J MOREIRA(1), S MARTINEZ(1), M COZZI(1), I PETEL(1), MA BARRIENTOS(1), D VERA(1)
(1) Naval.

Introducción: La perforación vesical posterior a resección transuretral de la vejiga es infrecuente, predominantemente extraperitoneal, pero grave debido al riesgo de shock séptico, infarto de miocardio o síndrome compartimental. Presentamos un caso de perforación intraperitoneal, destacando los retos diagnósticos y de tratamiento en Terapia Intensiva.

Caso Clínico: Paciente masculino de 70 años, con antecedentes de hipertensión arterial, dislipidemia, cáncer prostático (diagnosticado en 2021, tratado con quimioterapia y hormonoterapia) complicado con estenosis uretral bulbar tratada con dilatación. Ingresó por retención aguda de orina y hematuria con anemia, requiriendo resección transuretral de la vejiga. En el postoperatorio inmediato presenta disnea, precordialgia e hipotensión. La tomografía computarizada reveló neumoperitoneo, neumomediastino y neumopericardio. Se confirmó perforación vesical en laparotomía exploratoria, realizándose rafia. En unidad de cuidados intensivos, evoluciona desfavorablemente con ventilación mecánica prolongada, múltiples reintervenciones fallidas, ureterostomía bilateral, nefrostomía bilateral y terapia de reemplazo renal. Fallece por shock séptico refractario.

Discusión: La perforación vesical intraperitoneal es una complicación rara pero con alta sospecha clínica debido a su potencial gravedad. Este caso ilustra la complejidad diagnóstica y terapéutica en la unidad de cuidados intensivos.

Conclusión: El aumento de la supervivencia en cáncer de próstata incrementa la frecuencia de resección transuretral de la vejiga. Reconocer y tratar las complicaciones es crucial, dado su impacto en la mortalidad a pesar del manejo intensivo.

0091 ASPERGILOSIS PULMONAR EN UN PACIENTE CON FASCITIS NECROTIZANTE: ¿COINFECCIÓN O SUPERINFECCIÓN?

J HERZ(1), E VALDEZ(1), M COZZI(1), M RESSIA(1), I PETEL(1), MA BARRIENTOS(1), D VERA(1)
(1) Naval.

Introducción: La fascitis necrotizante es una infección bacteriana de rápida progresión, potencialmente mortal, que afecta tejidos profundos como la fascia y el músculo. Su alta mortalidad requiere un diagnóstico precoz y tratamiento oportuno para evitar complicaciones graves, en especial en poblaciones inmunocomprometidas.

Presentación de Caso Clínico: Paciente masculino de 57 años con antecedentes de diabetes no insulino-requiere y carcinoma urotelial invasor tratado con cistoprostatectomía, linfadenectomía y quimioterapia. Consultó por impotencia funcional del miembro inferior derecho, aumento de tamaño, dolor y cianosis distal. Estudios imagenológicos confirmaron fascitis necrotizante. Fue ingresado a terapia intensiva con tratamiento antibiótico, vasopresores y múltiples intervenciones quirúrgicas (fasciotomía, lumbotomía y laparotomía exploratoria). Se identificó una masa duropétea en mesenterio adherida a peritoneo posterior. Evolucionó con infiltrados pulmonares con relevamiento en lavado broncoalveolar de *Aspergillus*. A pesar del tratamiento médico intensivo con antibioterapia y antifúngicos, presentó mala evolución.

Discusión: Este caso destaca la importancia de sospechar fascitis necrotizante en pacientes inmunocomprometidos sin solución de continuidad en piel, especialmente ante síntomas como dolor desproporcionado e impotencia funcional. En la búsqueda del foco infeccioso el hallazgo de infección pulmonar nos obliga a discutir el inicio de tratamiento precoz dirigido en esta población.

Conclusión: La fascitis necrotizante debe sospecharse en pacientes con comorbilidades que presentan síntomas graves. El diagnóstico

temprano de coinfecciones y el tratamiento adecuado son esenciales para prevenir complicaciones críticas como shock séptico y/o muerte.

0092 CUANDO EL CORAZÓN AGITA EL CEREBRO: ESTÉTICA ORAL O CRANIECTOMÍA DESCOMPRESIVA

E VALDEZ(1), D VILLACRES(1), J HERZ(1), M COZZI(1), I PETEL(1), G ROLANDELLI(1), D VERA(1)
(1) Naval.

Introducción: La endocarditis infecciosa es una patología frecuente, pero con alta morbimortalidad, que puede manifestarse con complicaciones multisistémicas. Entre estas, los aneurismas micóticos intracraneales representan menos del 5% de los casos, siendo consecuencia de la invasión arterial por microorganismos transportados por émbolos sépticos. Este proceso genera inflamación, debilitamiento de la pared vascular y riesgo de ruptura.

Caso clínico: Se presenta el caso de una mujer de 31 años sin antecedentes clínicos relevantes, que luego de un procedimiento odontológico con extracción de dos piezas dentarias desarrolla fiebre prolongada por dos semanas. Se diagnostica endocarditis infecciosa y se inicia tratamiento antibiótico durante cinco semanas. Posteriormente, experimenta pérdida súbita de conciencia y convulsiones. Una tomografía evidencia hematoma intraparenquimatoso parietooccipital izquierdo con efecto de masa y desviación de línea media. Se realiza craniectomía descompresiva y se coloca un catéter para monitoreo de la presión intracraneana. La paciente evoluciona favorablemente hasta el alta domiciliaria.

Discusión: El aneurisma micótico intracraneal puede debutar con complicaciones graves como hemorragia subaracnoidea o hematoma intraparenquimatoso, dificultando su manejo diagnóstico y terapéutico. En pacientes jóvenes sin antecedentes significativos, la sospecha clínica temprana y el abordaje multidisciplinario son esenciales para mejorar el pronóstico.

Conclusión: Este caso subraya la importancia de identificar oportunamente las complicaciones neurológicas asociadas a la endocarditis infecciosa. Un enfoque diagnóstico precoz y un tratamiento médico-quirúrgico coordinado son fundamentales para prevenir desenlaces adversos, adaptándose siempre a las necesidades individuales del paciente.

0093 PIOVENTRICULITIS EN PACIENTE CRÍTICO: REPORTE DE UN CASO

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

Introducción: La pioventriculitis es una complicación infrecuente del sistema nervioso central, caracterizada por la presencia de pus en los ventrículos cerebrales. Puede originarse por diseminación hematógena, contigüidad o secundaria a la colocación de drenajes ventriculares. Se comporta como una infección indolente y persistente que puede tener un desenlace fatal si no se instaura el tratamiento adecuado, su diagnóstico precoz contribuye a mejorar el pronóstico.

Presentación del caso: Paciente femenina de 60 años, sin antecedentes neurológicos previos, ingresó a la (UTI) por status epiléptico refractario secundario a meningoencefalitis. Requiere intubación orotraqueal y conexión a ARM. Se colocó un drenaje ventricular externo (DVE) por hipertensión endocraneana persistente. Al octavo día, presentó deterioro del sensorio, fiebre y leucocitosis. La tomografía mostró dilatación ventricular con contenido hiperdenso compatible con pioventriculitis. Se realizó recambio del DVE y se tomó muestra directa del líquido cefalorraquídeo (LCR), que evidenció aspecto purulento, hipoglucorraquia, hiperproteínorraquia y cultivos positivos para *Pseudomonas aeruginosa* multirresistente. Inició meropenem y colistin intraventricular, con evolución clínica

y tomográfica favorable. Se colocó un drenaje ventricular externo (DVE) por hipertensión endocraneana persistente. Se arribó al diagnóstico de meningoencefalitis complicada con pioventriculitis, con rescate de *S. pneumoniae* y herpes virus en el (LCR). Recibió antibiótico intratecal con ceftriaxona, rifampicina y vancomicina durante 21 días, debido a la falta de respuesta al tratamiento por vía endovenosa. A los 20 días require traqueostomía, se desvincula del ventilador y pasa a clínica médica.

Discusión: La ventriculitis se asocia a múltiples complicaciones y una elevada tasa de morbi-mortalidad. La TC o RMN puede mostrar signos indirectos como dilatación ventricular, realce ependimario y presencia de sedimentos intraventriculares. El tratamiento incluye antibióticos de alta penetración en LCR, administración intraventricular en casos seleccionados y control de la hipertensión endocraneana. La tasa de mortalidad continúa siendo elevada, especialmente en infecciones por gérmenes multirresistentes.

Conclusión: Consideramos que el tratamiento combinado es una herramienta frente a las ventriculitis por patógenos resistentes a los tratamientos convencionales. La pioventriculitis es una entidad de difícil manejo en pacientes críticos. Su sospecha precoz y el abordaje multidisciplinario son fundamentales para mejorar los resultados clínicos.

0094 SINDROME DE BURN OUT POST PANDEMIA COVID-19 EN TRES SERVICIOS DE TERAPIA INTENSIVA DE BAHIA BLANCA

LG DURAN(1), MGT DONA(1), MJ OJEDA(1), CV GIUFFRÉ(2), L MATTEI(2), NS DAVIT BARIDÓN(3), MP SCHERNÜK SCHROH(3), RB CAPPELLA(2), J PEREYRA HUERTAS(2), JA LUINI(2), MA ATENCIO(2), C BOSCARDIN(2), JJ MEJÍA CARBALLO(2), ME ESANDI(2)

(1) Hospital Municipal De Agudos Dr. Leónidas Lucero De Bahía Blanca. (2) Universidad Nacional Del Sur. (3) Universidad Salesiana.

Introducción: La importancia del conocimiento del impacto del trabajo en la salud de las personas se ha acrecentado tras la pandemia por COVID-19. El síndrome de Burn Out (BO) nace de la tensión emergente de la interacción conflictiva entre el trabajador y su empleo. El objetivo del presente estudio fue describir la prevalencia del BO en el recurso humano en salud de tres servicios de Terapia Intensiva de Bahía Blanca en el contexto de post pandemia COVID-19.

Métodos: Estudio descriptivo, de corte transversal. La población de estudio fue el personal médico y de enfermería de Terapia Intensiva de dos hospitales de gestión pública y uno de gestión privada. Se empleó el cuestionario Maslach Burnout Inventory y preguntas cerradas complementarias a fin de identificar el apoyo profesional recibido, percepciones laborales y pluriempleo de los trabajadores. Se utilizó el software SPSS 23 y se consideró significativo un valor $p < 0.05$.

Resultados: De los 80 trabajadores encuestados, el 55% (44/80) fueron médicos. El 17,5% (14/80) pertenecían a la institución privada. El 27,5% (22/80) de los trabajadores presentaron BO, mientras que el 17,5% (14/80) contaban con riesgo de manifestarlo. Respecto al análisis del BO según las instituciones se obtuvo que el 11,2% (4/36) de los trabajadores que tenían BO o tenía riesgo de tenerlo, pertenecían a una institución de gestión privada. El 42,5% (34/80) de los trabajadores realiza terapia psicológica, mientras que el 7,5% (6/80) realiza terapia dual (psicológica y psiquiátrica), siendo solo el 5% (4/80) del total aquellos que realizan terapia psiquiátrica exclusivamente. Con respecto al pluriempleo se identificó que dentro de los que trabajadores con BO un 77,3% (17/22) presentaba pluriempleo, valor $p = 0.045$.

Discusión: Se evidenció una prevalencia considerable de médicos y enfermeros de terapia intensiva con BO o con riesgo de padecerlo. La asociación significativa con pluriempleo sugiere una sobrecarga

laboral como factor clave. Estos números evidencian cifras similares a las observadas durante la pandemia.

Conclusión: El BO continúa siendo un problema relevante en el contexto post pandemia, asociado a condiciones laborales como el pluriempleo. Es fundamental implementar estrategias institucionales de prevención y acompañamiento psicosocial para los trabajadores.

0095 NIÑO CON APLASIA MEDULAR EN ESTADO DE PRETRASPLANTE: ECMO Y LA DECISIÓN MÁS DIFÍCIL

MJ POLIZZI(1), R FRAIRE(1), T IOLSTER(1), S TORRES(1), A SIABA SERRATE(1)

(1) Hospital Universitario Austral.

Introducción: La utilización de oxigenación por membrana extracorpórea (ECMO) en pacientes oncohematológicos es controvertida debido al estado de inmunosupresión y a los trastornos de coagulación que aumentan los riesgos. Su indicación en este grupo presenta desafíos tanto éticos como clínicos y técnicos. Se describe un paciente con aplasia medular que recibió ECMO previo al trasplante de médula ósea (TMO).

Presentación del caso: Niño de 2 años de edad, sin antecedentes, que debuta con fiebre y petequias. En el curso de su internación se confirmó el diagnóstico de aplasia medular con estudios genéticos que identificaron una mutación heterocigota del gen MYSM1 con indicación de TMO.

Presentó complicaciones abdominales severas, en el contexto de neutropenia febril prolongada, requiriendo múltiples intervenciones quirúrgicas y diversos esquemas antibióticos.

Una semana previa a la fecha prevista para el trasplante presentó shock séptico refractario al tratamiento. Se decidió la implementación de ECMO permitiendo estabilizar al paciente, mejorar su función cardiovascular y crear las condiciones necesarias para realizar el trasplante de médula ósea.

El niño pudo realizar el TMO, pero desarrolló síndrome de engraftment posteriormente, complicación que llevó a su fallecimiento por falla multiorgánica en el día 12.

Discusión: El caso presentado, con aplasia medular y riesgo de mortalidad elevado, fue sometido a ECMO para lograr estabilidad hemodinámica y permitir la realización del trasplante de médula ósea alogénica. Este tratamiento suscitó interrogantes importantes respecto al manejo de la coagulación, transfusiones y su indicación considerando la alta mortalidad asociada. La decisión se basó en un balance ético entre la posibilidad de tratamientos de su enfermedad de base, los intereses del paciente y su familia y, por otro lado, la desproporción terapéutica. En este caso, con la participación de los diferentes servicios involucrados, se consideró que la posibilidad de puente a un tratamiento curativo, justificaba su utilización.

Conclusión: El presente caso resalta la importancia de un enfoque multidisciplinario para la utilización de ECMO en patologías donde su indicación está discutida. Para la decisión final deben tenerse en cuenta los aspectos técnicos y éticos involucrados.





0096 COINFECCIÓN RESPIRATORIA DE CHLAMYDIA PSITTACI Y MYCOPLASMA PNEUMONIAE: REPORTE DE CASO

D DEZURKO(1), ST LACO(1), FB VAZQUEZ BRIGNOLE(1), FE ESPINOZA(1), M OTAMENDI(1), M CRUZ(1), NA GRASSI(1), LG DURAN(1)

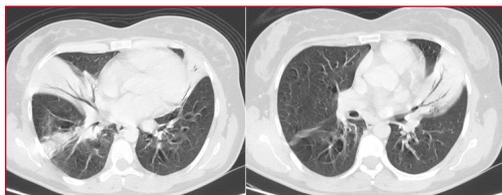
(1) Hospital Municipal De Agudos Dr. Leónidas Lucero De Bahía Blanca.

Introducción: La infección por Mycoplasma pneumoniae o Chlamydia psittaci suele manifestarse inicialmente como un cuadro de vías aéreas superiores, aunque en algunos casos puede evolucionar hacia una neumonía grave con requerimiento de ingreso a unidad de cuidados intensivos (UCI). Si bien ambas entidades pueden cursar de forma similar, su coinfección no está ampliamente descrita en la literatura.

Presentación del caso: Paciente femenina de 36 años que consultó por disnea progresiva, tos no productiva y fiebre. Al ingreso se encontraba taquipneica, febril y con requerimientos de oxígeno suplementario. En el examen físico presentaba rales crepitantes bibasales, uso de músculos accesorios para la respiración y perfusión periférica regular. La tomografía de tórax mostró infiltrados bilaterales con patrón en vidrio deslustrado. Durante la internación, presentó deterioro progresivo de la oxigenación, desarrollando insuficiencia respiratoria tipo I con una relación PaO_2/FiO_2 de 82, motivo por el cual fue ingresada a la UCI. Se inició tratamiento antibiótico empírico con ceftriaxona y claritromicina, y oxigenoterapia con cánula nasal de alto flujo. Se enviaron hemocultivos, muestras respiratorias y panel viral (SARS-CoV-2, Influenza y Virus Sincicial Respiratorio), además de serologías para Chlamydia psittaci y Mycoplasma pneumoniae. Los resultados fueron positivos para IgM de ambas bacterias, con IgG negativa e indeterminada, respectivamente. La paciente evolucionó favorablemente con disminución progresiva de los requerimientos de oxígeno y recibió 10 días de tratamiento antibiótico, con alta hospitalaria sin complicaciones.

Discusión: Las infecciones por M. pneumoniae y C. psittaci pueden variar desde cuadros leves de vías respiratorias superiores hasta neumonías graves con distrés respiratorio. El diagnóstico suele basarse en estudios serológicos (IgM e IgG), idealmente con muestras pareadas separadas por 15 a 21 días. Aunque el tratamiento de elección para la psitacosis son las tetraciclinas, los macrólidos han demostrado efectividad en ambos cuadros, siendo una alternativa útil en casos graves o coinfecciones.

Conclusión: Este caso destaca la relevancia de considerar coinfecciones atípicas en pacientes con neumonía grave y evolución tórpida. La coinfección por C. psittaci y M. pneumoniae, aunque infrecuente, debe sospecharse ante cuadros severos, permitiendo un abordaje terapéutico oportuno y dirigido.



0097 VENTAJAS Y DESVENTAJAS DE TERAPIA DE REEMPLAZO RENAL CONTINUA E INTERMITENTE EN PACIENTE CON FIEBRE HEMORRÁGICA ARGENTINA

M LATANZI(1)

(1) Sanatorio Parque.

Introducción: La fiebre hemorrágica argentina, causada por el virus Junín, se transmite por roedores y puede llevar a falla multiorgánica, siendo la renal una de las primeras. La pérdida de homeostasis de fluidos y electrolitos resulta en uremia, hiperkalemia y acidosis metabólica. Las terapias de reemplazo renal buscan mitigar estos efectos y prevenir la muerte.

Presentación del caso: Un paciente de 42 años ingresó con síntomas de astenia, mialgias y diarrea, evolucionando a fiebre y gingivorragias. Se sospechó fiebre hemorrágica argentina y se inició tratamiento con plasma de convalescente. A las 24 horas presentó falla multiorgánica por lo que se lo vinculó a ECMO y se decidió iniciar terapia de reemplazo renal continua por falla renal anúrica. Posteriormente, se cambió a hemodialisis intermitente debido a hipercalcemia sostenida. El paciente falleció tras seis días de complicaciones.

Discusión: La terapia de reemplazo renal continua ofrece ventajas como estabilidad hemodinámica y mejor recuperación renal, mientras que la hemodialisis intermitente es eficaz para eliminar solutos y líquidos rápidamente, pero puede causar inestabilidad hemodinámica en pacientes críticos además de consecuencias hematológicas y metabólicas. Por lo que debe evaluarse detenidamente que terapia es conveniente en cada paciente en particular.

Conclusión: La fiebre hemorrágica argentina presenta desafíos en diagnóstico y manejo, especialmente en formas graves. Las terapias de reemplazo renal son fundamentales para mejorar la función renal y los parámetros globales en estos pacientes.

0098 REPORTE DE CASOS: PRIMERA SERIE ARGENTINA DE USO DE TENECTEPLASA EN TROMBOLISIS INTRAVENOSA PARA ACV ISQUÉMICO AGUDO

M ALET(1), M ECHARRI(1), F RODRÍGUEZ LUCCI(1)

(1) Fleni.

Introducción: La tenecteplasa (TNK), un activador del plasminógeno tisular de administración endovenosa en bolo único, ha emergido como una alternativa eficaz y segura a la alteplasa en el tratamiento del ACV isquémico agudo. Su perfil farmacológico permite reducir tiempos de atención y simplificar su aplicación en escenarios de emergencia, con evidencia que respalda su no inferioridad e incluso superioridad en recanalización de arterias cerebrales y recuperación funcional. En Argentina, su implementación es incipiente. Presentamos la primera serie de pacientes tratados con TNK intravenosa en un centro neurológico y neurocrítico de alta complejidad.

Presentación de los casos: Se analizan ocho pacientes consecutivos

tratados con TNK entre noviembre de 2024 y abril de 2025. La edad promedio fue 72 años (rango: 28–85), con predominio femenino (5 mujeres). La mediana de NIHSS inicial fue 5 puntos (rango 1-11). El tiempo puerta-aguja fue ≤ 45 minutos en siete casos. Se utilizó TNK en dosis de 0,25 mg/kg ajustada al peso (dosis total: 15 a 22,5 mg). En un único paciente se detectó oclusión de gran vaso proximal y se realizó tratamiento combinado con trombectomía mecánica. En siete casos se evidenció mejoría clínica significativa (NIHSS 0-3 al alta). Un único caso presentó hemorragia intracraneal sintomática, falleciendo posteriormente por complicaciones no relacionadas al uso de trombolítico.

Discusión: Los resultados funcionales intrahospitalarios fueron favorables y sin eventos adversos graves atribuibles al tratamiento, incluso en pacientes añosos o con comorbilidades. La administración en bolo simplificó la logística intrahospitalaria, facilitando una rápida intervención. Estos hallazgos coinciden con la literatura internacional, que destaca la practicidad de TNK en estos escenarios y perfil de seguridad comparable al de alteplasa. Estas características simplifican su uso y también tiene el potencial de reducir los tiempos de puerta-aguja, un factor crítico en el tratamiento del ACV isquémico agudo.

Conclusión: Esta primera experiencia nacional con TNK en ACV isquémico sugiere que su uso es seguro, práctico y eficaz. Se destaca su valor como herramienta de trombolisis en el contexto de emergencias, con potencial para optimizar la atención en centros de todo el país. Su administración temprana facilita la realización de trombectomía mecánica en el mismo centro o acelerar una derivación oportuna.

0101 POLIDERMATOMIOSITIS UNA ENFERMEDAD POCO FRECUENTE DEL TEJIDO CONECTIVO: REPORTE DE UN CASO

A FELDMAN(1), K SIVILA(1), A GARCIA(1), K D ELIA(1), D VARELA(1), A ALEJANDRO(1), C LOPEZ(1), J AGUIRRE(1), D QUARANTA(1)
(1) Churruca.

Introducción: La polidermatomiositis es una miopatía inflamatoria idiopática poco frecuente, caracterizada por debilidad muscular proximal y compromiso cutáneo. Puede asociarse a otras enfermedades autoinmunes, con afectación sistémica potencialmente grave. Su diagnóstico y tratamiento representan un desafío debido a su curso clínico variable y las frecuentes complicaciones respiratorias.

Presentación del Caso: Paciente femenina de 44 años de edad con antecedentes de hipertensión arterial e hipotiroidismo, ingresada al servicio de clínica médica por reagudización de polidermatomiositis asociada a esclerodermia. Recibía tratamiento inmunosupresor con corticoterapia, gammaglobulina, micofenolato y rituximab. Durante la internación, desarrolló insuficiencia respiratoria hipercápnicap por fatiga muscular con escasa respuesta a ventilación no invasiva, requiriendo ingreso a unidad de terapia intensiva. Evolucionó con deterioro del sensorio y presentó paro cardiorrespiratorio con recuperación tras cuatro minutos de reanimación, seguido de intubación orotraqueal y conexión a asistencia respiratoria mecánica. Al ingreso, presentó un puntaje SOFA de 10. Cursó neumonía asociada al ventilador que agravó el cuadro respiratorio. Se realizó traqueostomía quirúrgica al día 14 por weaning prolongado. Continuó tratamiento inmunosupresor con seguimiento multidisciplinario.

Discusión: La polidermatomiositis puede cursar con compromiso pulmonar severo, incluyendo debilidad diafragmática e infecciones respiratorias, que aumentan la morbimortalidad. El abordaje precoz, con diagnóstico clínico y laboratorio, junto al inicio oportuno de inmunosupresores, es fundamental. Las complicaciones respiratorias requieren monitoreo estrecho, soporte ventilatorio y decisiones terapéuticas coordinadas en un entorno multidisciplinario. Este caso resalta la complejidad del manejo en pacientes con enfer-

medades autoinmunes sistémicas que requieren cuidados críticos.

Conclusiones: La identificación temprana de la afectación sistémica en polidermatomiositis, junto con un abordaje integral, permite mejorar la sobrevida y calidad de vida. Se requiere la necesidad de un abordaje multidisciplinario y coordinado entre distintas especialidades médicas, para mejorar la calidad de vida de los pacientes con enfermedades crónicas complejas.

0102 HEMORRAGIA CEREBRAL COMO PRESENTACIÓN ATÍPICA DEL SÍNDROME DE GOODPASTURE: REPORTE DE UN CASO PEDIÁTRICO.

J BENITEZ(1), D TURINA(1), P ARIAS(2), G RODRIGUEZ(1), L BARSANTE(1), N SOLANO(1), T RENAULT(1), P ECOS(1), L AIZAGA(1)

(1) Ricardo Gutierrez. (2) Ricardo Gutierrez.

El síndrome de Goodpasture es una enfermedad autoinmune rara, caracterizada por anticuerpos anti-membrana basal glomerular (anti-MBG) que afectan el riñón y el pulmón, provocando glomerulonefritis rápidamente progresiva y hemorragia alveolar. Su incidencia es de 0.5 a 1 casos/millón de habitantes/año, siendo infrecuente en niños. El compromiso del sistema nervioso central es excepcional. Se presenta una paciente ingresada en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIP) con debut de la enfermedad como accidente cerebrovascular hemorrágico.

Caso clínico: Paciente femenina de 13 años, previamente sana. Presenta un episodio de desconexión, retrodesviación de la mirada y convulsiones. Asumida inicialmente como shock séptico (absceso en muslo izquierdo); evoluciona con deterioro de Glasgow (8/15), requiriendo asistencia ventilatoria mecánica. En tomografía computada de SNC se evidencia hemorragia intraparenquimatosa parieto-occipital derecha.

Se deriva a Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos, en centro de mayor complejidad para diagnóstico y tratamiento

Al ingreso se constata además, insuficiencia renal aguda por lo cual se realizan estudios orientados a descartar diagnósticos diferenciales centrados en patologías autoinmunes/reumatológicas (tabla 1). En la figura 1 se observa un resumen de la evolución clínica. Con la intercurencia de hemorragia pulmonar y la posterior confirmación de anticuerpos antinucleares y anti citoplasmáticos positivos inicia tratamiento con metilprednisolona (3 pulsos), plasmaféresis (7 sesiones) y ciclofosfamida como inmunosupresor. En la evolución presentó complicaciones neurológicas: síndrome de encefalopatía posterior reversible, secundario a hipertensión arterial severa y daño multiorgánico. En angioresonancia se confirma vasculitis de vasos intracraneales y microsangrados cerebrales. El tratamiento instituido y manejo multidisciplinario permitió la recuperación clínica, requiriendo 28 días de internación en UCIP, con seguimiento posterior en sala de pediatría. Evoluciona favorablemente negativizando títulos de anticuerpos anti MBG, normalizando la función renal y resolviendo hemorragia pulmonar

Conclusión: El Síndrome de Goodpasture es un cuadro infrecuente en pediatría, más aún la presentación atípica con manifestaciones neurológicas. Este caso destaca la necesidad de una alta sospecha clínica y un enfoque interdisciplinario ante presentaciones inusuales de enfermedades autoinmunes, para favorecer un diagnóstico oportuno y mejor evolución.



Resultados Relevantes		
Fecha	Estudio	Resultado
24/09/2024	Anticuerpos antinucleares (ANA)	Positivos, título 1:80, patrón moteado fino
24/09/2024	Anticuerpos anticitoplasmáticos (ANCA)	Positivos, patrón fibrilar filamentar, título 1:640
24/09/2024	Complemento	Normal
24/09/2024	FAN	1:320 (positivo)
04/10/2024	Ac anti membrana basal glomerular (MBG)	Positivos
17/10/2024	AngioRMN	Microsangrados dispersos en hemisferios cerebrales y cerebelo (vasculitis)
30/10/2024	Biopsia renal	Crescents glomerulares y tinción lineal
21/11/2024	Filtrado glomerular	92.6 ml/min/1.73 m ²
21/11/2024	Creatinina sérica	0,57 mg/dl

0103 USO DE HIPERINSULINEMIA EUGLUCÉMICA EN INTOXICACION POR BLOQUEANTES CALCICOS, REPORTE DE CASO

HC GAMBOA CUSI(1)
 (1) Trinidad Mitre.

Introducción: La intoxicación por bloqueantes cálcicos ocasiona un colapso cardiovascular, sobre todo hipotensión arterial y bradicardia, de difícil manejo, ocasionando elevada morbimortalidad. Elevadas dosis de insulina, en combinación con glucosa, demostró ser un tratamiento efectivo en fases iniciales de intoxicación con bloqueantes cálcicos.

Presentación del caso: Paciente femenina de 61 años, con antecedentes de hipertensión arterial y síndrome depresivo. Ingresa a nuestra institución por sobreingesta medicamentosa, en contexto de intento autolítico con un cuadro de hipotensión arterial refractaria. En la anamnesis indirecta se obtuvo que ingirió 20 comprimidos de clonazepam de 0.5mg, 28 comprimidos de Escitalopram 20 mg y 28 comprimidos de Valsartan/Amlodipina de 160/5 mg de liberación prolongada, con una dosis total de Valsartan de 4480 mg y 140 mg de Amlodipina.

Evoluciono con hipotensión arterial refractario a las expansiones con liquido, por lo que pasa a unidad de terapia intensiva para monitoreo e inicio de vasopresores. Se inicio vasopresores a demanda, cargas con gluconato de calcio sin mejoría clínica, alcanzando 1 mcc/kg/hora de Noradrenalina, e posteriormente terapia con hiperinsulinemia con bolo inicial de Insulina 1 UI/kg y mantenimiento a 0.5 UI/kg/hora, con aporte de hidratos de carbono. Días subsiguientes logro estabilidad hemodinámica, alta clínica y derivación a centro de rehabilitación.

Discusión: La intoxicación por bloqueantes cálcicos, ocasiona un cuadro de cronotropismo negativo y vasodilatación periférica, llevando a un shock grave. Las modalidades de tratamiento mas utilizadas incluyen atropina, calcio, vasopresores, terapia con insulina a dosis altas, inhibidores del oxido nítrico, terapia de expulsión lipídica intravenosa (ILE) y ECMO en casos refractarios. Ningún ensayo clínico controlado aleatorizado ha evaluado el uso de estas terapias en el shock refractario. Por lo tanto, las recomendaciones se basan en datos de menor calidad en pacientes con intoxicación grave.

Conclusión: La intoxicación por bloqueantes cálcicos sea intencional o accidental puede ser letal. La terapia con hiperinsulinización euglucémica demostró ser beneficioso en múltiples estudios con animales así como en la mayoría de serie de casos. La terapia con hiperinsulinización euglucémica debería ser considerado tempranamente en presentaciones de intoxicación por bloqueantes cálcicos con el fin de mejorar la contractilidad cardiaca y la hemodinamia, siempre y cuando, se monitorice la glucosa y los electrolitos.

0104 EVALUACIÓN DE LAS PUNTUACIONES ESTÁNDAR DE ALERTA PRECOZ PARA PREDECIR LA ENFERMEDAD CRÍTICA Y EL INGRESO A UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS EN PACIENTES QUE RECIBEN TERAPIA CELULAR CAR-T G FELIX(1), I HUESPE(1)

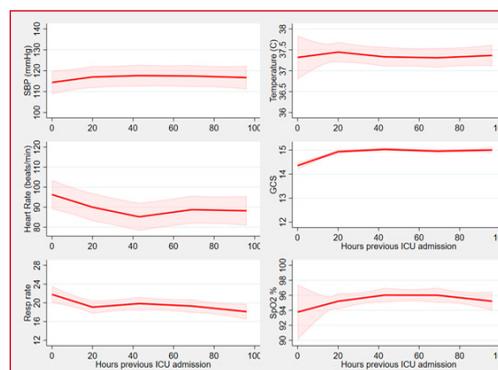
(1) Italiano De Buenos Aires.

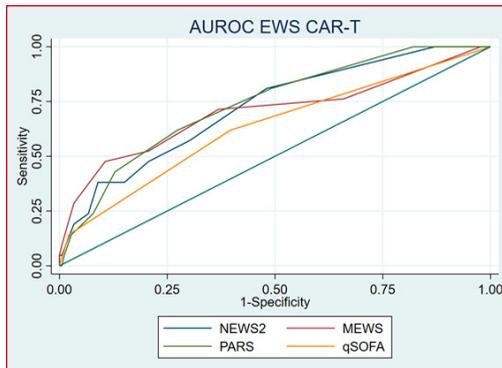
Introducción: La terapia con células CAR-T muestra eficacia en linfomas y leucemias, con posibilidad de remisiones duraderas. Toxicidades asociadas como el síndrome de liberación de citoquinas y el síndrome de neurotoxicidad asociada a células efectoras inmunes pueden causar alta morbimortalidad, requiriendo ingreso unidades cerradas. Se propone evaluar sistemas de respuesta rápida [EWS] para predecir ingresos en pacientes sometidos a terapias CAR-T y estudiar alteraciones en signos vitales asociadas.

Materiales y Métodos: Se realizó una cohorte retrospectiva incluyendo pacientes que recibieron terapia CAR-T. De registros electrónicos se obtuvieron los datos necesarios para calcular mediciones diarias de NEWS 2, MEWS, PARS y q SOFA, comparando las mediciones 24 antes y después del ingreso. El outcome primario fue el ingreso a unidades cerradas. Se estimó la discriminación de dichos EWS y su calibración.

Resultados: Se incluyeron 214 pacientes tratados con terapia CAR-T, el 13% (IC 95% 8, 18%; N=28) ingresaron en la UCI, con una mediana de tiempo de 5 (IQR 4, 8) días post-CAR-T. Las muertes hospitalarias fueron del 2,8% (IC 95% 1, 6%; N=6), todas ocurridas en la UCI. Todos los scores mostraron una AUROC > 0.6, siendo PARS (AUROC=0,74) y NEWS2 (AUROC=0,72) los de mayor discriminación, mientras que qSOFA mostró la menor. MEWS (Brier: 0,084) y NEWS 2 (0,087) tuvieron la mejor calibración. Se produjo un aumento de 3 puntos en la puntuación media de NEWS 2 24 horas antes del ingreso a unidad cerrada. El aumento de la frecuencia cardiaca fue el signo vital inicial en alterarse 48 horas antes del traslado a unidad cerrada, seguido de la frecuencia respiratoria y la saturación de oxígeno 24 horas antes.

Conclusiones: La terapia con células CAR-T presenta desafíos con toxicidades graves que resultan en ingresos en las unidades de cuidados críticos. Nuestro estudio destaca la eficacia del NEWS 2 para identificar tempranamente pacientes con complicaciones críticas post CAR-T, siendo útil en detectar quienes requieren un traslado precoz. Las alteraciones en la saturación de oxígeno, frecuencia respiratoria y cardiaca fueron las principales asociadas.





1015 DEL VENENO AL ECMO: DISFUNCIÓN MIOCÁRDICA SEVERA Y RECUPERACIÓN EN UN CASO DE ALACRANISMO EN ADULTO JOVEN

EL ROMERO(1), V OLIVA(1), MA VILLEGAS(1), JP RICARTE BRATTI(1), MV MORALES(1), CG GALLETTI(1), E MINOLDO(1), P CALCAGNO(1)
(1) Sanatorio Allende.

Introducción: El alacranismo (Alc.) puede ocasionar compromiso sistémico severo, incluyendo disfunción miocárdica y shock cardiogénico. Aunque es más prevalente en pediatría, en adultos constituye una entidad infrecuente. En casos seleccionados con compromiso cardiovascular reversible, se ha documentado el uso exitoso de soporte vital extracorpóreo (ECMO). Se presenta el caso de una paciente adulta con evolución crítica secundaria a Alc. que presentó recuperación completa bajo un abordaje multidisciplinario.

Presentación del caso: Mujer de 24 años, previamente sana, ingresa a la unidad de terapia intensiva con diagnóstico presuntivo de cetoacidosis diabética. Refiere dolor punzante en pie derecho tras una posible picadura. Se constata leucocitosis, acidosis metabólica, hiperglucemia e infiltrados pulmonares bilaterales (Figura 1). Evolución rápidamente hacia insuficiencia respiratoria aguda y shock refractario. Se sospecha Alc. y se administra antiescorpiónico a las 6 horas del ingreso. Tres días después, familiares identifican un ejemplar de *Tityus trivittatus* hallado en el entorno domiciliario (Figura 2a).

El ecocardiograma muestra hipocinesia generalizada, con SvO₂ de 50% y delta CO₂ de 12 mmHg. Se indica ECMO venoarterial (durante 50 h) y balón de contrapulsación intraaórtico (72 h). Posteriormente, presenta fallo respiratorio al intento de extubación con distrés severo (PaFi <100), requiriendo pronación por 36 h, traqueostomía y entrenamiento ventilatorio. Se logra decanulación a los 8 días. Durante la internación, se constata hiporreactividad y apatía, la resonancia magnética cerebral evidencia una lesión isquémica occipital izquierda. La cardio-RMN realizada al día 16 muestra función ventricular recuperada y realce subepicárdico compatible con miocarditis (Figura 2b). Es trasladada a sala general a los 30 días y egresa 14 días después, autoválida, sin focalidad neurológica. Se mantiene seguimiento ambulatorio asintomática a los 45 días.

Discusión: El Alc. en adultos puede inducir disfunción ventricular reversible a través de tormenta autonómica, inflamación miocárdica y toxicidad directa. Si bien el uso de ECMO no es habitual, puede ser clave en pacientes jóvenes con falla circulatoria potencialmente reversible. Las lesiones isquémicas cerebrales pueden asociarse a miocarditis, arritmias o vasoespasmos inducidos por catecolaminas.

Conclusión: El abordaje precoz con soporte vital avanzado, el enfoque interdisciplinario y la rehabilitación integral resultaron determinantes para la recuperación funcional completa.



Figura 2a: *Tityus trivittatus* hallado en el domicilio 3 días después.



Figura 2b. Resonancia magnética cardíaca con hallazgos compatibles con miocarditis aguda: (A) imagen ponderada en T2 con secuencia STIR que muestra aumento de la señal en la pared anterolateral, indicativo de edema miocárdico; (B) mapeo T1 nativo con valores elevados de forma difusa, sugestivos de alteración del tejido; (C) mapa de volumen extracelular (ECV) con incremento del porcentaje, lo que refleja expansión del espacio extracelular; y (D) realce tardío con gadolinio (LGE) en vista de cuatro cámaras, que evidencia captación subepicárdica en la pared inferolateral y en el punto de inserción del ventrículo derecho en el izquierdo, en un patrón típico de miocarditis no isquémica.

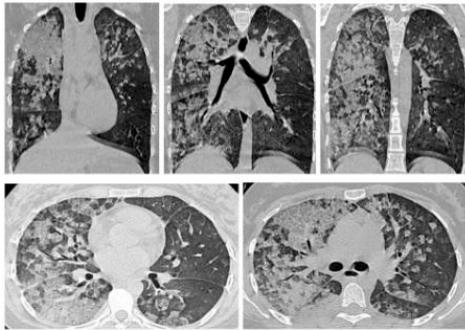


Figura 1. TC de tórax SC. 1,2 y 3 cortes coronales. 5 y 6 cortes axiales.

1016 "NECRÓLISIS EPIDÉRMICA TÓXICA SECUNDARIA A CIPROFLOXACINA EN PACIENTE CON ESPONDILODISCITIS: REPORTE DE CASO CLÍNICO CON EVOLUCIÓN PROLONGADA Y COMPLICACIONES INFECCIOSAS CRÍTICAS"

V OLIVA(1), EL ROMERO(1), C GALLETTI(1), RA COPELLO(1), MA VILLEGAS(1), I VILLARRUEL USIN(1), E MINOLDO(1), P CALCAGNO(1)
(1) Sanatorio Allende.

Introducción: La necrólisis epidérmica tóxica (NET) es una reacción adversa grave, infrecuente, caracterizada por necrosis epidérmica extensa y afectación mucocutánea, con alta mortalidad. Se vincula a fármacos, entre ellos las fluoroquinolonas, como probable desencadenante en el caso que se presenta.

Presentación del caso: Paciente masculino de 52 años, con antecedente reciente de espondilodiscitis tratada con toilette quirúrgica y artrodesis, bajo tratamiento ambulatorio con ciprofloxacina y trimetoprima/sulfametoxazol. Ingresó el 12/10/2024 por síndrome febril, rash cutáneo progresivo y hallazgos en RM compatibles con colección hemática L5-S1. Requiere ingreso a UTI post toilette quirúrgica, ARM y tratamiento empírico con meropenem y vancomicina. Presenta rápida progresión de lesiones cutáneas ampollares, descamativas y mucosas, con sospecha de NET. Se inicia inmunoglobulina intravenosa, metilprednisolona en pulsos y ciclosporina. La biopsia confirma NET.

Durante la internación desarrolla complicaciones infecciosas severas: infección en sitio quirúrgico por *Candida albicans*, NAVM por *Acinetobacter baumannii* multirresistente, y fungemia por

Fusarium spp.. Requiere traqueostomía, hemodiálisis, múltiples esquemas antimicrobianos y soporte vital avanzado. Evoluciona con hiperkalemia severa, falla multiorgánica y fracaso del soporte vital avanzado.

Discusión: El diagnóstico se sostuvo en la clínica y se confirmó histológicamente. El antecedente farmacológico reciente y la ausencia de otras causas probables ubican a la ciprofloxacina como agente desencadenante. El score SCORTEN fue 4 (mortalidad estimada >50%). Las infecciones asociadas a la internación, particularmente por gérmenes multirresistentes y hongos invasores, fueron determinantes en la mala evolución.

Conclusión: Este caso evidencia la necesidad de un enfoque precoz y multidisciplinario ante NET, la importancia de identificar agentes causales, y la vigilancia estricta en pacientes críticos, donde la prevención de infecciones nosocomiales es clave para mejorar los desenlaces clínicos.

CUADRO I	CUADRO II	
CRITERIOS CLÍNICOS	SCORE	PROBABILIDAD DE MUERTE
1) — Edad mayor a 40 años	0-1	3%
2) — Malignidad asociada	2	12%
3) — Taquicardia > a 120 por minuto	3	35%
4) — Disprendimiento epidérmico mayor al 10%	4	50%
5) — Uremia > 28 mg/dl	5-7	90%
6) — Glucemia > 252 mg/dl		
7) — Bicarbonato < 20 mEq/l		



1017 SÍNDROME DE ÁREA POSTREMA COMO EXPRESIÓN DEL DESORDEN DEL ESPECTRO DE NEUROMIELITIS ÓPTICA: UN REPORTE DE CASO.

JA PAULA GUAPULEMA(1), J OSATNIK(1), V ORTEGA ESCOBAR(1), L BERTORELLO(1), S MULLER(1), C NUÑEZ(1), N PAEZ(1)
(1) Aleman.

Introducción: El desorden del espectro de neuromielitis óptica (NMOSD) corresponde a un grupo de enfermedades desmielinizantes inflamatorias autoinmunes poco comunes, con una incidencia de 1 a 4.4 casos por cada 100.000 habitantes en Occidente, con mayor prevalencia en mujeres y una media de edad de aparición a los 39 años. Se caracterizan por la generación del anticuerpo específico contra el canal de acuaporina 4 en el sistema nervioso central, generando daño de la barrera hematoencefálica con pérdida neuronal y necrosis.

Presentación del caso: Paciente mujer de 64 años, con antecedente de lupus, acudió con náuseas, vómitos, disartria hipotónica y lateralización a la marcha de un mes de evolución. Se realizaron estudios que descartaron reactivación del lupus y una resonancia magnética de cerebro que evidenció una lesión hiperintensa en secuencia Flair en la región posterior del bulbo raquídeo, sin restricción a la difusión (Figuras 1 y 2).

Se analizaron anticuerpos anti acuaporina 4 que resultaron positivos, diagnosticando un Síndrome de Área postrema (SAP) con afectación del tronco encefálico.

Se cumplieron 5 días de pulsos de solumedrol y Rituximab por 2 ocasiones.

Actualmente, la paciente se encuentra en rehabilitación, recuperó el reflejo tusígeno y mejoró la tonicidad muscular.

Discusión: El NMOSD es una condición rara que puede presentarse en pacientes con enfermedades sistémicas autoinmunes. La clínica engloba síntomas de mielitis transversa y neuritis óptica y se requiere una resonancia magnética que evidencie las lesiones inflamatorias para catalogar el síndrome.

El SAP como manifestación del NMOSD suele subestimarse debido a la inespecificidad de los síntomas, generando errores en su diagnóstico y retraso en el tratamiento.

Conclusión: Si bien la prevalencia del NMOSD en el área crítica es baja, la presencia de un SAP debe alertar al intensivista para llegar a un diagnóstico correcto e iniciar una terapéutica precoz que disminuya el riesgo de ataques agudos y la morbimortalidad.

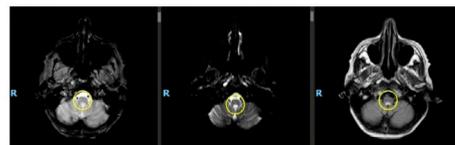


Figura 1: Corte axial que evidencia la lesión hiperintensa en la región del área postrema en la secuencia T2, difusión y Flair respectivamente.

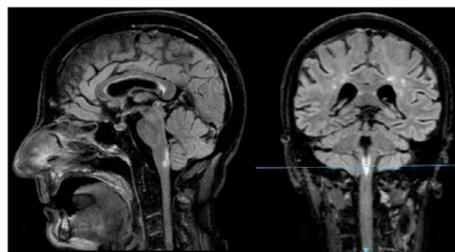


Figura 2: Corte sagital y coronal que evidencia la lesión hiperintensa en la topografía posterior del bulbo raquídeo.

1018 ECOGRAFÍA DEL CUÁDRICEPS FEMORAL COMO HERRAMIENTA PRONÓSTICA EN PACIENTES CON ARM

EL ROMERO(1), V GONZALEZ(1), MA VILLEGAS(1), RA COPPELLO(1), V OLIVA(1), I VILLARRUEL USIN(1), E MINOLDO(1), CG GALLETTI(1)
(1) Sanatorio Allende.

Introducción: La pérdida de masa muscular en pacientes críticos bajo asistencia respiratoria mecánica (ARM) es un fenómeno frecuente, asociado a dificultades en el destete, mayor estancia hospitalaria y aumento de la morbilidad. Evaluar su progresión en forma objetiva y no invasiva representa un desafío clínico. La ecografía del cuádriceps femoral ha demostrado ser una herramienta accesible, segura y sensible para detectar cambios tempranos en la masa muscular en pacientes críticos.

Materiales y Métodos: Estudio prospectivo observacional realizado en ambas UTI del Sanatorio Allende. Se incluyeron 28 pacientes con ARM ≥ 48 h. Se midió ecográficamente el diámetro transversal del cuádriceps femoral (Figura 1 y 2) los días 1, 3, 7 y 10 post-intubación. Las mediciones fueron alcanzadas por el 100% de los pacientes en días 1 y 3, el 75% en día 7 (n=21) y el 53.6% en día 10 (n=15). Se correlacionó la pérdida muscular con días de ARM, estancia en UTI, hospitalaria, relación urea/creatinina (UC),

uso de corticoides, bloqueo neuromuscular y soporte nutricional temprano.

Resultados: La pérdida promedio de masa muscular fue del 2.01% (día 1-3), 5.61% (día 1-7) y 6.97% (día 1-10). La pérdida entre días 1 y 3 se correlacionó significativamente a días de ARM ($r = 0.603$; $p = 0.0007$), estancia en UTI ($r = 0.40$; $p = 0.032$) y hospitalaria ($r = 0.457$; $p = 0.015$). (Tablas 1 y 2). La relación UC mostró correlación inversa con el grosor muscular en días 7 y 10. No se hallaron diferencias según uso de corticoides, bloqueo neuromuscular ni soporte nutricional temprano.

Conclusión: La pérdida de masa muscular ocurre precozmente y puede anticipar desenlaces clínicos adversos. La medición ecográfica del cuádriceps, por su sencillez y eficacia, se postula como un marcador pronóstico valioso. Incorporar esta herramienta a la rutina de monitoreo en UTI puede permitir intervenciones nutricionales y funcionales más personalizadas, con impacto real en la recuperación del paciente crítico.



Tabla 1. Características de población en estudio (N=28)	
Edad (años)	46.1 (16 - 90)
Sexo (%)	Femenino 53.6% (15)
	Masculino 46.4% (13)
Tiempo promedio de ARM (días)	8.9 (2 - 24)
Tiempo promedio de estancia en UTI (días)	19.1 (4 - 64)
Tiempo promedio de estancia hospitalaria (días)	23.9 (7 - 64)
Uso de corticoides (%)	60.7 % (17)
Requerimiento de bloqueo neuromuscular (%)	17.9 % (5)
Mortalidad (%)	17.9% (5)

Tabla 2. Resumen: Correlaciones y Valores de p						
Intervalo de medición	Correlación n días de ARM	p-Valor días de ARM	Correlación Estancia en UTI	p-Valor Estancia en UTI	Correlación Estancia Hospitalaria	p-Valor Estancia Hospitalaria
M1-M2	0.603	0.0007	0.4	0.032	0.457	0.015
M1-M3	0.037	0.87	0.037	0.873	0.167	0.47
M1-M4	0.14	0.61	0.143	0.611	0.302	0.274

0112 ASPERGILOSIS PULMONAR CRÓNICA EN TERAPIA INTENSIVA.SERIE DE 24 CASOS

IA AVILA FLORES(1), V CHEDIACK(2), P SAUL(2), Y LAMBERTO(2), IA AVILA FLORES(2), G SANTISO(2), C DOMINGUEZ(2), R GREGORI SABELLI(2), S CACERES(2), P VELAZQUEZ LOPEZ(2), A PACOVICH(2), CA VARGAS(2), E CORTEZ(2), L GONZALEZ(2), N CHACON(2), E CUNTO(2)
 (1) Muñiz. (2) Hospital Muñiz.

La aspergilosis pulmonar crónica (APC) es una infección respiratoria compleja causada por el hongo ambiental *Aspergillus* (A.). Las cavidades pulmonares son un factor de riesgo significativo para APC. La tuberculosis (TBC) pulmonar se destaca como la enfermedad subyacente más importante y en los países con baja prevalencia de tuberculosis, las infecciones micobacterianas no tuberculosas y EPOC se vuelven cruciales. La hemoptisis potencialmente mortal se define: sangrado > 100 mililitros (ml) /hora o > 500 ml en 24 horas y requieren internación en terapia intensiva (UTI). El objetivo de esta presentación poner en evidencia una enfermedad potencialmente mortal y difícil resolución.

Materiales y métodos: Estudio retrospectivo, descriptivo y observacional de características de APC, en pacientes internados en UTI, de enero 2019 a abril de 2025. Se evaluaron 24 historias clínicas. Estadística descriptiva: porcentaje (%), mediana (ME) y percentiles 25-75.

Resultados: Hombres eran 70% (17/24). Todos tenían enfermedades subyacentes: 29% (7/24) TBC activa, 59% (13/24) secuelas de TBC, 1 paciente infección por *Mycobacterium kansasii*, 3 personas viviendo con VIH (PVVIH) y 3 con diagnóstico de artritis reumatoidea en tratamiento inmunosupresor. El rescate micológico positivo fue el 66%: *A. fumigatus* (75%) y *A. niger* (12.5%), *A. flavus* y *A. terreus* (6%). El 90% presentaba imágenes compatibles con secuelas pulmonares, cavidades y bronquiectasias. El 33% (8/24) ingresaron por hemoptisis potencialmente mortal y 7 / 8 pacientes requirieron embolización de la arteria bronquial. Resección quirúrgica efectuada (lobectomía y neumonectomía) en 16% (4/24). Tratamiento con anfotericina B liposomal 62.5%, itraconazol 29%. Requirieron ventilación mecánica 50%. Sobrevida fue 83.3%. En tabla 1 se describe características clínicas con APC. Imagen 1: aspergiloma pulmonar.

Discusión: El principal rescate micológico es *A.flavus*. TBC activa o secuelas son a comorbilidad más frecuente, como se observa en las publicaciones. La embolización temprana de las arterias bronquiales y extrabronquiales, es crucial, teniendo en cuenta que muchos de los pacientes no son candidatos a cirugía torácica.

Conclusión: La APC se debe descartar en TBC activa o secuelas de TBC y en pacientes con antecedentes de enfermedades pulmonares crónicas, especialmente si ingresan con hemoptisis potencialmente mortal, como se evidencia en nuestra serie de casos



Tabla 1: Características clínicas de APC ingresados en UTI		
Variable	Mediana	Percentiles (25-75)
Edad (años)	36	26.5-52
Score APACHE II puntos	10	7-18
Score SOFA puntos	2	1-5
Albuminemia (g/d)	3.1	2.35-3.5
Estadía em UTI	6	4-13.5
Estadía en el Htal. (días)	18	12- 27

Score Apache II: Acute Physiology and Chronic Health Evaluation II; Score Sofa: Sequential Organ Failure Assessment Score; Htal.: hospital

0114 COMPORTAMIENTO DE LA MATRIZ DE DENSIDAD ESPECTRAL DEL ELECTROENCEFALOGRAMA PROCESADO EN DOS CASOS DE ESTATUS EPILEPTICO

G FLORES RIVERA(1), JF PINTO PLAZA(2), C CASABELLA GARCIA(3)

(1) Clínica Santa Isabel. (2) Clínica Bazterrica. (3) Clínica Santa Isabel; Clínica Bazterrica.

Introducción: El estatus epiléptico no convulsivo (NCSE) es frecuente en la Unidad de Terapia Intensiva (UTI). Dado que requiere electroencefalograma continuo (EEGc) para su detección, la disponibilidad de especialistas limita su diagnóstico oportuno. La matriz de densidad espectral (DSA), disponible en monitores de EEG procesado (EEGp), facilita la identificación del NCSE por personal no especializado, tras una breve capacitación. Se presentan dos casos

donde el NCSE fue inicialmente reconocido mediante DSA del EEGp. **Casos Clínicos:** Varón de 72 años en postoperatorio de resección de glioma frontal, que presenta como seguido de hemispasmo facial derecho. Se inicia tratamiento con levetiracetam, propofol y monitoreo con EEGp. La DSA (figura 1) mostró patrones cíclicos de 5 minutos de tonos rojos oscuros extendidos hasta banda alfa, acompañados de cambios en la frecuencia espectral. El EEG evidenció paroxismos generalizados de puntas.

Mujer de 87 años en tratamiento con levofloxacina por neumonía, derivada a UTI por coma. Se inicia monitoreo con EEGp. La DSA (figura 2) mostró una banda theta-delta con predominio de tonos rojos oscuros. El EEG confirmó descargas generalizadas paroxísticas de punta-onda. Se inició tratamiento con levetiracetam y posteriormente propofol 3 mg/kg/h.

En ambos casos, el agregado de propofol logró una tasa de supresión periódica de 5% y controlar el NCSE

Discusión: La evidencia indica que el EEGp es una herramienta útil para identificar y monitorear el NCSE. Estudios como los de Hernández-Hernández et al. (2016) y Fernández-Torre et al. (2012) demuestran que la DSA presenta patrones específicos, fácilmente reconocibles por personal no especialista, relacionados con NCSE.

Conclusión: La monitorización con EEGp y DSA es valiosa para la detección temprana de NCSE, permite identificar y monitorizar la presencia de burst suppression y guiar el uso de anestésicos. Es especialmente relevante cuando el EEGc no está disponible. No reemplaza al EEGc y debería ser utilizado como herramienta complementaria.



0115 MÁS ALLÁ DE LOS 80 AÑOS: EL DESAFÍO DEL TRATAMIENTO ENDOVASCULAR EN EL ACV ISQUÉMICO. ¿UN RIESGO O UNA OPORTUNIDAD?

I PETEL(1), M ECHARRI(1), V PUJOL LEREIS(1), F RODRIGUEZ LUCCI(1)
(1) Fleni.

Introducción: El accidente cerebrovascular isquémico (ACVi) es una emergencia neurológica que requiere un tratamiento óptimo para

evitar secuelas discapacitantes o la muerte. En pacientes mayores de 80 años con múltiples comorbilidades, la toma de decisiones médicas es compleja debido al riesgo de complicaciones. Aunque la trombectomía mecánica es un tratamiento estándar para oclusiones vasculares seleccionadas, su uso en este grupo etario es un desafío en la práctica clínica diaria.

Métodos: Se realizó un análisis retrospectivo de 19 pacientes mayores de 80 años con diagnóstico de ACV isquémico agudo tratados con terapia endovascular entre agosto de 2015 y octubre de 2024 en FLENI. Se evaluaron factores de riesgo como hipertensión arterial, fibrilación auricular, ACV previo, diabetes y enfermedad renal crónica, así como el ranking previo al ingreso. El análisis estadístico se realizó mediante pruebas t.

Resultados: En nuestro centro, el tratamiento endovascular en ACV isquémico agudo en mayores de 80 años mostró una mediana de 15 puntos en la Escala de Impacto Neurológico de NIHSS al ingreso y una mediana de 5 puntos en la Escala de Rankin modificada al ingreso por el ACV (mRS). Al egreso, la mediana de NIHSS fue de 7 puntos y la mRS de 3 puntos. Los pacientes presentaron mejoría neurológica temprana (dentro de las 24 horas post-tratamiento) con un NIHSS de 10 puntos. Todos recibieron una angiogramografía cerebral al ingreso, con una mediana de ASPECTS de 9. El 47% de los pacientes recibió trombolíticos intravenosos por encontrarse dentro de la ventana clásica. Trece pacientes alcanzaron una reperfusión TIC1 3, cinco TIC1 2C y un paciente TIC1 0. La tasa de transformación hemorrágica sintomática fue del 21% (n=4). El 84% de los pacientes mostró una evolución favorable con una mediana de mRS de 1 a los tres meses. La mortalidad intrahospitalaria fue del 16% (n=3) debido a la adecuación del esfuerzo terapéutico.

Conclusión: El tratamiento endovascular para ACVi en adultos mayores de 80 años se muestra como una intervención segura, con bajas tasas de complicaciones y hemorragias sintomáticas. Estos resultados respaldan su implementación como estrategia terapéutica en este grupo etario.

0119 PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE LOS PACIENTES TRASPLANTADOS CON CÉLULAS PROGENITORAS HEMATOPOYÉTICAS ADMITIDOS EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS

TS RENAULT(1), L BARSANTE(1), D TURINA(1), MDP ARIAS(1), DV DETONI(1), BC SOBERON(1), N SOLANO(1), J BENITEZ(1)
(1) Hospital De Niños Ricardo Gutierrez; Hnrg.

Introducción: El Trasplante de Células Progenitoras Hematopoyéticas (TCPH) es un procedimiento esencial para curar distintas enfermedades pero puede generar complicaciones. El ingreso de estos pacientes en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIP) se asocia con elevada mortalidad (17 al 30%). Identificar factores de riesgo asociados a mortalidad permite desarrollar estrategias de prevención oportunas. El objetivo de este estudio es describir los motivos de ingreso, características clínicas y evolución de pacientes ingresados en UCIP con antecedente de TCPH y describir factores asociados a mortalidad.

Material y métodos: Diseño observacional, retrospectivo. Análisis secundario de base de datos SATI-Q. Se incluyeron pacientes entre 1 mes y 18 años con antecedente de TCPH ingresados en la UCIP polivalente de un hospital pediátrico del 1/12/2016 al 30/4/2025. Se usó estadística descriptiva para caracterizar la población: mediana y rango intercuartílico (RIC) para variables continuas; frecuencias/porcentajes para variables categóricas; métodos no paramétricos para medir asociación entre mortalidad y variables continuas; test Chi2 para variables categóricas y regresión logística para ajustar por factores confundidores. Se consideró p significativa < 0,05.

Resultados: De 177 pacientes trasplantados, 55 ingresaron a UCIP (31%). Sus características se muestran en la Tabla 1. El motivo de ingreso más frecuente fue shock séptico (34,5%); el 56,35% se trasplantó secundario a enfermedad maligna. El 66,1% requirió soporte ventilatorio, de los cuales, 78%, ventilación invasiva. La mediana

de estadía en UCIP fue 17 días (RIC 3-17,8); la mortalidad 25,5% y la tasa de mortalidad estandarizada 1,47 (0.84-2.41). En la Tabla 2 se comparan características y evolución de fallecidos y sobrevivientes. En estos, la estadía fue 6 días (3-16,5) vs 18.5 (7.5-30) en fallecidos (p 0.0092). El análisis multivariado mostró asociación independiente entre mortalidad y uso de ventilación invasiva (OR 38,40; IC 95% 3,38-436), días entre TCPH e ingreso a UCIP (OR 0,99; IC 95% 0,98-0,99) y probabilidad de muerte (OR 1,01; IC 95% 0,97-1,04).

Conclusiones: Un cuarto de pacientes con TCPH ingresados a UCIP fallecieron y los resultados observados coinciden con trabajos publicados, siendo factores de riesgo de mortalidad: días post-TCPH, PIM al ingreso y días de estadía en UCIP.

TABLA 1. Características de la población

Características		N = 55
Sexo Masculino (n,%)		34 (61,8)
Edad en meses (mediana, RIC)		83 (21-162,25)
Diagnóstico de base (n,%)	Enfermedad Hematológica maligna	28 (50,9)
	Enfermedad inmunológica	15 (27,27)
	Enfermedad Hematológica benigna	8 (14,54)
	Tumores sólidos	3 (5,45)
	Otros	1 (1,81)
Tipo de trasplante (n,%)	Autólogo	5 (9,01)
	Alogénico relacionado	8 (14,54)
	Alogénico no relacionado	25 (45,45)
	Haploidéntico	16 (29,17)
	Sin dato	1 (1,8%)
Fuente de trasplante (n,%)	Médula	22 (40)
	Sangre periférica	26 (47,27)
	Sin dato	7 (12,73)
Motivo de ingreso (n,%)	Shock séptico	19 (34,5)
	Causa respiratoria	14 (25,5)
	Sepsis	6 (10,9)
	Monitoreo - Pasaje drogas	6 (10,9)
	Neurológico	4 (7,3)
	Otros	4 (7,3)
Probabilidad de muerte (calculado por PIM3) (mediana; RIC)		20,96 (9,31-32,03)
Días post-TCPH hasta ingreso UCIP (mediana; RIC)		121 (10,25-232,75)

RIC=rango intercuartílico
 PIM3: índice pediátrico de mortalidad; TCPH: trasplante de células hematopoyéticas

TABLA 2. Comparación de características y evolución entre pacientes fallecidos y sobrevivientes

Características	Fallecidos N = 14	Vivos N = 41	p	Odds Ratio (IC 95%)	
Sexo Masculino N(%)	9 (26,53)	25 (73,47)	0,826		
Edad (meses) Mediana (RIC)	140 (36-160)	74 (21-171)	0,28		
Diagnóstico de base (n,%)	Enfermedad hematológica maligna	6 (721,43)	22 (78,53)	0,138	
	Enfermedad inmunológica	2 (13,33)	13 (86,67)		
	Enfermedad hematológica benigna	4 (50)	4 (50)		
	Tumores sólidos	1 (33,33)	2 (66,67)		
	Otros	1	0		
Tipo de trasplante (n,%)	Autólogo	1 (7,14)	4 (9,76)	0,83	
	Alogénico relacionado	2 (14,29)	6 (14,63)		
	Alogénico no relacionado	8 (57,14)	18 (43,90)		
	Haploidéntico	3 (21,43)	13 (31,71)		
Fuente de trasplante (n,%)	Médula	5 (35,46)	17 (48,57)	0,53	
	Sangre periférica	8 (61,54)	18 (51,43)		
	Shock séptico	4 (21,05)	15 (78,95)		
Motivo de ingreso (n,%)	Causa respiratoria	5 (35,71)	9 (84,29)	0,63	
	Sepsis	2 (33,33)	4 (66,67)		
	Monitoreo - Pasaje drogas	0 (0)	6 (100)		
	Neurológico	1 (25)	3 (75)		
	Otros	2 (50)	2 (50)		
Estadía en UCIP (días)		18,5 (7,5-30)	6 (3-16,5)	0,0092	
Ventilación mecánica invasiva (n,%)		13 (44,83)	16 (55,17)	<0,01	38,4 (3,38-436) *
Probabilidad de muerte por (PIM3) #		20,96 (9,31-32,03)	7,52 (5,89-18,07)	0,6 ##	1,01 (0,97-1,04) *
Días post-TCPH Med (RIC)		23 (4-213)	150 (22,5-279,5)	0,037	0,99 (0,98-0,99) *

* Ajustado por PIM3 y días Post-TCPH
 # PIM3: índice pediátrico de mortalidad
 ## valor p que corresponde al análisis multivariado

0120 REPORTE DE CASO GRANULOMATOSIS DE WEGENER

FD DAZA SILES(1), M MELEAN(1), D RODRIGUEZ(1), F GUZMÁN(1), S CASTRO(1), F MARISA(1), P BOSCHINI(1), M MORANTE(1)

(1) Higa Eva Peron San Martin.

Introducción: La granulomatosis de Wegener es una vasculitis sistémica necrosante de los pequeños y medianos vasos; se relaciona con la expresión de anticuerpos ANCA citoplasmáticos.

La prevalencia se estima en 3 casos por cada 100.000 personas, la incidencia anual aproximadamente 8 -10 casos por millón en América, varía según la ubicación. La edad al diagnóstico es entre 45 y 60 años, igual en hombres y mujeres.

Caso clínico: Paciente masculino de 56 años con antecedentes de ex tabaquista, internación previa en octubre 2024 donde realizan endoscopia rinosinusal más biopsia resultando granulomatosis de Wegener, rescate de PAE en cultivo de biopsia nasal recibiendo Imipenem.

Presenta dolor en cavidad oral con lesión ulcerativa < 1 cm, paladar blando con aumento de volumen en la pirámide nasal doloroso a la palpación y rinorrea mucopurulenta fétida.

Acude a GE. realizan cultivos e inician Imipenem por rescate previo.

En clínica médica es valorado por reumatología, iniciando corticoides y ciclofosfamida con mejoría sintomática, solicitan nueva biopsia de cavidad nasal, con hallazgos compatibles con granulomatosis con poliangeitis.

Posteriormente presenta reagudización de síntomas, realizan TC de MCF: con área hipodensa en órbita derecha de 47x24x13 mm, sugestivo de celulitis postseptal, evidencia lisis de estructuras óseas y cartilaginosas de las celdillas etmoidales, lisis maxilares, tabique nasal y cornetes.

En contexto de paciente inmunocomprometido y evolución tórpida se sospecha Mucormicosis recibiendo Anfotericina B Desoxicolato y Vancomicina por sospecha de IPB.

Posteriormente se realiza endoscopia rinosinusal + Toilette, visualizan lesión costrosa en cavidad nasal, ausencia de septum y pérdida de estructuras anatómicas, toman biopsia, se extuba fallidamente Ingresando a UTI por weaning dificultoso.

En UTI intercorre con inestabilidad hemodinámico, IRA, sangrado pulmonar, tricitemia recibiendo filgrastim, posteriormente fallece.

Discusión: La G. Wegener es una vasculitis asociada con anticuerpos c-ANCA; y criterios clínicos, radiológicos, histopatológicos y los marcadores bioquímicos.

El tratamiento requiere inducción a la remisión y mantenimiento, con ciclofosfamida oral o intravenosa, glucocorticoides y otros inmunosupresores.

Conclusión: La G. de Wegener requirió manejo de UTI por falla multiorgánica con escasa respuesta al tratamiento de la patología de base. Se destaca la necesidad de manejo multidisciplinario con multidisciplinario por ORL, infectología y reumatología.

0121 INCIDENCIA Y PREVALENCIA DE EXTUBACIONES NO PROGRAMADAS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES DEL HOSPITAL MATERNO NEONATAL DE LA CIUDAD DE CÓRDOBA DURANTE JUNIO DE 2024 A FEBRERO DE 2025

DE QUIROGA(1), D GUTIÉRREZ(1), NS VILLARROEL(1), CB MARTINEZ(1), N DE LA VEGA(1)

(1) Hospital Materno Neonatal Ramon Carrillo.

Introducción:La ventilación mecánica (VM) en las unidades de terapia intensiva neonatal (UTIN) es utilizada con frecuencia debido al estado crítico de la mayoría de los pacientes. Las extubaciones no programadas (ENP) son el cuarto evento adverso (EA) a nivel mundial, potencialmente peligroso, que puede producir consecuencias para la evolución de su tratamiento. Existen pocos estudios publicados que analicen las ENP en cuanto a su incidencia y prevalencia. Como referencia se utilizó una investigación del Hospital Materno Infantil Ramon Sardá (HRS) del año 2018.

Población y método: Estudio transversal, descriptivo y retrospectivo. Población: todo paciente con tubo orotraqueal (TET) en el Hospital Materno Neonatal Ramón Carrillo (HMN) durante el periodo de junio 2024 a febrero de 2025; cuyo peso no supere los 5300 gr. Se realizó la recopilación de datos a partir del sistema SiSalud de la Provincia de Córdoba. Se definió la incidencia y prevalencia de las ENP. Se analizaron las variables causa, tipo de fijación del TET, soporte ventilatorio requerido post extubación y el horario de registro del evento.

Resultados: Se registraron 173 pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión. 39 pacientes sufrieron al menos una ENP. Se registraron 73 ENP. Dentro de las variables analizadas, resultó significativa la relación peso/ENP ($p=0,03$) (Tabla 1) (Tabla 2).

Discusión: HRS presentó una tasa de incidencia de 4.2 ENP y una prevalencia del 21% durante un periodo de 12 meses; en comparación HMN obtuvo una incidencia de 10.42 y una prevalencia de 22.54% en 8 meses (Tabla 1).

Conclusión: La incidencia y la prevalencia de las ENP es elevada en comparación a los estándares nacionales e internacionales. La población más propensa a sufrir dicho evento es la ≤ 1500 gr. Se propone realizar estrategias para el cambio de la cultura organizacional dentro de la UTIN del HMN, además de la toma de medidas para la disminución de este EA.

Prevalencia	22,54%
Pacientes con al menos una ENP	39
Grupo A (≤ 1500 gr.)	15
Grupo A (≥ 1500 gr.)	24
Incidencia	10,42
N = número de ENP	73
Grupo A (≤ 1500 gr.)	32
Grupo A (≥ 1500 gr.)	41

Nota: Grupo A (≤ 1500 gr.) / Grupo A (≥ 1500 gr.)

	GRUPO A ($p=0,03$)	GRUPO B ($p=0,03$)	Relación peso/variable en valor p
ENP			
CALISAS			
Autoextubación	69%	85%	0,0055
Manipulación	28%	2%	
Desconocido	3%	13%	
FIJACIÓN			
Convencional	88%	61%	0,008
NeoBar	6%	2%	
Tensoplast	6%	37%	
SOPORTE POSTEXTUBACIÓN			
ARM	50%	49%	0,051
NIPPV	50%	31%	
OAF	0%	3%	
S/O2	0%	17%	
HORARIO			
Mañana	34%	46%	0,0001
Tarde	22%	22%	
Noche	44%	32%	

Nota: Grupo A (≤ 1500 gr.) / Grupo A (≥ 1500 gr.) / p = valor p

0122 REPORTE DE CASOS MENINGITIS POST-NEUROQUIRURGICA POR BACILOS GRAM NEGATIVOS PRESENCIA DE MULTIRRESISTENCIA Y VENTAJAS DEL USO DE ANTIBIOTICOTERAPIA INTRATECAL

SM TOLEDO(1), JA GARCIA CASTRO(1), FH ROJAS(1), MG RODRÍGUEZ ALVAREZ(1), AM FERIOLI(1), DA SANTOS(1), LB FIGUEROA(1), NA TARAMARCAZ(1)

(1) Higa Paroissien.

Introducción: La Meningitis Post-Neuroquirúrgica (MN) es una patología de baja incidencia (0.4%) pero de una alta morbimortalidad (22%). Incrementa el riesgo de infección la duración de las DVE (Derivación Ventricular Externa), retraso en la remoción del catéter y recambios rutinarios de DVE. En el caso de falla del tratamiento sistémico, frente a gérmenes multirresistentes (MR) o solo sensibles a fármacos cuya penetración en el LCR es pobre, sumado a la imposibilidad de remover dispositivos se inicia terapéutica conjunta de antibioticoterapia endovenosa e intratecal.

de remover dispositivos se inicia terapéutica conjunta de antibioticoterapia endovenosa e intratecal.

Caso clínico 1: Paciente masculino de 35 años con antecedentes de TEC con hidrocefalia secundaria y requerimiento de colocación de DVP en 2004. Intercurre peritonitis apendicular que genera contaminación de la DVP y retiran DVP y colocan DVE, se realiza colocación de DV Atrial. Se toman muestras de LCR dando positivo para K. Pneumoniae KPC sensible a Colistin, se inicia tratamiento conjunto endovenoso + Intratecal cumpliendo 21 días. Controles de cultivos de LCR negativos, por lo cual se otorga alta.

Caso clínico 2: Paciente masculino de 76 años con TEC por caída de propia altura subagudo, con Hematoma Subdural (HSD), Neurocirugía realiza drenaje del HSD. Intercurre con infección de la herida quirúrgica con LCR patológico, pasa a UTI, se decide IOT. Cultivo positivo para A. Baumannii, instauran AMS+Colistin+Gentamicina. Control de LCR persiste patológico, se coloca DVE e inicia tratamiento Intratecal con Colistin. Con cultivo control negativo, cumple tratamiento antibiótico 21 días y se otorga alta.

Discusión: Los microorganismos a nivel nacional más frecuentemente asociados a complicaciones infecciosas del SNC, enmarcado en el ENPIHA del 2019, fueron mayoritariamente por Bacilos Gram negativos. Destacándose Serratia Marcescens, Acinetobacter sp, Klebsiella Pneumoniae y Providencia sp. Otra problemática es la capacidad de las diferentes drogas para penetrar la BHE donde planteamos el uso concomitante de antibiótico intratecal.

Conclusión: El uso de antibióticos intratecales está claramente indicado en aquellas circunstancias con infecciones asociadas a un drenaje o ventriculitis donde no existen alternativas sistémicas disponibles con buena penetración en LCR y donde a pesar de la terapia sistémica no se logra mejoría del paciente o una esterilización del LCR comprobada en cultivos.

0123 RIESGO NUTRICIONAL Y MORTALIDAD EN PACIENTES INTERNADOS EN UNA TERAPIA INTENSIVA POLIVALENTE

MG MONTENEGRO FERNANDEZ(1), NA GRASSI(1), MA ATENCIO(2), LG DURAN(1), M CRUZ(1), DA DEZURKO(1), FE ESPINOZA(1), ST LACO(1), M OTAMENDI(1), FB VAZQUEZ BRIGNOLE(1)

(1) Hospital Municipal De Agudos Dr. Leónidas Lucero De Bahía Blanca. (2) Universidad Nacional Del Sur.

Introducción: La evaluación objetiva del estado nutricional mediante diferentes parámetros permite identificar a los pacientes que requieren una terapia nutricional, ya sea por presentan desnutrición previa, o por tener un alto riesgo de desarrollar desnutrición, lo que se traduce en un aumento del riesgo de no sobrevivir su estancia crítica. El objetivo fue determinar la asociación entre el riesgo nutricional y la mortalidad medida en los pacientes de una terapia intensiva (TI) polivalente.

Métodos: Se realizó un estudio transversal y descriptivo que abarca un período de 12 meses en TI del Hospital Municipal de Agudos Dr. Leónidas Lucero. Se incluyeron todos los pacientes mayores a 18 años, ingresados en TI por primera vez o con al menos un período mayor a 6 meses desde el último ingreso a TI. El riesgo nutricional se midió mediante el Nutritional Risk in Critically Ill modificado (mNUTRIC) y la clasificación del estado previo al ingreso se realizó con la valoración global subjetiva (VGS). Se analizó la asociación de las escalas con la mortalidad, diagnóstico de ingreso, días de internación hospitalaria, APACHE II, SOFA. Se utilizará el software IBM SPSS Statistics 23 para el análisis de datos.

Resultados: Se evaluaron 173 pacientes, con una edad promedio de 52.06 años (DE 16.39). El 60,7% (108/173) fueron de sexo masculino. El motivo de ingreso más frecuente fue el neurocrítico con un 20.5% (35/173), seguido del trauma con un 21.4% (37/173). Las medias de los scores fueron APACHE II 16.13 puntos (DE 7,63), SOFA 5.98 puntos (DE 3,43) y NUTRICm 3,69 puntos (DE 2.06). Se observó bajo riesgo nutricional en 79.8% (138/173) de los pacientes. La mortalidad

dad fue 29.5% (51/173). El 51.4% (18/35) de los pacientes con alto riesgo nutricional falleció (valor $p = 0,002$).

Discusión: El mNUTRIC permite estratificar pacientes con mayor probabilidad de beneficiarse de intervenciones nutricionales agresivas. Estudios sugieren que terapia nutricional temprana en alto riesgo reduce mortalidad hasta 35%, lo cual resulta en una estrategia a considerar dados los números de nuestra muestra.

Conclusión: Se identificó asociación entre el alto riesgo nutricional y la mortalidad, siendo este un factor de riesgo.

0125 RESULTADOS CLÍNICOS DE LA IMPLEMENTACIÓN DE UN PROTOCOLO DE ANALGOSEDACIÓN EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DE ADULTOS EN UN HOSPITAL PÚBLICO DE ALTA COMPLEJIDAD: ESTUDIO DE COHORTE CON CONTROL HISTÓRICO

JP GOMEZ(1), H IZQUIERDO(1), J ARAUJO(1), L GONZALEZ(1), F PUZZO(1), L DIAZ BALLVE(1)

(1) Hospital Cuenca Alta Nestor Kirchner.

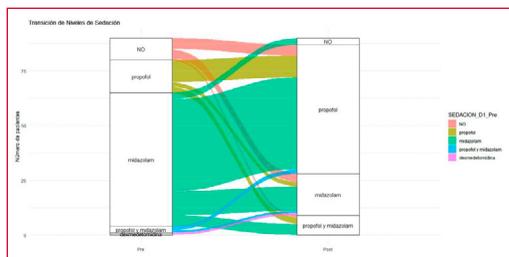
Introducción: Las guías destacan la importancia de protocolos estructurados de analgo-sedación (PAS) en UCI para optimizar el manejo de los pacientes (pts) críticos. En el Hospital Cuenca Alta Néstor Kirchner, un equipo multidisciplinario desarrolló un PAS basado en objetivos, acompañado de un programa de capacitación intensiva para el personal, buscando estandarizar prácticas y mejorar resultados clínicos.

Objetivo: El objetivo principal fue comparar los días de ventilación mecánica (VM) entre dos periodos: pre-implementación (P1) y post-implementación del PAS (P2). Como objetivos secundarios se compararon: estancia UCI, estancia hospitalaria, fármaco sedante utilizado en el día 1, consumo de fármacos sedantes, incidencia de delirium y mortalidad hospitalaria.

Materiales y métodos: Estudio de cohorte con control histórico que incluyó ptes >18 años con VM invasiva ≥ 12 horas en UCI. Se analizaron dos periodos: P1 (diciembre 2023-febrero 2024, $n=111$) y P2 (septiembre-diciembre 2024, $n=110$). Considerando que son dos cohortes no contemporáneas se utilizó un emparejamiento por puntaje con las características de la muestra para construir el score de propensión 1:1.

Resultados: Se incluyeron 221 ptes y luego del emparejamiento un total de 180 para el análisis, 90 en cada cohorte. Las características demográficas fueron comparables entre. No hubo diferencias estadísticamente significativas en días de VM, estancia en UCI y mortalidad; el protocolo modificó significativamente el perfil de sedación utilizado en el día 1: aumento de propofol (17% a 66%) y reducción de midazolam (68% a 21%) ($p<0.001$) (Tabla 1 y Gráfico 1). También se observó una diferencia estadísticamente significativa en la incidencia de delirium (64% a 38%, $p=0.03$). Existió un aumento en el consumo de propofol (253 vs 427) y una disminución en el consumo de midazolam (380 vs 316) ambos medidos en unidades dispensadas c/100 días paciente-UCI y siendo estadísticamente significativas.

Conclusión: El PAS modificó las prácticas de AS en la UCI. Si bien no se encontraron diferencias significativas en los días de VM, se logró significancia en la droga utilizada en el día 1, el consumo de fármacos sedantes y la incidencia del delirium. Estos resultados respaldan la seguridad del protocolo y sugieren futuras investigaciones.



Variable	Pre (n = 90)	Post (n = 90)	p^2
Resultados post matcheo			
Edad ¹	53 (34-63)	49 (33-62)	0,656
Género Masculino ²	52 (58%)	55 (61%)	0,648
Diagnóstico ²			0,452
Shock	10 (11%)	5 (5,6%)	
Insuficiencia respiratoria aguda	7 (7,8%)	12 (13%)	
Neurocrítico	42 (47%)	37 (41%)	
Traumático	5 (5,6%)	5 (5,6%)	
Post operatorio	15 (17%)	16 (18%)	
Cardiológico	5 (5,6%)	3 (3,3%)	
Otro	6 (6,7%)	12 (13%)	
APACHE II ¹	18,5 (15-24)	18,0 (13-24)	0,891
SAPS III ¹	55,0 (42-68)	55,0 (45-66)	0,856
Índice de comorbilidad de Charlson ¹	1,0 (0-3)	1,0 (0-3)	0,484
Estancia hospitalaria (días) ¹	14,5 (5-37)	11,5 (5-25)	0,469
Estancia en UCI (días) ¹	6,5 (2-17)	6,0 (3-13)	0,510
Días de ventilación mecánica ¹	3,5 (1-11)	4,0 (2-10)	0,452
Fármaco sedante al día 1²			<0,001
Propofol	15 (17%)	59 (66%)	
Midazolam	61 (68%)	29 (32%)	
Propofol + Midazolam	3 (3,3%)	9 (10%)	
Días de RASS profundo ¹	3 (1-8)	3 (2-6)	0,723
Incidencia de delirium^{1,4}	22 (64%)	13 (38%)	0,036
Extubación (EOT) ¹	3 (3,3%)	4 (4,4%)	0,693
No EOT	42 (47%)	47 (52%)	
Programada	45 (50%)	39 (43%)	
No Programada	3 (3,3%)	4 (4,4%)	
Mortalidad hospitalaria ¹	41 (46%)	41 (46%)	0,567

¹ Expresado como mediana y RIQ. ² Expresado como N y (%). ³ Valores p en negrita son estadísticamente significativos. ⁴ Delirium basado en pacientes evaluables.

0126 HIPERTIROIDISMO Y TROMBOSIS VENOSA CEREBRAL: UNA ASOCIACIÓN INFRECIENTE EN UN CASO INUSUAL

M VICENTINI(1), R BUSTILLO(1), P CAPPONI(1), M ITALIA-NO(1), F MAZZUFERI(1), R FERNANDEZ(1), B GIRAUDO(1)

(1) Sanatorio Nosti.

Introducción: La trombosis venosa cerebral es una patología poco común pero potencialmente grave. La incidencia se estima en 1,3 a 1,6 casos por cada 100.000 personas y afecta preponderantemente a pacientes jóvenes y de género femenino. La sintomatología varía desde cefalea aislada hasta el coma. El caso clínico que se presenta se trata de un paciente masculino de 25 años que ingresa a la Unidad de Terapia Intensiva sin antecedentes relevantes y sin causas claras que justifiquen el cuadro.

Presentación del caso: Paciente masculino de 25 años, sin antecedentes personales patológico conocidos. Ingres a la Unidad de Terapia Intensiva por cefalea intensa 8/10 fronto-temporal izquierda de 3 días de evolución, asociado a vómitos persistentes. En el examen físico se observa hipertensión arterial, diplopía, visión borrosa. Tomografía de Cerebro: signos de trombosis en varios senos venosos (longitudinal superior, transversos, sigmodies y yugular interna) Laboratorio de rutina y coagulograma sin alteraciones.

Angiografía por Resonancia Magnética: Trombosis cerebral aguda. Laboratorio adicional: TSH: 0.0025, T4: 3.86, T3: 0.80, Ac.ANTI TIROPEROXIDASA: 895 UI/ml Anticuerpos ANTI RECEPTOR TSH: 9.8 UI/l. ECOGRAFÍA DOPPLER DE TIROIDES: Hallazgos compatibles con tiroiditis autoinmune.

Tratamiento: anticoagulación con enoxaparina y antiroideos con evolución clínica estable, sin complicaciones inmediatas.

Discusión: Este caso es relevante por su presentación atípica: un hombre joven sin factores de riesgo conocidos, cuyo único hallazgo relevante es un cuadro de hipertiroidismo. La literatura médica sugiere que el hipertiroidismo, aunque infrecuente, puede ser un factor protrombótico y contribuir al desarrollo de la etiología. Sin embargo no se ha podido concluir con el estudio de trombofilia en su totalidad por el tiempo de evolución del cuadro y el tratamiento anticoagulante. Se consideraron otros diagnósticos diferenciales como: Síndrome antifosfolípido, Vasculitis cerebral o autoinmune sistémica, Infecciones del sistema nervioso central, Tumores intracraneales o malformaciones vasculares.

Conclusión: Este hallazgo resalta la necesidad de incluir estudios de función tiroidea en la evaluación de trombosis venosa cerebral de origen no claro. El caso también destaca la importancia de considerar causas menos frecuentes en pacientes fuera del perfil típico para esta patología.

0127 IMPORTANCIA DE LA EVALUACIÓN SUBGLÓTICA EN EL PROCESO DE DECANULACIÓN

G CHIAPPERO(1), A FALDUTI(1), ME CATINI(1), FM CHIAPPERO(2)
(1) Fernández. (2) Diego Thompson.

Objetivo: Describir la evaluación subglótica por vía TRANSTRACHEOSTOMÍA como un procedimiento diagnóstico complementario en el proceso de decanulación

Descripción: Paciente DS, 64 años, antecedentes EPOC, tabaquista y sobrepeso.

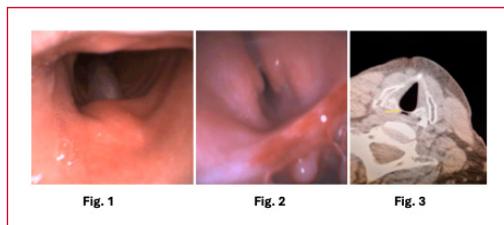
Ingresó el 14 de junio de 2021, por neumonía a la Unidad CAFO/NI por insuficiencia respiratoria hipoxémica y síndrome confusional. HNF positivo para SARS-CoV-2. Por progresión de la hipoxemia se realizó intubación orotraqueal y AVM el 18 de junio.

Traqueostomizado el 8 de julio, luego de 20 días de IOT. Cursó con dos ciclos de pronó y fue ventilado por 52 días. (último día de conexión a VM 9 de agosto)

El 10 de agosto inicia el proceso de decanulación con el desinflado de balón y utilización de válvula fonatoria u oclusión de cánula de TQT por períodos progresivos, sin poder completar 24 horas por disnea y mal patrón ventilatorio.

Técnica: Se realizó FEES y evaluación de vía aérea el 23 de agosto, sin encontrarse lesiones significativas en la valoración endoscópica por vía TRANSNASAL (Fig. 1). A la evaluación subglótica retrógrada TRANSTRACHEOSTOMÍA se observó una banda fibrótica en relación con la pared posterior; forma un tabique que limita una cavidad, con abundante cantidad de secreciones y lesiones inflamatorias tipo granulomas séiles y pediculados en su interior. (Fig. 2) Se realiza TAC que confirma el hallazgo y su extensión (Fig. 3)

Conclusiones: Ante la presencia de síntomas de alteración de la permeabilidad de la vía aérea superior en el paciente traqueostomizado, es importante la evaluación endoscópica subglótica TRANSTRACHEOSTOMÍA para la toma de decisiones.



0128 USO DE MIDODRINE EN UNIDAD DE CUIDADOS NEUROCRÍTICOS

A ZAVATTIERI(1), F RODRIGUEZ LUCCI(1)
(1) Fleni.

Los agentes vasopresores se utilizan en unidades cerradas para mantener una adecuada perfusión en pacientes con hipotensión, que no responden a la administración de cristaloides. También, son drogas esenciales para mantener y/o mejorar el flujo sanguíneo a los órganos vitales y generar hipertensión arterial en ciertas condiciones clínicas. La administración de estos agentes requiere la inserción de catéteres venosos centrales, lo que incrementa riesgos, costos y días de internación. Midodrine, un agonista alfa-1, es un vasopresor oral que se encuentra aprobado por la FDA para el tratamiento de la hipotensión ortostática y la hipotensión inducida durante la diálisis. En los últimos años, ha aumentado su uso en hospitales para reducir el uso de vasopresores intravenosos, aunque los estudios sobre su seguridad en contextos críticos son limitados. En este estudio observacional retrospectivo, evaluamos el uso de midodrina en pacientes ingresados entre 2013 y 2024 en un centro de alta complejidad. Se incluyeron 84 pacientes, que recibieron mi-

drodrine, en contexto de reducción de vasopresores intravenosos o inducción de hipertensión arterial (50% por disautonomías, 37% en contexto de ACV, 4% vasoespasmos postquirúrgico, 9% era parte de su medicación habitual). Se analizaron variables como la presión arterial media (PAM), la dosis de vasopresores en equivalentes de noradrenalina y complicaciones asociadas, como isquemia intestinal y bradicardia. Realizamos un subanálisis de pacientes con ACV isquémico. En nuestra cohorte, 26 pacientes con ACV isquémico agudo recibieron midodrine con el objetivo de optimizar la perfusión cerebral. Un 31% en contexto de oclusión de grandes vasos y el 69% por presentar deterioro neurológico temprano.

Los resultados mostraron que el tratamiento con midodrine resultó en un aumento promedio de la PAM y una disminución en la dosis de vasopresores a las 24 horas. Solo un paciente presentó bradicardia significativa.

En este estudio se observó que el uso de midodrine es una opción con baja tasa de complicaciones y posibles beneficios en la reducción de la estadía hospitalaria y la dosis de vasopresores endovenosos. Así como una herramienta prometedora para el manejo hemodinámico en pacientes con fluctuaciones neurológicas.

0129 REPORTE DE CASO - LISTERIOSIS INVASIVA EN TERAPIA INTENSIVA

M ORTEGA SARAVIA(1), G GENOVESE(1), P CORONADO LUJÁN(1), A ANTIK(1)
(1) Durand.

Introducción: Listeria monocytogenes es una bacteria aeróbica Gram positiva capaz de sobrevivir en condiciones extremas (4°C-37°C, pH bajo, alta salinidad). Se transmite por alimentos contaminados (lácteos, carnes, vegetales crudos) y afecta principalmente a mayores de 60 años, recién nacidos, embarazadas e inmunocomprometidos (HIV/SIDA, cáncer, alcoholismo, DBT). Una vez ingerida, según la inmunidad del huésped y la carga bacteriana, puede atravesar la mucosa intestinal y diseminarse por vía sanguínea. Se presenta como listeriosis no invasiva (gastroenteritis autolimitada) o invasiva (bacteriemia, meningitis, materno-fetal). La mortalidad general es del 40-50%, se incrementa en adultos mayores.

Objetivo: Analizar factores predisponentes y posibilidades de prevención.

Presentación del caso: Varón de 75 años, hipertenso, hipotiroideo, tabaquista, con deterioro cognitivo leve, adenocarcinoma prostático y carcinoma escamoso de hipofaringe (estadio III). Internado por disfagia y desnutrición; se realiza gastrostomía quirúrgica e inicia nutrición enteral. Al alta se indica alimentación artesanal con pautas de bioseguridad mientras se gestiona alimentación de fórmula por obra social. Reingresa a los 11 días por evisceración grado II con fiebre y dolor abdominal. Ingres a UTI postoperatorio con ARM por sepsis abdominal (cultivo: SAMR). Se diagnostica listeriosis invasiva tras hemocultivos y PCR positiva en LCR para L. monocytogenes. Se administra tratamiento antibiótico (ampicilina + gentamicina + vancomicina). Ante el mal pronóstico, la familia acuerda adecuación del esfuerzo terapéutico, se realiza extubación terminal y fallece a 12 días de internación.

Discusión: Se presenta un caso de listeriosis invasiva con compromiso del SNC. Nuestro paciente reunía múltiples factores de riesgo: edad avanzada, cáncer activo y desnutrición. Se presume adquisición domiciliar, ya que la familia preparaba la alimentación enteral artesanalmente. Los síntomas fueron inespecíficos (fiebre, dolor abdominal), dificultando el diagnóstico precoz.

Conclusión: La listeriosis, es una enfermedad transmitida por alimentos y con factores de riesgo bien definidos (extremos de la vida, embarazadas e inmunocomprometidos), requiere capacitar a cuidadores y extremar medidas de higiene durante la preparación y administración de alimentación enteral para prevenir su aparición.



0130 VARIABLES DE PROGRAMACIÓN Y MONITOREO VENTILATORIO ASOCIADOS AL FRACASO EN EL PROCESO DE WEANING EN PACIENTES CRÍTICOS: UN ESTUDIO RETROSPECTIVO

E STEINBERG(1), M SETTEN(2), L GAREGNANI(3), D STEINBERG(4), E MANIAS(3), P LOVAZZANO(2), L MAZZINI(2), J NIETO(2), N LAVITOLA(5), L GIMENEZ(5), A DOMINGUEZ(6), L GALVÁN(6), G PLOTNIKOW(6), R BRAGAGNOLO, J DORADO, O OCCHIUZZI(7), M BOTTO(7), W RODRIGUEZ(8), S CAGIDE(8), M REINOSO(9)

(1) Hospital Italiano. (2) Cemic. (3) Italiano. (4) Anchorena San Martín. (5) Sanatorio Mitre. (6) Británico. (7) Higa Vicente López. (8) Hcank. (9) Italiano San Justo.

Introducción: El destete, entendido como el proceso para suspender la ventilación mecánica (VM), comprende la evaluación clínica, la prueba de respiración espontánea (PRE) y la extubación (EOT). El estudio WEAN SAFE identificó, como un hallazgo novedoso, ciertas variables relacionadas con la programación y el monitoreo de la VM que se asocian con los desenlaces del proceso de destete. El objetivo del presente estudio es evaluar la asociación entre estas variables de programación y monitoreo y el fracaso de la EOT.

Materiales y Métodos: Llevamos a cabo un estudio de tipo observacional, multicéntrico de cohorte retrospectivo. Incluimos pacientes mayores de 18 años que requirieron ventilación mecánica por al menos 48 horas y tuvieron, al menos, una EOT, independientemente del resultado de la misma. Las variables continuas se reportaron como media y desvío estándar o mediana y rango intercuartílico, según distribución. Las variables categóricas se reportaron como frecuencias absolutas y relativas e Intervalos de Confianza del 95%. Realizamos una regresión logística simple para analizar la asociación entre variables de programación y monitoreo de la VM con la falla de EOT. También realizamos una regresión logística múltiple, siguiendo un modelo de ajuste según tipo PRE y uso de soporte no invasivo post EOT. Utilizamos Odds Ratios con IC 95% para el reporte de los estimadores de efecto. El nivel de significancia fue $p < 0.05$.

Resultados: En la Tabla 1 se presentan las características principales de los 516 pacientes incluidos en el estudio al ingreso a la unidad de terapia intensiva. En el análisis de regresión logística, la PEEP, la saturación parcial de oxígeno (SpO_2), la FiO_2 y la relación $SaFiO_2$ mostraron una asociación estadísticamente significativa con el fracaso de la EOT, tanto en el análisis crudo como en el ajustado por el tipo de PRE y el uso de soporte no invasivo posterior a la EOT (Tabla 2).

Conclusión: En esta cohorte retrospectiva, la PEEP, SpO_2 , FiO_2 y la relación $SaFiO_2$ mostraron asociación estadísticamente significativa con la falla de EOT.

Tabla 1. Características principales de los pacientes al ingreso a la unidad de terapia intensiva.

	Población (n=516)
Edad, mediana [RIQ], años	67.3 [52.4 – 77.1]
Sexo, n (%), femenino	253 (49.03)
Motivo de inicio de VM, n(%)	
- IRA sobre crónica	21 (4.07)
- IRA de novo	406 (78.68)
- Enf. Neurológica	81 (15.7)
- Enf. Neuromuscular	8 (1.55)
Motivo de IRA de novo, n(%)	
- COVID 19	77 (18.97)
- POP	120 (29.56)
- ICC	11 (2.71)
- Aspiración	13 (3.2)
- Neumonía	68 (16.75)
- Sepsis	64 (15.76)
- Trauma	14 (3.45)
- PCR	4 (0.99)
- SDRRA	2 (0.49)
- Otro	33 (8.13)
Motivo Enfermedad Neurológica, n(%)	
- Coma F/M	22 (27.16)
- ACV	23 (28.4)
- TEC	11 (13.58)
- Otro	25 (30.86)
Motivo Enfermedad Neuromuscular, n(%)	
- SNP	1 (12.5)
- ME	2 (25)
- Nervios motores	1 (12.5)
- Placa motora	3(37.5)
- Otro	1 (12.5)
APACHE II mediana [RIQ]	16 [11 – 22]
Charlson, mediana [RIQ]	4 [1 – 5]
IMC, mediana [RIQ] kg/m ²	26.5 [22.8 – 30.7]

IRA= insuficiencia respiratoria aguda, POP= posoperatorio, PCR= paro cardio respiratorio, SDRRA= síndrome de distrés respiratorio, ACV= accidente cerebrovascular, TEC= traumatismo endocraneano, SNP= sistema nervioso periférico, ME= músculos esqueléticos, APACHE II= Acute Physiology and Chronic Health Evaluation IMC= índice de masa corporal.

0131 REPORTE DE CASO: HALLAZGO INCIDENTAL DE MIXOMA AURICULAR

JC POMIRO(1)

(1) Clínica Universitaria Reina Fabiola.

Introducción: Dentro de los tumores cardíacos primarios los más frecuente son los mixomas auriculares, por su ubicación habitual (aurícula izquierda) se presentan como insuficiencia cardíaca o respiratoria, llegando a generar inestabilidad hemodinámica, precisando un diagnóstico y tratamiento precoz, jugando un rol esencial la ecografía bedside y sus diversos protocolos.

Presentación de caso: Mujer 39 años consulta por guardia presentando taquicardia e insuficiencia ventilatoria que requiere intubación. TC tórax: leve derrame pleural bilateral, septos intersticiales interlobulillares engrosados, patrón en vidrio esmerilado bilateral, tendencias a la consolidación en las regiones declives, cardiomegalia a expensas de la aurícula izquierda, ecografía bedside: VCI de 23 mm sin colapso inspiratorio, imagen voluminosa en aurícula izquierda adherida a válvula mitral que protruye ventrículo izquierdo. Ecocardiograma transtorácico diagnóstico definitivo de mixoma auricular. Interconsulta con servicio de cardiología y cirugía cardiovascular, se decide conducta quirúrgica con resección de tumor, con buena evolución; extubación a las 24hs y alta institucional a los 15 días.

Discusión: Frente a la presentación clínica inespecífica de la patología y la inestabilidad del paciente es crucial el hallazgo imagenológico que nos permita llegar al diagnóstico oportuno y tratamiento adecuado, en este caso la tomografía no aclaró el cuadro, sino fue la ultrasonografía bedside que identificó la etiología, permitiendo el tratamiento de urgencia y recuperación ad integrum del paciente.

Conclusión: Los tumores cardíacos primarios son poco frecuentes, con una incidencia del 0.02%, siendo sus síntomas poco diferenciales de patologías habituales, en este caso en contexto de afectación de gran parte de la luz de la aurícula izquierda los principales síntomas fueron ortopnea, disnea, llevando a la sospecha de patología respiratoria, sin embargo, gracias a la disponibilidad de equipos de ultrasonografía en Unidades Cerradas es posible mediante el

Tabla 2. Regresión logística simple para las variables de programación y monitoreo con falla de EOT y ajustados por tipo de PRE y SRNI post EOT

Variable	OR	Intervalo	P	OR ajustado	Intervalo ajustado	P ajustado
Modo ventilatorio	0.85	0.69 – 1.06	0.17	0.84	0.67 – 1.04	0.12
Presión inspiratoria	0.97	0.92 – 1.03	0.49	0.97	0.92 – 1.03	0.46
PEEP	1.18	1.04 – 1.35	0.01*	1.18	1.03 – 1.35	0.01*
Presión Pico	1.03	0.99 – 1.06	0.067	1.02	0.99 – 1.06	0.07
FR programada	1.07	0.96 – 1.18	0.17	1.04	0.94 – 1.16	0.36
FR monitorizada	1.03	0.98 – 1.07	.14	1.02	0.98 – 1.07	0.18
VT exhalado	0.99	0.99 – 1	0.41	0.99	0.99 – 1	0.41
DP dinámico	1.02	0.98 – 1.06	0.18	1.02	0.98 – 1.05	0.2
Saturación	0.8	0.73 – 0.89	0.00*	0.81	0.73 – 0.9	0.00*
FiO_2	1.05	1.02 – 1.08	0.00*	1.04	1.01 – 1.07	0.00*
$SaFiO_2$	0.99	0.993 – 0.997	0.00*	0.99	0.993 – 0.998	0.00*

Resultados de la regresión logística con falla de EOT como variable dependiente, y programación y monitoreo como independientes.
 EOT= Extubación
 PRE= Prueba de respiración espontánea
 SRNI= Soporte respiratorio no invasivo
 FR= frecuencia respiratoria
 VT= volumen corriente
 DP= driving pressure
 Significancia estadística* $p < 0.05$

método POCUS, la exploración oportuna a nivel cardíaco y pulmonar en paciente inestables hemodinámicamente permitiendo así un diagnóstico rápido y sensible al lado de la cama del paciente. Por ello se destaca la adquisición de estas capacidades cada vez más relevantes en la práctica diaria.



0132 CUIDADOS EN EL PACIENTE PARA UNA MUERTE DIGNA MA SOLIS(1) (1) Clínica Privada Velez Sarsfield.

Introducción: Los cuidados paliativos requieren alivio del dolor y síntomas asociados, cuidando al paciente y su familiar de forma holística, respetando su autonomía, fomentado el cuidado multidisciplinario.

Presentación del caso: Paciente de 24 años, post TCE (1 año y 2 meses) secualizado grave, ingresa a UTI por síndrome febril, comunicación mediante sonidos, con cánula de viesalski, sin respuestas a órdenes, gastrostomía, escoliosis con convexidad hacia la izquierda, presenta IRA 2río NAC, LET solicitada por familiar, Ley Nacional de muerte digna N°26.742 y Ley Provincial de Córdoba de voluntad anticipada N°10.058.

Discusión: Al ingreso a UTI, paciente postrado en decúbito, hipotonía, invadido con cánula fonatoria, apertura bucal permanente, aporte de oxigenoterapia por mascar de reservorio, gastrostomía. Durante su internación requirió oxígeno por traqueostomía, pam cultivo con requerimiento de ATB, colocación de vía central y traqueoflex, se conectó a AVM, con infusión de analgosedación, weaning dificultoso, presenta neumotorax derecho, la familia se niega a procedimiento invasivos, LET solicitada por familiar. Se realizaron cuidados enfermeros aplicando analgosedación, tratamiento del dolor, oxigenoterapia, comunicación, apoyo espiritual y emocional a la familia.

Conclusión: El proceso de atención para una muerte digna debe estar basado en protocolos de mejora continua que permitan otorgar un cuidado de calidad con un enfoque ético en la Ley Nacional de muerte digna N°26.742 y Ley Provincial de Córdoba de voluntad anticipada N° 10.058.

0133 REPORTE DE CASO: ACV ISQUEMICO DE CAUSA POCO FRECUENTE M BARGAGNA(1), E NOVELLO(1) (1) Clínica Modelo.

Introducción: El foramen oval permeable (FOP) es una comunicación interauricular remanente del desarrollo embrionario, presen-

te en aproximadamente el 25% de los adultos. Aunque suele ser asintomático, su presencia se ha vinculado a accidentes cerebrovasculares (ACV) isquémicos criptogénicos, actuando como una vía potencial para embolias paradójicas.

Presentación del caso: Paciente femenina de 60 años, con hipertensión arterial y aneurisma del septum interauricular, consulta por paresia izquierda facio-braquio-crural. La resonancia magnética cerebral muestra lesiones isquémicas agudas en la región frontal y en la ínsula derecha. El ecocardiograma transtorácico identifica el aneurisma, y el transesofágico confirma la presencia de foramen oval permeable. El Doppler de vasos del cuello no revela lesiones significativas.

Se inicia anticoagulación y se solicita evaluación por cardiología para considerar cierre percutáneo.

Discusión: El FOP está presente en hasta el 50% de los casos de ACV criptogénico. El mecanismo principal es la embolia paradójica, donde un trombo venoso atraviesa el FOP y alcanza la circulación arterial. La presencia conjunta de un aneurisma del septum interauricular eleva el riesgo al favorecer el paso de émbolos. Aunque el beneficio del cierre percutáneo aún se investiga, algunos estudios respaldan su uso en pacientes seleccionados, incluso mayores de 60 años sin otra causa identificable.

Conclusión: Este caso destaca la necesidad de considerar el FOP en el diagnóstico de ACV criptogénico en adultos mayores. La ecocardiografía transesofágica es clave para el diagnóstico y para definir estrategias terapéuticas, que pueden incluir el cierre percutáneo para prevenir recurrencias.

0134 REPORTE DE CASO: SINDROME DE EMBOLIA GRASA W MATRICARDI(1), F NUÑEZ(1) (1) Ramon Carrillo.

Introducción: La embolia grasa es la presencia de material lipídico en la circulación sistémica, y el síndrome de embolia grasa es una entidad rara pero grave con alta mortalidad. La mayoría de los casos se asocian a trauma, especialmente por fractura de huesos largos, aunque también pueden ser de origen no traumático.

Presentación del caso: Paciente masculino de 22 años con antecedentes de consumo social de marihuana. Ingresó 2 am a urgencias tras un accidente de auto vs moto, con casco y pérdida de conciencia con recuperación ad-integrum. Presenta múltiples fracturas, incluida femur izquierdo y derecho, tibia-peronea izquierda, rótula derecha expuesta, apófisis estiloides radial y cubital derecha, luxación bilateral de muñecas y contusión pulmonar apical izquierda (30%). Evaluado por traumatología y se opta por una intervención quirúrgica a las 7 am: toilette de heridas, colocación de tutores externos en el miembro inferior izquierdo, tracción esquelética miembro inferior derecho y reducción de muñecas. Se administran antibióticos y hemoderivados.

Ingresó a terapia intensiva con soporte hemodinámico (noradrenalina), ventilación invasiva y acidosis metabólica. Se realizaron nuevas vías central y arterial. A las 24 horas, el paciente fue extubado, pero presentó hipoxemia, petequias conjuntivales, y tendencia a la somnolencia hb 8.4 Hto 23 paquetas 84000, con alta sospecha de embolia grasa se comenzó tratamiento con hidrocortisona y cánula nasal de alto flujo

A pesar de la sospecha clínica, se optó por no realizar tac debido a los riesgos del traslado. Se mantuvo tratamiento con fluidoterapia y soporte, y el paciente mostró buena evolución. Se destetó de la cánula nasal de alto flujo y fue dado de alta con gcs 15/15 sin vasopresores.

Conclusión: El diagnóstico de embolia grasa en un paciente joven con fracturas de huesos largos y síntomas inespecíficos es desafiante. Se considera diagnóstico clínico, y el tratamiento se centra en el soporte. La administración de corticoides es controvertida debido a sus beneficios inciertos, y su uso se limita a casos graves (1-5 días)

0135 REPORTE DE CASO: SME DE DRESS INDUCIDO POR PREPARADO MAGISTRAL

M BARGAGNA(1), E NOVELLO(1)
(1) Clínica Modelo.

Introducción: La reacción a fármacos con eosinofilia y síntomas sistémicos (DRESS) es una reacción de hipersensibilidad grave e infrecuente, mediada por células T. Se manifiesta con erupción cutánea, fiebre, eritema facial, linfadenopatía, alteraciones hematológicas y daño visceral.

Presentación del caso: Mujer de 40 años con algodistrofia, recibe tratamiento para el dolor, polimedicada, incorpora recientemente una preparación magistral. Consulta por eritema que comienza en miembros superiores y cara, posteriormente se generaliza. Presenta fiebre, edemas, dificultad respiratoria e hipotensión refractaria a fluidos por lo que se interna en UTI. A su ingreso se observa eritema generalizado, edema bipalpebral, hipotensión e hipoxemia que requiere oxígeno. Laboratorio: leucocitosis (12880), urea 64, creatinina 1,6. Comienza tratamiento con antibióticos ante la sospecha de celulitis. Evoluciona con fallo renal no oligúrico, eosinofilia, plaquetopenia y anemia sin signos de sangrado. Se solicita panel inmunológico, se interconsulta con nefrología. Se comienza con pulsos de metilprednisona y se realiza biopsia renal, confirmándose nefritis intersticial aguda.

Discusión: La incidencia de DRESS varía según el fármaco y el estado inmunológico. Afecta progresivamente múltiples órganos, iniciando con síntomas inespecíficos. La fiebre, suele preceder a la erupción. El compromiso renal se presenta en un 10 a 30%, desde proteinuria hasta fallo renal agudo. Para su diagnóstico se utilizan criterios como Bocquet, SCAR y regSCAR. El tratamiento incluye corticoides sistémicos y suspensión del fármaco causante.

Conclusión: Este caso representa un diagnóstico complejo de una patología infrecuente que suele desarrollarse en individuos con predisposición genética. Reconocerlo permite una intervención oportuna, previniendo el daño orgánico severo. Finalmente identificar el agente causal es fundamental para el tratamiento inmediato con el fin de evitar complicaciones a largo plazo.

0136 TAPONAMIENTO CARDIACO COMO PRIMERA MANIFESTACIÓN DE LINFOMA LINFOBLÁSTICO DE CÉLULAS T. REPORTE DE CASO

A ANCAVIL(1), D BECERRA(1)
(1) Clínica De Imágenes.

Los derrames severos son frecuentes en las pericarditis neoplásicas, tuberculosas, urémicas, en el mixedema y en las parasitosis. Dentro de las causas neoplásicas, se han descrito casos de afectación pericárdica aunque el taponamiento cardíaco como manifestación inicial de la enfermedad es extremadamente raro.

Paciente masculino de 23 años ex tabaquista, con antecedente de consumo de cocaína.

Ingresado derivado por disnea CFIV y dolor torácico punzante en hemitórax derecho, sin diagnóstico claro.

A su ingreso se encuentra afebril, taquicárdico y taquipneico con leve esfuerzo inspiratorio con rales crepitantes finos bibasales. Hepatomegalia dolorosa a la palpación. Se realiza laboratorio, con único dato positivo Dímero D 2818.

Eco-bedside: derrame pericárdico severo con signos ecográficos de taponamiento cardíaco.

Se realiza pericardiocentesis ecoguiada, con débito de líquido serohemático claro (150 ml).

FQ Líquido pericárdico: Aspecto turbio. Recuento de leucocitos: 32000

Paciente con PCR TBC, serologías virales, chagas, cultivos para gérmenes comunes y perfil reumatológico negativos, por lo cual se decide iniciar pulsos de corticoides. Con buena respuesta.

Citometría de flujo, compatible con Linfoma linfoblástico de células T.

El LLT es un subtipo raro de LNH que representa el 2% de los LNH en adultos. La manifestación inicial son las adenomegalias, la afectación cardíaca suele ser una manifestación tardía, y el taponamiento cardíaco como presentación inicial es raro. Los derrames son más frecuentes en la variante B, siendo el derrame pleural el más frecuente.

Todos los pacientes con taponamiento pericárdico deben ser evaluados cuidadosamente, considerando la posibilidad de malignidad.

Es importante la citología porque tiene como objetivo lograr un diagnóstico temprano y rápido de malignidad.

0137 CASO DE ENCEFALITIS LUPICA

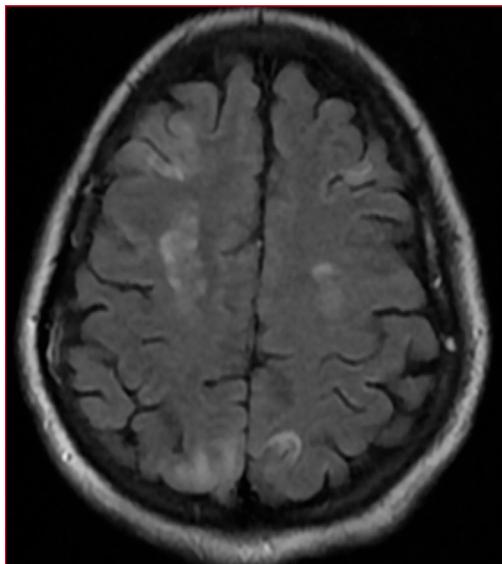
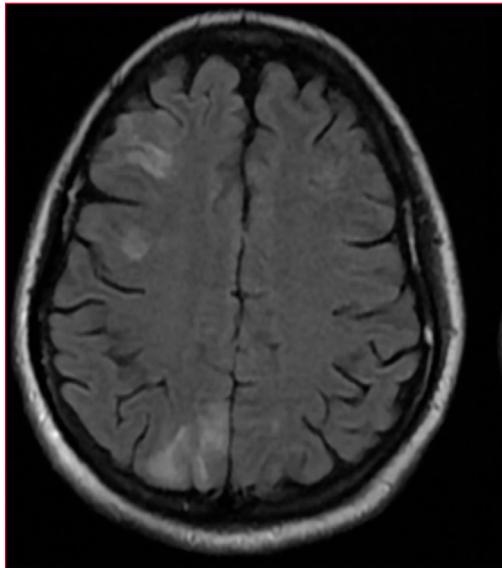
F SERRUTO ALEGRIA(1), CL VALDEZ LOAYZA(1)
(1) Sanatorio Colegiales.

Introducción: Dentro de las enfermedades autoinmunes destaca el lupus eritematoso sistémico (LES) caracterizada por afectación de varios órganos y sistemas, entre ellos el SNC, La encefalitis autoinmune se asocia a anticuerpos específicos la más estudiada es la anti-receptor N-metil-D-aspartato. El LES neuropsiquiátrico es una manifestación grave que puede ocurrir en aproximadamente el 40% de los pacientes, con manifestaciones clínicas difusas o focales (convulsiones).

Presentación del caso: Femenina de 17 años con antecedente de LES hace 5 años, mal adherente al tratamiento, intercorre con nefritis lúpica con tto de pulsos de solumedrol, cursado internación en clínica médica en plan de biopsia renal, presenta convulsiones con ingreso a UTI, RNM con áreas focales de hiperintensidad FLAIR y T2 WI subcortical y periventricular, como también occipital, frontoparietal bilateral y fosa posterior izquierda. en contexto de Encefalitis lúpica recibe tto de salmedrol y Rituximab. Sin episodios convulsivos, pasa a clínica médica a continuar con tto y a la espera de biopsia renal.

Discusión: Se toman 3 Criterios básicos para pensar en encefalitis lúpica 1. Inicio subagudo (< 3 meses) 2. Al menos uno de los siguientes: a. Nuevos hallazgos focales del SNC. b. Crisis epilépticas no explicadas por epilepsia antigua c. Pleocitosis del LCR > 4 cel/μL. d) resonancia magnética de cerebro sugerente de encefalitis 3. Exclusión de otras causas. En este caso se pudo evidenciar que la paciente presenta nuevo cuadro neurológico, convulsiones, presenta RMN con áreas de hiperintensidad en t2/flair, y mediante el cultivo y fco qco de lcr se descartó evento infeccioso, AC-ANTI CARDIOLIPINA IgG e IgM, AC-ANTI FOSFOLIPIDOS IgG e IgM, descarta enfermedad vascular isquémica, al examen físico paciente normotensa, se logra diferencias de urgencia hipertensiva, 3 causas más frecuentes para convulsión en paciente con LES, se solicita anti-NMDAR que hasta la fecha continúa pendiente resultado.

Conclusión: La encefalitis autoinmune en pacientes con lupus puede causar secuelas graves si no se trata a tiempo. En algunos casos, puede ser fatal. El tratamiento inmunosupresor escalonado y oportuno puede ayudar a evitar secuelas neurológicas. Se debe considerar la Encefalitis Lúpica como UNA URGENCIA NEUROLÓGICA.



0138 NEUMONIA GRAVE EN VIAJERA A LA ANTARTIDA EN CONTACTO CON PINGÜINOS

HA ARMANDOLA(1), CA MEDINA(2), G GOMEZ(2), SP ALBANECE(2)

(1) Dr. Jose Maria Cullen. (2) Dr Jose Maria Cullen.

Introducción: El turismo internacional ha aumentado exponencialmente en las últimas décadas. Hay mayor variedad de destinos y los viajeros buscan experiencias de viaje más desafiantes. Presentamos un caso clínico único de una viajera a la Antártida, donde estuvo en contacto cercano con pingüinos, y consulta por neumonía grave al Hospital Dr Jose Maria Cullen

Descripción Clínica: Paciente femenina de 45 años, estadounidense, sin antecedentes patológicos; con vacunación completa (antigripal/2024 y Covid 2022). Consulta por fiebre, cefalea y mialgias de 48 horas de evolución, agregando disnea progresiva. TAC de tórax con infiltrados intersticiales bilaterales. Se interpreta como NAC grave bilateral en huésped inmunocompetente. Se toman hemocultivos (HC), HNF para panel viral (PV), BAL para panel respiratorio Film Array. Dada la epidemiología se solicitó PCR para influenza, Covid,

psitacosis y Legionella spp. Ingresó a vigilancia, lucida con insuficiencia respiratoria refractaria al alto flujo, se vinculó a un equipo de terapia de soporte vital. Inicia tratamiento empírico con piperacilina tazobactam, claritromicina y osetamivir. Evoluciona con mejoría hemodinámica y de la oxigenación. El 26/02 se recibe resultado de PCR bilateral de psitacosis positiva. Se modifica el tratamiento a claritromicina más doxiciclina. La paciente requirió un equipo de soporte vital por 30 días. 25/3: alta hospitalaria con evolución desfavorable.

Discusión: En los últimos años en Europa, así como en Uruguay y Argentina, se han notificado un aumento inusual en el número de casos de psitacosis. Aunque los pingüinos de Magallanes pueden infectarse de *C. psittaci*, no existen informes de transmisión de pingüinos a humanos en la Antártida. Si bien no puede confirmarse, la fuerte exposición epidemiológica sugiere que los pingüinos pudieran ser la fuente de infección de esta paciente. Consideramos importante el estudio ecoepidemiológico de reservorios inusuales como potenciales transmisores de esta enfermedad. Es fundamental que los médicos estemos preparados para la atención de viajeros y conozcamos las patologías potenciales a las que se exponen. Una mejor comprensión de estas causas puede ayudar a orientar el manejo y determinar los tratamientos empíricos adecuados.



Determinaciones	Resultados
CHLAMYDIA PSITTACI - PCR	
PCR	
Muestra	BAL
Resultado	DETECTABLE
Coronavirus (2019-nCoV) - PCR	
RT-PCR REAL TIME	
Muestra	HNF
Resultado	No detectable
INFLUENZA A - PCR	
RT-PCR REAL TIME	
Muestra:	HNF
Resultado:	No detectable
INFLUENZA B - PCR	
RT-PCR REAL TIME	
Muestra:	HNF
Resultado:	No detectable

0140 MORTALIDAD DE BACTERIEMIAS POR ENTEROBACTERIALES PRODUCTORES DE METALO-BETA-LACTAMASA CON EL USO COMBINADO DE CEFTAZIDIMA-AVIBACTAM + AZTREONAM VS. OTROS ANTIBIÓTICOS ACTIVOS. TARGET TRIAL EMULATION MULTICÉNTRICO

M VAENA, M VAENA(1), S BAUQUE(1), EF HUAIER ARRIAZU(1), M MARISA(1), V STANEK(1), JA POLLÁN(1), D ÁVILA POLETTI(1), V MONZÓN(1), P NOVELLI POISSON(2), MV BOUTET(2), E CUNTO(3), V CHEDIACK(3), MT BELOSO(4), V RUCI(5), M LAGOSTENA(5), R CABRERA(6), MJ GUTIÉRREZ(7), MG GÓMEZ(8), S ARIAS

(1) Hospital Italiano De Buenos Aires. (2) Complejo Médico Churruca - Visca. (3) Hospital De Infecciosas Francisco Javier

Muñiz. (4) Hospital José Bernardo Iturraspe. (5) Hospital Italiano De Rosario. (6) Hospital Interzonal General De Agudos Profesor Dr. Luis Güemes De Haedo. (7) Sanatorio Franchini. (8) Hospital Cullen De Santa Fe. (9) Hospital De Alta Complejidad Del Bicentenario Esteban Echeverría. (10) Hospital Central De San Isidro Melchor Angel Posse. (11) Hospital Alemán. (12) Hospital Privado Universitario De Córdoba. (13) Hospital Universitario Austral. (14) Hospital Interdistrital Evita. (15) Hospital Municipal De Agudos Dr. Leónidas Lucero. (16) Dirección De Investigación. (17) Ministerio De Salud Provincia De Buenos Aires.

Introducción: Las bacteriemias por Enterobacterales productores carbapenemasa tipo metalo-β-lactamasa (MBL-EPC) son una amenaza creciente por la escasez de opciones terapéuticas efectivas. La combinación ceftazidima-avibactam (CAZAVI) con aztreonam (ATM) ha demostrado eficacia in vitro, pero ningún estudio ha comparado rigurosamente su efectividad clínica con otros antibióticos activos (OAA). Este estudio evalúa la eficacia y seguridad de CAZAVI + ATM frente a OAA.

Materiales y Métodos: Estudio retrospectivo, multicéntrico, basado en una emulación de ensayo clínico en 17 hospitales Argentinos entre enero 2016 y octubre 2024. Incluimos pacientes adultos con bacteriemia por MBL que iniciaron tratamiento antibiótico activo como máximo dentro de 24 horas posteriores a la identificación de la MBL y 96 horas del hemocultivo. El outcome primario fue mortalidad por cualquier causa a 30 días, y los secundarios incluyeron fallo clínico (recaida de bacteremia, reinicio de antibióticoterapia, y/o complicaciones supurativas) y eventos adversos. Los pacientes se clasificaron en grupo CAZAVI-ATM o OAA según el antibiótico registrado en la historia clínica. Para emular la aleatorización realizamos un modelo de propensity score con ponderación de la inversa de probabilidad de tratamiento (IPTW). Para el análisis principal realizamos un modelo lineal generalizado de efectos mixtos con una función de enlace logit, con clusters definidos por subsistemas de salud (público, privado y seguridad social), incorporando ajustes de IPTW con un análisis de intención a tratar.

Resultados: Entre 243 pacientes (93 recibieron CAZAVI+ATM y 150 OAA), la mortalidad a 30 días fue menor en el grupo CAZAVI+ATM (35% vs. 47%; odds ratio 0,63; IC95% 0,43–0,91; p<0,01). La proporción de fallo clínico fue 46% en CAZAVI+ATM frente al 53% en OAA (hazard ratio 0,65; IC95% 0,44–0,97; p=0,03), siendo reinicio de antibióticoterapia el componente mas frecuente: 16% en CAZAVI+ATM (IC95% 9,4%–25,1%; n=15) y 13,9% en OAA (IC95% 8,4%–21,2%; n=20), asimismo el tiempo al fallo clínico fue mayor en CAZAVI+ATM (mediana de 11 vs 6 días). Los eventos adversos fueron menos frecuentes con CAZAVI+ATM (9,6% vs. 22,8%; p=0,014), sin casos de trombocitopenia en CAZAVI+ATM pero incidencia de 5,37% en OAA (IC95% 2,4%–10,4%; n=8; p=0,025), igualmente la falla renal aguda fue menos frecuente en el grupo CAZAVI+ATM, con 5,32% (IC95% 1,7%–11,8%; n=5), comparado con 16,1% en OAA (IC95% 10,4%–23,5%; n=24; p=0,02), resultando un OR 0,25 (IC95% 0,13, 0,48; p<0,01). No encontramos diferencias significativas en la aparición de C. difficile (HR 1.17; p=0.88) o microorganismos multirresistentes (HR 1.8; p=0.41).

Discusión: El tratamiento con CAZAVI+ATM dentro de las 24 horas de identificación de la MBL se asoció a menor mortalidad, menor fallo clínico y mejor perfil de seguridad. Aunque el diseño retrospectivo, la heterogeneidad del grupo OAA y la exclusión de pacientes con demoras en iniciar antibióticoterapia son limitaciones, el carácter multicéntrico con diversidad de subsistemas participantes, el tamaño de la cohorte y la metodología avanzada fortalecen la validez y relevancia de estos hallazgos.

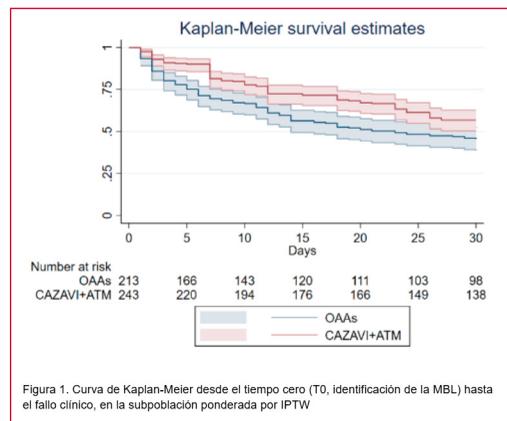


Figura 1. Curva de Kaplan-Meier desde el tiempo cero (T0, identificación de la MBL) hasta el fallo clínico, en la subpoblación ponderada por IPTW

Tabla 1. Características basales y efectos al recibir antibióticos en los pacientes incluidos (diferenciación según grupo de tratamiento antibiótico recibido).

Característica	OAA (n=150)	CAZAVI+ATM (n=93)	p-valor
Edad (media ± SD)	68,5 (12,5)	67,8 (13,2)	0,85
Sexo (masculino/femenino)	85/65	48/45	0,65
Subsistema de salud			0,04
Público	95	55	
Privado	55	38	
Seguridad Social	0	0	
Origen de la infección			0,12
Hospitalario	110	65	
Comunitario	40	28	
Nosocomial	0	0	
Tratamiento previo			0,08
Sin tratamiento	10	8	
Antibiótico	140	85	
Quirúrgico	0	0	
Otro	0	0	
Características de la infección			0,15
Tipo de patógeno			
Klebsiella pneumoniae	100	60	
E. coli	40	25	
Pseudomonas aeruginosa	10	10	
S. pneumoniae	5	5	
Otro	0	0	
Causa de infección			
Traumática	10	8	
Quirúrgica	100	65	
Nosocomial	40	28	
Otro	0	0	

0144 SERIE DE CASOS: CARACTERÍSTICAS DE PACIENTES INGRESADOS POR HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA A LA UTI DEL HOSPITAL SIMPLEMENTE EVITA DE GONZÁLEZ CATÁN DESDE ENERO 2019-DICIEMBRE 2023

L GONZALES(1), D VARGAS(1), A RODRÍGUEZ(1), H CABRERA(1), G IZZO(1), M IBARRA(1), J ANGULO(1), E RODRÍGUEZ(1)
(1) Hospital Simplemente Evita De Gonzales Catan.

Introducción: La HSA es la extravasación o volcado de la sangre hacia el espacio subaracnoideo, en el cual normalmente circula líquido cefalorraquídeo, puede ser de origen traumático o no traumático; la rotura de aneurisma sacular 80%; 1-6% de la población posee aneurismas en las arterias cerebrales cercanas a la base del cráneo. se eleva en 18 % en familiares directos La incidencia es de aproximadamente 10 casos por 100000 personas por año. La HSA puede ser considerada una catástrofe neurológica. tiene una mortalidad del 20-40% en pacientes que se internan, y se debe sumar 8 a 15% de pacientes que fallecen en los primeros minutos u horas de HSA y no llegan a recibir atención médica. de los sobrevivientes 1/3 permanecen dependientes y de los que no recobran independencia, alrededor del 70% presentan reducción en su calidad de vida.

Objetivo primario: Describir las características epidemiológicas de pacientes con HSA no traumática admitidos en UTI.

Metodología: Estudio observacional retrospectivo. Se incluyeron pacientes que presentaron Hemorragia subaracnoidea no traumática e ingreso a UTI del Hospital Simplemente Evita de González Catán durante el periodo de 01/01/2019 hasta 12/12/2023. Los datos se obtuvieron de la base de datos de historias clínicas.

Resultados: De los pacientes sometidos a microcirugía (24) fallecieron 34 (22%) y de los casos que recibieron tratamiento endovascular (7) falleció 3 casos (10%). La mortalidad global de la población estudiada fue de 52 pacientes (100%)

La alta frecuencia de factores de riesgo modificables como hipertensión arterial (51%) y tabaquismo (35%) refuerza la necesidad de fortalecer las estrategias de prevención primaria en la población general y particularmente en pacientes con antecedentes familiares.

0147 ANÁLISIS DE LOS FACTORES DE RIESGO PARA EL DESARROLLO DE PREECLAMPSIA-ECLAMPSIA EN LA UTI DEL H.I.G.A. SIMPLEMENTE EVITA DE GONZALES CATAN

A RODRIGUEZ ALTAMIRANO(1), L GONZALES CORONEL(1), M YBARRA(1), D VARGAS LOOR(1), H CABRERA(1), E RODRIGUEZ(1), G IZZO(1)
 (1) Simplemente Evita.

Introducción: Los trastornos hipertensivos del embarazo son una importante causa de morbimortalidad tanto materna como fetal y se estima que complican alrededor del 10% de los embarazos. Con relación a la preeclampsia la incidencia global es del 4,6%, pero muestra una gran variación de acuerdo a las regiones. En Argentina, hay una incidencia cruda del 10%, mientras que la incidencia de eclampsia es del 0,4%.

tiene 3 criterios de presentación: diagnosticarse en pacientes sin HTA gestacional previa o ser una complicación que se desarrolla en pacientes con HTA gestacional o aparecer sobreimpuesta a pacientes con HTA crónica.

Objetivos: Identificar los factores de riesgo asociados a la preeclampsia-eclampsia en nuestra terapia intensiva

Materiales y Métodos: Es un estudio analítico, observacional, prospectivo de cohorte

Resultados: La obesidad y nuliparidad como antecedentes, incrementó el desarrollo de preeclampsia-eclampsia, con 60% y 36% respectivamente.

Se vio una relación entre la obesidad y HTA severa, 60% (15) de las pacientes que tenían un IMC ≥ 29 , presentaron TAS > 160 mmHg en un 53,8% (14). A pesar de que la mayoría de las pacientes ingresaron con HTA severa, solo el 8% (2) tenía antecedente personal de HTA gestacional o que había cursado con preeclampsia-eclampsia en embarazos previos.

Se encontró relación de los factores socio-económico y culturales con preeclampsia y eclampsia, se registró nivel de escolaridad; con primaria 32% (8), secundaria incompleta 36% (9), secundario completo 32% (8). Asimismo, todas las pacientes que al ingreso tuvieron bajos puntajes en las escalas de gravedad, con un APACHE II a ≤ 9 puntos, tuvieron en promedio de 1.9 días, y aquellas que con un SOFA de ≤ 6 puntos, estuvieron 3 días en terapia intensiva. Y aquellas que no realizaron controles obstétricos fueron 7 pacientes (44%), se asoció con puntajes más altos de APACHE II, con promedio de 14,1 puntos, al ingreso a terapia intensiva.

Conclusiones: La obesidad, y nuliparidad, fueron los factores de riesgo que se asociaron de forma significativa a Preeclampsia-eclampsia.

Realizaron controles obstétricos el 72% que corresponde a 18 pacientes, y de ellas 14 realizaron más de 5 controles que se consideró como apropiados, el 77,7%, lo que no fue un factor protector para desarrollar preeclampsia-eclampsia.

Variable	Promedio
Edad materna (años)	23
Edad gestacional (semanas)	40
Duración de síntomas (días)	1
TAS mmHg ingreso	200
TAD mmHg ingreso	110
APACHE II al ingreso	8
SOFA al ingreso	1
SOFA al egreso	1
Días de internación en UTI	3

factor de riesgo	numero	porcentaje
edad >35 años	3	12%
edad <20 años	3	12%
nuliparidad	9	36%
embarazo múltiple	0	0%
obesidad	15	60%
antecedente familiar de preeclampsia o eclampsia	3	12%
antecedente personal de hipertensión gestacional	2	8%
Total de pacientes ingresados a UTI	25	100%

0149 ESTRATEGIAS PARA MEJORAR LA DETECCION DE PRESUNTOS DONANTES EN EL HOSPITAL PABLO SORIA DE LA PROVINCIA DE JUJUY

MA VASQUEZ(1), J GUANUCO(1), AMDV CRUZ(1), LLUNA(1), AL PLAZA(1)
 (1) Hospital Pablo Soria.

Introducción: En septiembre del año 2022 fue creada la Unidad de Procuración en el hospital Pablo Soria, su objetivo principal es la detección de presuntos donantes, para dar respuesta a los pacientes en lista de espera provincial y nacional. Desde entonces la actividad de procuración fue creciendo paulatinamente. Luego de un análisis de la situación se buscaron estrategias para aumentar los números de donantes.

Objetivos: Implementar estrategias que permitan detectar presuntos donantes en la institución y replicar en otras instituciones públicas y privadas de la provincia.

Métodos: El plan de acción para poder lograr los objetivos planteados, fueron dirigidos a diferentes actores.

Dirigidos a la comunidad

- Actividades de promoción: junto al Ministerio de Salud de Jujuy, se implementa los "Operativos Sanitarios Puerta a Puerta", llegando a todos los barrios de capital y del interior de la provincia.

- Ubicación estratégica de la oficina en el Hall central del hospital, para que la comunidad en general que asisten a la institución, visible

Dirigidos a profesionales de la salud

- Incorporación de profesionales de la salud con afectación de la carga horaria a la Unidad de procuración.

- Capacitación continua a los diferentes servicios: internación, áreas críticas, morgue, personal de seguridad, jefes médicos, jefes enfermeros, supervisores, personal administrativo, personal de laboratorio, etc.

- Emisión de Memorandum desde dirección, recordando la obligatoriedad de la comunicación de los decesos.

- Presentación anual de la actividad de procuración en la institución. Dentro de la Unidad

- Recorrido diario para la detección de PD, seguimiento de la evolución de los PD.

- Protocolo de actuación con Ministerio Publico de la Acusación.

- Implementación de protocolos para donantes de tejidos y donantes de órganos

Resultados: En 2022 se realizaron 41 Procesos de donacion, en 2024 finalizo con 59 Procesos de donacion.

Conclusiones: Las estrategias implementadas en 2023/24 dieron resultado positivo en el Hospital Pablo Soria, logrando un aumento del 49% de donantes.

En 2023, se creo la unidad de procuración en el Hospital San Roque, replicando las mismas estrategias, y logrando un aumento significativo en los últimos 3 años.



Reporte de donantes de órganos y tejidos -comparativo anual - Hospital Pablo Soria

2. Donantes agrupados por provincia del establecimiento origen												% DPMH		TOTAL	
Provincia	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025				
19° JUJUY	-	2	3	14	14	10	10	41	41	59	12	80.0%	14.9	PMH	214
TOTAL	-	2	3	14	14	10	10	41	41	59	12	80.0%	0.3	PMH	214

Reporte de donantes de órganos y tejidos -comparativo anual - Hospital San Roque

2. Donantes agrupados por provincia del establecimiento origen												% DPMH		TOTAL	
Provincia	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025				
10° JUJUY	-	-	-	-	-	-	-	1	8	12	8	100.0%	10.0	PMH	29
TOTAL	-	-	-	-	-	-	-	1	8	12	8	100.0%	0.2	PMH	29

0150 EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DEL SOPORTE NUTRICIONAL (SN) MEDIANTE ECOGRAFÍA (US) AL PIE DE LA CAMA EN PACIENTES CRÍTICOS EN DOS UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA (UTIS) DE MAR DEL PLATA

TG CORRADI(1), TG CORRADI(2), A FRANCO(2), L TABOADA DE IRONDO(2), MM VITALE(2), LA TRIGO(2), F HERNÁNDEZ(2), A AGUILAR(2), MC SEGURA(2), JD CASEY(2), ME CORIA(2), G CAPURRO(2), NA FUENTES(3), MC VIÑAS(3), LA STEIN(4)

(1) Higa Dr. Oscar Alende. (2) Higa Dr. Oscar Alende. (3) Hospital Privado De La Comunidad. (4) Hospital Privado De La Comunidad.

Antecedentes: La calidad asistencial permite mejorar los sistemas sanitarios. La nutrición artificial es vital, previniendo complicaciones y reduciendo estancias prolongadas. La ecografía muscular al pie de la cama podría permitir evaluar el grado de pérdida de masa muscular.

Objetivos: Evaluar la asociación entre adecuación del soporte nutricional y el cambio de masa muscular por ecografía.

Métodos: Estudio observacional de cohorte prospectivo realizado durante el periodo agosto 2023 a julio 2024 en dos UTIs polivalentes de la ciudad de Mar del Plata. Se estimó la adecuación del soporte nutricional al día 7 y 14 y el cambio porcentual de la masa muscular.

Resultados: Se incluyeron 78 pacientes, 33 de sexo femenino, con una media de edad de 50 años, baja frecuencia de comorbilidades y severamente críticos. Al día 7 y 14 la adecuación del soporte nutricional y proteica fue >80%. No se encontró asociación entre la adecuación del soporte nutricional y el cambio en la masa muscular por ecografía en el análisis crudo ni ajustado.

Conclusión: Se requieren más estudios para evaluar el rol de la ecografía en el monitoreo del soporte nutricional en pacientes críticos.

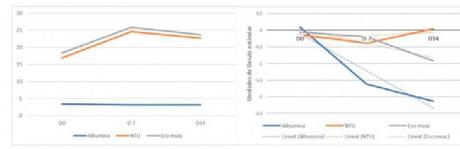
Tabla 6- Soporte nutricional y cambios muscular cuartiles al día 7 y 14.

	Coefficiente	Intervalo de Confianza 95%	p
Al día 7			
Crudo	0,85	-2,5-4,2	0,62
Ajustado*	0,44	-2,85-3,7	0,78
Ajustado**	0,80	-2,7-4,3	0,65
Al día 14			
Crudo	0,06	-5,6-5,7	0,98
Ajustado*	0,75	-5,4-6,9	0,80
Ajustado**	2,4	-4,5-9,4	0,48

*sexo, edad, APACHE II, SOFA, ARM, Nutric score y score clínico de fragilidad; institución
 **sexo, edad, APACHE II, SOFA, ARM, Nutric score y score clínico de fragilidad, arm, corticoides y bloqueantes neuromusculares, institución

Figura 3- Evolución en el tiempo de parámetros de metabolismo proteico.

A- Albúmina, NTU y cambio en la masa muscular por ecografía en el tiempo gráfico líneas apiladas. B- Albúmina, NTU y cambio en la masa muscular por ecografía en el tiempo, mediciones estandarizadas



0151 CARACTERÍSTICAS CLÍNICO-DEMOGRÁFICAS DE PACIENTES NEUROCRÍTICOS Y SU ASOCIACIÓN CON LA IMPOSIBILIDAD DE EXTUBACIÓN EN UNA TERAPIA INTENSIVA DEL AMBA. ESTUDIO RETROSPECTIVO

O OCCHIUZZI(1), M BOTTO(1), B VALLEJOS(1), M DEHNE(1)
 (1) Higa Vte Lopez Y Planes.

Introducción: Las lesiones cerebrales graves son una causa común de ingreso en la unidad de cuidados intensivos (UCI) y frecuentemente requieren asistencia ventilatoria mecánica (AVM) principalmente por compromiso del estado de conciencia y de la protección de la vía aérea. El estado neurológico de estos pacientes puede permanecer alterado por lo que la extubación suele ser desafiante y actualmente no contamos con ningún consenso claro respecto del destete de estos pacientes.

Objetivo: Describir las características clínico-demográficas de los pacientes neurocríticos en nuestra UCI asociándolas con la imposibilidad de extubación de los mismos.

Materiales y métodos: Se llevó a cabo un estudio retrospectivo en el Hospital Interzonal General de Agudos "Vicente López y Planes" durante el periodo comprendido entre enero del 2020 hasta marzo del 2025. Se incluyeron sujetos mayores de 18 años que hayan ingresado a nuestra UCI por lesión cerebral aguda y que hayan requerido intubación orotraqueal con conexión a la AVM mayor a 24 horas. El modelo de regresión logística fue generado incluyendo aquellas variables que en análisis bivariado presenten un valor de p<0.1. Para evaluar la presencia de multicolinealidad se realizaron diagnósticos de colinealidad basados en el análisis de la matriz de diseño. Los resultados incluyeron autovalores, índices de condición, y proporciones de varianza para cada variable predictora y la constante. Se consideró significativo un valor p<0.05.

Resultados: Se pudo observar que los pacientes que ingresaron a la UCI con diagnóstico de ACV presentan 114% más chances de no extubarse que aquellos sin ACV (OR = 2.141, IC = 0.911-5.051, p = 0.08) Por su parte aquellos sujetos con antecedentes de diabetes, presentan 300% más chances de no extubarse que aquellos que sin diabetes (OR = 4.082, IC = 0.840-20.000, p = 0.08). Ninguna de estas variables fueron estadísticamente significativas.

Conclusión: No se encontró ninguna variable clínica-demográfica asociada a la no extubación.

Tabla 1. Características de los pacientes

Variables	Todos n=96	Extubados n=39	NO Extubados n=57	Valor de p
Sexo Masculino	75 (78.1)	32 (82)	43 (75)	0.616
Edad, años	50 (34 - 64)	41 (25 - 58)	54 (40 - 64)	0.029
Arterioesclerosis				
Hipertensión Arterial	38 (39.6)	11 (28.2)	27 (47.4)	0.089
Tabaquismo	19 (19.8)	7 (17.9)	12 (21.1)	0.798
Obesidad	18 (18.8)	4 (10.3)	14 (24.6)	0.110
Consumo	15 (15.6)	6 (15.4)	9 (15.6)	0.99
Diabetes	14 (14.6)	2 (5.1)	12 (21.1)	0.039
ACV	6 (6.3)	1 (2.6)	5 (8.8)	0.396
Asma	2 (2.1)	0 (0)	2 (3.5)	0.513
Infarto agudo de miocardio	2 (2.1)	0 (0)	2 (3.5)	0.511
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	1 (1)	0 (0)	1 (1.8)	0.99
Oncológico	1 (1)	0 (0)	1 (1.8)	0.99
Insuficiencia cardíaca crónica	1 (1)	0 (0)	1 (1.8)	0.99
Traumatismo craneoencefalico	1 (1)	0 (0)	1 (1.8)	0.99
Otros Neurológicos	4 (4.2)	1 (2.6)	3 (5.3)	0.644
Score de severidad				
Apache II	17 (12 - 21)	15 (12 - 19)	10 (12 - 19)	0.123
Sepsis II	45 (32 - 55)	44 (32 - 53)	46 (38 - 57)	0.383
Charlson	1 (0 - 3)	1 (0 - 2)	2 (0 - 3)	0.068
Motivo de ingreso				
ACV	52 (54.2)	16 (41)	36 (63.2)	0.001
TEC	36 (37.5)	19 (48.7)	17 (29.8)	
LOE	8 (8.3)	4 (10.3)	4 (7)	
Estada en UCI				
Días de ARM	11 (5 - 18)	11 (5 - 14)	11 (5 - 18)	0.619
Días de estada	13 (6 - 18)	13 (8 - 17)	14 (5 - 20)	0.908
Condición de alta				
Vivos	64 (66.7)	37 (94.9)	27 (47.4)	<0.001
Fallecidos	32 (33.3)	2 (5.1)	30 (52.6)	

Nota: Los valores de las variables continuas se expresan como mediana y Rango Intercuartílico (IQR) y % según corresponden. ACV (accidente cerebrovascular); TEC (traumatismo craneoencefalico); LOE (lesión orgánica de emergencia); ARM (Asistencia Respiratoria Mecánica); Sepsis II (según...

Tabla 2. Modelo de regresión logística

Variables en la ecuación	B	Emr estándar	Wald	gl	Sig.	OR	IC 95% (infero -superior)
Módulo de ingreso ACV ^a	0,78	0,44	3,05	1	0,08	2,14	0,91 -5,04
DBT	1,41	0,81	3,04	1	0,08	4,08	0,84 -19,88
Constante	-0,18	0,31	0,33	1	0,56	0,84	

Referencias: ACV (Accidente cerebro vascular), DBT (Diabetes), Hosmer y Lemeshow^b 0,886 AIC^c 242.

0152 SÍNDROME DE TAKOTSUBO, UN DESAFÍO EN LA TERAPIA INTENSIVA: REPORTE DE CASO

M ACEVEDO(1), J VOSS(1), H CICHERO(1), N TANEL(1), L ROCHA(1), A ALIAGA(1), G VALVERDE(1), S CISNEROS(1), N MUCIELA(1)
(1) Español.

Introducción: El síndrome de Takotsubo (STT) es una miocardiopatía transitoria caracterizada por disfunción del ventrículo izquierdo que simula un síndrome coronario agudo (SCA), pero con cinecoronariografía sin lesiones significativas. El ecocardiograma resulta fundamental para su diagnóstico, evidenciando típicamente discinesia apical. Su presentación es infrecuente, con una incidencia del 0.02 % en pacientes hospitalizados. Sin embargo, presenta una incidencia del 12.4 % de shock cardiogénico con una mortalidad aproximada del 23%.

Presentación del caso: Paciente femenina de 74 años con glomerulonefritis membranoproliferativa en tratamiento con corticoides, ingresa al hospital por síndrome convulsivo en estudio. Intercurre con shock séptico secundario a neumonía intrahospitalaria, requiere IOT/ARM. Presenta ECG con supraST en cara anteroseptal asociado a síndrome de bajo gasto. CCG sin lesiones y ecocardiograma con discinesia apical. Se interpreta shock cardiogénico secundario a STT. Evoluciona con shock refractario y óbito.

Paciente femenina 84 años hipertensa, DBT 2. Ingresada por shock hipovolémico (hematocrito 11 % y Hb 3g/Dl, corrige tras transfusiones) vs séptico secundario a neumonía bibasal, inicia AMS. Evoluciona con shock refractario, se realiza ECG que muestra Qs en cara inferior, troponina ultrasensible de 230, y eco bedside que evidencia discinesia apical. No se realiza CCG por disfunción multiorgánica con posterior óbito.

Discusión: Se exponen estos casos por ser una patología poco considerada a la hora de interpretar la etiología del shock. Predominante en sexo femenino, estrés emocional o sepsis. Se genera por activación del eje hipotalámico-pituitario-suprarrenal y disfunción miocárdica inducida por hiperactividad simpática. El diagnóstico oportuno permite realizar tratamiento de sostén hasta su resolución, disminuyendo complicaciones.

Conclusión: El STT es considerado como benigno por ser transitorio, sin embargo tiene alta morbimortalidad en etapa aguda. Se puede diagnosticar con ecocardiograma bedside. Es importante su sospecha para diagnóstico diferencial con infarto agudo de miocardio por fisiopatología distinta, sin tratamiento específico. Debemos preguntarnos ¿cuántos pacientes adultos mayores están subdiagnosticados?

0153 REPORTE DE CASO: CETOACIDOSIS COMO PRESENTACIÓN DE DEBUT DIABÉTICO INDUCIDO POR PEMBROLIZUMAB

D ALVAREZ(1), J VOSS(1), H CICHERO(1), N TANEL(1), P BALMACEDA(1), A ALIAGA(1), L ROCHA(1), F PORTUGAL(1), E ALVAREZ(1)
(1) Español.

Introducción: La cetoacidosis diabética (CAD) es una complicación potencialmente mortal de la diabetes. El pembrolizumab es un anticuerpo monoclonal utilizado como tratamiento de diversos tumores por unirse al receptor PD-1 en las células T, potenciando la respuesta antitumoral. Sin embargo, puede desencadenar reacciones autoinmunes contra las células beta del páncreas, entre otras.

Caso clínico: Paciente femenina de 77 años, con antecedentes de hipotiroidismo, litiasis renal, HTA y melanoma (tratada con Pembrolizumab desde 2024), consulta en Febrero por dolor abdominal,

náuseas, vómitos y polidipsia de 3 días de evolución. Niega fiebre. Al ingreso Glasgow 14/15, normotensa, taquipneica, abdomen blando, depresible, sin defensa. Presenta laboratorio con glucemia de 1068mg/dl, cetonemia +++, injuria renal aguda, acidosis metabólica con GAP aumentado (pH 7.07, bicarbonato 4.1, GAP 48, EB -24, láctico 5.8mmol/L). Se realiza TC de tórax, abdomen y pelvis que evidencia como único hallazgo positivo litiasis renal bilateral. Se interpreta cetoacidosis diabética severa en contexto de probable ITU, se inicia reanimación con cristaloides, insulina en infusión continua, se toman cultivos e inicia tratamiento antibiótico empírico a probable foco urinario.

Ante presencia de cultivos negativos y sin evidencia de foco infeccioso se suspende tratamiento antibiótico y se reinterpreta cuadro como debut diabético secundario a Pembrolizumab. Tras resolución de CAD se inicia NPH basal. Luego de 37 días de internación recibe el alta.

Discusión: Pembrolizumab es un anticuerpo monoclonal que puede generar reacciones inmunitarias como efecto adverso, especialmente en pacientes con antecedentes de enfermedades autoinmunes o disfunción endocrina previa.

En esta paciente sin antecedentes de diabetes, la rápida aparición de CAD sugiere un inicio agudo de insulinodeficiencia absoluta, probablemente inmunomediada. La destrucción de células beta pancreáticas es un efecto poco frecuente (<1%) pero potencialmente mortal.

Conclusión: La cetoacidosis diabética inducida por pembrolizumab es una complicación rara pero grave. El tratamiento incluye la suspensión del pembrolizumab, la rehidratación, la administración de insulina y el monitoreo estrecho del paciente. Es esencial evaluar todos los potenciales desencadenantes frente a una cetoacidosis diabética para asegurar un tratamiento adecuado de forma precoz.

0155 DILEMA TERAPÉUTICO: ANTICOAGULACIÓN EN TROMBOSIS VENOSA CEREBRAL CON HEMORRAGIA EXTENSA

MV VIEIRA DA COSTA(1), G FERNANDEZ(1), R LOPEZ(1), S VIERA(1), N PELLICE CAPACIO(1), M GUGLIELMETI(1), C MODAD(1), P ALEJANDRA(1), R FERRERAS(1)
(1) Clínica Privada Pueyrredón.

Introducción: La trombosis venosa cerebral (TVC) representa un desafío terapéutico, especialmente cuando se asocia a hemorragia intraparenquimatosa extensa. Aunque la anticoagulación es el tratamiento de elección, su estrategia de inicio genera controversia por el riesgo de extensión hemorrágica.

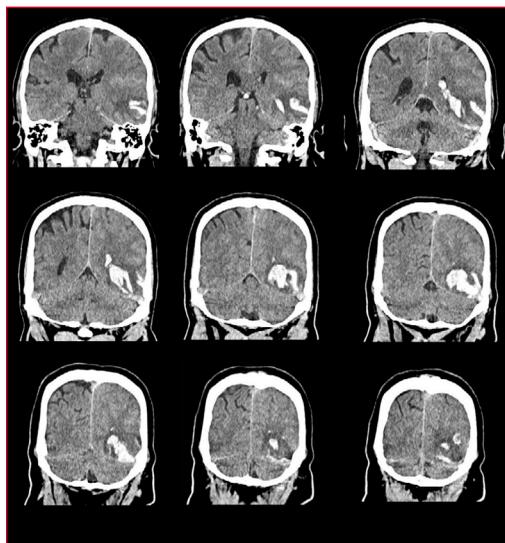
Presentación: Se presentan dos casos clínicos. El primero, una paciente de 36 años, ingresada por cefalea progresiva, vómitos, somnolencia y afasia. La RMN mostró trombosis del seno transversal izquierdo con infarto hemorrágico temporal (20 cc) y HSA. Se inició anticoagulación con heparina sódica en infusión continua. Ante deterioro neurológico y progresión del sangrado con efecto de masa, se suspendió el tratamiento y se realizó descompresión quirúrgica. Tras estabilización clínica, se inició anticoagulación con heparina de bajo peso molecular (HBPM) a dosis plenas, sin complicaciones posteriores.

El segundo caso es el de un paciente masculino de 49 años, sin antecedentes relevantes, quien consulta luego de vuelo transcontinental por cuadro de 48 hs de evolución de diarrea, vómitos y fiebre, seguido de astenia, bradipsiquia, desorientación temporoespacial y afasia. La tomografía y angiotomografía en tiempos venosos evidenciaron isquemia temporo-occipital izquierda con transformación hemorrágica (39 cc), volcado ventricular, hemorragia subaracnoidea y desviación de línea media, asociadas a trombosis de los senos transversal y sigmoideo izquierdos. Se inició tratamiento con HBPM a dosis anticoagulantes, en principio a mitad de dosis, aumentando cada 48 hs hasta alcanzar dosis plena ajustada a peso. Evolucionó favorablemente, sin complicaciones inmediatas, por lo que se decidió continuar con seguimiento ambulatorio.

Discusión: El inicio de anticoagulación en TVC con hemorragia

extensa plantea un dilema clínico. Si bien la evidencia actual es limitada respecto al momento óptimo para iniciar anticoagulación, optar por iniciar de forma progresiva, con un esquema escalonado podría ofrecer un balance adecuado entre inicio temprano y riesgo de complicaciones.

Conclusión: Se requieren más estudios para valorar la estrategia de inicio de la anticoagulación precoz con abordaje progresivo en el tratamiento de la TVC con hemorragia extensa.



0156 PSITACOSIS PULMONAR EN TERAPIA INTENSIVA: REPORTE DE CASO

EA MEJIA BENAVIDES(1), M MONROY(1), B DAGLIO(1), MB VASQUEZ(1), C POZO(1)
 (1) Cesar Milstein.

Introducción: La psitacosis es una zoonosis causada por Chlamydia psittaci, un patógeno transmitido principalmente por aves. Se manifiesta con síntomas respiratorios, pudiendo evolucionar a neumonía severa. Es una enfermedad poco frecuente, pero potencialmente letal si no se diagnostica y trata a tiempo. Según datos del Ministerio de Salud en Buenos Aires capital, se han registrado entre 10 a 20 casos anuales en los últimos años.

Presentación del caso: Masculino de 76 años, con antecedentes de enfermedad pulmonar obstructiva crónica, hipertensión arterial y tabaquismo. Consultó por cuadro de 14 días de tos productiva, disnea y astenia. La tomografía de tórax evidenció opacidades nodulillares asociadas a vidrio esmerilado engrosamiento intersticial y áreas con panalización. Ingresó a UTI con asistencia respiratoria mecánica requiriendo decúbito prono por distrés respiratorio, soporte vasopresor y antibioticoterapia. Hemocultivos y panel viral negativos. El lavado broncoalveolar también fue negativo. Ante sospecha de neumonía atípica, se estableció nexo epidemiológico, se realizaron serología y PCR para Chlamydia psittaci, que resultaron positivas. El paciente falleció tras evolución desfavorable.

Discusión: La psitacosis puede presentarse con un cuadro atípico, especialmente en pacientes con comorbilidades respiratorias y ancianos donde la evolución puede ser más compleja debido a menor reserva funcional y presencia de enfermedades crónicas; aumentan la severidad en mayores de 65 años.

Conclusión: La psitacosis debe seguir considerándose en el diagnóstico diferencial de neumonía severa, especialmente en pacientes con exposición a aves, ancianos y con comorbilidades. La identificación temprana y el manejo precoz son cruciales para mejorar el pronóstico en este grupo de población.

Bibliografía: BeeckmanDS, VanrompayDC. Zoonotic Chlamydia psittaci infections from a clinical perspective. ClinicalMicrobiology

and Infection. 2009;15(1):11-17.

Branley, J.M., Weston,K. M.,England, J.,Dwyer, D. E., &Sorrell, T. C. (2014). Clinicalfeatures of endemic community-acquired psittacosis. New microbes and new infections, 2(1), 7-12.

Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. Reporte de Enfermedades Zoonóticas. 2023.

Hogerwerf,L., DE Gier,B., Baan,B., & VAN DER Hoek, W. (2017). Chlamydiapsittaci (psittacosis) as a cause of community-acquired pneumonia: a systematic review and meta-analysis. Epidemiology and infection, 145(15), 3096-3105.

Ministerio de Salud de la NaciónArgentina. Boletín Epidemiológico. 2023.

Ni, Y. et al. (2023). Clinical-features, treatment, and outcome of psittacosis-pneumonia: A multicenter study. Open Forum Infectious Diseases, 10(4), ofad191.

0158 SATI-Q PEDIÁTRICO: EVOLUCIÓN DE 20 AÑOS DE REGISTRO

MDP ARIAS LOPEZ(1), AL FERNÁNDEZ(1), ME RATTO(1), GP SATI-Q(1)
 (1) Sati.

Introducción: Los programas de Quality Benchmarking en el ámbito de las unidades de cuidados intensivos pediátricos (UCIPs) representan valiosas herramientas de mejora que permiten optimizar la calidad de atención a través del monitoreo de indicadores registrados en el tiempo en forma estandarizada. El programa SATI-Q pediátrico fue creado con esta finalidad, generando el primer informe en el año 2005. En la actualidad el programa dispone de información que permite conocer la evolución de los cuidados críticos en UCIPs locales en los últimos 20 años. El objetivo de esta presentación es describir la evolución de los principales indicadores monitorizados por el programa así como las características de los niños ingresados en las UCIPs participantes.

Material y métodos: Análisis secundario de base de datos SATI-Q. Periodo 1-1-2005 al 31-12-2023. Se usó estadística descriptiva para informar los resultados: media/Desvío Estándar (DE) para las variables continuas; frecuencias/porcentajes para las variables categóricas.

Resultados. Se registraron en el periodo 93.937 egresos de UCIP, que representan 867.626 días de internación. La tabla 1 detalla la cantidad de UCIP participantes, registros y evolución de indicadores monitorizados. En la figura 1 se muestra la evolución de la mortalidad observada y predicha. Es de destacar el aumento progresivo de UCIP participantes y registros; el 73% de los egresos corresponden al periodo 2015-2023. El análisis muestra un descenso progresivo de la mortalidad observada en el periodo (10.9 % en 2005 vs 4.18 % en 2023), así como disminución de la mortalidad predicha (7.88% a 3.8%) y de la tasa de mortalidad estandarizada (1.38-1.1 respectivamente). Se observó un aumento de los días de uso de dispositivos invasivos en el periodo (cateter venoso central: media 6.75vs11.4; ventilación invasiva: 8.43vs9.8 y sonda vesical: 6.85vs8,31 entre 2005 y 2023 respectivamente). Sin embargo, las tasas de infecciones asociadas a dispositivos han disminuido progresivamente. También se nota descenso de tasas de escaras y caídas.

Conclusiones: El programa SATI-Q pediátrico brinda valiosa información, representativa de la evolución de los cuidados intensivos pediátricos en Argentina. Los informes anuales generados permiten disponer de estándares locales para la evaluación del desempeño de las UCIP y como guía de iniciativas de mejora.

Año	Egresos	Mortalidad		Mortalidad estandarizada		Mortalidad observada		Mortalidad predicha		Mortalidad estandarizada		Mortalidad observada		Mortalidad predicha	
		Observada (%)	Predicha (%)	Observada (%)	Predicha (%)	Observada (%)	Predicha (%)	Observada (%)	Predicha (%)	Observada (%)	Predicha (%)	Observada (%)	Predicha (%)		
2005	1000	10.9	7.88	1.38	1.1	10.9	7.88	10.9	7.88	1.38	1.1	10.9	7.88	1.38	1.1
2006	1000	10.9	7.88	1.38	1.1	10.9	7.88	10.9	7.88	1.38	1.1	10.9	7.88	1.38	1.1
2007	1000	10.9	7.88	1.38	1.1	10.9	7.88	10.9	7.88	1.38	1.1	10.9	7.88	1.38	1.1
2008	1000	10.9	7.88	1.38	1.1	10.9	7.88	10.9	7.88	1.38	1.1	10.9	7.88	1.38	1.1
2009	1000	10.9	7.88	1.38	1.1	10.9	7.88	10.9	7.88	1.38	1.1	10.9	7.88	1.38	1.1
2010	1000	10.9	7.88	1.38	1.1	10.9	7.88	10.9	7.88	1.38	1.1	10.9	7.88	1.38	1.1
2011	1000	10.9	7.88	1.38	1.1	10.9	7.88	10.9	7.88	1.38	1.1	10.9	7.88	1.38	1.1
2012	1000	10.9	7.88	1.38	1.1	10.9	7.88	10.9	7.88	1.38	1.1	10.9	7.88	1.38	1.1
2013	1000	10.9	7.88	1.38	1.1	10.9	7.88	10.9	7.88	1.38	1.1	10.9	7.88	1.38	1.1
2014	1000	10.9	7.88	1.38	1.1	10.9	7.88	10.9	7.88	1.38	1.1	10.9	7.88	1.38	1.1
2015	1000	10.9	7.88	1.38	1.1	10.9	7.88	10.9	7.88	1.38	1.1	10.9	7.88	1.38	1.1
2016	1000	10.9	7.88	1.38	1.1	10.9	7.88	10.9	7.88	1.38	1.1	10.9	7.88	1.38	1.1
2017	1000	10.9	7.88	1.38	1.1	10.9	7.88	10.9	7.88	1.38	1.1	10.9	7.88	1.38	1.1
2018	1000	10.9	7.88	1.38	1.1	10.9	7.88	10.9	7.88	1.38	1.1	10.9	7.88	1.38	1.1
2019	1000	10.9	7.88	1.38	1.1	10.9	7.88	10.9	7.88	1.38	1.1	10.9	7.88	1.38	1.1
2020	1000	10.9	7.88	1.38	1.1	10.9	7.88	10.9	7.88	1.38	1.1	10.9	7.88	1.38	1.1
2021	1000	10.9	7.88	1.38	1.1	10.9	7.88	10.9	7.88	1.38	1.1	10.9	7.88	1.38	1.1
2022	1000	10.9	7.88	1.38	1.1	10.9	7.88	10.9	7.88	1.38	1.1	10.9	7.88	1.38	1.1
2023	1000	10.9	7.88	1.38	1.1	10.9	7.88	10.9	7.88	1.38	1.1	10.9	7.88	1.38	1.1



0159 VARIABLES VENTILATORIAS Y PODER MECÁNICO EN SUJETOS CON SÍNDROME DE DISTRÉS RESPIRATORIO AGUDO SECUNDARIO A COVID-19. ESTUDIO OBSERVACIONAL RETROSPECTIVO.

M BERTOZZI(1), M BEZZI(1), R MATTEI(1), B SILVINA(1), A SABRA(1)
 (1) Santojanni.

Introducción: El poder mecánico representa la cantidad de trabajo y energía transferidos al sistema respiratorio durante la ventilación mecánica. La misma se distribuye en un componente resistivo y elástico en el sistema respiratorio. El impacto de la presión positiva sobre estas variables y la mortalidad es ya conocido en sujetos con síndrome de distrés respiratorio agudo (SDRA). Sin embargo, no se conocen tales influencias en sujetos con infección secundaria a COVID-19. Por tal motivo el objetivo del presente estudio es conocer si el poder elástico dinámico y el strain cíclico se asocian con la mortalidad de los sujetos que recibieron ventilación mecánica por SDRA secundario a neumonía por COVID-19

Materiales y Métodos: Estudio, observacional, analítico. Cohorte retrospectiva. Realizado en un hospital público de la ciudad autónoma de Buenos Aires entre abril de 2020 hasta agosto de 2021. Se evaluó la asociación del poder elástico dinámico y el strain cíclico con la mortalidad, durante las primeras 24hs de ventilación mecánica invasiva. Para tal objetivo se realizaron dos modelos de regresión logística incluyendo variables por importancia clínica.

Resultados: Sobre 165 sujetos analizados, 107 (64.8%) eran hombres y la media de edad fue de 58.8 (DE 14) años. No se observó asociación de entre el poder mecánico dinámico (OR ajustado = 1.051, IC 95% = [0.787; 1.403], p-valor = 0.737) y el strain cíclico (OR ajustado = 1.01, IC 95% = [0.97; 1.05], p-valor 0.74) con la mortalidad. Sin embargo se observó que por cada punto de aumento del cociente ventilatorio, las chances faller aumentaban un 240%. (OR ajustado = 3.378, IC 95% = [1.369; 8.334], p-valor = 0.008)

Conclusión: Este estudio no encontró una asociación significativa entre el poder mecánico elástico dinámico y el strain cíclico con la mortalidad en pacientes con SDRA por COVID-19. Sin embargo, el cociente respiratorio fue un predictor significativo de mortalidad.

Modelo 1. Regresión Logística							
Variables en la ecuación							
	B	Error estándar	Wald	gl	Sig.	OR	IC 95% (inferio-Superior)
Edad	0.08	0.02	16.23	1	0.00	1.08	1.04 1.12
Sexo(1)	0.65	0.57	1.30	1	0.26	1.91	0.83 5.83
IMC	0.00	0.03	0.01	1	0.92	1.00	0.95 1.06
SAPS II	0.00	0.02	0.02	1	0.89	1.00	0.97 1.04
APACHE II	0.05	0.05	0.87	1	0.35	1.05	0.95 1.17
SOFA	-0.02	0.03	0.21	1	0.64	0.98	0.92 1.05
PMD	0.05	0.15	0.11	1	0.74	1.05	0.79 1.40
Constante	-5.18	1.71	9.14	1	0.00	0.01	

Referencias: Sexo(1) Femenino fue considerado como referencia. IMC (Índice de masa corporal), APACHE II (Acute Physiology And Chronic Health Evaluation II), SAPS II (Simplified Acute Physiology Score II), SOFA (Sequential Organ Failure Assessment).

Modelo 2. Regresión Logística							
Variables en la ecuación							
	B	Error estándar	Wald	gl	Sig.	OR	IC 95% (inferio-Superior)
Edad	0.08	0.02	16.27	1	0.00	1.08	1.04 1.12
Sexo(1)	0.71	0.53	1.82	1	0.18	2.03	0.72 5.71
IMC	0.00	0.03	0.01	1	0.92	1.00	0.95 1.06
SAPS II	0.00	0.02	0.02	1	0.90	1.00	0.97 1.04
APACHE II	0.05	0.05	0.89	1	0.35	1.05	0.95 1.17
SOFA	-0.02	0.03	0.32	1	0.57	0.98	0.92 1.05
4ADP + FR	0.01	0.02	0.11	1	0.74	1.01	0.97 1.05
Constante	-5.38	2.03	7.05	1	0.01	0.01	

Referencias: Sexo(1) Femenino fue considerado como referencia. IMC (Índice de masa corporal), APACHE II (Acute Physiology And Chronic Health Evaluation II), SAPS II (Simplified Acute Physiology Score II), SOFA (Sequential Organ Failure Assessment).

Modelo 3. Intercambio gaseoso							
Variables en la ecuación							
	B	Error estándar	Wald	gl	Sig.	OR	IC 95% (inferio-Superior)
Edad	0.08	0.02	16.17	1	0.00	1.08	1.04 1.12
IMC	0.04	0.04	0.77	1	0.38	1.04	0.96 1.13
PaFiO2	0.00	0.00	0.00	1	0.97	1.00	0.98 1.01
Cociente Ventilatorio	1.22	0.46	6.98	1	0.01	3.38	1.37 8.33
DPVT	0.27	0.42	0.40	1	0.53	1.30	0.57 2.98
Constante	-7.26	2.44	8.95	1	0.00	0.00	

Referencias: IMC (Índice de masa corporal), DPVT (Driving Pressure/Volumen tidal)

0160 MANEJO DEL BOTULISMO GRAVE: ANÁLISIS DE UNA SERIE DE CASOS ENTRE LOS AÑOS 2022-2025 EN LA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA DEL HOSPITAL PUBLICO AUTOGESTIÓN SAMIC EL Dorado MISIONES

V LOZANO(1), J LOPEZ(2)
 (1) Publico Samic Eldorado. (2) Samic Eldorado.

Introducción: El botulismo es una enfermedad neuromuscular rara pero potencialmente mortal, causada por la toxina botulínica. Este estudio presenta una serie de 4 casos de botulismo alimentario grave manejados en la Unidad de Terapia Intensiva Adultos (UTIA) del Hospital S.A.M.I.C. de Eldorado, Misiones, entre los años 2022 y 2024. El objetivo de este trabajo es compartir la experiencia en el diagnóstico, tratamiento y evolución de estos pacientes, para así contribuir en el manejo médico de esta patología, en contextos similares.

Presentación: 3 mujeres y 1 hombre, entre 22 y 58 años. Síntomas principales: Debilidad muscular progresiva, disfagia, visión borrosa, dificultad e insuficiencia respiratoria. Tiempo de diagnóstico: 1 a 3 días desde el inicio de los síntomas. Tratamiento: Todos recibieron antitoxina botulínica y soporte ventilatorio, asistencia respiratoria mecánica (ARM), traqueostomía. Asistencia kinesiológica respiratoria (AKR) y motora (AKM). Complicaciones: Neumonía broncoaspirativa y shock séptico en 2 pacientes, 2 pacientes presentaron sepsis a foco endovascular, Neumonía asociado a la Ventilación mecánica (NAV) solo en 1 paciente. Evolución: Tiempo promedio de internación en UTI: 20.5 días. Todos los pacientes presentaron ARM en un promedio de 10 días y recuperación parcial en 2 semanas completa.

Discusión: Se implementó un enfoque médico multidisciplinario en los 4 casos, la dificultad inicial en el tratamiento fue el acceso a un hospital de referencia, debido a la distancia del origen del brote. La administración de la antitoxina se realizó entre las 48 a 72 horas posteriores al inicio de los síntomas neuromusculares. El soporte ventilatorio (ventilación no invasiva/invasiva, traqueostomía) se ajustó de manera progresiva según los requerimientos en los 4 casos, complementado con una asistencia kinesiológica permanente y utilizando un protocolo acelerado teniendo como base la fisiopatología de la enfermedad, factor que resulto ser clave para la recuperación de es la miopatía neuromuscular.

Conclusiones: El diagnóstico temprano y el manejo intensivo son cruciales en el manejo del botulismo grave. Nuestra experiencia se reporta una buena evolución clínica en los 4 casos donde la ventilación mecánica y el tratamiento kinesiológico fueron determinantes.

0161 LA HIPOXEMIA Y LA LEUCOSTASIS PULMONAR

C DUEÑAS(1), C IRRAZABAL(2)
 (1) Hospital De Clinicas Jose De San Martin. (2) Hospital De Clinicas Jose De San Martin.

Introducción: La leucostasis es un síndrome de hiperviscosidad sanguínea que involucra componentes celulares, y se presenta hasta en el 30 % de los casos de leucemia mieloide aguda (LMA) con hiperleucocitosis (recuento leucocitario >100.000/mm³). El compromiso pulmonar ocurre en aproximadamente el 40 % de los casos y puede variar desde una afectación clínica leve y grave. Una característica relevante en estos pacientes es la disociación entre la presión arterial de oxígeno (PaO₂) y la oximetría de pulso (SpO₂), fenómeno que puede reflejar la presencia de pseudohipoxemia.

Caso clínico: Varón de 49 años con diagnóstico de LMA e insuficiencia respiratoria aguda (IRA) en ventilación mecánica (VM) por leucostasis pulmonar. Se evidencia una marcada disociación entre la PaO₂ (120 mmHg) y la SpO₂, con un índice PaO₂/FiO₂ de 120 y un SpO₂/FiO₂ (SpFi) de 150. Capnografía volumétrica: FECO₂: 0.02; PECO₂: 14.26 mmHg; VD/VT: 0.58, Espacio muerto (Bohr-Enghoff) 0.72. Se coloca humidificación activa, ventilación protectora y se ajusta PEEP, reduciendo espacio muerto y shunt. Con mejoría de SpFi de 300.

Discusión: La leucostasis a nivel pulmonar puede desencadenar IRA debido a la obstrucción del lecho capilar, con alteraciones tanto en la relación ventilación/perfusión (V/Q) como en la difusión de gases. En el contexto de hiperleucocitosis extrema, presenta pseudohipoxemia, por consumo acelerado de oxígeno de células blásticas. La oximetría de pulso permite una evaluación no invasiva, continua y confiable de la oxigenación.

Estos pacientes pueden presentar hipoxemia vinculada a leucostasis pulmonar, edema alveolar o infecciones, como una pseudohipoxemia secundaria al alto metabolismo oxidativo de los blastos en muestras no procesadas de manera inmediata.

Conclusión: Ante esta situación, se propone la implementación de un algoritmo diagnóstico que contemple esta posibilidad y oriente el abordaje clínico de manera más precisa.

En este escenario, el índice SO_2/FiO_2 ha demostrado una correlación sólida con el índice PaO_2/FiO_2 en pacientes con IRA, lo que lo convierte en una herramienta útil para la evaluación no invasiva de la oxigenación, particularmente en casos de leucostasis pulmonar. Por último, la capnografía volumétrica representa un recurso valioso en el monitoreo del paciente crítico, al proporcionar información en tiempo real sobre la ventilación y la perfusión.

0162 A PROPOSITO DE UN CASO: INTOXICACION AGUDA POR HIERRO EN PACIENTE GESTANTE EN TERCER TRIMESTRE

JJ BRUGUES HERNANDEZ(1), SM TOLEDO(1), MG RODRIGUEZ ALVAREZ(1), LE VILLARROEL LINARES(1), AR CHACON MORA(1), DA SANTOS(1), LB FIGUEROA(1), V LISTE(1)
(1) Higa Paroissien.

Introducción: Las intoxicaciones durante el embarazo son poco comunes. En el 50-80% de los casos de gestantes intoxicadas, el agente causante es un medicamento recetado, siendo el paracetamol el principal y el hierro la segunda. La intoxicación por hierro puede ser extremadamente grave, y en el caso de una mujer embarazada, surgen complicaciones adicionales, como los cambios en la cinética del hierro del embarazo, el riesgo de aborto, que puede estar relacionada con la toxicidad del hierro.

Caso clínico: Paciente femenina 19 años cursando embarazo de 30.6 Semanas de gestacion, ingresa con cuadro clinico agudo caracterizado por ingestion de 12 comprimidos de sulfato ferroso con fines autoliticos. Interconsulta con servicio de toxicologia de hospital posadas, que indican catarticos y laboratorio. Se obtiene ferremia 481mg% en respuesta toxicologia refiere, intoxicacion moderada (clase ii) se indica deferoxamina, se solicita pase a uti. Paciente ingresa a uti en post operatorio de cesarea abdominal, tas 90, se constata vena cava colapsada, se indica fluidoterapia. A horas 17:00 se inicia desferrioxantina ev carga de 1 gr a pasar en infusion continua de 5mg/kg/hs a 15 mg/kg/hs en 1 hs, luego se inicio mantenimiento completando los 6 gr totales con infusion continua a pasar en mas de 24 hs a 3.5 Mg/kg/hs, monitorizando posible efecto adverso de hipotension, buscando evitar el pasaje a clase iii donde se instaura la falla hepatica.

Discusión: En la mujer embarazada, esta intoxicación plantea varias dudas, tanto en relación con el comportamiento del hierro en el organismo de la gestante, como respecto al bienestar del feto y sobre las opciones terapéuticas a emplear. En este caso los parámetros límites sumado a la sintomatología llevo iniciar el tratamiento con el antidoto para evitar el pasaje a clase iii de esta intoxicacion. Frente a la posibilidad de inicio abrupto de falla hepatica y coagulopatía se decidio finalizar el embarazo con previa maduracion fetal.

Conclusión: La intoxicación por hierro puede provocar un fallo multiorgánico que puede resultar fatal. En ciertos países, es la segunda causa de muerte entre las mujeres embarazadas debido a esta intoxicación. Por lo cual vimos relevante resaltar este caso particular.

0163 TUBERCULOSIS EN TERAPIA INTENSIVA: ¿SE ACERCA EL FINAL PARA EL 2030?

E CUNTO(1), P SAÚL(1), N CHACÓN(1), E LISTA(1), M PERALTA(1), E DE VIRGILIO(1), M FLORES MONTES(1), A RESGUARDO(1), S GONZALEZ(1), Y LAMBERTO(1), A BOCASSI(1), S CACERES(1), N COSTA(1), S PERES(1), M PIERI(1), F ARANDA(1), JJ VIDELA(1), M MATTEO(1), C DOMINGUEZ(1), R GREGORISABELLI(1), V CHEDIACK(1)
(1) Muñiz.

Introducción: La tuberculosis (TB) es un problema mundial, impulsado por factores como el HIV, la migración, la farmacorresistencia y la inmunosupresión iatrogénica. Los últimos años se ha observado un aumento de pacientes críticos con TB. La tendencia de notificación de casos, en la Argentina, supera el 10% anual por cuarto año consecutivo.

Justifica la presentación el aumento del 2023 al 2024 del 34.5% de TB en nuestra terapia intensiva (UTI)

Materiales y Métodos: Estudio descriptivo y retrospectivo, de 326 pacientes con TB ingresados en UTI, de enero 2023 (n=139) a diciembre 2024 (n=187). Se utilizó el programa SPSS,2023: variables categóricas con porcentajes y valores absolutos y las continuas: medianas y rangos intercuartiles (RIQ). Para variables categóricas se realizó análisis univariado, Chi2 o prueba exacta de Fisher y la prueba U de Mann-Whitney para variables continuas. p < 0.005 es significativa

Resultados: Mujeres 30%. Mortalidad en UTI 40.7%. En tabla 1.Se detalla: "Características clínicas de pacientes con TB en UTI [n=326]" En tabla 2.Se detalla: "Comparación de vivos (n=194) versus fallecidos (n=132), con medianas y RIQ 25-75% y regresión logística de pacientes con TB en UTI"

La mortalidad se asoció con mayor edad, SOFA y APACHE II, estadía en UTI, mayor requerimiento de VM y mayor frecuencia de plaquetopenia y menor albuminemia. EPOC, hipertensión arterial y diabetes fueron más frecuentes en los fallecidos, también las coinfecciones e infecciones hospitalarias (IH). Por regresión logística se identificaron variables independientes asociadas con mortalidad en UTI: VM, plaquetopenia, $SOFA \geq 5$, diabetes mellitus y EPOC. La albuminemia $\geq 2.55g/dL$ se asoció con menor riesgo de mortalidad

Discusión: Ante la presencia de una neumonía grave de la comunidad, sería de buena práctica descartar TB. La padecen jóvenes con alta mortalidad, la mayoría ocurren por debajo de la esperanza de vida promedio, consideradas muertes prematuras.

Conclusiones: Es importante evaluar albumina y plaquetas al ingreso en UTI, así como también comorbilidades y los scores pronósticos habituales y así optimizar las decisiones del manejo de TB en UTI. La mortalidad por TB es un desafío y abordarla eficazmente requiere esfuerzos coordinados en atención médica, fortalecer los sistemas de salud y mejorar los parámetros socio-economicos de la población.

Tabla 2. Comparación de pacientes vivos versus fallecidos, con TB en UTI (medianas y RIQ 25-75%)

	Pacientes vivos [n=194]	Pacientes fallecidos [n=132]	p
Edad (años)	34 (27-48)	44 (32-55)	<0.001
Estadía UTI (días)	6 (3-11)	9 (4-15)	0.007
SOFA puntos	3 (2-4)	6 (4-8)	<0.001
APACHE II puntos	11 (6-15)	17 (13-22)	<0.001
Ventilación mecánica	50 (26)	110 (83.3)	<0.001
EPOC	15 (7.9)	27 (20.5)	0.001
Diabetes mellitus	6 (3.1)	13 (9.8)	0.012
Hipertensión arterial	3 (1.6)	14 (10.6)	0.001
Plaquetopenia	25 (13)	53 (40.2)	<0.001
Albuminemia (g/dl)	2.8 (2.2-3.3)	2.05 (1.8-2.7)	<0.001
Coinfecciones	36 (18.4)	44 (33.8)	0.002
Infecciones asociadas al cuidado de la salud	33 (17.5)	41 (31.1)	0.004
Regresión logística de pacientes con TB en UTI			
Variables	OR	IC95%	p
Ventilación mecánica	7.11	3.68-13.75	<0.001
Plaquetopenia	2.76	1.36-5.60	0.005
Score SOFA > 5 puntos	2.51	1.28-4.94	0.007
Diabetes mellitus	4.44	1.09-18.06	0.037
EPOC	2.42	1.01-5.77	0.046
Albuminemia $\geq 2.55g/dl$	0.43	0.23-0.79	0.007

OR: odds ratio; IC intervalo de confianza; TB: tuberculosis; UTI: unidad de terapia intensiva
SOFA: Sequential Organ Failure Assessment (SOFA) Score; APACHE II: Acute Physiology And Chronic Health Evaluation II

Tabla 1. Características clínicas de pacientes con TB en UTI [n=326]		
Los resultados están expresados en medianas con sus respectivos rangos intercuartiles 25-75%,		
Edad años	37 (28-51)	
Estadía en UTI (días)	6 (3-13)	
SOFA puntos	4 (2-6)	
APACHE II puntos	13 (8-18)	
Albuminemia g/dl	2.6 (2.3-3.2)	
Los resultados están expresados en n y porcentajes para las variables categóricas		
Sitios de infección n (%)	Pulmonar	291 (89.3)
	Pleural	29 (8.9)
	Meningea	43 (13.2)
	Intestinal	15 (4.6)
	Osteoarticular	4 (1.2)
	Ganglionar	24 (7.4)
	Genitourinaria	4 (1.2)
	Cutánea	3 (0.9)
	Otras	18 (5.5)
Tratamientos n (%)	De primera línea	241 (73.9)
	De segunda línea	85 (26.6)
	Ventilación mecánica	161 (49.4)
	Ventilación no invasiva	24 (7.4)
	Dilálisis	4 (1.2)
Reacciones adversas a los antifímicos n (%)	Plaquetopenia	78 (23.9)
	Hepatotoxicidad	46 (14.1)
	Farmacodermia	13 (4)
Comorbilidades n (%)	Infección por VIH	37.1 (12.1)
	EPOC	42 (12.9)
	Cardiopatía	16 (4.9)
	Diabetes	19 (5.8)
	Hipertensión arterial	17 (5.2)
Otras n (%)		
Infecciones hospitalarias	74 (23)	
Coinfecciones (Flu A y B, aspergilosis, CoVID-19)	80 (24.8)	

0165 USO DE LA ECOGRAFÍA Y LA ELASTOGRAFÍA PARA EVI- DENCIAR DESARROLLO DE SARCOPENIA EN PACIENTES CRÍTICOS

L SEOANE(1), C ZUÑIGA(1)
 (1) Austral.

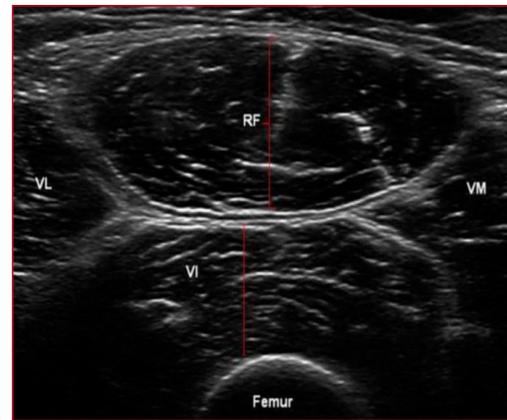
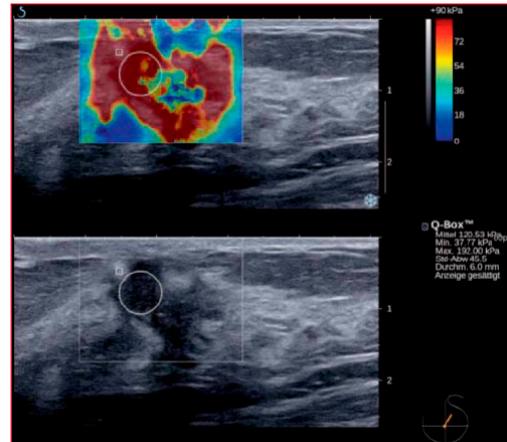
Introducción: La ecografía aporta un método seguro y dinámico para cuantificar la desnutrición, masa magra y sarcopenia del paciente crítico. Una medición del grosor muscular sirve para lograr la máxima precisión diagnóstica de sarcopenia. También la elastosonografía es un método muestra el nivel de rigidez de los tejidos mediante el coeficiente de atenuación de la onda ultrasónica.

Objetivo: evaluar el desarrollo de sarcopenia mediante la ultrasonografía y elastosonografía en pacientes críticos.

Método: Se incluyeron pacientes mayores a 16 años que ingresan a UTI con 48 hs mínimo de ventilación mecánica invasiva y que permanecieron en cuidados críticos al menos 5 días. Se realizó la medición antero-posterior de la sección del recto femoral y la del vasto intermedio del muslo derecho. Simultáneamente se valoró la Relación de la deformación elastografica muscular (SER). Se registraron los datos al día 3 de su ingreso y al día décimo.

Resultados: fueron ingresados 31 pacientes del 1/1/2024 al 1/1/2025. El 66.7% (14) fueron varones, la mediana de edad fue de 64 años (RIC 48-72). El APACHE fue de 19 puntos. Los principales motivos de ingreso fueron 47.2% insuficiencia respiratoria, 33.3% sepsis, 11% CAD-shock anafiláctico. El 38.1 % tenía uso de bloqueantes neuromusculares > 48h, el 66.7% con soporte vasopresor, alimentación enteral 61.9% y parenteral 4.7%. La tasa de mortalidad fue del 61.9% (n=13 IC 38-81). La pérdida de peso promedio fue de 2.7 kg (DS 2.7) calculado por medidas antropométricas. El SER promedio fue 1.2 (DS 1, mediana 1 RIC 1-2) lo cual evidenció fibrosis y pérdida de calidad muscular. La pérdida de la sección del recto femoral fue en promedio 2.9 cm. (16.6 DS 4 vs 14.8 DS 5, p 0.05) mientras que la del vasto interno 2,6 cm (13.4 DS 3.5 vs 10.8 DS 4.7, p 0.02). Conclusión: la pérdida de peso promedio entre el día 3 y día 10 fue de 2,7 kg. La ultrasonografía evidenció una sarcopenia significativa con disminución de la sección del musculo recto femoral y vasto interno

de 2,9 y 2,6 cm respectivamente. El SER fue 1.2 lo cual evidenció fibrosis muscular a lo largo de su internación.



0166 QUILOPERICARDIO COMO COMPLICACIÓN POSQUIRÚR- GICA DEL CIERRE DE CIA, A PROPÓSITO DE UN CASO

M FORMAGGIO(1), G LIBERA(1)
 (1) Hospital Italiano De Rosario.

Introducción: El quilo-pericardio, es la presencia de quilo en líquido pericárdico. Enfermedad infrecuente en pediatría, pudiendo ser de causa primaria o secundaria. Esta última es la más frecuente, y se produce como consecuencia de procedimientos quirúrgicos, trombosis de vena cava o subclavia, tumores o malformaciones congénitas del sistema linfático y radioterapia. El objetivo es describir el caso clínico por su presentación excepcional.

Presentación del caso: Paciente de 7 años, con antecedente de prematuridad, Comunicación interauricular (CIA) tipo Ostium Secundum (OS) y Bronquitis Obstruccion Recurrente.

Se realiza el cierre de la CIA tipo OS con puntos, no presentando complicaciones inmediatas. Retirandose drenaje a las 36 hs con ecocardiograma de control sin derrame pericárdico, buena función bi-ventricular y CIA cerrada sin shunt residual. Se otorga alta en quinto día de post-operatorio.

En primer control ambulatorio, al día 15, se evidencia derrame pericárdico. En día 30 del post-operatorio se constata derrame pericárdico severo, por lo que se interna. Al examen físico el paciente se encontraba hemodinámicamente compensado, sin dificultad respiratoria. Se abordó en conjunta con servicio de cardiología y cirugía cardiovascular, realizando tratamiento con corticoides y ácido acetilsalicílico.

A los 13 días de tratamiento no se evidencia mejoría, por lo cual se decide realizar pericardiocentesis evacuadora, evidenciándose en dicho procedimiento debito de características: blanco lechoso tur-

bio, 8036 elementos, 98% mononucleares, 1993 mg/dl triglicéridos; arribándose al diagnóstico de quilopericardio. Se coloca drenaje pericárdico, se inicia dieta libre de lípidos y octeotride. Se retira drenaje al 6to día.

El paciente evoluciona favorablemente externándose; continuando con dietoterapia y controles periódicos con cardiología.

Discusión: El quilopericardio es un hallazgo infrecuente en pacientes con cirugía correctiva de CIA. En la bibliografía sólo hemos encontrado la descripción de un caso similar en población adulta. La explicación fisiopatológica teórica en las cirugías de cardiopatías congénitas es por lesión directa del conducto torácico, aumento presión venosa central o trombosis de vena cava superior.

Conclusión: El quilopericardio en edad pediátrica es una enfermedad infrecuente que requiere manejo interdisciplinario (nutrición, cardiología y cirugía cardiovascular) y alto índice de sospecha.

10167 ASOCIACIÓN DE LA MECÁNICA DEL SISTEMA RESPIRATORIO Y OXIGENACIÓN MEDIDA DURANTE LOS PRIMEROS 7 DÍAS DE VENTILACIÓN MECÁNICA Y LA MORTALIDAD EN TERAPIA INTENSIVA.

WJ RODRÍGUEZ(1)

(1) Hospital Cuenca Alta Néstor Kirchner.

Introducción: La lesión pulmonar inducida por ventilación mecánica (VIL) involucra complejas interacciones fisiopatológicas. La presión de distensión (DP) y la relación PaO₂/FiO₂ son variables clave en el síndrome de distrés respiratorio agudo (SDRA), con una fuerte asociación con la mortalidad y la estancia hospitalaria en pacientes de terapia intensiva.

Objetivos: Analizar la asociación entre la mecánica del sistema respiratorio (Mrs) y oxigenación medida durante los primeros 7 días de ventilación mecánica y la mortalidad en terapia intensiva en pacientes ingresados a la unidad de terapia intensiva de un hospital público.

Materiales y Métodos: Se realizó un estudio analítico transversal con datos retrospectivos entre enero y diciembre de 2023.

Resultados: Se incluyeron un total de 160 pacientes. Los pacientes fallecidos eran significativamente mayores (media de 54 años, p = 0.002) y presentaron un mayor puntaje SAPS II (p < 0.001). No se observaron diferencias significativas en el puntaje APACHE ni en los modos de ventilación utilizados en los días 1, 3 y 7. El volumen corriente (VT) no mostró diferencias significativas entre vivos y muertos, excepto por un mayor VT por ml/kg de peso corporal predicho (PCP) en los fallecidos el día 1 (p = 0.025). La relación PaO₂/FiO₂ fue significativamente menor en los fallecidos el día 1 (p = 0.001). Se realizó un emparejamiento de pacientes por edad, SAPS II, hipertensión arterial, APACHE, motivo de ingreso y PCP para ajustar las diferencias basales.

Conclusión: En esta serie de casos, ni el DP ni la relación PaO₂/FiO₂ se asociaron de manera significativa con la mortalidad en la UTI en este grupo de pacientes.

Palabras claves: ventilación mecánica, presión de distensión, índice de PaO₂/FiO₂.

10168 EDEMA AGUDO DE PULMÓN SECUNDARIO A USO DE ISOXSUPRINA EN GESTANTE CON AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO

H MERA(1), C IRRAZÁBAL, M TAVELLA, O GUTIERREZ

(1) Hospital De Clínicas Jose De San Martín.

Resumen: Gestante de 28 semanas con amenaza de parto pretérmino y ruptura prematura de membranas cursa internación por Edema Agudo de pulmón (EAP), posterior a tratamiento con beta-metasona e infusión continua de isoxsuprina. Se inician diuréticos, ventilación no invasiva (VNI) y balance negativo. Se resalta la necesidad de evaluar riesgos cardiovasculares al usar uteroinhibidores en gestantes sin patología cardiovascular.

Introducción: La amenaza de parto pretérmino es una de las principales causas de mortalidad neonatal (5 al 18%). Su tratamiento incluye el uso de tocolíticos, entre ellos los beta-miméticos, los cuales se han asociado a efectos cardiovasculares en el 10-25%, y a complicaciones severas como el EAP en 0,5-1%. Este porcentaje puede aumentar hasta un 4% cuando se administran por vía parenteral o en combinación con corticoides.

Presentación del caso: Femenina 37 años, Antecedentes gineco-obstétricos: G4 C1 A2, con diagnóstico de amenaza de parto pretérmino, que desarrolla EAP por tratamiento con uteroinhibidores. Se indicó betametasona y tocolisis con isoxsuprina. Evoluciona con disnea súbita, dolor precordial y desaturación, con Score MAMÁ: 5. Ecocardiograma con ecoestructura conservada y FEY 65%.

Se constata crepitantes bilaterales, esfuerzo respiratorio marcado. Se diagnóstico EAP no cardiogenico secundario al uso de beta-agonistas. La radiografía de tórax mostró signos de redistribución del flujo. Se inició furosemida y VNI con mejoría.

Discusión: El uso de beta-agonistas como tocolíticos, si bien es efectivo para inhibir la actividad uterina, puede provocar efectos adversos severos, como el edema agudo de pulmón, especialmente cuando se administran en combinación con corticoides. Este caso ilustra que estas complicaciones pueden ocurrir incluso en pacientes sin antecedentes cardíacos. Si bien existen alternativas más seguras, como los antagonistas del calcio, los beta-agonistas continúan utilizándose en muchos centros.

Conclusión: EAP es una complicación rara pero grave asociada al uso de beta-agonistas como la isoxsuprina en el manejo de la amenaza de parto pretérmino. Este caso destaca la importancia de una evaluación integral del riesgo materno antes de iniciar tocolisis, así como la necesidad de contar con protocolos de monitoreo intensivo en pacientes que reciben terapias combinadas. La elección del tocolítico debe basarse en un análisis de riesgo-beneficio personalizado, priorizando opciones con mejor perfil de seguridad en contextos clínicos complejos.

10169 CRANIECTOMÍA DESCOMPRESIVA EN MENINGITIS BACTERIANA. REPORTE DE CASO

A AGARZUA(1), N MOLINA(1), S ORELLANA(1), L AGUIRRE(1)
(1) Argerich.

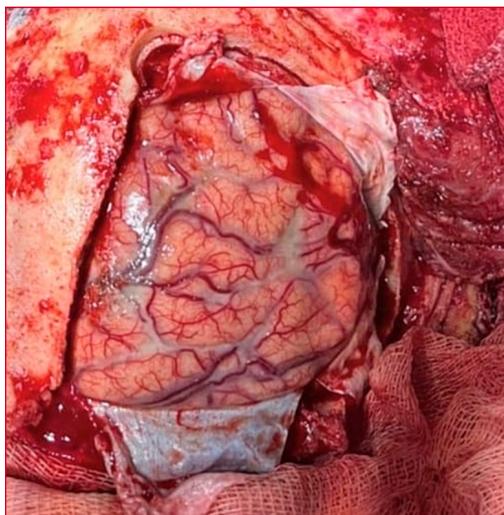
Introducción: Existen escasos reportes de meningitis bacteriana que requieran craniectomía descompresiva de urgencia con buena evolución sin secuelas posteriores. Se presenta el caso de una paciente con meningitis por Streptococcus pneumoniae, que evolucionó con HTE y requirió descompresión quirúrgica urgente, con evolución clínica favorable y sin secuelas neurológicas.

Presentación del caso: Paciente femenina de 43 años, con antecedente de asma, consulta por fiebre y deterioro rápidamente progresivo del sensorio. Al examen físico midriasis bilateral hiporreactiva con reflejos del tronco conservados. TC de cerebro con edema cerebral. Se realiza craniectomía descompresiva bifrontal con salida de material purulento a la apertura de la duramadre (Figura 1). Ingres a UTI en POP inmediato presentando pupilas mióticas isocóricas hiporreactivas. Recibe tratamiento con ceftriaxona y vancomicina a dosis meníngea, dexametasona y profilaxis comicial con fenitoína. FilmArray de muestra meníngea positiva para Streptococcus pneumoniae. Evoluciona favorablemente, lúcida y sin foco motor.

Discusión: El deterioro del sensorio en meningitis bacteriana aguda refleja disfunción neurológica severa. La progresión rápida en adultos es poco frecuente y puede indicar el desarrollo de hipertensión endocraneana (HTE), cuya fisiopatología involucra inflamación meníngea aguda, disfunción de la barrera hematoencefálica, edema cerebral vasogénico y citotóxico, y alteraciones en la circulación del LCR. La craniectomía descompresiva en este contexto se considera una medida extraordinaria.

Conclusión: La literatura sobre estos casos es limitada, y muchos de los reportes existentes documentan una evolución desfavorable. Pese a la escasa evidencia, reportes de casos sugieren que su uso en

pacientes seleccionados puede evitar la progresión al daño neurológico irreversible o la muerte. La craneotomía descompresiva no cuenta con criterios formales de indicación en guías internacionales. Sin embargo, su empleo puede estar justificado en casos de HTE refractaria al tratamiento médico, especialmente ante signos clínicos de herniación, deterioro neurológico progresivo y borramiento de cisternas en neuroimagen. El presente caso resalta la necesidad de identificar precozmente los factores de mal pronóstico, y demuestra que una intervención temprana puede modificar de forma significativa el pronóstico.



0171 SÍNDROME DE EATON LAMBERT COMO MANIFESTACIÓN PARANEoplÁSICA DE UN COLANGIocARCINOMA
 C YORLANO(1)
 (1) El Carmen.

Introducción: El síndrome de Eaton Lambert es un trastorno poco común de la transmisión de la unión neuromuscular con la manifestación clínica primaria de debilidad muscular, causado por Ac contra canales de Ca voltaje dependiente (VGCC), asociado en 50% a un síndrome paraneoplásico, siendo el Carcinoma de células pequeñas de pulmón su mayor asociación.

Presentación: Paciente masculino de 72 años de edad, con antecedentes de Hipertensión Arterial y tabaquismo crónico actual y amaurosis derecha por cataratas con colocación de lente intraocular. Consulta en guardia por inestabilidad en la marcha, ingresa regular estado general, vigíl, orientado en tiempo, espacio y persona ta 160/90, fc 74 lpm, sat 98% aa fr 20, t° 36°C, leucocitos 16780 bilirrubina total 2.58, bilirrubina directa 0.70, bilirrubina indirecta 1.88. Por presentar progresión de ataxia, sumado a oftalmoparesia y arreflexia. Se interpreta como síndrome Miller Fisher, se realiza inmunoglobulina EV, sin buena respuesta al tratamiento. Se realiza electromiografía con facilitación post activación patognomónico de Eaton Lambert, se comienza tratamiento con plasmaféresis y azatioprina. Se realiza pesquisa tumoral, se observa en tomografía lesión de secundarismo hepático, compatible con adenocarcinoma, se realiza colangiogramía donde se evidencia lesión a nivel de conducto biliar compatible con colangiocarcinoma. Paciente permanece en terapia durante 49 días para posterior alta.

Discusión: Dada la baja incidencia de dicha patología, el amplio espectro de diagnósticos diferenciales y la baja relación con la patología neoplásica de dicho paciente decidimos presentar el caso.

Conclusión: El síndrome de Eaton Lambert ocurre en 0.5-2.3 por millón, es una patología de baja incidencia con presentación con amplios diagnósticos diferenciales, debe sospecharse en caso de patología neoplásica en 50%. Debe sospecharse ante debilidad proximal progresiva, trastorno de la marcha, síntomas disautonómicos y reflejos osteotendinosos disminuidos o ausentes. El tratamiento dependerá de la gravedad y su mortalidad esta ampliamente relacionada con la patología tumoral.

0172 OXIGENOTERAPIA DE ALTO FLUJO VERSUS VENTILACIÓN MECÁNICA NO INVASIVA PARA PREVENIR EL FRACASO DE LA EXTUBACIÓN: REVISIÓN DE REVISIONES SISTEMÁTICAS Y METANÁLISIS DE NOVO

M OTAMENDI(1), MA ATENCIO(2), IM DOPAZO DANIELI(2), M OTAMENDI(3), R OLIVA(3), FE ESPINOZA(3), JA SCHERNENCO(2), LG DURAN(3)
 (1) Hospital Municipal Dr Leónidas Lucero De Bahía Blanca. (2) Universidad Nacional Del Sur. (3) Hospital Municipal De Agudos Leónidas Lucero.

Introducción: El fracaso de la extubación en la unidad de cuidados intensivos (UCI) se asocia con mayor mortalidad y estancia hospitalaria. La ventilación no invasiva (VNI) y la cánula nasal de alto flujo (CNAF) son estrategias utilizadas para reducir la reintubación, aunque su efectividad comparativa sigue en debate.

Materiales y métodos: Se realizó una revisión de revisiones sistemáticas con metaanálisis de novo. Los estudios se identificaron a través de bases de datos electrónicas en el mes de Mayo de 2024, en PUBMED, Epistemonikos, Biblioteca Virtual de Salud. Se incluyeron revisiones que compararon CNAF versus VNI en pacientes mayores de 15 años extubados en UCI. Se evaluó la calidad metodológica mediante AMSTAR II y la certeza de la evidencia con GRADE. Los desenlaces principales fueron reintubación, mortalidad en UCI y duración de estancia en UCI. Se calcularon medidas de asociación con intervalos de confianza (IC) del 95%.

Resultados: Se incluyeron 15 revisiones sistemáticas. El metaanálisis de novo no mostró diferencias significativas entre CNAF y VNI en la prevención de la reintubación (RR 1.07; IC 95% 0.91-1.27; p = 0.41; certeza baja). (Figura 1) No se observaron diferencias en mortalidad en UCI (RR 0.99; IC 95% 0.70-1.39; p = 0.94; certeza baja). La duración de la estancia en UCI fue similar entre ambas estrategias (DM -0.42 días; IC 95% -1.11 a 0.27; p = 0.23), aunque con alta heterogeneidad (I² = 75%; certeza muy baja). (Figura 2)

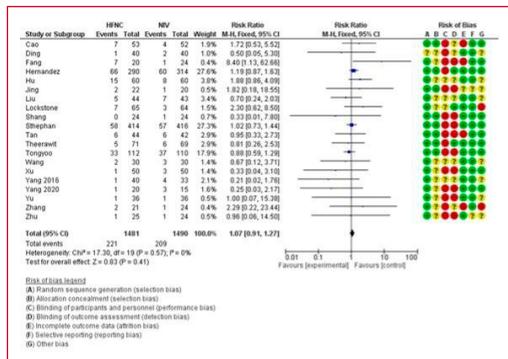
Conclusiones: CNAF y VNI presentan eficacia comparable en la prevención del fracaso de la extubación en pacientes críticos. La elección entre ambas estrategias debe basarse en factores clínicos individuales y disponibilidad de recursos. La certeza de la evidencia es baja, lo que resalta la necesidad de ensayos clínicos adicionales con mayor calidad metodológica.

Summary of findings:						
HFNC compared to NIV for Prevent extubation failure.						
Patient or population: Prevent extubation failure.						
Setting: Intensive Care Unit (ICU).						
Comparison: HFNC compared to NIV.						
Outcomes	Anticipated absolute effects* (95% CI)	Relative effect (95% CI)	No. of participants (studies) (95% CI)	Certainty of the evidence (GRADE)	Comments	
Prevention of reintubation	Risk with NIV 140 per 1,000	Risk with HFNC 150 per 1,000 (1.28 to 1.78)	RR 1.07 (0.93 to 1.23)	2013 (20 RCTs)	Low ^a	HFNC may result in little to no difference in prevention of reintubation.
Mortality in ICU	64 per 1,000	63 per 1,000 (45 to 99)	RR 0.99 (0.70 to 1.39)	3893 (7 RCTs)	Low ^a	The evidence suggests that HFNC results in little to no difference in mortality in ICU.
Duration of ICU stay (assessed with days)		MD 0.42 fewer (1.13 fewer to 0.27 more)	-	2201 (12 RCTs)	Very low ^{b,c}	HFNC may reduce/have little to no effect on duration of ICU stay, but the evidence is very uncertain.

*The risk in the intervention group (and its 95% confidence interval) is based on the assumed risk in the comparison group and the relative effect of the intervention (and its 95% CI).
 CI: confidence interval; MD: mean difference; RR: risk ratio

GRADE working Group grades of evidence:
High certainty: we are confident that the true effect lies close to that of the estimate of the effect.
Modest certainty: we are moderately confident in the effect estimate; the true effect is likely to be close to the estimate of the effect, but there is a possibility that it is substantially different.
Low certainty: our confidence in the effect estimate is limited; the true effect may be substantially different from the estimate of the effect.
Very low certainty: we have very little confidence in the effect estimate; the true effect is likely to be substantially different from the estimate of effect.

Explanations
 a. Risk of Bias: There are several cells with red and yellow.
 b. Imprecision: Length of the confidence intervals' width.
 c. Inconsistency: I² 75%.



0174 SÍNDROME DE GUILLAIN BARRE EN UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS: ANÁLISIS SECUNDARIO DE LA BASE DE DATOS SATI-Q

F ZABALETA(1), ML AIZAGA(2), MDP ARIAS(2), C MEREGALI(3), S CHUCHUY(4), MJ MONTES(5), PA CASTELLANI(1), D TURINA(2)

(1) Hiaep Sor María Ludovica. (2) Hospital De Niños "ricardo Gutiérrez". (3) Hospital De Niños "pedro Elizalde". (4) Hospital Materno Infantil De Salta. (5) Hospital De Niños De La Santísima Trinidad De Córdoba.

Introducción: El Síndrome de Guillain Barré (SGB) pediátrico tiene baja incidencia (0.81-1.89 casos/100.000 años/niño). Aproximadamente el 13% requerirá ventilación mecánica (VM) en Unidad de Cuidados Intensivos (UCIP) y posiblemente indicación de traqueostomía (TQT). Este trabajo tiene como objetivo describir la prevalencia de SGB en UCIP, sus características y evolución, analizando el efecto de la necesidad de traqueostomía en la misma, dado que la literatura pediátrica y local es escasa.

Materiales y Métodos: Diseño: multicéntrico, observacional, análisis secundario de la base de datos SATI-Q de 5 UCIP públicas argentinas. Se incluyeron pacientes ingresados en las mismas entre los años 2005 y 2024. Se excluyeron los pacientes traqueostomizados al ingreso y los derivados a otra institución. Se usó estadística descriptiva para caracterizar a la población (mediana, rango intercuartil (RIC)) para variables continuas y frecuencias y porcentajes para variables categóricas. Se usaron métodos no paramétricos para comparar asociación de traqueostomía precoz con variables continuas y test de Chi2 para variables categóricas; se asume p menor a 0.05 como estadísticamente significativo.

Resultados: Ingresaron en el período en las UCIP participantes 31094 pacientes. De ellos 109 tuvieron el diagnóstico de SGB (prevalencia: 0.35% (IC 95% 0.28-0.42); 10 presentaron criterios de exclusión, analizándose 99. Las características y evolución de los pacientes se muestran en la Tabla 1. Solo 1 paciente falleció. El 74,32% (55/74) de los pacientes con ventilación invasiva (VI) requirió traqueostomía. La mediana de días hasta realizarse fue 16 (RIC: 12-21); la misma fue precoz (menor a 14 días) en 16 pacientes (29%). Los días de ventilación invasiva en pacientes con TQT precoz fueron 24.5 (RIC 17.5 - 34.5) vs 32 (RIC 20-58) en aquellos con TQT tardía (p:0.1). La estancia en UCIP de pacientes con TQT precoz fue 31 días (RIC 26-36.5) vs 42 días (RIC 27-68) en TQT tardía (p:0.028). El 24.32% de los pacientes con VI presentaron neumonía asociada a ventilación (18/74), sin diferencias según días hasta TQT.

Conclusión: En pacientes pediátricos con SGB, la TQT precoz se asoció con menor estancia en UCIP. Aunque no logramos demostrar asociación entre TQT precoz y reducción de días de VI, la menor estancia en UCIP supone un beneficio por sí mismo.

Características	
Edad (meses; mediana, RIC ¹)	69 (39 - 127)
Sexo masculino (n,%)	57 (57.58)
Probabilidad de muerte (mediana, RIC)	3.67 (1.54 - 5.84)
Uso de dispositivos	
Soporte ventilatorio (n,%)	80 (80.8)
Invasivo (n,%) ²	74 (92.5)
No invasivo (n,%) ²	19 (19.2)
CVC ³ (n, %)	34 (34.69)
Sonda vesical (n,%)	78 (78.79)
Duración de uso de dispositivos	
VI ⁴ (días; RIC)	25 (17 - 40)
VNI ⁵ (días; RIC)	3 (2 - 7)
CVC (días; RIC)	13.5 (8 - 20)
SV ⁶ (días; RIC)	13 (7 - 20)
Evolución	
Días UTI (días; RIC)	25 (9 - 42)

1 - RIC: rango intercuartil; 2 - el nuevo n analizado es 80; 3 - CVC: catéter venoso central; 4 - VI: ventilación invasiva; 5 - VNI: ventilación no invasiva; 6 - SV: sonda vesical

0175 UTILIDAD DEL LAVADO BRONCOALVEOLAR EN PACIENTES INMUNOSUPRIMIDOS CON SOSPECHA DE INFECCIÓN RESPIRATORIA: EXPERIENCIA EN UN CENTRO DE TRASPLANTE

DC CARBONE(1), GM VILAS(1), NS NOLIS(1), A MANCHADO BRUNO(1), S BELTRAMINO(1)

(1) Itac.

Introducción: Las infecciones respiratorias representan la principal causa de ingreso a unidad de cuidados intensivos en los pacientes trasplantados, debido a su condición de inmunosupresión. La incapacidad de arribar a un diagnóstico etiológico que permita implementar un tratamiento antimicrobiano efectivo de forma temprana, se asocia a peores desenlaces clínicos y aumento de la mortalidad. En este escenario, la fibrobroncoscopia con lavado broncoalveolar (BAL, por sus siglas en inglés Bronchoalveolar Lavage) representa un método diagnóstico invasivo ampliamente utilizado para la obtención de muestras respiratorias. No obstante, no existen indicaciones estandarizadas para la realización de este procedimiento en pacientes inmunosuprimidos, lo que dificulta su aplicación sistemática en la práctica clínica.

Materiales y Métodos: Se realizó un estudio retrospectivo y descriptivo en la unidad de cuidados intensivos de un centro de trasplante de la Ciudad de Buenos Aires durante el período 2023-2024. Se revisaron las historias clínicas de pacientes internados con sospecha de infección respiratoria en quienes se realizó una fibrobroncoscopia con BAL. El objetivo del estudio fue describir el rédito diagnóstico y la utilidad terapéutica del procedimiento, los microorganismos aislados y la mortalidad intrahospitalaria.

Resultados: Se registraron 46 procedimientos en 40 pacientes en el período de estudio. El rédito diagnóstico fue del 47,8%. En el 65,2% de los casos, los resultados obtenidos del BAL motivaron modificaciones en la terapéutica instaurada. Los microorganismos más frecuentemente aislados fueron: *Haemophilus influenzae* (8,7%), *Acinetobacter baumannii* (8,7%), *Mycobacterium tuberculosis* (4,3%), *Pneumocystis jirovecii* (4,3%), y *Aspergillus sp* (4,3%). La mortalidad intrahospitalaria global fue del 30%. Entre los pacientes con aislamiento microbiológico se observó una mortalidad del 15,8%, mientras que en aquellos pacientes sin identificación de agente infeccioso ascendió al 42,9%.

Conclusión: El BAL representa un método útil para arribar al diagnóstico etiológico en pacientes inmunosuprimidos con sospecha de infección respiratoria. En este estudio, su implementación permitió alcanzar un alto porcentaje de rédito diagnóstico y contribuyó a orientar las decisiones terapéuticas. Su utilización temprana, en casos seleccionados, podría contribuir a optimizar el tratamiento antimicrobiano y mejorar los resultados clínicos.

0177 PROTEINOSIS ALVEOLAR PULMONAR EN PEDIATRIA. SERIE DE CASOS

R RODRIGUEZ SANCHEZ(1), J RUSSO(1), M ZUÁZAGA(1), S PELLEGRINI(1), M RUIZ BRUZUELA(1), P CEVASCO(1), NM TRESOLS(1)
 (1) Hospital "Prof. Dr. Juan P. Garrahan".

Introducción: La proteinosis alveolar pulmonar (PAP), enfermedad intersticial infrecuente, caracterizada por acumulación de lípidos y proteínas en los alvéolos. Las causas más frecuentes son genéticas (congénitas y hereditarias) y secundarias a infecciones, inmunodeficiencias, trastornos hematológicos o toxinas inhaladas. El diagnóstico y tratamiento son los lavados broncoalveolares (BAL).

Caso 1: Femenino 6 años, sana, disnea progresiva de dos meses de evolución. BAL PAS positivo. ECMO veno-arterial (VA) para realizar BAL terapéuticos. Rescata en cultivos *Aspergillus* sp. Evolucionó oxígeno dependiente, recibe atorvastatina.

Caso 2: Femenino 2 años, tumor de Wilms en remisión. Se realiza BAL diagnóstico y terapéutico, asistida en ECMO VA durante 25 días por SDRA. Actualmente traqueostomizada, con BAL PAS positivo sin tratamiento.

Caso 3: Masculino 8 meses. Se realiza BAL diagnóstico y cuatro terapéuticos, con regular mejoría. Se diagnóstica déficit de interferón 8, sin posibilidad de realizar trasplante de células hematopoyéticas. Caso 4: Femenino 4 años, sana, disnea progresiva e hipoxemia. Diagnóstico de proteinosis alveolar en biopsia pulmonar, se realizan 18 BAL durante 4 años. A los 8 años ingresa en ECMO VA para BAL, sin mejoría clínica. Evolucionó oxígeno dependiente, sin posibilidad de terapéutica efectiva, fallece a los 4 años del diagnóstico.

Discusión: El BAL, estudio con más rendimiento diagnóstico y terapéutico, se realizó en todos los casos por la evolución tórpida y TAC compatibles. Los otros casos 1, 2 y 4 idiopáticos al momento. El caso 3 inmunodeficiencia congénita, causa de PAP. En todos nuestros pacientes, se realizaron BAL, con ingreso a ECMO VA en tres de ellos para mayor efectividad y evitar complicaciones. Casos 1 y 2 presentaron buena respuesta a los BAL, a pesar de las secuelas. Caso 1 actualmente oxígeno dependiente, recibiendo estatinas; tratamiento utilizado en adultos. Caso 3 y 4 se adecuó el esfuerzo terapéutico; debido a que el caso 3 nunca presentó las condiciones clínicas para el trasplante de médula ósea; y caso 4 por falta de respuesta clínica.

Conclusión: La PAP es una enfermedad rara en pediatría; y puede ser el eslabón inicial diagnóstico de otras patologías. Es plausible de tratamiento. Es esencial realizar BAL en patologías intersticiales como búsqueda etiológica.

	CASO 1	CASO 2	CASO 3	CASO 4
Edad de diagnóstico	6 a	3 a	8 m	4 a
Sexo	Femenino	Femenino	Masculino	Femenino
Antecedentes	Sana	Tumor de Wilms en remisión	Sine generico no caracterizado	Sana
Tipo de proteinosis	Idiopática	Idiopática	Congénita	Idiopática
Año diagnóstico	2025	2024	2020	2013
Síntomas iniciales	Dianea	Shock respiratorio	Dianea	Dianea
ARM	24 días	62 días	210 días	9 días
Prono	SI	SI	SI	SI
Inotropicos	SI	SI	SI	SI
ECMO	VA periférico - 7 días	VA periférico - 22 días	-	VA periférico - 48 hs
BAL	x3	x7	x4	x10
Evolución	Oxígeno dependiente	Traqueostomizada	TQT - ARM prolongado	Oxígeno dependiente
Fallece	No	No	SI	SI

aérea, las secreciones drenan fácilmente al espacio subglótico y se acumulan por encima del balón de neumotaponamiento (BNT) formando el denominado lago orofaríngeo. Una de las alternativas propuestas para este procedimiento incluye cortar manualmente la línea testigo del BNT. Al no desinflar por completo el balón se mantiene cierto volumen facilitando el arrastre de las secreciones subglóticas remanentes, evitando la aspiración hacia la tráquea.

Objetivos: Comparar la cantidad de líquido que se aspira a la tráquea del contenido subglótico entre seis métodos de desinflado del BNT previo a la extubación en un modelo de transición in vitro con tráqueas de cerdo.

Materiales y Métodos: Se llevó a cabo un estudio in vitro utilizando un modelo traqueal. Las maniobras de extubación se dividieron en: Método 1: Desinflado del BNT con jeringa y se procedió a extubar sin aspirar. Método 2: Desinflado del BNT con jeringa y se procedió a extubar aspirando con catéter de aspiración (CA). Método 3: Corte de la línea de insuflación (CLI) del BNT con tijera y se procedió a extubar sin aspirar. Método 4: CLI del BNT con tijera y se procedió a extubar aspirando con CA. Método 5: CLI del BNT manualmente y se procedió a extubar sin aspirar. Método 6: CLI del BNT manualmente y se procedió a extubar aspirando con CA. La variable de resultado fue el peso de la cantidad de líquido que se aspira a la tráquea del contenido subglótico en cada uno de los métodos propuestos.

Resultados: Se realizaron un total de 60 procedimientos de extubación. La comparación entre los distintos métodos según la cantidad de líquido que se aspiró a la tráquea fue significativa en la prueba de ANOVA ($p < 0,001$). En el análisis post hoc los pares que obtuvieron diferencias significativas fueron el método 1 y 2 versus 3,4,5 y 6 respectivamente.

Conclusión: Los métodos de extubación que permiten mantener volumen residual en el BNT obtuvieron menor cantidad de líquido que se aspira a la tráquea en un modelo animal de extubación in vitro.

Figura 1. Modelo traqueal en estructura prediseñada



0178 EXTUBACIÓN CON VOLUMEN RESIDUAL EN EL BALÓN DE NEUMOTAPONAMIENTO DEL TUBO ENDOTRAQUEAL. ESTUDIO IN VITRO CON MODELO ANIMAL.

JA GARCIA URRUTIA INCHAUSTEGUI(1), J GARCÍA URRUTIA(1), F PUZZO(1), M CARRERA(1), S CAGIDE(1), JP GOMEZ(1), G POGGIOLI(1), M PEREZ TEVEZ(1), L DIAZ-BALLVE(1)
 (1) Hospital Cuenca Alta De Cañuelas.

Resumen: La retirada del tubo endotraqueal (TET) es un proceso habitual en la unidad de cuidados intensivos. TET ubicado en la vía

Figura 2. Modelo traqueal sin CA conectado



0179 SÍNDROME PULMÓN RIÑÓN SECUNDARIO A LEPTOSPIROSIS

S BALDERRAMA VARGAS(1), S ORELLANA(1), P BALMACE-DA(1)
(1) Dr. Cosme Argerich.

Introducción: La leptospirosis es una zoonosis de distribución mundial, con creciente incidencia en zonas urbanas y periurbanas. Su presentación clínica es variable, desde formas subclínicas hasta cuadros graves con disfunción multiorgánica. Se estima que entre el 5% y el 10% de los casos evolucionan a formas severas como el síndrome pulmón-riñón. Se presenta un caso representativo de esta evolución inusual, en un paciente previamente sano.

Presentación del caso: Paciente masculino de 45 años, sin antecedentes relevantes, consulta por cuadro de cinco días de evolución con astenia, fiebre, mialgias lumbares y en miembros inferiores, dolor abdominal, disnea progresiva y hemoptisis. Al ingreso: taquicardia, insuficiencia renal aguda (KDIGO 3) y radiografía de tórax sin alteraciones. A las 24 horas evoluciona rápidamente con disnea clase funcional IV e infiltrados alveolares bilaterales, requiriendo oxigenoterapia e ingreso a UTI. Inicia soporte con cánula nasal de alto flujo, hemodiálisis y vasopresores; además de antibióticos empíricos (ceftriaxona y claritromicina) previo cultivos, panel respiratorio y test para SARS-CoV-2 de resultados negativos. Ante empeoramiento clínico y sospecha de hemorragia alveolar, se solicitan FAN, ANCA (PR3/MPO) y anti-MBG, todos negativos. Se inician pulsos de metilprednisolona por tres días. Evoluciona favorablemente. La serología para leptospira resulta positiva, confirmando etiología.

Discusión: El síndrome pulmón-riñón se caracteriza por la coexistencia de hemorragia alveolar y glomerulonefritis, presente en patologías inmunológicas e infecciosas. La leptospirosis puede cursar en formas graves con falla renal y hemorragia alveolar, presentando fiebre, mialgias, hemoptisis, disnea y disfunción renal. El diagnóstico diferencial incluye vasculitis, síndrome de Goodpasture, lupus eritematoso sistémico y conectivopatías, descartadas en este caso por serologías negativas. La evolución clínica y el contexto epidemiológico orientaron a una etiología infecciosa. La serología positiva para leptospira confirmó el diagnóstico. La literatura destaca una alta mortalidad en estas formas graves, por lo que el tratamiento precoz es esencial.

Conclusión: Este caso enfatiza la importancia de considerar leptospirosis en el diagnóstico diferencial del síndrome pulmón-riñón, especialmente en pacientes previamente sanos y contextos epidemiológicos compatibles. El abordaje diagnóstico integral, asociado

al tratamiento empírico precoz, puede modificar sustancialmente la evolución clínica.

0180 STRAIN DEL VENTRÍCULO IZQUIERDO Y OUTCOMES A LARGO PLAZO EN PACIENTES SÉPTICOS

L BERTORELLO ANDRADE(1), FA SOSA(1), F DALDOSS(1), MB GARCIA GONZALEZ(1), I HUESPE(2), V MONZON(2), J MENDEZ(2), E PRADO(2)
(1) Aleman. (2) Italiano.

Introducción: Los supervivientes de sepsis suelen enfrentarse a complicaciones cardiovasculares a largo plazo, incluyendo eventos cardiovasculares adversos mayores(MACE), potencialmente relacionados con el desarrollo de miocardiopatía séptica. El Strain longitudinal global de ventrículo izquierdo (GLS del VI) es un marcador sensible de disfunción cardíaca y un predictor de resultados adversos. Este estudio tuvo como objetivo evaluar si la disfunción cardíaca medida por el GLS del VI es un predictor independiente de MACE en pacientes sépticos.

Métodos: Este estudio multicéntrico retrospectivo de cohorte abierta incluyó a 439 pacientes hospitalizados con sepsis o shock séptico entre 2018 y 2022. La función sistólica del VI se evaluó mediante el GLS del VI y la fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI) en los siete días posteriores al ingreso. Se realizó un seguimiento de los pacientes hasta Julio de 2024. Mediante modelos de regresión de Cox se examinaron las asociaciones no lineales entre el GLS del VI, la FEVI y MACE. Además, un análisis de regresión de Cox ajustado por demografía, comorbilidades, valores de laboratorio y marcadores de gravedad de la sepsis evaluaron si la disfunción sistólica del VI, definida como un GLS del VI alto (>-16) o una FEVI baja, era predictora de MACE.

Resultados: Durante el período estudiado, se incluyeron 439 pacientes sépticos, con un total de 595 pacientes-año de seguimiento. Entre ellos, 254 experimentaron MACE. El GLS del VI mostró una asociación no lineal con MACE, con valores entre -23 y -16 asociados con el menor riesgo. Un GLS alto del VI se asoció de forma independiente con MACE(HR sin ajustar: 1,4 on IC del 95%:1,07,1,8; p=0,01); HR ajustado 1,38(IC del 95%: 1,01,1,9; p=0,04). Por el contrario, una FEVI baja no se asoció con MACE (HR sin ajustar 1,2 (IC del 95%: 0,9,1,5; p=0,2); HR ajustado 1,02(IC del 95%: 0,73,1,45; p=0,8).

Conclusiones: La disfunción sistólica del VI, medida mediante el GLS del VI, fue un predictor independiente de MACE en pacientes séptico, mientras que la FEVI no mostró una asociación significativa. Estos hallazgos sugieren que el GLS del VI podría ser un biomarcador valioso para la estratificación del riesgo cardiovascular a largo plazo en esta población.

0181 PREDICCIÓN DE MORTALIDAD EN TERAPIA INTENSIVA MEDIANTE ALGORITMOS DE MACHINE LEARNING

A ANTIK(3), G GENOVESE(1), M ECHAVARRIA(2), K MARQUEZ(3), V ZUCCARO(3), M RODRIGUEZ(3), A BANEGAS(3), N GABRIEL(3), P CORONADO LUJAN(3)
(1) Carlos. G Durand. (2) Carlos. G. Durand. (3) Carlos G. Durand.

Introducción: La predicción de mortalidad en terapia intensiva es clave para la toma de decisiones. Este estudio evalúa algoritmos de machine learning (ML) como herramienta complementaria a los scores tradicionales, analizando su precisión en pacientes críticos durante las primeras 24 horas de ingreso.

Objetivos: Modelar algoritmos de ML para predecir la mortalidad del paciente crítico

Materiales y Métodos: Se entrenaron y validaron los siguientes algoritmos supervisados de clasificación de ML: Regresión Logística (RL), k nearest-neighbors (KNN), Random Forrest (RF), y Artificial neural network (ANN). Como variable de resultado se evaluó la

mortalidad, y como variables predictoras se incluyeron: edad, SAPS, PH arterial, Asistencia Respiratoria Mecánica (ARM). Métricas de rendimiento: Accuracy, ROC y F1 score. Lenguaje de programación: Python. Bibliotecas: Pandas, Scikit-learn y Matplotlib.

Resultados: Se incluyeron 617 pacientes con edad mediana 58 [Inercuartilar (IQ) 40-69], APACHE 14 [9-20], ARM 43%, fallecidos 20%. Métricas de rendimiento en instancias de testeo fueron: RL (Accuracy 0.82 ROC 0,60, F1 0.60), KNN (Accuracy 0.80 ROC 0,61, F1 0,61), RF (Accuracy 0,84 ROC 0,66, F1 0.69] y ANN (Accuracy 0,82 ROC 0,85, F1 0.66). Los predictores de mayor impacto según el RL fueron: SAPS (coef 3,56) y ARM (coef 0,1,23).

Conclusión: El modelo de red neuronal artificial (ANN) demostró una capacidad predictiva superior en comparación con los demás algoritmos evaluados. La inteligencia artificial está siendo progresivamente incorporada en los procesos de toma de decisiones médicas. Sin embargo, el uso de algoritmos de tipo "caja negra" plantea un dilema ético significativo en el ámbito de la medicina.

0184 ASO CLÍNICO: SÍNDROME DE COLLET SICARD COMO PRESENTACIÓN CLÍNICA DE OSTEOMIELITIS DE BASE DE CRÁNEO

JB CASELLA(1), ME TORRES(1)
 (1) Hospital El Carmen.

Introducción: El síndrome de Collet Sicard es una afección poco frecuente que se caracteriza por la afección unilateral y combinada de los nervios craneales III,IV-X-XII debido a lesiones en la base del cráneo. Dentro de sus causas la osteomielitis de base de cráneo es una de ellas, siendo una afección poco frecuente como complicación de infección otológica en paciente inmunocomprometidos, se puede clasificar como típicas, aquellas que presentan un foco infeccioso aparente, o atípicas en ausencia de infección. El patógeno más frecuente aislado es la Pseudomona Aeruginosa.

Presentación: Paciente de 41 años de edad, con antecedentes de hipertensión arterial, hipotiroidismo, y obesidad, ingresa por presentar disnea y trastorno de conciencia. Presenta al ingreso fc 126/min, fr 18/min, ta 194/108, afebril sat 100%aa, hgt 427. Se realiza laboratorio donde se evidencia cetoacidosis diabética, por lo que se inicia bomba de insulina, presentando mejoría de la sintomatología. Intercurre con fiebre y parálisis del par IV-X-XII, Se realiza punción lumbar con líquido cefalorraquídeo patológico pero sin rescate microbiológico e angiogramografía de cerebro sin evidencia de lesiones agudas o crónicas, comenzando antibioticoterapia empírica con ceftriaxona. Por presentar trastorno de conciencia asociado a paresia facio braquio crural izquierda, se realiza intubación orotraqueal, y tomografía con contraste de cerebro que destaca mastoides e oído izquierdo neumatizados, con lesión isquémica talamo capsular derecha. Se solicita RMN en búsqueda de etiología, donde se evidencia osteomielitis de base de cráneo por lo que se realiza biopsia de hueso que se encuentra pendiente hasta el día de la fecha.

Discusión: Dada la baja incidencia de esta patología asociado a la presentación atípica del caso, presentamos una paciente de sexo femenino con antecedentes de hipertensión arterial, hipotiroidismo y obesidad que ingresa por debut diabético que intercorre con parálisis de pares craneales con posterior diagnóstico de síndrome de Collet Sicard.

Conclusión: El síndrome de Collet Sicard ocasionado por osteomielitis de base de cráneo es una patología poco frecuente con alta tasa de morbimortalidad. Su presentación atípica presenta un dilema diagnóstico. Su reconocimiento temprano favorece el pronóstico de estos pacientes.

0186 HSA DE MAL GRADO NEUROLÓGICO: RESULTADOS A LARGO PLAZO

E AMUNDARAIN(1), M SANTORO BAEZ(1), C CHETTI(1), LAN-TINIOW(1), G SANTEYANA CERESO(1), N LOPES MAMANI(1), A CEJAS(1), R AREVILCA(1)
 (1) El Cruce.

Introducción: La HSA de mal grado es una enfermedad devastadora con altas tasas de mortalidad. En Argentina se desconoce cualquier dato sobre resultados en estos casos.

Objetivo: 1-Determinar la recuperación neurológica según Glasgow Outcome Scale (GOS) a largo plazo en pacientes con HSA de mal grado

2-Estimar secuelas neurológicas y tratamiento

3-Evaluar tipo y tiempo de rehabilitación

Material y Métodos: Se incluyeron pacientes con más de 4 años de alta hospitalaria con diagnóstico de HSA.

Los datos fueron extraídos de una base de datos prospectiva específica para HSA.

Se realizó un interrogatorio telefónico preformado sobre, reincorporación a sus actividades habituales; secuelas neurológicas como: déficit motor, trastornos en la memoria, cambios conductuales y/o afasias; asistencia o no a algún tipo de rehabilitación motora y/o neurocognitiva y por cuanto tiempo; forma de alimentarse; si el paciente se comunica con familiares y si se encuentra en tratamiento farmacológico con anticonvulsivante y/o psicofármacos.

Se clasificó la recuperación neurológica según escala GOS.

Resultados: Entre diciembre 2010 y febrero 2022 ingresaron 119 pacientes con HSA WF 4-5. La mortalidad hospitalaria fue 41% (49/119). Se obtuvo GOS alejado a 36 pacientes de los externados (52%). 13 (36%) pacientes eran independientes, de los cuales 10 lograron volver a sus actividades previas al evento. 15 presentaban un GOS 3, 8 habían fallecidos. En Tabla 1 se muestra de las variables estudiadas

Discusión: El 36% de los pacientes dados de alta logran una vida independiente. Solo el 55% hicieron rehabilitación algún tipo de rehabilitación. La tasa de secuelas neurológicas es alrededor de 44%, a predominio motoras.

Conclusiones: Los pacientes con HSA de mal grado logran una vida independiente aceptable. A pesar de la tasa de secuelas neurológicas, la realización de rehabilitación es baja.

	n (%)
n	36
Hicieron Rehabilitación	20 (55)
Motora	13 (36)
Neurocognitiva	1 (3)
Ambas	6 (17)
< 6 meses	9 (25)
> 6 meses	11 (30)
Tto. Anticonvulsivos	5 (14)
Fenitoina	4 (11)
Carbamacepina	1 (3)
Ac Valproico	0
Levetiracetam	0
Combinado	1 (3)
Tto. Psicofármacos	2 (6)
BZD	0
Antidepresivos	1 (3)
Antipsicóticos	1 (3)
Secuela motora	16 (44)
Paresia	10 (28)
Plejía	6 (17)
Afasia	3 (9)
Status Epileptico	1 (3)
Trastornos en la memoria	2 (6)
Trastornos Psiquiátricos	1 (3)
Esquizofrenia	0
Pánico	0
Soporte Nutricional	1 (3)
Gastrostomía	1 (3)
SNG	0
No se comunica	2 (6)

0187 PREDICCIÓN DE MORTALIDAD EN PSV: COMPARACIÓN ENTRE 4DP+FR Y DRIVING PRESSURE

D STEINBERG(1), M ACCOCE(1), D GILGADO(1), M BEZZI(2), J PEREZ(1), J DORADO(1)
 (1) Anchorena San Martín. (2) Santojanni.

Introducción: En condiciones pasivas, la frecuencia respiratoria (FR) es una variable relevante para estimar el riesgo de lesión pulmonar. Su combinación con driving pressure (4DP+FR) constituye un estimador representativo de dicho fenómeno y ha demostrado mayor asociación con mortalidad que la driving pressure (ΔP) aislada.^{1,2} En presión soporte (PSV), la ΔP evaluada mediante oclusiones válidas de fin de inspiración es un buen brogrado de estrés pulmonar y ha demostrado asociarse con mortalidad.³⁻⁵ Actualmente, desconocemos si 4DP+FR se asocia con variables relacionadas al al daño pulmonar y diafragmática y si, comparado con ΔP aislada, este índice mejora la capacidad predictiva de muerte.

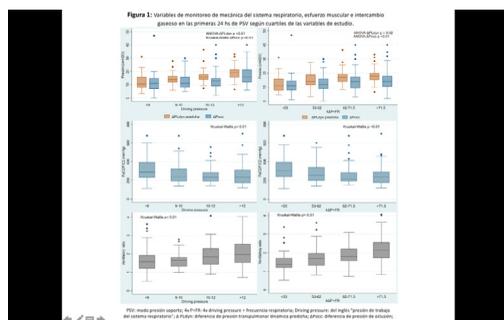
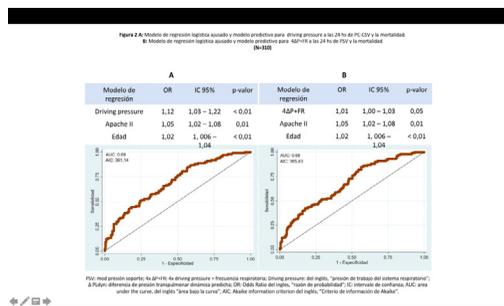
Objetivos: Evaluar la asociación de ΔP y 4DP+FR con variables fisiológicas vinculadas al daño pulmonar y diafragmático, y comparar la precisión diagnóstica de ambos índices para predecir el riesgo de muerte en adultos ventilados invasivamente en PC-CSV por insuficiencia respiratoria aguda (IRA)

Métodos: Análisis secundario de estudio multicéntrico de cohorte retrospectivo.

Fueron incluidos adultos con ≥ 72 hs de ventilación mecánica secundaria a IRA ventilados en PSV. Se consideró al delta de presión transpulmonar predicho (ΔP_{Ldyn} predicha), presión de oclusión (ΔP_{occ}), oxigenación (P/F) y ratio ventilatorio (VR) como variables relacionadas al daño pulmonar y diafragmático. Se evaluó mortalidad al alta de UCI.

Resultados: Analizamos 330 pacientes. Se hallaron diferencias significativas en variables asociadas al daño pulmonar y diafragmática entre cuartiles de 4DP+FR y ΔP ($p < 0.05$) Figura 1. Tanto el ΔP como el 4DP+FR se asociaron independientemente con mortalidad en sus respectivos modelos (ORaj = 1,12 IC95% 1,03-1,22 $p < 0,01$; ORaj = 1.01 IC95% 1.00-1,03 $p = 0,05$, respectivamente). No se observaron diferencias significativas en la capacidad predictiva de ambos modelos (AUROC: 0.69 vs 0.68 - AIC: 365,43 vs 361,14, DeLong-test $P = 0.10$) Figura 2.

Conclusión: DP y 4DP+FR se asociaron significativamente con variables relacionadas al daño pulmonar y diafragmático. No obstante, la adición de la frecuencia respiratoria no mejoró la capacidad predictiva de muerte en UCI en pacientes intubados en PSV por IRA.



0188 HIDROTÓRAX HEPÁTICO SIN ASCITIS UNA FORMA ATÍPICA DE DEBUT EN HEPATOPATÍAS CRÓNICAS

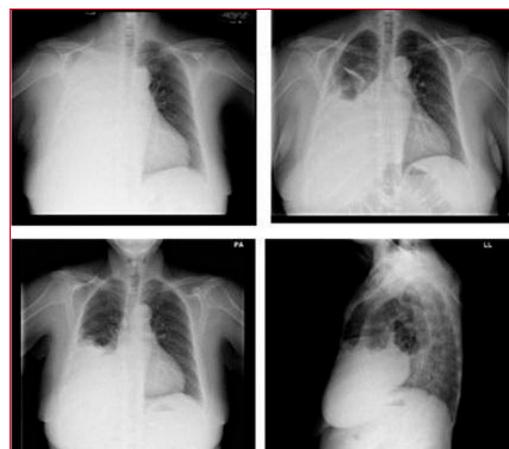
JC VAIRO GAMARRA(1), AC ARCH(2), S DOSSI(2), JC VAIRO GAMARRA(2), A LOPEZ GAVIRIA(2), UJ VENTURA TIGREIRA(2), MA SERRUDO SALGUEIRO(2), V DANELUK(2), F ONTIVERO(2)
 (1) Dr Carlos Bocalandro. (2) Dr. Carlos Bocalandro.

Introducción: El hidrotórax hepático (HH) es una complicación poco frecuente de la cirrosis hepática, con una prevalencia estimada entre el 4 y el 12% de los pacientes cirróticos, generalmente en estadios avanzados. Se define como la presencia de derrame pleural (habitualmente derecho) sin causa pulmonar o cardíaca demostrable, y en la mayoría de los casos se acompaña de ascitis. La presentación de un HH en ausencia de ascitis es rara y representa un desafío diagnóstico. La identificación precoz y el enfoque terapéutico multidisciplinario son claves para mejorar el pronóstico en estos pacientes.

Presentación del caso: Paciente masculino de 68 años con antecedentes de hipertensión arterial, diabetes tipo 2, etilismo crónico y ACV hemorrágico, ingresó por hemorragia digestiva alta secundaria a várices esofágicas. Durante su evolución presentó disnea, deterioro respiratorio progresivo, y radiografía de tórax con velamiento del hemitórax derecho. Se realizó toracocentesis diagnóstica con extracción de líquido trasudado según criterios de Light, compatible con HH. No se evidenció ascitis en las imágenes abdominales. Evolucionó con acidosis metabólica severa, síndrome hepatorenal, shock distributivo e insuficiencia respiratoria, requiriendo ARM, traqueostomía, soporte vasoactivo y drenaje pleural. Se realizó tratamiento endoscópico de várices con banding múltiple. Con tratamiento intensivo y rehabilitación progresiva, el paciente logró la decanulación, presentó estabilidad hemodinámica y buena tolerancia a la vía oral, permitiendo su derivación a sala general.

Discusión: El HH sin ascitis es una forma atípica de presentación de la hipertensión portal. Su patogenia se basa en el pasaje de líquido peritoneal (aun en cantidades mínimas) a través de fenestraciones diafragmáticas, facilitado por un gradiente de presión. El diagnóstico diferencial incluye insuficiencia cardíaca, tuberculosis, neoplasias pleurales y síndrome nefrótico. En este caso, la ausencia de enfermedad pulmonar o cardíaca y las características del líquido pleural permitieron arribar al diagnóstico. La literatura reporta escasos casos similares, destacando la importancia de su identificación. El tratamiento fue principalmente de soporte, sin posibilidad de sellamiento pleural por estado clínico grave.

Conclusión: El HH puede presentarse como derrame pleural aislado sin ascitis, lo cual representa una variante poco frecuente que debe ser tenida en cuenta en pacientes cirróticos. El abordaje oportuno y multidisciplinario puede favorecer la recuperación clínica.



0189 ENDOCARDITIS INFECCIOSA MULTIVALVULAR EN USUARIO DE COCAÍNA: REPORTE DE CASO

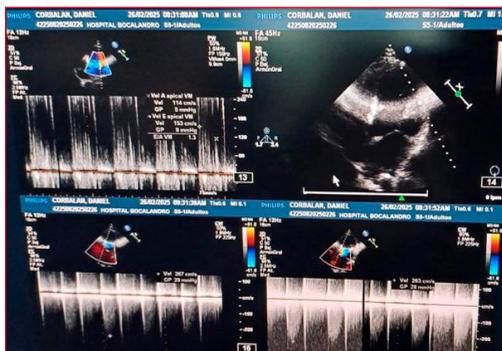
ACARCH(1), D SANDRA(1), F ONTIVERO(1), JC VAIRO GAMARRA(1), A LOPEZ GAVIRIA(1), V DANELUK(1), MA SERRUDO SALGUEIRO(1), GE PALACIOS SANABRIA(1)
(1) Dr Carlos Bocalandro.

Introducción: La endocarditis infecciosa (EI) es una patología de alta morbilidad, cuya incidencia global se estima entre 3 y 10 casos por cada 100.000 habitantes/año. El compromiso de la válvula tricúspide es característico en usuarios de drogas intravenosas, mientras que la afectación multivalvular simultánea (derecha e izquierda) es poco frecuente y representa un desafío diagnóstico y terapéutico. Presentamos un caso de EI multivalvular asociado a consumo de cocaína, con vegetaciones severas y evolución tórpida.

Presentación del caso: Paciente masculino, sin cobertura médica, con antecedente de consumo de cocaína, consulta por astenia, adinamia y lesiones cutáneas en tronco y miembros inferiores. Al examen físico presentaba máculas y pápulas eritematovioláceas con vitropresión negativa, flictenas y costras hemáticas, con edema +++ y dolor. TAC de tórax mostró imágenes algodonosas bilaterales con cavitación, hepatoesplenomegalia y riñones poliquísticos. Se sospechó vasculitis vs bacteriemia. Hemocultivos positivos para cocos en cadenas llevaron a iniciar antibióticos empíricos. Evolucionó con aparición de soplo sistólico tricúspideo. El ecocardiograma reveló vegetación de 3 cm en válvula tricúspide, una de 1,7 x 1,3 cm en válvula aórtica y vegetaciones pequeñas en la mitral. Ingresó a UTI con Glasgow 8/15, sin requerimientos hemodinámicos, se intubó y ventiló mecánicamente. Se rotó antibiótico a ampicilina + gentamicina. Presentó plaquetopenia, azoemia, acidosis metabólica e hiperkalemia. Se gestionó derivación para cirugía valvular.

Discusión: El compromiso multivalvular en EI se presenta en menos del 5% de los casos. La cocaína puede favorecer lesión endotelial y bacteriemia sostenida. Las lesiones cutáneas y pulmonares cavitadas sugieren embolización séptica. Las vegetaciones mayores a 10 mm constituyen criterio relativo de cirugía precoz. La falta de cobertura sanitaria impidió el acceso quirúrgico oportuno. Casos similares han sido descritos con mala evolución cuando no se interviene quirúrgicamente. La confirmación bacteriológica guió el tratamiento dirigido.

Conclusión: Este caso ilustra una forma de presentación infrecuente y agresiva de endocarditis infecciosa asociada al consumo de cocaína, con afectación multivalvular y limitaciones en el acceso al tratamiento quirúrgico por causas sociales. Refuerza la importancia del abordaje multidisciplinario y del diagnóstico precoz.



0190 REGISTRO MULTICÉNTRICO ARGENTINO SOBRE PARO CARDÍACO INTRAHOSPITALARIO: CARACTERÍSTICAS, MANEJO POST-EVENTO Y DESENLACES CLÍNICOS

M VAENA(1), E CUNTO(2), J SINNER(1), V CHEDIACK(2), C DOMÍNGUEZ(2), M SÁNCHEZ CUNTO(2), AI TAPIA(3), P VALDEZ(4), A VILELA(4), K GOYRIA CHAVEZ(4), M MIROFSKY(5), L MARTINEZ(5), AT DOTTA(5), J SAGARDIA(6), MÁ PEDRE-RO(6), D PIEZNY(6), MONZÓN

(1) Hospital Italiano De Buenos Aires. (2) Hospital De Infecciosas Francisco Javier Muñiz. (3) Hospital Domingo Funes. (4) Hospital General De Agudos Dr. Dalmacio Vélez Sarsfield. (5) Hospital Municipal De Agudos Dr. Leonidas Lucero. (6) Hospital Nacional Profesor Alejandro Posadas. (7) Hospital Italiano De San Justo Agustín Rocca. (8) Clínica De Especialidades Villa María. (9) Hospital Universitario Austral. (10) Hospital Regional San José De Pergamino. (11) Hospital Alemán. (12) Hospital Francisco López Lima. (13) Hospital Julio C. Perrando. (14) Hospital De Clínicas José De San Martín.

Introducción: El paro cardíaco intrahospitalario (PCIH) representa una carga significativa para los sistemas de salud, con alta letalidad y requerimientos de recursos. A diferencia del paro extrahospitalario, existen diferencias en contexto, tiempos de respuesta y decisiones terapéuticas, por lo que extrapolar evidencia entre ambos escenarios puede ser inadecuado. En América Latina, los datos sobre PCIH son escasos y fragmentados. Este es el primer registro de PCIH en la región, con el objetivo de describir las características clínicas, medidas terapéuticas y desenlaces de pacientes con PCIH en hospitales argentinos.

Métodos: Estudio de cohorte multicéntrico, observacional, incluyendo 15 hospitales públicos y privados de Argentina entre octubre/2023 y junio/2024. Se incluyeron pacientes adultos con primer episodio de PCIH reanimados, excluyendo eventos en quirófano o recuperación anestésica. Los datos se recolectaron en formularios de REDCap. Se analizaron características basales, medidas intra y post-reanimación, y desenlaces clínicos a los 60 días (retorno a circulación espontánea [RCE], sobrevida al alta, rendimiento neurológico).

Resultados: Se incluyeron 291 pacientes (188 varones [65%], mediana de edad 65 años). El 25% (n=74) logró RCE, y solo 21% (n=60) sobrevivieron más de 6 horas. Finalmente 26 (9%) sobrevivieron hasta el fin del seguimiento (egreso o 60 días), de los cuales 13 (4%) lo hicieron con un buen rendimiento neurológico (CPC 1-2). En los 60 pacientes que sobrevivieron más de 6 horas, 26 (43%) presentaron fiebre en las primeras 24 horas, pero sólo 12 (20%) recibieron algún método de control térmico. En 23 pacientes (38,3%) no se documentó ningún objetivo de control de temperatura. Si bien 55 (92%) recibieron vasopresores, sólo 30 (50%) tenían un objetivo terapéutico de presión arterial media registrado en la historia clínica. La cinecoronariografía se realizó en 10 pacientes (17%), de los cuales 5 (8%) la recibieron dentro de las primeras 48 horas.

Conclusión: Este primer registro multicéntrico argentino de PCIH muestra tasas de RCE y sobrevida comparables a registros internacionales, pero revela importantes oportunidades de mejora en el manejo post-paro, especialmente en el control de temperatura y estandarización de cuidados. Los hallazgos brindan una base objetiva para futuras intervenciones destinadas a mejorar la calidad asistencial y los desenlaces de estos pacientes en la región.

Tabla 1. Características basales de los pacientes y del PCR

Variable	Total de pacientes (n=28)	Definición
Diagnóstico en UCI, n(%)		
1. Shock séptico	20 (71.4%)	
2. Shock cardiogénico	5 (17.9%)	
3. Shock distribuido	3 (10.7%)	
4. Shock obstructivo	0 (0%)	
5. Shock tóxico	0 (0%)	
6. Shock traumático	0 (0%)	
7. Shock térmico	0 (0%)	
8. Shock por drogas	0 (0%)	
9. Shock por traumatismo	0 (0%)	
10. Shock por otras causas	0 (0%)	
11. Sin diagnóstico	0 (0%)	
12. Sin diagnóstico	0 (0%)	
13. Sin diagnóstico	0 (0%)	
14. Sin diagnóstico	0 (0%)	
15. Sin diagnóstico	0 (0%)	
16. Sin diagnóstico	0 (0%)	
17. Sin diagnóstico	0 (0%)	
18. Sin diagnóstico	0 (0%)	
19. Sin diagnóstico	0 (0%)	
20. Sin diagnóstico	0 (0%)	
21. Sin diagnóstico	0 (0%)	
22. Sin diagnóstico	0 (0%)	
23. Sin diagnóstico	0 (0%)	
24. Sin diagnóstico	0 (0%)	
25. Sin diagnóstico	0 (0%)	
26. Sin diagnóstico	0 (0%)	
27. Sin diagnóstico	0 (0%)	
28. Sin diagnóstico	0 (0%)	
29. Sin diagnóstico	0 (0%)	
30. Sin diagnóstico	0 (0%)	
31. Sin diagnóstico	0 (0%)	
32. Sin diagnóstico	0 (0%)	
33. Sin diagnóstico	0 (0%)	
34. Sin diagnóstico	0 (0%)	
35. Sin diagnóstico	0 (0%)	
36. Sin diagnóstico	0 (0%)	
37. Sin diagnóstico	0 (0%)	
38. Sin diagnóstico	0 (0%)	
39. Sin diagnóstico	0 (0%)	
40. Sin diagnóstico	0 (0%)	
41. Sin diagnóstico	0 (0%)	
42. Sin diagnóstico	0 (0%)	
43. Sin diagnóstico	0 (0%)	
44. Sin diagnóstico	0 (0%)	
45. Sin diagnóstico	0 (0%)	
46. Sin diagnóstico	0 (0%)	
47. Sin diagnóstico	0 (0%)	
48. Sin diagnóstico	0 (0%)	
49. Sin diagnóstico	0 (0%)	
50. Sin diagnóstico	0 (0%)	
51. Sin diagnóstico	0 (0%)	
52. Sin diagnóstico	0 (0%)	
53. Sin diagnóstico	0 (0%)	
54. Sin diagnóstico	0 (0%)	
55. Sin diagnóstico	0 (0%)	
56. Sin diagnóstico	0 (0%)	
57. Sin diagnóstico	0 (0%)	
58. Sin diagnóstico	0 (0%)	
59. Sin diagnóstico	0 (0%)	
60. Sin diagnóstico	0 (0%)	
61. Sin diagnóstico	0 (0%)	
62. Sin diagnóstico	0 (0%)	
63. Sin diagnóstico	0 (0%)	
64. Sin diagnóstico	0 (0%)	
65. Sin diagnóstico	0 (0%)	
66. Sin diagnóstico	0 (0%)	
67. Sin diagnóstico	0 (0%)	
68. Sin diagnóstico	0 (0%)	
69. Sin diagnóstico	0 (0%)	
70. Sin diagnóstico	0 (0%)	
71. Sin diagnóstico	0 (0%)	
72. Sin diagnóstico	0 (0%)	
73. Sin diagnóstico	0 (0%)	
74. Sin diagnóstico	0 (0%)	
75. Sin diagnóstico	0 (0%)	
76. Sin diagnóstico	0 (0%)	
77. Sin diagnóstico	0 (0%)	
78. Sin diagnóstico	0 (0%)	
79. Sin diagnóstico	0 (0%)	
80. Sin diagnóstico	0 (0%)	
81. Sin diagnóstico	0 (0%)	
82. Sin diagnóstico	0 (0%)	
83. Sin diagnóstico	0 (0%)	
84. Sin diagnóstico	0 (0%)	
85. Sin diagnóstico	0 (0%)	
86. Sin diagnóstico	0 (0%)	
87. Sin diagnóstico	0 (0%)	
88. Sin diagnóstico	0 (0%)	
89. Sin diagnóstico	0 (0%)	
90. Sin diagnóstico	0 (0%)	
91. Sin diagnóstico	0 (0%)	
92. Sin diagnóstico	0 (0%)	
93. Sin diagnóstico	0 (0%)	
94. Sin diagnóstico	0 (0%)	
95. Sin diagnóstico	0 (0%)	
96. Sin diagnóstico	0 (0%)	
97. Sin diagnóstico	0 (0%)	
98. Sin diagnóstico	0 (0%)	
99. Sin diagnóstico	0 (0%)	
100. Sin diagnóstico	0 (0%)	

0191 OXIGENOTERAPIA DE ALTO FLUJO EN UN PACIENTE CON TRAQUEOSTOMÍA EN DESTETE PROLONGADO GUIADO POR ECOGRAFÍA: REPORTE DE CASO
MM ESPINOLA, M FERNANDEZ(1), L RAMIREZ(1), M BALLEJOS(1), D FERNANDO(1)
(1) Gral Jose Francisco De San Martin.

Introducción: El 9% de pacientes en unidad de terapia intensiva presentan destete prolongado, existe escasa evidencia sobre la oxigenoterapia de alto flujo (OAF) por traqueostomía utilizada como herramienta en la desvinculación con guía ecográfica del esfuerzo respiratorio mediante la fracción de engrosamiento de músculos intercostales externos (Tfic) y fracción de engrosamiento diafragmático (Tfdi).

Caso clínico: Paciente de 23 años sin antecedentes médicos, ingreso por shock séptico a foco respiratorio, la tomografía de tórax evidenciaba alteraciones crónicas y agudas agregadas por un cuadro de neumonía. Debido a la dificultad en la desvinculación se realizó traqueostomía y se implementó OAF con el objetivo de disminuir la frecuencia respiratoria y el trabajo respiratorio. Se realizó monitoreo con ecografía, escala de esfuerzo respiratorio de Cabrini y frecuencia respiratoria (tabla 1). Se logró la desvinculación en 10 días con disminución del trabajo respiratorio, posterior decanulación y alta.

Discusión: Los hallazgos fueron disminución del esfuerzo respiratorio y Tfic, sin repercusión en la Tfdi, con disminución parcial de frecuencia respiratoria. Resultados que se asemejan a la literatura disponible, excepto la repercusión del OAF sobre el esfuerzo respiratorio evidenciado mediante la Tfic; faltan más estudios para confirmar este desenlace.

Conclusión: La OAF por traqueostomía es de utilidad en la desvinculación, logra disminución parcial de la frecuencia respiratoria, disminuye el esfuerzo respiratorio observado clínicamente y mediante ecografía de la Tfic, sin repercusión en la Tfdi.

0192 ENVENENAMIENTO POR PICADURAS DE ABEJAS
AR RODRIGUEZ, IF MALDONADO(1), K CLAVERIE(1), A TERLESKY(1), L OBERTI(1), R RESTA(1), N ROCCHETTI(1), S GATTINO(1), M RE(1), C SETTECASE(2), D BAGILET(1)
(1) Hospital Escuela Eva Perón. (2) Hospital Escuela Eva Perón.

Introducción: Las lesiones por picaduras de abeja pueden conducir a la muerte por dos mecanismos principales: la anafilaxia y el envenenamiento. Este último puede causar disfunción multiorgánica como resultado de efectos tóxicos directos del veneno.

Caso clínico: Varón de 57 años con antecedentes de HIV e hipertensión, niega alergias, ingresa a UCI por PCR recuperado secundario

a más de 100 picaduras de abejas, en AVM sin requerimiento de vasoactivos. Examen físico: TA 110/80 mmHg FC 90 lpm FR 18 pm SAT 98% T° 36,6. Restos de abejas en cavidad oral y compromiso cutáneo generalizado por múltiples picaduras con aguijones de abeja (>300). Laboratorio: Hb 41,6 g/dl; Hto 14,4%; Plaquetas 349000 xmm³; Gb 17700 xmm³; Urea 20 mg%; Creatinina 1,05 mg%; Bt 0,45 mg%; GOT486 UI/ml; GPT 338 UI/ml; FAL 119 UI/ml; Lactato 1,2 mmol/l; Tp 14,4; Kptt 48; CPK 1678 mcg/l; Ph 7,16; Po2 153 mmHg; Pco2 35 mmHg; Hco3 12,1 meq/l; Sat 98,9; Na 138 meq/l; K 3 meq/l; Glicemia 207 mg%; Dímero D 2,46 mg/l; Fibrinógeno 385 mg/dl. ECG sin particularidades. Evoluciona con rabdomiólisis, isquemia cutánea periférica, falla renal con requerimiento de hemodiálisis. A las 72 hs requiere vasoactivos e inicia plasmaféresis durante 48 hs. Fallece al 4to día por falla multiorgánica.

Discusión: En ataques múltiples por abejas (>100) hay riesgo de envenenamiento. Inicia en pocos minutos, pudiendo aparecer luego de 18 hs. Los efectos deletéreos son producidos por acción tóxica de componentes del veneno. La melitina comprende el 50% del veneno, es el factor hemolítico directo, produciendo dificultad respiratoria, disfunción hepática, hipertensión, hipotensión, lesión miocárdica (acción tóxica directa o indirecta por niveles de noradrenalina), hemólisis, rabdomiólisis, coagulación intravascular diseminada. Dado que no existe un antídoto específico, el tratamiento es de sostén y comprende la eliminación de aguijones, existiendo reportes de casos de uso de plasmaféresis para remoción del veneno y mediadores inflamatorios.

Conclusión: El envenenamiento por picaduras de abejas debe considerarse potencial causa de manifestaciones clínicas graves, siendo el tratamiento de sostén y la plasmaféresis, una opción para disminuir su mortalidad.



0193 TERAPIA DE REEMPLAZO RENAL CONTÍNUA EN HIPERAMONEMIA SEVERA POR HEPATITIS FULMINANTE: REPORTE DE CASO CLÍNICO
JD CAMEJO CEDILLO(1), C TONELLI(1), V PAIS(1), G RAMOS(1), S ORELLANA(1)
(1) Hospital General De Agudos Dr. Cosme Argerich.

Introducción: La hepatitis fulminante es una entidad crítica caracterizada por encefalopatía progresiva y edema cerebral, frecuentemente asociado a hiperamonemia. La acumulación de amonio

incrementa la neurotoxicidad y la presión intracraneana. La terapia de reemplazo renal continua (TRRC) permite reducir de forma sostenida los niveles de amonio.

Presentación del caso: Paciente femenina de 22 años con antecedente de hepatitis en estudio. Consulta por deterioro del sensorio; laboratorio de ingreso constata como hallazgos positivos: RIN 7.4, FV 21%, amonio 500 mcg/dL. Se deriva a centro de trasplante. Ingresó hemodinámicamente compensada bajo vasopresores, ventilada, RA55-5. Se activa protocolo de emergencia para trasplante hepático. TC encefálica: edema cerebral difuso. Inicia medidas anti edema y se conecta a TRRC a las 48 h con descenso de amonio a 216 mcg/dL. A las 72 horas se realiza trasplante hepático (técnica Piggy Back, isquemia fría 435 min). Suspende hemodiafiltración tras normalización de valores de amonio y buen funcionamiento del injerto. Durante toda su evolución persiste con episodios de hipertensión intracraneana no asociado a hiperamonemia (último control de 82 mcg/dL) posteriormente ausencia de autorregulación (doppler transcraneal y PIC). Fallece al día 12 por shock refractario. Anatomía patológica del órgano nativo: necrosis hepática submasiva de probable origen tóxico.

Discusión: La hiperamonemia desempeña un rol central en la fisiopatología del edema cerebral en falla hepática fulminante, valores >150 mcg/dL permite atravesar barrera hematoencefálica transformándose en glutamina en los astrocitos, generando gradiente osmótico que produce edema cerebral citotóxico. Esta cascada lleva a hipertensión endocraneana y deterioro neurológico. La TRRC actúa como terapia de soporte a través de la depuración de solutos mediante convección / difusión, permitiendo el control de niveles de amonio y mitigando el daño cerebral mientras se implementa la terapia definitiva. En este caso, la intervención precoz permitió controlar transitoriamente la hiperamonemia, aunque no evitó un desenlace desfavorable.

Conclusión: La TRRC representa una herramienta útil en el manejo de la hiperamonemia severa por hepatitis fulminante. Su implementación precoz contribuye a estabilizar el medio interno, disminuyendo la neurotoxicidad y actuando como puente terapéutico hasta el trasplante hepático.

0194 CETOACIDOSIS NORMOGLUCÉMICA INDUCIDA POR EMPAGLIFLOZINA: REPORTE DE CASO

MA ALCAINO, VS CUBAS(1)
(1) Clínica Chapelco.

Introducción: La cetoacidosis diabética (CAD) es una complicación aguda grave de la diabetes mellitus, caracterizada por hiperglucemia, acidosis metabólica y cetonemia. Existe una variante atípica, la cetoacidosis diabética normoglucémica (CADNG), en la que la glucosa sérica se mantiene en valores normales o levemente elevados, dificultando su diagnóstico.

Presentación del caso: Paciente femenina de 58 años, con diabetes tipo 2 tratada con metformina 100mg/12hs y empagliflozina 5mg/24hs internada para hemicolectomía derecha programada por adenocarcinoma de colon. En el postoperatorio inmediato presentó: Glasgow 13/15, FR 28 rpm, FC 89 lpm, PAM 70 mmHg, T° 37.3 °C. Laboratorio: pH 7.10, HCO₃⁻ 11.6 mEq/L, EB -18.6, PCO₂ 36.1 mmHg, anión gap aumentado, glucemia 187 mg/dL, Urea 56 Creatinina 1 cetonuria positiva, GB 17.200. Lactato normal. TC de cráneo sin lesiones. Cultivos negativos. Se decide su ingreso a UTI con diagnóstico presuntivo de CADNG.

Discusión: Se consideraron diagnósticos diferenciales de acidosis metabólica con anión gap aumentado. Se descartó acidosis láctica (lactato normal) y acidosis postquirúrgica (sin cetonuria). Es im-

portante destacar que la paciente comenzó hace 4 meses el tratamiento con empagliflozina siendo suspendido 24 horas antes de la cirugía, sin ser esto suficiente para evitar el cuadro. Este fármaco actúa inhibiendo el cotransportador sodio-glucosa tipo 2 (SGLT2) en el túbulo renal proximal, reduciendo la glucosa plasmática, generando una disminución de insulina y aumento de glucagón, lo que favorece lipólisis, cetogénesis y reabsorción renal de cuerpos cetónicos. Se realizó tratamiento con hidratación parenteral, insulino terapia y suspensión definitiva del iSGLT2 en 5 días de manera favorable

Conclusión: La CDNG es una entidad de etiología multifactorial y presentación atípica. Ante acidosis metabólica con cetonuria sin hiperglucemia, debe considerarse esta complicación en pacientes tratados con iSGLT2. Su reconocimiento precoz permite evitar demoras diagnósticas y mejorar el pronóstico, especialmente en contextos de estrés metabólico como el postoperatorio.

0195 ENCUESTA SOBRE GÉNERO Y DIVERSIDAD EN LAS UNIDADES DE CUIDADOS CRÍTICOS DE ARGENTINA

AP CIRESE(1), A OCCHIUZZI(2), V RODRIGUEZ(3), L DIAZ BALLVÉ(3), Y NOCITI(4), R REINA(5)

(1) Hospital Interzonal De Agudos óscar Alende. (2) Hospital Df Santojanni. (3) Hospital Nac. Prof. A. Posadas. (4) Hospital Ricardo Gutierrez. (5) H.i.g.a San Martin La Plata.

Introducción: La desigualdad de género en el acceso a cargos de liderazgo en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCIs) ha sido señalada por diversas sociedades científicas y también reportada a nivel local. Los objetivos de este estudio fueron describir la prevalencia y distribución de género autopercebido en el ámbito laboral de las UCIs (públicas o privadas) en Argentina y conocer aquellas cuestiones relacionadas al acceso y permanencia que atraviesan la temática.

Metodología: Estudio analítico observacional de corte transversal, realizado mediante una encuesta anónima y voluntaria dirigida a profesionales de UCIs de Argentina. El reclutamiento se llevó a cabo mediante bases de datos institucionales de correo electrónico y difusión en redes sociales. El tamaño muestral estimado fue de 385 encuestas para una prevalencia del 50% ($\alpha=0.05$ y $\beta=0.20$).

Resultados: Se recolectaron 728 respuestas, en su mayoría provenientes de profesionales de medicina, enfermería y kinesiología de Región AMBA (Tabla 1). El 68 % se identificó como mujer cis, el 25 % como varón cis y el 6 % con otras identidades de género. Las mujeres de la muestra eran en promedio más jóvenes, tenían menos empleos y postergaban con mayor frecuencia la maternidad. Los varones se desempeñaban principalmente en medicina, kinesiología y enfermería. Las personas de géneros no binarios lo hacían en medicina, enfermería y kinesiología, en ese orden. En las disciplinas de nutrición, fonoaudiología, trabajo social y terapia ocupacional solo respondieron mujeres cis. Del total, el 7,7 % se identificó como parte de la comunidad LGTBQI+, el 8,5 % como personas migrantes y el 7,4 % como descendientes de pueblos originarios. Las mujeres reportaron una menor percepción de equidad y menor acceso a protocolos frente a situaciones de violencia y/o acoso. También se destacó la escasa presencia de guarderías, de espacios de lactancia y la baja implementación de la Ley Micaela (Tabla 2)

Conclusiones: La distribución de género femenino predomina en las profesiones de cuidado y en los cargos de residencia y guardia, en menor medida en los cargos de jefatura. Asimismo, se observa escasa representación de diversidades y desconocimiento o falta de acceso a las políticas de género.

Tabla 1: Datos sociodemográficos

Pregunta	Respuestas (n=728)	Mujer cis (n=495)	Hombre cis (n=181)	Otros (n=44)	p-value
Provincia	Buenos Aires	152 (38.5%)	71 (39.7%)	18 (40.9%)	0.115
	CABA	119 (24.8%)	87 (31.8%)	10 (22.7%)	
	Córdoba	23 (4.7%)	6 (3.4%)	4 (9.1%)	
	Mendoza	19 (3.9%)	9 (5.0%)	0 (0.0%)	
	Misiones	6 (1.2%)	3 (1.7%)	1 (2.3%)	
	Río Negro	9 (1.9%)	2 (1.1%)	0 (0.0%)	
	Salta	18 (3.7%)	6 (3.4%)	1 (2.3%)	
	Santa Fe	21 (4.3%)	3 (1.7%)	1 (2.3%)	
	Otros	33 (6.7%)	10 (5.8%)	7 (15.9%)	
	Edad	Media (desviación)	41.16 (9.02)	44.21 (10.85)	
Media (IGR)	40.00 (34.00, 47.00)	42.00 (36.00, 52.00)	46.00 (36.00, 56.00)	<0.001	
Identificación de pertenencia a	Ninguno	377 (79.2%)	126 (72.1%)	30 (68.2%)	0.159
	Afiliados/as	1 (0.2%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	
	Personas con discapacidad	3 (0.6%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	
	Comunidad LGTBQ+	32 (6.6%)	17 (9.4%)	6 (13.6%)	
	Pueblos originarios	37 (7.7%)	10 (5.6%)	5 (11.4%)	
	Migrantes	32 (6.6%)	23 (12.8%)	3 (6.8%)	
Especialista en la UCI	Medicina	208 (43.4%)	108 (59.7%)	28 (63.1%)	0.003
	Enfermería	126 (26.5%)	24 (13.3%)	10 (22.7%)	
	Kinesiología	119 (24.3%)	40 (22.4%)	9 (20.5%)	
	Otros	34 (6.9%)	16 (8.8%)	2 (4.5%)	
	Residente, guardia o planta	369 (75.9%)	121 (67.6%)	32 (72.7%)	
Tipo de cargo	Jefatura o coordinación	118 (24.1%)	56 (30.4%)	10 (22.7%)	0.099
	Otros	369 (75.9%)	121 (67.6%)	32 (72.7%)	
Trabajo en gestión pública o privada	Privado	82 (16.8%)	38 (21.0%)	8 (18.2%)	0.057
	Público	287 (59.6%)	77 (42.9%)	19 (43.2%)	
	Público + privado	140 (28.9%)	66 (37.0%)	17 (38.6%)	
Cantidad de trabajos	Mediana (IGR)	2.00 (1.00, 3.00)	2.00 (1.00, 3.00)	2.00 (1.00, 3.00)	0.028
	¿Cuántas personas bajo su cuidado tiene?	3.00 (1.00, 4.00)	3.00 (2.00, 4.00)	3.00 (2.00, 4.00)	
¿Cuidas a personas con discapacidad o patología por su profesión?	No	197 (40.2%)	103 (56.9%)	21 (47.7%)	0.024
	Sí	229 (46.2%)	59 (32.6%)	19 (43.2%)	
	No aplica	87 (18.1%)	30 (16.5%)	7 (15.9%)	

Tabla 2: Políticas de género en el lugar de trabajo

Pregunta	Respuestas (n=728)	Mujer cis (n=495)	Varon cis (n=181)	Otros (n=44)	p-value
Guardería y/o sala de lactancia	No	301 (61.6)	109 (60.2)	26 (59.1)	0.734
	Sí	124 (25.4)	42 (23.2)	10 (22.7)	
	No aplica	84 (13.1)	30 (16.6)	8 (18.2)	
Acciones sobre equidad de género	No	207 (42.2)	80 (33.1)	16 (36.4)	0.014
	A veces	118 (24.1)	35 (19.3)	9 (20.5)	
	Sí	85 (17.3)	49 (27.1)	14 (31.8)	
	Desconozco	80 (16.3)	37 (20.4)	9 (20.2)	
Oficina de Igualdad de trato y oportunidades	No	283 (57.8)	101 (56.1)	26 (59.1)	0.593
	Desconozco	122 (24.9)	50 (27.8)	14 (31.8)	
	Sí	85 (17.3)	29 (16.1)	4 (9.1)	
Curso Ley Micaela	No	258 (52.7)	93 (51.4)	20 (45.5)	0.516
	Sí	199 (40.6)	76 (42.0)	18 (40.9)	
	Desconozco la ley	33 (6.7)	12 (6.6)	6 (13.6)	
Cargos jerárquicos con mujeres y LGTBQ+	No	217 (44.4)	69 (38.1)	15 (34.1)	0.256
	Sí	145 (29.7)	65 (35.9)	13 (29.5)	
	Desconozco	127 (26.0)	47 (26.0)	16 (36.4)	
Equidad en promoción a cargos jerárquicos	No	294 (60.0)	66 (36.5)	15 (34.1)	<0.001
	Sí	129 (26.3)	62 (34.2)	20 (45.5)	
	Desconozco	87 (13.7)	23 (12.7)	9 (20.5)	
Licencias por maternidad, paternidad, adopción, etc.	No	349 (70.8)	113 (62.4)	25 (56.8)	0.005
	Sí	87 (17.8)	46 (25.4)	14 (31.8)	
	Desconozco	56 (11.5)	22 (12.2)	5 (11.4)	
Protocolos ante violencia/casos de género o diversidad	No	204 (41.6)	54 (29.8)	16 (36.4)	0.014
	Sí	145 (29.6)	78 (43.1)	14 (31.8)	
	Desconozco	141 (28.8)	49 (27.1)	14 (31.8)	

0197 SIM-C FENOTIPO KAWASAKI: REPORTE DE UN CASO
 ML CARASSAI(1), G LIBERA(1), M FORMAGGIO(1)
 (1) Victor J. Vilela.

Introducción: El Síndrome inflamatorio multisistémico pediátrico temporalmente asociado a COVID-19 (SIM-C) corresponde a la forma de presentación más grave asociada a la infección por SARS-CoV-2 en pediatría. Se han reportado diferentes fenotipos que van desde una enfermedad similar a Kawasaki (KL-C) a una enfermedad aguda inespecífica, con falla multiorgánica y shock. Para su diagnóstico es necesaria la presencia de fiebre persistente, analítica de inflamación, compromiso de varios órganos (principalmente cardio-

vascular) y exclusión de otras causas. El tratamiento de primera línea consiste en inmunomoduladores, siendo los fármacos biológicos y la oxigenación por membrana extracorpórea opciones en casos refractarios. El presente trabajo tiene como objetivo describir un caso clínico pediátrico de SIM-C fenotipo Kawasaki en un hospital de tercer nivel de atención.

Presentación del caso: Paciente de cinco meses de edad, sin antecedentes de jerarquía, consulta por cuadro de tres días de evolución de fiebre, tos, deposiciones disminuidas de consistencia y lesiones en piel. Al examen físico irritable, taquipneico, con lesiones tipo eritema multiforme generalizadas y orofaringe congestiva. Se asume como sepsis con foco cutáneo, se pancultiva y se medica con vancomicina y cefotaxime. Se amplían estudios para descartar otras causas infecciosas, negativos. Evoluciona con curva ascendente de analítica inflamatoria, conjuntivitis seca, edemas generalizados, hepatomegalia y persistencia febril, con ecocardiograma que evidencia aumento de la ecogenicidad coronaria y serologías para Sars-Cov-2, reactivas, reasumiéndose como SIM-C Kawasaki Like. Inicia tratamiento con aspirina, corticoides y gammaglobulina endovenosa. Por aneurismas coronarios se anticoagula y realiza pulsos de metilprednisolona y nuevo pasaje de gammaglobulina, sin respuesta, decidiéndose infusión de infliximab. Evoluciona afebril, sin lesiones en piel, con ecocardiogramas de control estables y mejoría analítica, continúa con tratamiento antiagregante y anticoagulante.

Discusión: Nuestro paciente se diagnosticó en base a los criterios establecidos por la OMS. Según la evidencia científica actual el pronóstico es favorable en la mayoría de los casos, sin embargo, una minoría puede presentar complicaciones cardíacas persistentes. El seguimiento continuo resulta esencial.

Conclusión: Es prioritario el manejo interdisciplinario a fin de administrar tratamiento oportuno y adecuado.

0198 RELACIÓN ENTRE ENERGÍA MECÁNICA E HIPERINSUFLACIÓN

N PISTILLO(1), M VAN DICK(2), M ACUÑA RESINA(2), JH MARRILLAN(2)
 (1) Hospital De Alta Complejidad En Red El Cruce Néstor C. Kirchner. (2) Universidad Nacional Arturo Jaureche.

Resumen: Variables como el volumen corriente (Vt), la presión plateau (Pplat), la presión motriz (ΔP), el flujo inspiratorio () y la frecuencia respiratoria (RR) no deben analizarse de forma aislada al estudiar los mecanismos de VILI, ya que interactúan entre sí. De esta interrelación surge el concepto de potencia mecánica, un parámetro que integra estas variables y representa la energía transferida al sistema respiratorio por unidad de tiempo (julios por minuto). Aunque este enfoque es prometedor para cuantificar el potencial lesivo de la ventilación, su validación como mecanismo causal en la génesis del VILI aún está en desarrollo.

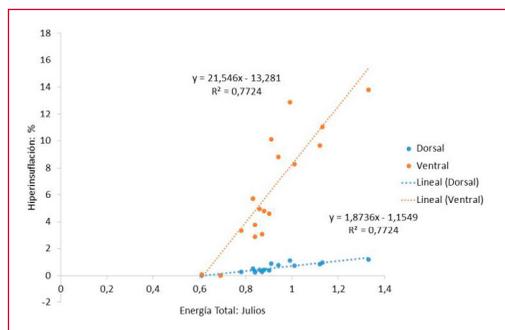
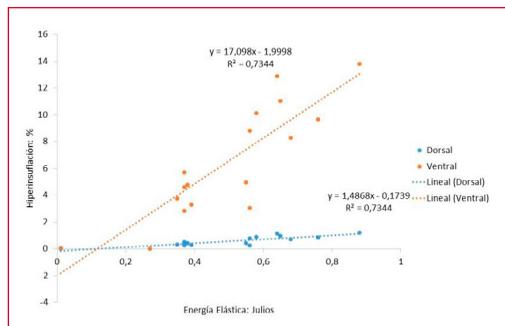
Objetivo: Evaluar la relación entre la energía mecánica aplicada al sistema respiratorio y la sobredistensión pulmonar.

Materiales y Métodos: Se estudiaron 18 pacientes con SDRA moderado a severo, ventilados en modo controlado por volumen (VCV) con un volumen tidal constante de 6 ml/kg de peso corporal predicho. Se realizó una titulación descendente de PEEP para identificar el punto de mejor compliance del sistema respiratorio. En el punto de máxima tensión (Pplat = 30 cmH₂O), se adquirió una tomografía computarizada durante una pausa inspiratoria para cuantificar la hiperinsuflación pulmonar (Slicer 3D). Se calcularon la energía mecánica total: $(Vt \times P_{Pico}) - (Vt \times \Delta P/2) \times 0.098$, la energía elástica: $(Vt \times PEEP) + (Vt \times \Delta P/2) \times 0.098$ y motriz: $(Vt \times \Delta P/2) \times 0.098$. Resultados: La energía total y la elástica mostraron una fuerte correlación con la hiperinsuflación pulmonar a nivel global ($R^2 = 0.77$ y $R^2 = 0.73$, respectivamente) y regional (figuras 1 y 2), mientras que la energía motriz no presentó correlación.

Discusión: El riesgo de lesión pulmonar no depende únicamente del ΔP , sino también de la presión absoluta alcanzada (presión plateau), lo que destaca el papel predominante de la energía elástica. Cuan-

do la PEEP no incrementa la capacidad residual funcional, actúa como una plataforma sobre la cual la energía motriz puede ejercer su potencial injuriante.

Conclusión: En este modelo de distensión inducida por PEEP, la energía total y la energía elástica se correlacionaron con la sobre-distensión pulmonar, lo que sugiere su relevancia en la evaluación del riesgo de VILI.



0200 HIPERMINERALOCORTISONISMO INDUCIDO POR ABIRATERONA: REPORTE DE CASO

MA ALCAINO(1), VS CUBAS(1)
(1) Clinica Chapelco.

Introducción: El cáncer de próstata es el tercer tumor más frecuente en nuestro país. Su tratamiento incluye terapia hormonal, quimioterapia y cirugía, siendo la abiraterona un fármaco clave en pacientes con recidiva o resistencia hormonal. Este actúa como inhibidor irreversible de la enzima CYP17A1, interfiriendo en la síntesis de andrógenos.

Presentación del caso: Paciente masculino de 79 años con antecedente de hipertensión y cáncer de próstata en tratamiento con abiraterona, prednisona y enalapril 10mg. Consulta por episodio sincopal de 3hs de evolución. Al ingreso se constata bradicardia (47 lpm), hipertensión arterial (180/100 mmHg), Glasgow 13/15, afebril. Laboratorio con hipokalemia severa (K+ 2 mEq/L) y alcalosis metabólica, sin compromiso renal. ECG con BAV de primer grado. Examen físico sin hallazgos neurológicos ni respiratorios relevantes. TC de cráneo sin lesiones agudas. Se decide su ingreso a UTI, donde se inicia tratamiento con reposición de potasio EV y amlodipina. Ante la persistencia de la hipokalemia y la hipertensión, se añade espironolactona y nitroglicerina EV.

Discusión: El caso se interpreta como un síndrome de hipermineralocortisonismo inducido por abiraterona, dado el cuadro de hipokalemia refractaria, alcalosis metabólica y urgencia hipertensiva. Se descartaron otras causas con presentación similar: hiperaldosteronismo primario (ausencia de adenoma e historia compatible), síndrome de Cushing (sin rasgos clínicos), síndrome de Liddle (poco probable a esta edad), y uso de mineralocorticoides exógenos (negado). La abiraterona, al bloquear la CYP17A1, desvía la síntesis esteroidea hacia la sobreproducción de mineralocorticoides.

La evolución fue favorable tras la suspensión del fármaco en 72hs coincidiendo con su vida media.

El hipermineralocortisonismo inducido por abiraterona es una complicación poco frecuente pero potencialmente grave. La tríada de hipokalemia, alcalosis metabólica y HTA en contexto de este tratamiento debe alertar al equipo médico. El reconocimiento precoz y el manejo oportuno son esenciales para prevenir eventos adversos, sobre todo en pacientes con comorbilidades cardiovasculares.

0201 DOLOR ABDOMINAL AGUDO COMO DEBUT DE FEOCROMOCITOMA: REPORTE DE CASO

MA ALCAINO(1), VS CUBAS(1), E RODRIGUEZ(1)
(1) Clinica Chapelco.

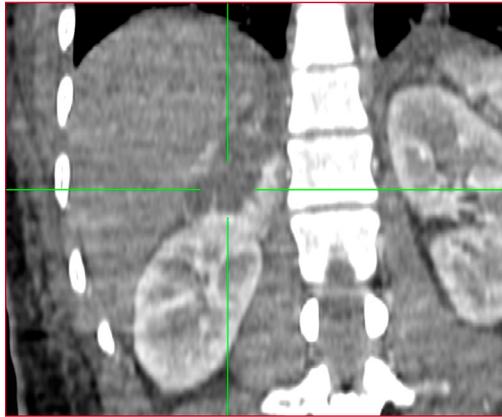
Introducción: El feocromocitoma es un tumor neuroendocrino infrecuente originado en las células cromafines del sistema nervioso simpático. Su principal manifestación clínica es la hipersecreción de catecolaminas, generando hipertensión arterial paroxística o sostenida. Representa entre el 0,3 y 1,9% de las causas secundarias de hipertensión arterial. En pacientes jóvenes, debe sospecharse ante crisis hipertensivas con compromiso multiorgánico.

Presentación del caso: Paciente femenina de 22 años, sin antecedentes relevantes, consulta por dolor abdominal, náuseas y vómitos, con signos de deshidratación ingresando a shock room. Evolución en 12hs con fiebre, SatO₂ 80%, taquipnea FR 28rpm con uso de musculos accesorios, TA 180/120 mmHg, FC 172 lpm, y Glasgow 10/15, requiriendo intubación e ingreso a UTI. Tomografía de tórax: vidrio esmerilado bilateral; tomografía abdominal: masa suprarrenal derecha de 46x38 mm, hipervascular. ECG: RS FC 170lpm PR 0.10 QRS 0.08 EJE 0° QT 240 BIRD. Ecocardiograma: disfunción biventricular, Fey 22%, TAPSE 14. Laboratorio: tropoina I 0.9 ng/mL, proBNP 3364 pg/mL, P/F < 200, sin foco infeccioso. Metanefrinas urinarias: normetanefrina 5523 ug/24 h, ácido vainilmandélico 29.4 mcg/24 h, metanefrina < 15 ug/24 h. A las 48hs del ingreso complica con shock cardiogénico, tratado con Levosimendan durante 72hs para luego iniciar tratamiento con triple bloqueo (terazosina, atenolol, nitroprusiato). Evolución con mejora de la función ventricular (Fey 55%), estabilidad hemodinámica y reducción de infiltrados pulmonares. Se decide derivación a centro de mayor complejidad por posible requerimiento de soporte cardiovascular avanzado.

Discusión: Este caso representa una forma atípica de debut de feocromocitoma, con crisis hipertensiva multisistémica y miocardiopatía por catecolaminas. Se consideraron diagnósticos diferenciales como sepsis, crisis tiroidea, síndrome serotoninérgico, encefalopatía hipertensiva y síndrome de Takotsubo, dado el patrón de disfunción ventricular reversible en contexto de descarga adrenérgica. La combinación de hipertensión severa, masa suprarrenal y catecolaminas elevadas permitió orientar el diagnóstico. El abordaje multidisciplinario fue clave para la estabilización.

Conclusión: El feocromocitoma debe incluirse en el diagnóstico diferencial de crisis hipertensiva con miocardiopatía aguda en pacientes jóvenes. La identificación precoz y el inicio oportuno de bloqueo adrenérgico son fundamentales. El traslado permitió garantizar acceso a soporte avanzado.





0202 EL SESGO DE GÉNERO EN EL DIAGNÓSTICO DE CEFALÉAS: LA MALFORMACIÓN ARTERIOVENOSA ENMASCARADA POR EL ESTIGMA PSIQUIÁTRICO

R PEREZ(1), A DEL VALLE(1), R SOFIA(1), J GELVIZ(1), B PORRIAN(1), C ERAZO(1), V REYES(1), R CHOLE(1)
(1) Centro Gallego De Buenos Aires.

Introducción: Las malformaciones arteriovenosas cerebrales (MAV) se definen como una alteración congénita en la red de vasos sanguíneos. El 86-96 % se encuentran en un área específica; en la cual convergen funciones neuronales cruciales como la memoria, el aprendizaje y el lenguaje; lo que puede influir en el estado psicológico.

Presentación del caso: Femenina de 62 años, antecedentes de episodios de pánico y MAV cervical congénita. Acude en 3 oportunidades por cefalea de predominio occipital acompañada de vómitos. 1er: interpreta crisis de pánico, 2da: tratamiento sintomático, 3era: realizan TC de cerebro sin patológico agudo, 4ta: persistencia cefalea, se interna en psiquiatría diagnóstico episodio de pánico, evalúan tomografía determinan Hemorragia cerebelosa, ingresa a UTI, se realiza arteriografía evidencian MAV temporal y cerebelosa derecha. Se decide realizar embolización de MAV cerebelosa rota, procedimiento sin complicaciones, sin focalidad neurológica, 24 horas posterior se realiza DTC descartando vasoespasmo, alta al 3er día del procedimiento con seguimiento por neurocirugía, sin focalidad y sin sintomatología.

Discusión: Existe un espectro de síntomas psiquiátricos, afectivos, psicóticos y alteraciones de conducta presentes en el cuadro clínico asociado a otras patologías neurológicas, no obstante, no hay estudios que puedan determinar si estas conductas sean pródomos de posibles rupturas de aneurismas, es importante ante enfermedades psiquiátricas descartar patologías cerebral estructural: tumores, MAV, patologías infecciosas, que generan desequilibrios homeostáticos, metabólicos y de presión causando cambios conductuales. En este caso se hace hincapié en la interpretación temprana de la clínica, soberana para el diagnóstico, acompañada de la importancia de los antecedentes. El aumento de las patologías psiquiátricas, ha hecho que los médicos estigmaticen a los paciente con síntomas psiquiátricos como pacientes con alta probabilidad de cursar brotes y recaídas agudas, olvidando que de igual forma se pueden presentar patologías estructurales.

Conclusión: Se ha intentado demostrar el componente estructural y fisiopatológico compartido entre patologías neurológicas y psiquiátricas, explicando el posible origen etimológico, generando síntomas psiquiátricos, afectivos, psicóticos y alteraciones conductuales. Siendo también posible un sesgo al presentarse y catalogar a paciente con patología psiquiátrica única y exclusivamente como patología molecular y NO estructural, restando importancia a patologías importantes como una MAV complicada.

0204 PROCURACIÓN RENAL EN DONANTE AÑOSO: EXPERIENCIA DE UN PROCESO DE DONACIÓN DE DONANTE DE 75 AÑOS

G ARANDA(1), EA FERNANDEZ DA VEIGA(1), M SANABRIA(1), B CARDOZO, L OJEDA FLORES(1), E ALFONSO(1), H ÁLVAREZ
(1) Cucaicor.

Introducción: El trasplante renal se considera beneficioso en término de supervivencia en comparación con la diálisis continua en pacientes con enfermedad renal crónica independientemente de la edad.

Caso clínico: Masculino de 75 años, sin antecedentes, internado en UTI por TEC grave secundario a caída desde su propia altura, sin conducta neuroquirúrgica GYF AB+. Lab ingreso: Hto 44%, Hb 15,2 gr/dL, GB 11.700 mm³, Creatinina 0.75 mg/dL, Urea 25 mg/dL. Evoluciona con NAVM tardía por S. Aureus y Klebsiella pneumoniae en tratamiento antibiótico con vancomicina + piperacilina/tazobactam. El 23/04/2025 evoluciona con abolición de los reflejos de tronco encefálico. Se realiza DTC que evidencia patrón sonográfico compatible con parada circulatoria cerebral. Se inicia proceso de donación ofreciendo ambos riñones y córneas para distribución. Lab: Hto 39%, Hb 12,8 gr/dL, GB 10.700 mm³, Creatinina 0.96 mg/dL, Urea 41 mg/dL. Se asigna RD a receptor de 68 años de edad, descartándose el RI por para receptor de 37 años. Índice de remuzzi = 0 (0/0/0/0) en ambos riñones. En dicho proceso de distribución se descartaron 8 receptores con edad mayor a 60 años por las características del donante.

DISCUSIÓN: En Argentina hay 1436 pacientes en LE para tx renal mayores de 60 años. Sin embargo, en el año 2025, solamente fueron 83 los donantes de órganos con edad mayor a 60 años (67% donantes reales efectivos), representando el 32% los donantes mayores a 70 años.

Conclusión: A pesar de que la edad no es una contraindicación para un proceso de donación renal, en Argentina los descartes siguen siendo frecuentes por la edad del donante.

0206 CORRELACION DTC Y PIC EN LA NEUROMONITORIZACION DE PACIENTES CRITICOS DEL HIGA SIMPLEMENTE EVITA, DE GONZALEZ CATAN, PERIODO DE 1 DE ENERO 2024 HASTA EL 31 DE MARZO DEL 2025

L GONZALES(1), D VARGAS(1), A RODRÍGUEZ(1), G IZZO(1), E RODRIGUEZ(1), H CABRERA(1), JA VERA(1), M YBARRA(1)
(1) Hospital Simplemente Evita De Gonzales Catan.

Introducción: La lesión cerebral traumática (LCT) constituye una de las principales causas de muerte y discapacidad a nivel global. En pacientes neurocríticos, la monitorización neurológica cumple un rol fundamental en la toma de decisiones. La medición de la Presión Intracraneana (PIC) es el estándar de referencia, pero su carácter invasivo puede limitar su aplicación. Frente a esto, el Doppler Transcraneal (DTC) surge como una alternativa no invasiva para estimar parámetros hemodinámicos cerebrales, en particular el índice de pulsatilidad (IP), que se ha propuesto como marcador indirecto de hipertensión endocraneana.

Objetivos: Correlacionar los estudios Doppler Transcraneal (DTC) y Presión intracraneal (PIC) en la Neuromonitorización de pacientes críticos; Validar la fórmula de Bellner para correlacionar DTC-PIC.

Material y métodos: Este estudio observacional, analítico y prospectivo se realizó en la Unidad de Terapia Intensiva del Hospital General de Agudos "Simplemente Evita" de González Catán, entre enero de 2024 y marzo de 2025. Se incluyeron 32 pacientes mayores de 18 años con diversas patologías neurológicas críticas que requirieron monitoreo de PIC y se les realizó simultáneamente una evaluación por DTC.

Resultados: Muestran una edad promedio de 45,2 años, siendo la edad más frecuente 32 años, con predominio masculino (75%). La causa más frecuente de ingreso fue el trauma encefalocraneano

grave (50%). El score APACHE II promedio fue de 22 y el Glasgow de ingreso, de 6 puntos. Se registraron 7 casos de hipertensión endocraneana (PIC \geq 20 mmHg), y todos los pacientes fueron evaluados con DTC.

La correlación entre PIC e IP mostró un coeficiente de Pearson $r = -0,10$, sin significancia estadística ($p = 0,568$). Al aplicar la fórmula de Bellner (PIC estimada \approx TAM \times IP $- 14$), se encontró una correlación aceptable en valores intermedios de IP, pero tendencia a subestimación en valores extremos.

Conclusión: Si bien no hubo correlación significativa entre DTC y PIC en esta cohorte, el DTC puede ser una herramienta complementaria útil, especialmente cuando la monitorización invasiva no es posible. Se recomienda ampliar la muestra y validar protocolos para su implementación rutinaria.

Tabla de Resultados

Variable	Resultado
N (pacientes)	32
Edad promedio	45,2 años
Edad más frecuente (moda)	32 años
Sexo	Masculino: 75% / Femenino: 25%
Lesión más frecuente	TEC grave (50%)
APACHE II promedio	22
Glasgow de ingreso promedio	6 puntos
Eventos de hipertensión endocraneana (PIC \geq 20)	7/32 (21,8%)
Eventos de medición de DTC	32 (100%)
Correlación PIC-DTC (Pearson)	$r = -0,10$ ($p = 0,568$)
Mortalidad hospitalaria	53% (17/32)
Condición de alta	Vivo: 15 (47%) / Óbito: 17 (53%)

0207 LISTERIOSIS INVASIVA

C BALEZANO(1), A ORTIZ(1), A KURON(1), D SCAFURO(1), A PRECKEL(1)
(1) Hospital Militar Central.

Introducción: *Listeria Monocytogenes* es un Bacilo Gram Positivo, intracelular facultativo, que puede crecer en ambientes hostiles, su principal fuente de contagio son los alimentos contaminados. La población de riesgo son mayores a 65 años, inmunodeprimidos, neonatos y embarazadas. Suele autolimitarse por medio de la inmunidad celular, pero si existe algún inmunocompromiso de la misma puede presentarse de una manera invasiva afectando principalmente al cerebro dando lo que se denomina Neurolisteriosis; placenta, *Listeria* del embarazo y bacteremia.

Presentación del caso: Paciente masculino de 20 años de edad con antecedentes de agammaglobulinemia e hígado graso en estudio durante dos años por hepatograma alterado. En tratamiento con gammaglobulina sustitutiva. Inicia con dolor abdominal diarrea, vómitos, fiebre y escalofríos. Se interpreta en primera instancia como pancreatitis alitiásica. Evoluciona con deterioro neurológico por lo que pasa a terapia intensiva. Se realiza tc pulmonar evidenciando neumonía. Ingresos falla neurológica, hepática y plaquetaria. LCR glucorraquia 20, proteinorraquia 4.8, láctico 16, predominio de polimorfonucleares. Se interpreta cuadro como shock séptico a foco respiratorio y meníngeo con posteriores rescates de *L. Monocytogenes* en Hemocultivos x2, urocultivo y líquido cefalorraquídeo. Realiza tratamiento con ampicilina durante 14 días y trimetoprima sulfametoxazol por 10 días e infusión con gammaglobulina.

Se complica con hidrocefalia, peritonitis bacteriana espontánea y derrame pleural.

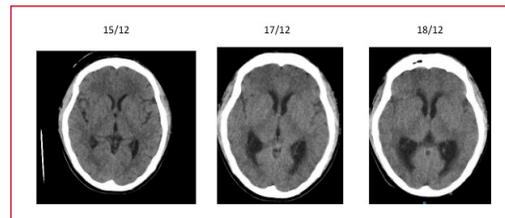
Curso internación durante 19 días, fallece por shock séptico refractario a foco respiratorio con rescate de *Acinetobacter Baumanni*.

Discusión: La listeriosis invasiva, es una forma de presentación poco frecuente y de elevada mortalidad (16-36%), suele limitarse por la inmunidad celular. En nuestro caso se presentó como neurolisteriosis una de las formas invasivas, debido al inmunocompromiso del caso. Se suele presentar de manera más insidiosa a una Meningitis Bacteriana sin la triada característica. Su diagnóstico es por medio de punción lumbar y neuroimagen, evidenciando

características como ventriculitis asociado a hidrocefalia como en nuestro caso.

Presentó las complicaciones mas frecuentes de listeriosis invasiva.

Conclusión: Si bien la listeriosis en Argentina es poco frecuente, puede presentar una evolución mortal. Es de vital importancia que ante un cuadro infeccioso se sospeche de esta entidad, especialmente en grupos de riesgo.



0208 SINDROME DE INFUSION DE PROPOFOL (PRIS) EN PACIENTE CON STATUS CONVULSIVO: REPORTE DE CASO

JJ QUIROS(1)
(1) Argerich.

Introducción: El síndrome de infusión de propofol (PRIS) es una complicación infrecuente potencialmente fatal de su uso prolongado en pacientes críticos. Caracterizado por acidosis metabólica con anión gap elevado, hiperlactacidemia, rabdomiólisis, arritmias cardíacas, disfunción miocárdica y falla multiorgánica. Su incidencia estimada es del 1,1%, con una mortalidad que oscila entre 18% y 81%. Se presenta el caso de paciente joven con status convulsivo que desarrolló PRIS durante sedación con propofol.

Presentación del caso: Paciente masculino 22 años, antecedente de epilepsia desde la infancia en tratamiento con levetiracetam y valproato recientemente descendido por sospecha de toxicidad. Ingresa a guardia por deterioro del sensorio y convulsiones. Glasgow 10/15, afebril, hemodinámicamente estable. Leucocitosis, acidosis metabólica con hiperlactacidemia, hipokalemia leve y toxicológico negativo. TC cerebro sin hallazgos. Se realiza carga y mantenimiento con levetiracetam y se traslada a UTI. Presenta crisis tónico-clónica generalizada evolucionando a status convulsivo, requiriendo sedación profunda con propofol. Al cuarto día, desarrolla shock distributivo refractario, taquicardia ventricular, acidosis metabólica grave, hiperkalemia refractaria, CPK elevada y falla renal aguda. Inicia diálisis continua y suspende infusión de propofol. Evolución con paro cardiopulmonar y fallece al quinto día de internación.

Discusión: El PRIS es una entidad clínica asociada al uso prolongado o altas dosis de propofol, particularmente en pacientes neurológicos, sépticos o con estatus epiléptico. Su fisiopatología involucra alteraciones mitocondriales y metabolismo de los ácidos grasos, inhibición del transporte de electrones y producción de ATP, lo cual lleva a una disfunción celular sistémica. Factores de riesgo incluyen infusión de propofol > 4 mg/kg/h, tratamiento concomitante con catecolaminas, corticosteroides, y estatus epiléptico refractario. Los hallazgos clínicos incluyen acidosis metabólica severa, hiperlactacidemia, rabdomiólisis, hiperkalemia, arritmias ventriculares y disfunción cardíaca. La evolución suele ser de difícil manejo.

Conclusión: Este caso resalta la importancia de considerar el PRIS en pacientes bajo sedación con propofol, especialmente en presencia de acidosis metabólica, arritmias y rabdomiólisis. La identificación precoz y la suspensión inmediata son claves para evitar la progresión a falla multiorgánica y muerte. Se requiere una vigilancia estricta en pacientes neurológicos críticos, considerando esquemas de sedación alternativos en situaciones de alto riesgo.

0211 MIOCARDIOPATÍA DILATADA: REPORTE DE CASOS

E VARGAS(1), C PAGELLA(1), C AUTIERO(1), A RUIDIAZ(1), F MOURAS SABADELL(1), G SCHEINKERMAN(1), M PENAZZI(1)
 (1) Hospital De Niños Profesor Dr. Ramón Exeni.

Introducción: La miocardiopatía dilatada es una patología caracterizada por la dilatación y disfunción ventricular cuya evolución natural puede conducir a la insuficiencia cardíaca, arritmias o la muerte. Es la miocardiopatía más frecuente en la edad pediátrica. Sin embargo, se desconoce la incidencia en Argentina.

Es una enfermedad progresiva de alta morbimortalidad en pediatría, con mal pronóstico, ya que a los 5 años del diagnóstico el 40% de los niños habrán muerto o estarán en la lista de trasplante.

En la Unidad de Terapia Intensiva (UTIP) del Hospital de Niños Profesor Dr. Ramón Exeni de San Justo se registraron 5 casos de pacientes diagnosticados con miocardiopatía dilatada entre julio de 2019 y marzo de 2025. La presentación de los mismos en este trabajo tiene por objetivo describir sus rasgos clínicos, etiología, factores de riesgo y tratamientos instaurados.

Presentación de casos: En la tabla 1 se describe la evolución de 5 pacientes que ingresaron a nuestra Unidad de Terapia Intensiva Pediátrica en el período descripto.

El ecocardiograma fue el método de elección para confirmar la sospecha clínica.

Discusión: Los pacientes presentados no tenían antecedentes previos e ingresaron al servicio en shock cardiogénico. A pesar de que 4 de los casos recibieron gammaglobulina, no hay recomendaciones bibliográficas sobre el uso estandarizado.

El uso de ecocardiograma fue clave para la confirmación del diagnóstico y seguimiento evolutivo.

En cuanto a la administración de levosimendán, 4 de los 5 pacientes recibieron al menos 1 dosis, sin embargo, no se pudo atribuir exclusivamente la buena evolución a su uso o a la combinación de tratamientos recibidos. No hay estudios en pediatría con un gran

número de pacientes que demuestren los beneficios de Levosimendán. A pesar de haber sido la opción inicial para el manejo de este tipo de pacientes durante años, actualmente es cuestionada y están siendo tratados con otros enfoques.

Conclusión: Todos los pacientes ingresaron en shock cardiogénico. El diagnóstico de situación y un tratamiento precoz acorde ante la sospecha clínica es fundamental para la supervivencia de los pacientes. El ecocardiograma fue clave en la confirmación del diagnóstico.

Paciente	1	2	3	4	5
Edad	3 meses	7 meses	8 meses	8 meses	2 meses
Motivo de consulta	Dificultad respiratoria	CVAS y dificultad respiratoria	Decaimiento, regular actividad alimentaria y dificultad respiratoria	Dificultad respiratoria, 1 registro subcutáneo, púlsico y cianosis periorales	dificultad respiratoria y rechazo del alimento
Antecedentes	Atresia esofágica, CIA	Regular progreso de peso	No refiere	CBO de manejo ambulatorio	No refiere
Diagnóstico al ingreso a UCIP	Shock séptico a foco respiratorio Shock cardiogénico	Shock séptico a foco respiratorio Shock cardiogénico	Shock cardiogénico MCD	Shock cardiogénico MCD	Sospecha de sepsis MCD
Etiología	Metapneumovirus	Enterovirus	-	Enterovirus Parainfluenza y Adenovirus	ALCAPA
HMCo?	Negativos	Negativos	Negativos	Negativos	Negativos
Serología	Negativas	Negativas	Negativas	Negativas	Negativas
ARMB	Si	Si	Si	Si	Si
CPK máxima CPK MB máxima	207 121	391 38	129 96	665 49	134 74
Troponinas	70,7	127,8	28	88,8	-
ProBNP	1314	> 35000	8600	9723	-
Inotrópicos	Adrenalina Miltrona	Adrenalina Miltrona	Miltrona	Miltrona	Adrenalina Miltrona
Levosimendán	x 3	x 2	x 2	x 1	-
Gammaglobulina	2 g/kg	2 g/kg	2 g/kg	1 g/kg	-
Ecocardiograma de ingreso	MCD, mala función sistodiastólica. IM leve-moderada. Ductos mínimos. FA 21%	Contractilidad global disminuida FA 9.8%. Dilatación severa de cavidades izquierdas con sobrecarga de SV hacia VD. IM severa. TV Coronarias normales, sin HTD.	Dilatación ventricular severa, dilatación de cavidades izquierdas FA 21%	MCD global a predominio izquierdo con dilatación global severa. DDM 2.5. FA 17%. Función sistodiastólica severa. IM y tricúspides severas. Derivante pericardíaco	MCD severa. Dilatación ventricular izquierda severa. IM severa. FA 13%.
Evolución	Pase a sala de pediatría	Pase a sala de pediatría	Pase a sala de pediatría	Pase a sala de pediatría	Derivación UCI 36 Hrs. Derivación

0212 EXPERIENCIA EN EL MANEJO PERIOPERATORIO CON ECMO EN PACIENTES TRASPLANTADOS PULMONARES (2011-2024)

J PAVICIC(1), L BUJAN MOLINS(1), I CARBONI BISSO(1), I FERNÁNDEZ CEBALLOS(1), M LAS HERAS(1)
 (1) Italiano De Buenos Aires.

Introducción: El uso de ECMO como soporte perioperatorio en trasplante pulmonar es cada vez más frecuente, con resultados variables. Este estudio describe las indicaciones y resultados del uso de ECMO Venoso-Venoso (VV) y Venoso-Arterial (VA) en trasplantes pulmonares durante 13 años.

Materiales y métodos: Estudio observacional retrospectivo en pacientes trasplantados entre 02/2011 y 05/2024 en unidad de cuidados críticos del Hospital Italiano de Buenos Aires. Se recolectaron datos clínicos, demográficos, comorbilidades, duración del soporte y desenlaces. Para el análisis se utilizó Mann-Whitney para variables continuas y χ^2 o test de Fisher para categóricas.

Resultados: Se incluyeron 46 pacientes: 19 con trasplante unipulmonar y 27 bipulmonar. La mediana de edad fue mayor en los unipulmonares (57 años, RIC 49-65) frente a los bipulmonares (35 años, RIC 26-52) (p=0,0003).

El 48% (n=22) fueron hombres, con mayor proporción en trasplantes unipulmonares (58%) que bipulmonares (41%). SOFA fue 7 (5-10) vs. 6 (4-8) (p=0,16) y Charlson 2 (2-4) vs. 1 (0-2) (p=0,005), respectivamente.

La causa más frecuente de trasplante fue fibrosis pulmonar idiopática (50%). En el manejo perioperatorio, el 34,8% recibió ECMO

VV y el 65,2% ECMO VA. La mortalidad fue del 35,8% (n=17), sin diferencias significativas entre unipulmonares (34,8%) y bipulmonares (33,3%) (p=1,00).

Conclusiones: Este estudio describe las diferencias demográficas y clínicas entre los trasplantes unipulmonares y bipulmonares. Los pacientes con trasplante unipulmonar eran de mayor edad y presentaban más comorbilidades, lo que podría influir en un mayor grado de disfunción orgánica postoperatoria, reflejado en los scores de SOFA y Charlson. Además, la evolución clínica podría estar condicionada por la presencia de un pulmón nativo enfermo en los casos unipulmonares y por la menor frecuencia de ECMO perioperatorio en este grupo, lo que sugiere un mayor estado de gravedad al momento de su utilización.

Variable	Total (n=46)	Unipulmonar (n=19)	Bipulmonar (n=27)	p
Sexo masculino, n (%)	22 (48%)	11 (58%)	11 (41%)	0,3695
Edad, mediana (RIC) (años)	48 (32-59)	57 (49-65)	35 (26-52)	0,0003 ^{***}
Charlson Comorbidity Index, med (RIC)	2 (0-4)	2 (2-4)	1 (0-2)	0,0005
APACHE II, mediana (RIC)	15 (12-21)	18 (15-27)	14 (11-20)	0,7490
SOFA, mediana (RIC)	6 (4-8)	7 (5-10)	6 (4-8)	0,1676
Mortalidad, n (%)	17 (36,8%)	8 (34,8%)	9 (33,3%)	1,0000

- Tabla 1. Características clínicas y demográficas de pacientes trasplantados pulmonares con ECMO perioperatorio

Motivo de trasplante	n	%
Fibrosis pulmonar	23	50,00%
Fibrosis quística	9	19,57%
EPOC	8	17,39%
Bronquiectasias no FQ	3	6,52%
Hipertensión pulmonar	3	6,52%
Total	46	100,00%

- Tabla 2. Etiología del trasplante pulmonar

0213 MONITOREO DEL ESFUERZO VENTILATORIO A TRAVÉS DE LA MEDICIÓN DEL PTP MEDIANTE LA PRESIÓN DE OCLUSIÓN DE LA VÍA AÉREA (PTPPOCC)
 E STEINBERG(4), E GOGNIAT, G PLOTNIKOW(1), R MORACCI(1), S FREDÉS(2), N TIRIBELLI(2), J DORADO(3), S GIANNASI(4), M SETTEN(5), J DIANTI(5), M MADORNO, P RODRIGUEZ(5)
 (1) Hospital Británico. (2) Cmpfa Churrucá-Visca. (3) Sanatorio Anchorena San Martín. (4) Hospital Italiano. (5) Cemic.

Introducción: El monitoreo del esfuerzo inspiratorio en ventilación mecánica (VM) es relevante para la protección pulmonar y diafragmática. El Producto Presión-Tiempo esofágico (PTPESO) es utilizado como estándar para cuantificarlo, pero su uso clínico es limitado. La presión de oclusión de la vía aérea (POCC) ofrece una alternativa no invasiva, aunque no considera la duración del esfuerzo (Ti) ni la frecuencia respiratoria (FR).

Este estudio busca evaluar una estimación del PTPESO durante la ventilación con soporte de presión (PSV) a partir de la POCC (PTPPOCC), según la siguiente ecuación:

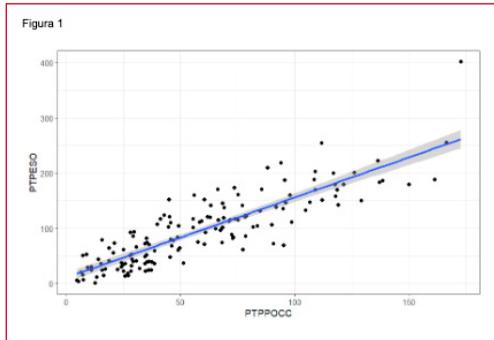
$$PTPPOCC = 0,75 * POCC * Ti * FR / 2$$

Materiales y Métodos: Estudio multicéntrico y prospectivo en adultos ventilados en PSV con patrón ventilatorio regular. Se excluyeron embarazadas, pacientes con orden de "no reanimar", mal pronóstico a corto plazo o sin consentimiento informado. Se aplicaron tres niveles de PSV en orden aleatorio durante 15 minutos (5, 10 y 15 cmH₂O). En los últimos 3 minutos de cada fase se realizaron 3 maniobras de POCC, y se obtuvo PTPESO previa. Para evaluar la relación entre ambas se utilizó un modelo lineal de efectos mixtos, incluyendo el identificador de paciente y el nivel de presión como variables de efecto aleatorio. Se realizó un diagrama de Bland-

Altman y se computó el sesgo también a partir de un modelo de efectos mixtos.

Resultados: Se incluyeron 49 pacientes en los 5 centros participantes. La tabla 1 muestra los datos basales de los pacientes. La figura 1 ilustra la relación entre la PTPESO y PTPPOCC por minuto. El coeficiente de la regresión fue 0.98 (IC95%: 0.86-1.1), con una R² condicional y marginal de 0.81 y 0.44. En el análisis de Bland y Altman, el sesgo fue de 37.4 cmH₂O-s/min (IC95%: 12.9-61.9).

Conclusión: En pacientes ventilados en PSV con un rango de esfuerzo amplio, la relación lineal entre PTPPOCC y PTPESO muestra una buena bondad de ajuste. Sin embargo, PTPPOCC subestima el valor de PTPESO y linealidad entre la diferencia entre las estimaciones y su valor promedio.



Variable	Población n=49
Edad, años, mediana [RIQ]	68 [57 - 74]
Sexo, femenino (%)	19 (38,78)
SAPS II, n, media (DS)	47,46 (11,65)
Motivo de inicio de VM, n (%)	
ACV	6 (12,24)
Aspiración	1 (2,04)
Coma metabólico	4 (8,16)
EPOC reagudizado	3 (6,12)
Neumonía	7 (14,29)
Otras enfermedades respiratorias crónicas	1 (2,04)
POP	8 (16,33)
Sepsis	11 (22,45)
SDRA	2 (4,08)
TEC	2 (4,08)
Trauma múltiple	3 (6,12)
Otro	1 (2,04)
Días hasta la medición, días, mediana [RIQ]	8 [4 - 12]
RASS el día de la medición, n(%)	
-4	13 (26,53)
-3	14 (28,57)
-2	3 (6,12)
-1	5 (10,20)
0	13 (26,53)
+1	1 (2,04)
Ausencia de sedantes, n (%)	34 (69,39)
Ausencia de opioides, n(%)	25 (51,02)
pH, n, mediana [RIQ]	7,45 [7,42 - 7,49]
PO ₂ , mmHg, mediana [RIQ]	82,8 [74 - 95]
PCO ₂ , mmHg, mediana [RIQ]	38,4 [34 - 44]
HCO ₃ ⁻ , mmHg, mediana [RIQ]	25,1 [22,7 - 28]
FIO ₂ , %, mmHg, mediana [RIQ]	30 [28 - 50]

VM= ventilación mecánica, ACV= accidente cerebrovascular, EPOC= enfermedad pulmonar obstructiva crónica, POP= posoperatorio, RASS= escala de sedación agitación de Richmond, PO₂= presión parcial de oxígeno en sangre, PCO₂= presión parcial de dióxido de carbono en sangre, HCO₃⁻= bicarbonato, FIO₂= fracción inspirada de oxígeno, DS= desvío estándar, RIQ= rango intercuartílico

0214 MEDICIÓN DE LA INTEGRAL DE LA VELOCIDAD-TIEMPO DEL TRACTO DE SALIDA DEL VENTRÍCULO IZQUIERDO (VTI) EN PACIENTES CON SHOCK SÉPTICO

A FELDMAN(1), A GARCIA(1), J AGUIRRE(1), A ALEJANDRO(1), C LOPEZ(1), K D ELIA(1), M LOMPIZANO(1), K SIVILA(1), M RENK(1), C BENAY(1), J CAPELLA(1), D QUARANTA(1)
 (1) Churrucá.

Introducción: La monitorización del gasto cardíaco (GC) es crucial para el tratamiento de los pacientes en estado crítico. Si bien los

métodos invasivos tradicionales, como la termodilución, se utilizan comúnmente, la ecocardiografía se ha convertido en una valiosa alternativa no invasiva. En pacientes con shock séptico. La integral velocidad-tiempo (VTI) del tracto de salida del ventrículo izquierdo (TSVI), obtenida por ecocardiografía doppler pulsado, permite estimar el volumen sistólico (VS) y el gasto cardíaco (GC) de forma no invasiva.

Objetivo: Describir la utilidad clínica de la medición del VTI en pacientes con shock séptico en la UCI, diferenciando su aplicación diagnóstica y terapéutica en presencia o ausencia de soporte con drogas vasoactivas.

Materiales y Métodos: Estudio descriptivo, prospectivo, realizado en una unidad de cuidados intensivos con 20 pacientes con diagnóstico de shock séptico realizado entre septiembre de 2024 y marzo de 2025. La edad media fue de 70 años (rango 58–82), con predominio de sexo masculino (70%). El score APACHE II medio fue 20 y el SAPS II fue 40. En todos los casos se realizaron mediciones seriadas de VTI por ecocardiografía transtorácica (ventana apical cinco cámaras), inicialmente sin drogas vasoactivas y luego tras la introducción de noradrenalina o vasopresina. Se analizó la respuesta a fluidos challenge y la evolución del VTI con el tratamiento.

Resultados: En pacientes sin drogas vasoactivas, un VTI menor a 15 cm se asoció a hipovolemia y respuesta positiva al volumen si el incremento post-fluido fue $\geq 10\%$. En pacientes con drogas vasoactivas, el VTI permitió guiar el ajuste de dosis y evitar sobrecarga hídrica. Se observó un aumento progresivo del VTI al optimizar la perfusión con vasopresores e inotrópicos.

Conclusión: La medición del VTI es una herramienta simple, reproducible y no invasiva que facilita el manejo hemodinámico personalizado en pacientes con shock séptico. Esta herramienta resulta útil en escenarios de inestabilidad hemodinámica, permitiendo guiar la reanimación con fluidos o el uso de drogas vasoactivas.

0215 SEDACION CON ISOFLURANO INHALADO EN PACIENTES CON VENTILACION MECÁNICA EN LA TERAPIA INTENSIVA DEL COMPLEJO MÉDICO POLICIAL CHURRUCA-VISCA

A FELDMAN(1), C LOPEZ(1), M ALIAGA(1), M RENK(1), A GARCIA(1), A ALEJANDRO(1), M LOMPIZANO(1), K SIVILA(1), K D ELIA(1), G SIBILA(1), N TIRIBELLI(1), S FREDDES(2), J CAPELLA(1), C BENAY(1), D QUARANTA(1)
(1) Churruca. (2) Churuca.

Introducción: Los pacientes críticamente enfermos a menudo desarrollan el Síndrome Post-Cuidados Intensivos (PICS). La sedación inhalatoria con isoflurano ha surgido como una alternativa prometedora frente a la sedación intravenosa prolongada en pacientes críticos que requieren ventilación mecánica invasiva de larga duración. El isoflurano, un agente halogenado con escasa acumulación tisular, permite una sedación profunda, estable y con rápida recuperación.

Objetivo: Evaluar la eficacia y seguridad de la sedación con isoflurano inhalado en pacientes con Síndrome de Distrés Respiratorio Agudo (SDRA) moderado a severo.

Material y Métodos: Estudio descriptivo, retrospectivo y observacional que incluyó pacientes ≥ 18 años ingresados en la Unidad de Terapia Intensiva (UTI) del Complejo Médico Policial Churruca-Visca entre el 1 de septiembre de 2024 y el 31 de marzo de 2025. Se seleccionaron pacientes con ARM >24 h y SDRA moderado a grave ($\text{PaO}_2/\text{FiO}_2$ menor a 200), sedados con isoflurano mediante Sedaconda ACD-5 (Sedana Medical). Se registraron características clínicas, parámetros ventilatorios, duración de la sedación, FET, MAC, eventos adversos y desenlaces clínicos.

Resultados: De 704 pacientes ingresados, 444 (60%) requirieron ARM. Ocho (ocho) pacientes recibieron sedación inhalada con iso-

flurano; edad media: 66 ± 16 años; 60% hombres; APACHE II: 20 ± 9 ; SAPS II: 40. El 60% presentaba patologías clínicas y el 40% poquirúrgicas. El 80% recibió ventilación controlada por volumen, y el 20% controlada por presión. La FET de isoflurano fue de 0.5% (RIC: 0.3–0.7), con un MAC de 0.4 (RIC: 0.2–0.6), dentro del rango esperado en pacientes críticos (0.3–0.6). La mediana de duración de la sedación fue de 7 días (RIC: 4–7). Se logró suspensión completa de sedantes intravenosos y reducción $\geq 30\%$ en opioides. Todos requirieron sedación profunda inicial (RASS -5 a -4); BIS (20–40) y bloqueo neuromuscular hasta 48 h. Mediana de ARM: 18 días (RIC: 17–20); estadía en UTI: 20 días (RIC: 19–24). Mortalidad: 68%. Un paciente presentó hipernatremia y hepatotoxicidad leve.

Conclusión: La sedación con isoflurano fue efectiva para mantener niveles profundos de sedación y permitió reducir el uso de sedantes intravenosos. Su uso podría considerarse en pacientes críticos seleccionados, aunque la elevada mortalidad sugiere la necesidad de estudios adicionales para definir su impacto clínico.

0216 MONITORIZACIÓN AVANZADA CON TOMOGRAFÍA DE IMPEDANCIA ELÉCTRICA (EIT) Y PRESIÓN TRANSPULMONAR (PTP) EN UN PACIENTE CON FIBROSIS PULMONAR: EVALUACIÓN DEL EFECTO DE LA PEEP

A FELDMAN(1), C LOPEZ(1), D VARELA(1), M RENK(1), A GARCIA(1), A ALEJANDRO(1), J CAPELLA(1), S FREDDES(1), N TIRIBELLI(1), D QUARANTA(1)
(1) Churruca.

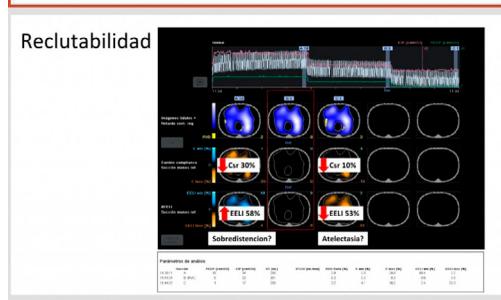
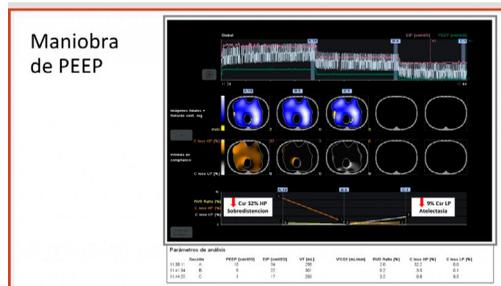
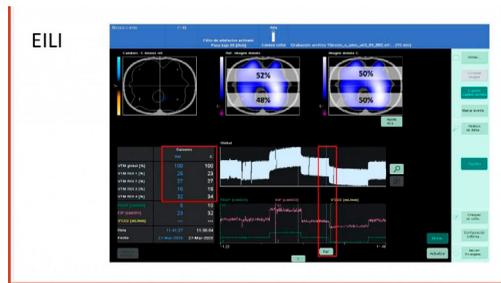
Introducción: La tomografía de impedancia eléctrica es un nuevo método de monitorización de la ventilación mecánica no invasivo, a pie de cama y con utilidad en el paciente crítico. La fibrosis pulmonar presenta cambios estructurales que resultan en cambios profundos en la mecánica del sistema respiratorio, predisponiendo a un alto riesgo de desarrollar lesión pulmonar inducida por ventilador. El uso combinado de Tomografía de Impedancia Eléctrica (EIT) y mediciones de presión transpulmonar (Ptp) permite una evaluación individualizada de la mecánica pulmonar y la optimización de la estrategia ventilatoria.

Objetivo: Describir la evaluación de la mecánica ventilatoria y la respuesta a cambios de PEEP mediante EIT y Ptp en un paciente con fibrosis pulmonar.

Material y métodos: Se monitorizó un paciente con diagnóstico de fibrosis pulmonar. Se evaluó la distribución de la ventilación, estimación del colapso y sobredistención pulmonar a través de la EIT (Pulmovista, Drager) y Compliance del SR (Csr) y presión transpulmonar (FluxMed, MBMed) en forma pasiva, en VC-CMV a 6ml/Kg, a PEEP 10, 5 y 0 cmH₂O.

Resultados: La Csr a PEEP 5 fue la más alta (21,2 ml/cmH₂O) y coincidió con la que minimizó el colapso y sobredistención pulmonar. Esto se consiguió más allá del desarrollo de Ptp espiratoria negativa de -2 cmH₂O. Con PEEP 10 se alcanzó una Ptp espiratoria de +2 cmH₂O, pero con una elevada Ptp inspiratoria (27,9 cmH₂O) y con 30% de sobredistención. A PEEP 0, la Csr fue similar a PEEP5, con Ptp espiratoria negativa y 9% de colapso pulmonar, principalmente en zona pulmonar dependiente. La distribución de la ventilación en dirección derecha-izquierda, ventral-dorsal o por cuadrantes no mostró diferencias a diferentes niveles de PEEP.

Conclusión: La heterogeneidad en el comportamiento elástico favoreció el desarrollo de fenómenos de colapso, reclutamiento y sobredistención. El uso de PEEP alta para mantener las unidades alveolares abiertas durante la espiración expuso al pulmón al riesgo de lesión secundaria a los efectos de presión transpulmonar inspiratoria elevada. La monitorización avanzada puede ser útil para el ajuste individualizado de la ventilación mecánica, favoreciendo la protección pulmonar mediante la detección precoz de sobredistención y prevención de colapso.

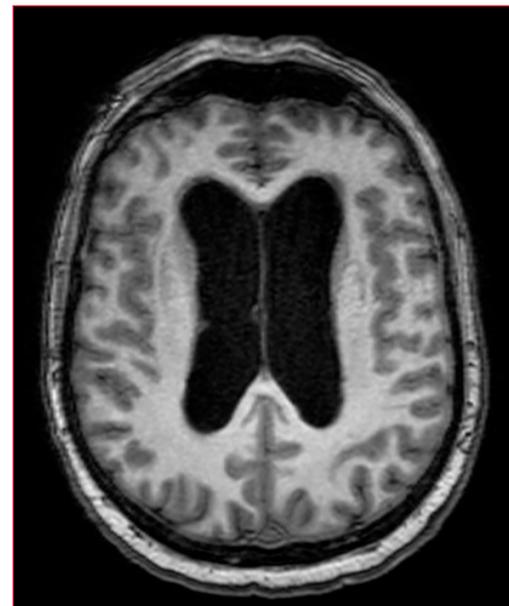


Durante la internación presentó shock séptico con hemocultivos positivos para *Klebsiella pneumoniae* MS y *Stenotrophomonas maltophilia*, requiriendo antibioticoterapia escalonada. Por persistencia de levaduras, se realizaron múltiples recambios de DVE. El 16/06 se colocó válvula ventriculoperitoneal con nuevos aislamientos bacterianos. Reingresó en dos ocasiones por complicaciones: neumonía asociada a cuidados de salud e hipernatremia severa con meningitis por *Staphylococcus epidermidis* y *Pseudomonas fluorescens*. Presentó destete ventilatorio difícil, traqueostomía y nuevas infecciones respiratorias. Ante deterioro neurológico irreversible e inestabilidad hemodinámica. Falleció el 29/09/2024.

Discusión: La neurocriptococosis puede evolucionar de forma grave en pacientes sin inmunosupresión, especialmente cuando se asocia a hidrocefalia. El uso prolongado de dispositivos ventriculares incrementa el riesgo de infecciones bacterianas y fúngicas, dificultando el control clínico. El diagnóstico diferencial inicial con proceso neoproliferativo retrasó el tratamiento específico. La evolución descrita concuerda con reportes que destacan alta mortalidad en casos de neuroinfección micótica con complicaciones nosocomiales y soporte invasivo prolongado.

Conclusión: El abordaje de la neurocriptococosis requiere una estrategia integral que combine tratamiento antifúngico prolongado, manejo neuroquirúrgico secuencial y vigilancia infecciosa estricta. La toma de decisiones centrada en el paciente y el trabajo interdisciplinario son fundamentales, especialmente ante evolución neurológica irreversible.

Estudio	Valores
Muestra Profundas Material: LCR Examen directo: Se observa levaduras compatibles con <i>Cryptococcus</i> sp. Coloración de gram: Se observa levaduras compatibles con <i>Cryptococcus</i> sp. Observación: Tinta china: Se observa levaduras capsuladas compatibles con <i>Cryptococcus</i> sp.	
Ag <i>Cryptococcus neoformans</i> Material: LCR Resultado: Positivo	



0217 HIDROCEFALIA SECUNDARIA A NEUROCRIPCOCOSIS EN PACIENTE INMUNOCOMPETENTE CON EVOLUCIÓN PROLONGADA Y COMPLICACIONES INFECCIOSAS. REPORTE DE CASO

RA COPELLO(1), C GALLETI(1), P CALCAGNO(1), E MINOLDO(1), V OLIVA(1), E ROMERO(1), A VILLEGAS(1), I VILLARUEL USIN(1) (1) Sanatorio Allende.

Introducción: La infección del sistema nervioso central por *Cryptococcus neoformans* en pacientes inmunocompetentes es poco común, pero puede asociarse a complicaciones graves como hidrocefalia y requerimiento de soporte neurológico invasivo prolongado. La instrumentación repetida y la estadía extendida en UCI aumentan el riesgo de infecciones nosocomiales, lo que complejiza aún más el manejo clínico.

Presentación del caso: Hombre de 62 años derivado por deterioro neurológico progresivo. Ingresó con hidrocefalia obstructiva secundaria a lesión en fosa posterior. Se colocó DVE con mejoría clínica. El 17/04 se identificó *Cryptococcus neoformans* en LCR, iniciando tratamiento antifúngico. VIH negativo.

0218 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: Las causas de encefalopatía son variadas, entre ellas se encuentran las de origen genético. La utilización de herramientas diagnósticas como estudios moleculares permiten la adecuación del tratamiento.

Objetivo: Presentar un caso de encefalopatía progresiva de origen genético.

Caso clínico: Paciente masculino de 3 años de edad, con antecedente de encefalopatía progresiva sin etiología definida se interna en sala pediátrica por presentar ataxia, disartria, mioclonías, paresia MID evidente en la marcha, clonus y babinski a predominio ipsilateral. Asociaba al cuadro clínico fiebre, aftas en mucosa yugal, úlceras perianales y pancitopenia. Se realiza EEG compatible con polineuropatía desmielinizante, recibe pulsos de corticoides y gammaglobulina 3 días. Progresa la sintomatología presentando status convulsivo, con mala respuesta a la administración de lorazepam y por depresión respiratoria se ingresa a UCI.

Se administra medicación anticonvulsivante a dosis adecuada, sin respuesta al tratamiento.

Durante su internación se descarta etiología infecciosa, oncohematológica, toxicológica y endocrinológica.

Se realizan estudios de neuroimágenes, constatándose en RMN: lesiones extensas corticales, de núcleos lenticulares y tálamos ópticos, acentuación difusa de espacios aracnoideos corticales y ventrículo-megalia y presencia de ácido láctico en ganglios basales.

Es valorado por el servicio de Neurología quienes además de guiar el tratamiento, deciden realizar estudio genético que determina dos variantes en el gen NAXD ambas heterocigota.

El gen NADX codifica para la NAD(P)HX dehidratasa, una enzima con una función clave en los mecanismos de reparación intracelular, su alteración genera acumulo de metabolitos tóxicos en SNC. Al momento se describen variantes heterocigotas en su mutación, lo que determina la variada sintomatología.

Algunos estudios exponen como posible tratamiento los anticonvulsivantes en asociación con vitamina B3 y coenzima Q, ya que restauran los niveles de NADPH, y por ende la función de dicha enzima. No hay suficientes estudios para extrapolar dichos resultados al momento.

Nuestro paciente presentó progresión de la clínica, con posterior obito.

Conclusión: La encefalopatía por NAXD, es una enfermedad infrecuente que presenta una sintomatología variada, pero progresiva; por lo que ante un paciente de estas características, sugerimos plantear diagnóstico de índole genético, una vez descartadas patologías más frecuentes.

Además analizar la presencia de estas variantes en los progenitores del niño y dar consejería genética.

0232 CARACTERÍSTICAS Y EVOLUCIÓN DE PACIENTES CON ENFERMEDADES NEUROMUSCULARES (CONGÉNITAS Y ADQUIRIDAS) EN TERAPIA INTENSIVA PEDIÁTRICA: SOPORTE VENTILATORIO, HIGIENE BRONQUIAL Y WEANING

J SIMONASSI(1), MT CANZOBRE(1), VE LOPEZ FIORITO(1) (1) Garrahan.

Introducción: Las enfermedades neuromusculares (ENM), tanto congénitas como adquiridas, constituyen un grupo heterogéneo de patologías con impacto significativo en la función respiratoria. En las formas congénitas, el ingreso a la unidad de cuidados intensivos pediátricos (UCIP) suele estar motivado por infecciones respiratorias, agravadas por la debilidad muscular de base. En las formas adquiridas, el ingreso se asocia con pérdida aguda de fuerza muscular o intervenciones quirúrgicas complejas. En ambos casos, la debilidad neuromuscular compromete la capacidad ventilatoria y prolongando la recuperación.

Objetivo: Describir las características clínicas y ventilatorias de los pacientes con diagnóstico de ENM ingresados en una UCIP, así como los recursos empleados en su manejo y su evolución durante la internación.

Materiales y métodos: Estudio observacional, retrospectivo y descriptivo, realizado entre enero de 2022 y diciembre de 2024 en la

UCIP clínico-quirúrgica del Hospital Nacional de Pediatría "Prof. Dr. Juan P. Garrahan. Se relevaron variables demográficas, tipo de ENM, motivo de ingreso, soporte ventilatorio (invasivo y no invasivo), estrategias de higiene bronquial, presencia de traqueostomía y evolución clínica. Para el análisis se utilizaron medidas de tendencia central y dispersión según la naturaleza de las variables; se consideró significancia estadística un valor de $p < 0,05$.

Resultados: De un total de 1476 ingresos durante el período analizado, 89 pacientes (6%) presentaron diagnóstico de ENM; de ellos, 82% correspondieron a formas congénitas. La insuficiencia respiratoria aguda fue la principal causa de ingreso no programado (95,8%), mientras que la cirugía de artrodesis vertebral posterior instrumentada (41,6%) y la timectomía (33,3%) destacaron entre las causas quirúrgicas en los subgrupos congénito y adquirido, respectivamente. El requerimiento de ventilación invasiva fue mayor en las ENM adquiridas, mientras que la ventilación no invasiva y la higiene bronquial asistida fueron frecuentes en ambos grupos (78,1%). Se registraron 23 traqueostomías (25,8%), 2 de ellas realizadas durante la internación. La mortalidad fue del 2,2%.

Conclusión: Aunque las ENM representan una baja proporción de ingresos, implican una elevada demanda de soporte ventilatorio e higiene bronquial, lo que subraya la necesidad de un abordaje integral y especializado en la UCIP.

TABLA 1. Datos demográficos y generalidades

	Todos (n=89)	Congénitas (n=73)	Adquiridas (n=16)	P valor
Edad, mdj [RIQ]	109 (39-154)	84 (35,5-149,5)	139 (17-160,5)	0,027
Peso, mdj [RIQ]	22 (12,6-33,5)	19 (12-27,9)	39,3 (28,5-46,1)	<0,0001
Genero fem, n (%)	39 (43,8)	28 (38,4)	11 (68,8)	
PIM3, mdj [RIQ]	2,1 (0,79-4,69)	2,98 (0,95-5,29)	1 (0,3-2)	0,008
Condición crónica compleja	88 (98,9)	73 (100)	15 (95,8)	
FSS ingreso, mdj [RIQ]	13 (11-15)	14 (12-15)	7 (6-10,5)	<0,0001
FSS egreso, mdj [RIQ]	14 (11-15)	14 (12-15)	7,5 (6,75-10,5)	<0,0001
Mortalidad, n (%)	2 (2,2)	2 (2,7)	0 (0)	
Motivo de ingreso				
- Clínico programado	5 (5,7)	5 (8,2)	0 (0)	
- Clínico no programado	59 (66,3)	52 (71,2)	7 (43,8)	
- Quirúrgico	24 (27)	15 (20,6)	9 (56,3)	
Días de internación, mdj [RIQ]	6 (3-11,5)	6 (4-12)	4 (2,25-10,5)	0,465
AVM sí, n (%)	35 (39,3)	27 (37)	8 (50)	
Días de AVM, mdj [RIQ]	4 (2-7)	4 (2-7)	4 (1,25-16)	0,923
VNI sí, n (%)	58 (65,2)	49 (67,1)	9 (56,3)	
Días de VNI, mdj [RIQ]	6 (3-9,5)	6 (3,5-12,5)	3 (1-6)	0,037
Ventilación crónica previa n (%)	57 (64)	57 (78,1)	0 (0)	
Terapia de higiene bronquial				
- Convencional exclusiva	25 (28,1)	16 (21,9)	9 (56,3)	
- Con asistencia mecánica	64 (71,9)	57 (78,1)	7 (43,8)	
Traqueostomía sí, n (%)	23 (25,8)	20 (27,4)	3 (18,8)	
- Previa al ingreso a UCIP	21 (21,3)	19 (26)	2 (12,5)	
- Durante la internación en UCIP	2 (2,2)	1 (1,5)	1 (6,3)	

Referencias: PIM3: pediatrics mortality index 3; FSS: functional status scale; AVM: asistencia ventilatoria mecánica; VNI: ventilación no invasiva; UCIP: unidad de cuidados intensivos pediátricos.

TABLA 2. SOPORTE VENTILATORIO INVASIVO, NO INVASIVO E HIGIENE BRONQUIAL

	Todos (n=89)	Congénitas (n=73)	Adquiridas (n=16)
AVM sí, n (%)	35 (39,3)	27 (37)	8 (50)
Días de AVM, mdj [RIQ]	4 (2-7)	4 (2-7)	4 (1,25-16)
Modos ventilatorios			
- V CMV	1 (2,9)	-	1 (12,5)
- P CMV	22 (61,8)	19 (26,1)	3 (37,5)
- PSV	4 (11,8)	1 (3,7)	3 (37,5)
- Volumen objetivo/volumen asegurado	8 (23,3)	7 (25,9)	1 (12,5)
VNI sí, n (%)	58 (65,2)	49 (67,1)	9 (56,3)
Días de VNI, mdj [RIQ]	6 (3-9,5)	6 (3,5-12,5)	3 (1-6)
Tipo de VNI			
- Efectiva	13 (14,6)	10 (20)	3 (33,3)
- Rescate	1 (1,1)	-	1 (11,1)
- Preventiva	5 (5,6)	-	5 (56,6)
- Patológica	1 (1,1)	1 (2)	-
- Crónica	34 (38,2)	34 (68)	-
- Titulación	5 (5,6)	5 (10)	-
INTERFACES			
- Almohadilla nasal	3 (14,6)	2 (4,1)	1 (11,1)
- Mascarilla nasal	24 (1,1)	22 (44,9)	2 (22,2)
- Mascarilla oronasal	13 (5,6)	11 (22,4)	2 (22,2)
- Total face	19 (1,1)	14 (28,6)	4 (44,4)
EVOLUCIÓN DE LA VNI			
- Éxito	54 (93,1)	47 (96)	7 (77,7)
- Fracaso	4 (6,9)	2 (4)	2 (22,2)
Rotación de interfaz, sí	25 (43,1)	19 (38,7)	6 (66,6)
VENTILACIÓN ALTA			
- Sin ventilación al alta	19 (21,2)	-	11 (68,8)
- Ventilación crónica previa al ingreso a UCIP	57 (64)	57 (78,1)	5 (56,8)
- Ventilación crónica a partir de esta internación	5 (5,6)	5 (6,8)	-
- Nunca requirió ventilación	8 (9)	3 (4,1)	5 (31,3)
EQUIPAMIENTO VENTILATORIO			
- Solo utilizó equipo propio	37 (48,1)	37 (50,7)	-
- Equipo propio y hospitalario	22 (28,3)	21 (31,3)	9 (100)
- Solo utilizó equipo hospitalario	19 (23,4)	9 (13,3)	-
TERAPIA DE HIGIENE BRONQUIAL			
- Convencional exclusiva	25 (28,1)	16 (21,9)	9 (56,3)
- Asistente mecánico de la tos (AMT)	51 (57,3)	44 (60,3)	7 (43,8)
- Ventilación percusiva intrapulmonar (VPI)	1 (1,1)	1 (1,4)	-
- AMT + VPI	9 (9,9)	9 (12,3)	-
- Bolsa de resanimación (air stacking)	1 (1,1)	1 (1,4)	-
- Programa 2 del equipo ventilatorio	2 (2,2)	2 (2,7)	-

Referencias: AVM: asistencia ventilatoria mecánica; V CMV: ventilación mandatoria continua por volumen; P CMV: ventilación mandatoria continua por presión; PSV: presión de soporte; VNI: ventilación no invasiva; UCIP: unidad de cuidados intensivos pediátricos; AMT: asistente mecánico de la tos; VPI: ventilación percusiva intrapulmonar.

0233 CONCORDANCIA ESTADÍSTICA Y CLÍNICA ENTRE LAS VISTAS SUBCOSTAL Y TRANSHEPÁTICA DE LA VENA CAVA INFERIOR

JM ROJAS SALGADO(1), G GAUDENZI(1), S BELTRAMINO(1),
A MANCHADO BRUNO(1)
(1) Itac.

Introducción: La medición del diámetro de la vena cava inferior (VCI) es fundamental en la evaluación hemodinámica de pacientes críticos. Sin embargo, la visualización mediante la vista subcostal (SC) puede verse limitada por factores como la interposición intestinal, obesidad o cirugía abdominal. La vista transhepática (TH) emerge como una alternativa potencialmente útil, aunque su fiabilidad aún no ha sido completamente validada. Este estudio busca comparar ambas vistas para establecer su equivalencia clínica.

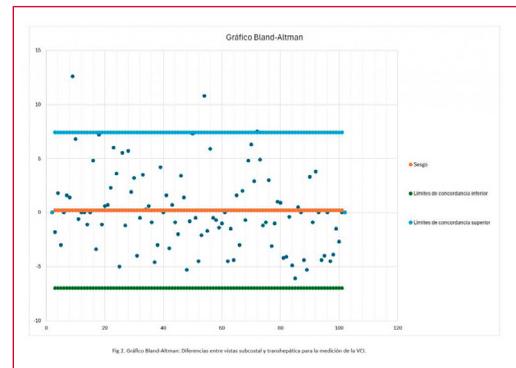
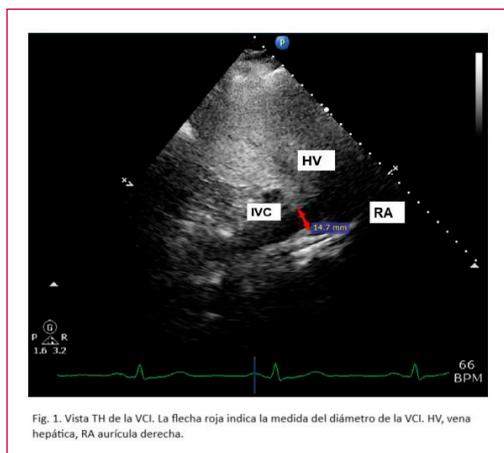
Objetivos: Evaluar la concordancia y la relevancia clínica entre las vistas subcostal y transhepática, para determinar la viabilidad de la vista TH como alternativa en contextos clínicos específicos.

Materiales y Métodos:

Estudio prospectivo unicéntrico realizado en 100 pacientes ingresados en terapia intensiva, incluyendo voluntarios sanos, pacientes ventilados y no ventilados. Se midieron los diámetros de la VCI mediante vistas SC y TH utilizando un ecógrafo Mindray con transductor convexo (2,5-5 MHz). Las mediciones se categorizaron en pequeña, intermedia y grande, y se evaluaron mediante proporción de concordancia y el índice Kappa. Se aplicaron el método Bland-Altman y el coeficiente de Pearson para analizar diferencias sistemáticas y relaciones lineales.

Resultados: La concordancia categórica fue del 84% con un índice Kappa de 0.74 (sustancial). El análisis Bland-Altman mostró un sesgo de 0.22 mm (IC 95%: [-0.50, 0.94]) y límites de concordancia de -6.99 mm a 7.43 mm, indicando diferencias mínimas aceptables. El coeficiente de Pearson fue de 0.85 (IC 95%: [0.79, 0.90], $p < 0.001$) evidenciando una fuerte relación lineal entre ambas vistas.

Conclusión: Las vistas SC y TH son intercambiables y confiables para medir el diámetro de la VCI, con diferencias mínimas y clínicamente aceptables. Sin embargo, la variabilidad individual podría limitar el uso para decisiones que requieran precisión exacta. Futuros estudios deben validar estos hallazgos, y estandarizar la técnica para reducir la variabilidad.



0235 INDROME DE ASHERSON, EL SINDROME ANTIFOSFOLIPIDICO CATASTROFICO.

NF VILCHEZ(1), N ROSALES(1), L CORTES(1)
(1) Neoclínica Río Cuarto.

El SAF es un trastorno autoinmunitario caracterizado por trombosis arterial, venosa y autoanticuerpos persistentes contra proteínas unidas a fosfolípidos. Asherson definió un subgrupo de pacientes con SAF con una enfermedad potencialmente mortal; con obstrucción multivasculatura grave, predominante de vasos pequeños e insuficiencia multiorgánica.

Paciente de 57 años, hipertenso. Consulta por dolor de miembros inferiores. AngioTAC de columna dorsolumbar: TEPA bilateral con trombosis de arteria renal izquierda, infarto renal y trombosis infrarrenal aórtico con extensión a iliacas. Ecocardiograma normal. Doppler: trombosis venosa bilateral.

Trombectomía de urgencia de ejes ilíacos femorales. ARM, falla renal aguda no oligúrica, febril por gangrena húmeda derecha, con amputación supracondilea. PTZ 10 días, sin rescate de germen. Extubación.

Laboratorio: AL (+) $\alpha 2$ GP1 IgG (+).

Urocultivo: klebsiella, sensible a ceftazidima.

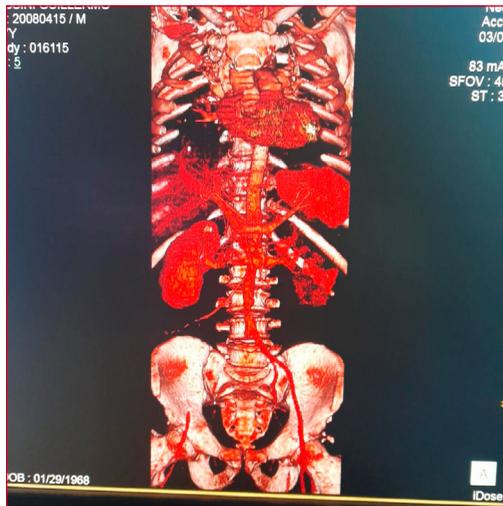
Febril persistente, flogosis en muslos. RMN: absceso. Toilette quirúrgica y toma de muestra, desarrollo de klebsiella multiresistente, sensible a colistin y tigeciclina.

Actualmente toilettes quirúrgicas cada 72hs, con colistin, ajustado a función renal, aislamiento de contacto. Empeoramiento clínico en los últimos días, con acidosis metabólica y aumento de productos nitrogenados.

Discusión: Este caso tiene la particularidad de la obstrucción de grandes vasos, a diferencia de los grupos estudiados por Asherson, donde predomina la oclusión de vasos pequeños.

Conclusión:

El manejo del CAPS es un desafío. El diagnóstico temprano y las terapias agresivas son esenciales para evitar la muerte. La mortalidad es $>50\%$.

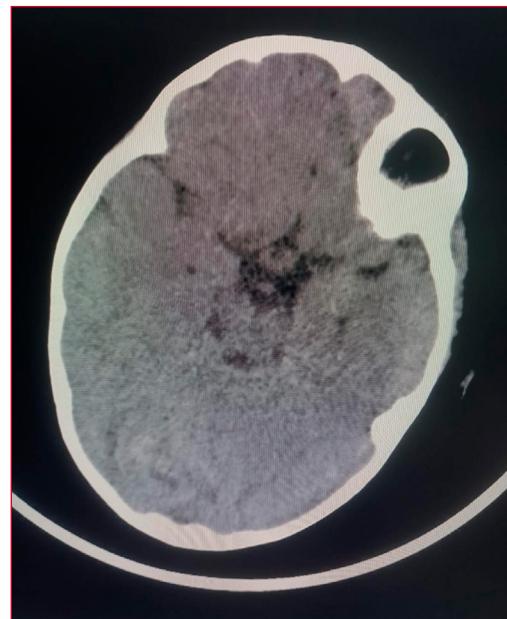


parenquimatosa; deterioro agudo de la conciencia midriasis arreactiva bilateral, Glasgow de 3, ingresa UTIP, ARM, Levetiracetam e hipertónico, no responde por lo que ingresa de urgencia a quirófano para craniectomía descompresiva amplia Fronto-parietotemporal bilateral sin respuesta, persistiendo midriasis bilateral, se suspende analgesia y se inicia diálisis peritoneal. Sincambios en la clínica presenta hipotensión severa, bradicardia extrema y paro cardiorespiratorio a las 60 hs de su ingreso.

Discusión: El SUH es una emergencia médica que requiere un manejo multidisciplinario en terapia intensiva pediátrica, patología de alta prevalencia en nuestro país. El 70-80% se recuperan completamente, un 20-30% desarrolla secuelas renales. La mortalidad en Argentina oscila entre el 2-5%.

El diagnóstico se basa la triada de anemia hemolítica, trombocitopenia e insuficiencia renal. Asociado a detección de STEC

Conclusión: El SUH es de alta prevalencia en nuestro medio y la primer causa de IRA en pediatría, la mayoría se recupera sin secuelas, pero puede ocasionar morbilidad a largo plazo, no es tan frecuente el desenlace fatal por lo que nos pareció interesante presentar este caso ya que fue una enfermedad rápidamente evolutiva en la que la paciente fallece a las 48 hs del diagnóstico.



0236 REPORTE DE CASO: HEMORRAGIA INTRAPARENQUIMATOSA EN PACIENTE CON DIAGNOSTICO RECIENTE DE SUH

MB BEJARANO(1), EA BAEZA JORQUERA(1), JM MENA(1), MA NOGUEIRA(1), C MENA(1), PL MEDICI(1)
 (1) Hiemi Don Tetamanti.

Introducción: El SUH, principal causa de IRA en niños argentinos, secundaria E.Coli productora de STEC, incidencia anual de 8-12 casos/100.000 menores de 5. La toxina daña endotelio vascular, provocando anemia hemolítica microangiopática, trombocitopenia y fallo renal. El diagnóstico se confirma por triada clínica, esquistocitos y detección de STEC. El manejo en terapia intensiva incluye soporte renal, transfusiones selectivas, control hipertensivo. La mortalidad es 2-5%, con secuelas renales en 20-30%.

Presentación del caso clínico: Paciente de casi 2 años, comienza 48 hs previas con vómitos y diarrea, agrega decaimiento e intolerancia, consultan y por mal estado general solicitan laboratorio con hemograma y medio interno, cultivos, e internan por GEA asociada a deshidratación del 3 %.

En horas desciende diuresis, se edematiza, en laboratorios seriados aparece marcada caída del hematocrito y del recuento de plaquetas asociado a empeoramiento de la función renal y aumento de LDH con esquistocitos reinterpretándose como SUH.

24 hs posteriores presenta convulsión tónica, TAC de urgencia se observa borramiento de surcos y hemorragia intra

	6/12(11 hs)	6/12 (22 hs)	7/12(8 hs)	7/12(22 hs)	8/12
HT/Hb	38/12	33/10,8	29/9,5	28/9,1	22/8,8
Plaquetas	299.000	131.000	53.000	25.000	40.000
FR	0,41/0,58	0,48/0,74	0,62/0,84	0,81/1,74	1,21/2,41
LDH			3.385	4618	
EAB	7,33/15,5/ 7,9	7,35/16,6/ 7,9	7,37/17,3/ 7,1	7,26/15,8/ 1º,3	7,14/13,9/ 14,2

0237 DE CELULITIS FACIAL A MUCORMICOSIS RINOORBITARIA Y ACV ISQUÉMICO. UN CASO COMPLEJO DE INFECCIÓN MULTISISTÉMICA

MA VILLEGAS(1), E ROMERO(1), C GALLETI(1), I VILLARRUEL(1), R COPELLO(1), V OLIVA(1)
 (1) Sanatorio Allende.

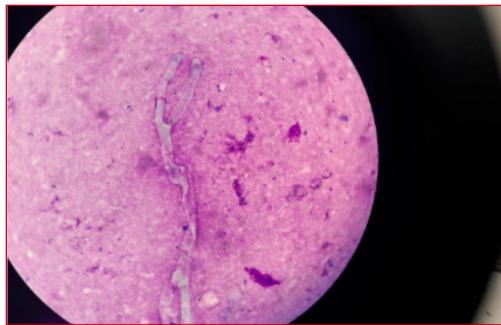
Introducción: La mucormicosis es una infección fúngica oportunista grave en pacientes inmunocomprometidos. Presentamos el caso de un paciente con mucormicosis rinoorbitaria complicada con compromiso neurológico, que requirió manejo intensivo y múltiples intervenciones quirúrgicas.

Caso Clínico: Paciente masculino de 50 años, diabético, derivado por celulitis facial secundaria a absceso odontógeno, con edema facial, dolor ocular derecho y fiebre. La TC mostró pansinusitis, daño en

la lámina papirácea derecha y enfisema subcutáneo. A pesar del tratamiento antibiótico (Vancomicina, Ceftriaxona e Imipenem) y drenajes, el paciente empeoró y fue derivado a terapia intensiva. Al ingreso, se sospechó mucormicosis y se evidencian hemiparesia facioabrahuiocruclal izquierda, disartria y heminegligencia izquierda, con diagnóstico de ACV isquémico masivo en el territorio de la arteria cerebral media derecha, con edema y desviación de la línea media (10 mm), evidenciado en TC y RM. Además, se observó realce meníngeo en el lóbulo temporal derecho, sugiriendo compromiso fúngico del SNC. También se detectaron colecciones periorbitarias y nasogenianas compatibles con abscesos.

Se realizaron múltiples intervenciones quirúrgicas: traqueostomía, sinusotomías, evisceración ocular, toilette nasal, exenteración orbitaria, maxilectomía parcial y gastrostomía. El diagnóstico microbiológico confirmó infección por *Rhizopus* spp., y coinfección bacteriana por *Klebsiella pneumoniae* MBL y *Acinetobacter baumannii*. Se inició tratamiento antimicrobiano (Meropenem, Vancomicina, anfotericina B liposomal, isavuconazol) y Deferasirox como estrategia antifúngica complementaria, además de control estricto de la hiperglucemia con bomba de insulina. Alta de UCI a los 46 días, lucido con hemiplejía facio braquio crural izquierda.

Conclusión: Este caso resalta la importancia del diagnóstico precoz de la mucormicosis y el enfoque multidisciplinario intensivo y quirúrgico, junto al rol crucial de las imágenes para detectar complicaciones neurológicas. El ACV isquémico es poco común y puede estar determinado por invasión directa del vaso y trombosis consecuente. Palabras clave: celulitis facial, mucormicosis, ACV isquémico, infección orbital, terapia intensiva, antifúngicos, *Rhizopus*.



0238 SEDACIÓN INHALATORIA EN PACIENTES CRÍTICOS Y MONITOREO INDIVIDUALIZADO: EL FUTURO YA LLEGÓ (REPORTE DE CASO SERIADO)

MA VILLEGAS(1), C GALLETI(1), G BONGIORNI(1), M BONO(1), E ROMERO(1)
(1) Sanatorio Allende.

Introducción: La sedación es un componente esencial en el manejo de pacientes críticos en la Unidad de Terapia Intensiva (UTI). Los agentes intravenosos tradicionales pueden asociarse a efectos

acumulativos, alteración hemodinámica, desarrollo de tolerancia y delirium. El sevoflurano, un agente sedante inhalatorio, posee propiedades farmacocinéticas favorables, con eliminación rápida, bajo metabolismo hepático y renal, y efectos broncodilatadores. Este trabajo analiza su aplicación en una cohorte de pacientes críticos, incluyendo el uso de monitoreo electroencefalográfico continuo con índice de estado del paciente (PSI).

Materiales y Métodos: Estudio observacional retrospectivo. Se incluyeron 11 pacientes críticos adultos internados en UTI que recibieron sedación con sevoflurano. Se recolectaron variables clínicas, demográficas, parámetros de sedación, uso de monitoreo PSI mediante Sedline, presencia de complicaciones y evolución clínica. Se analizaron correlaciones entre variables utilizando software R-Medic. El estudio fue aprobado por el comité local.

Resultados: La edad promedio fue de 49 años; el 54,5% fueron hombres. La duración media de sedación fue de 3,55 días. Nueve pacientes no presentaron complicaciones (81,8%). Se reportaron dos eventos adversos leves (uno renal, uno hepático). Se encontró correlación significativa entre duración de la sedación y complicaciones ($p = 0,02$), y entre disfunción renal previa y eventos adversos ($p = 0,02$). La inestabilidad hemodinámica previa se asoció con mayor riesgo de complicaciones ($p = 0,02$). Se evidenció correlación estadísticamente significativa entre PSI y CAM ($p = 0,02$), respaldando el valor del monitoreo EEG en tiempo real. No se observaron diferencias significativas según edad, IMC, peso o comorbilidades.

Conclusión y Discusión: El uso de sevoflurano en sedación prolongada mostró un perfil de seguridad aceptable, incluso en pacientes con soporte avanzado (ECMO o balón de contrapulsación). La duración de la sedación se destacó como principal factor asociado a complicaciones. El monitoreo con Sedline permitió un ajuste preciso y personalizado del nivel sedativo. La correlación entre PSI y CAM refuerza su utilidad clínica. En este análisis preliminar, la sedación inhalatoria se posiciona como una alternativa eficaz y segura en UTI, especialmente en pacientes con reservas para sedación intravenosa o requerimientos complejos.





0240 IMPACTO DE UNA SESIÓN ÚNICA DE MUSICOTERAPIA EN EL MANEJO NO FARMACOLÓGICO DEL DOLOR: REPORTE DE CASOS ESTUDIO MULTICÉNTRICO.

N TRONCOSO(2), KD FERRARI(1), J RIOS VELAR(1), DP BARBIERI(1), L VIGLIOTTA(2)

(1) General De Agudos Dr. Teodoro Álvarez. (2) Lucio Molas.

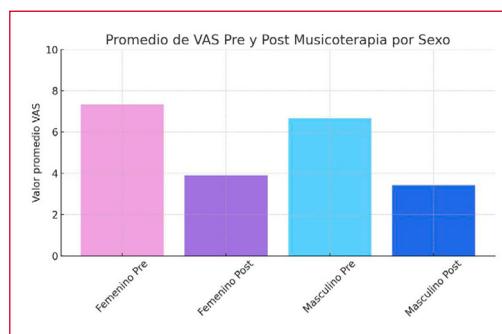
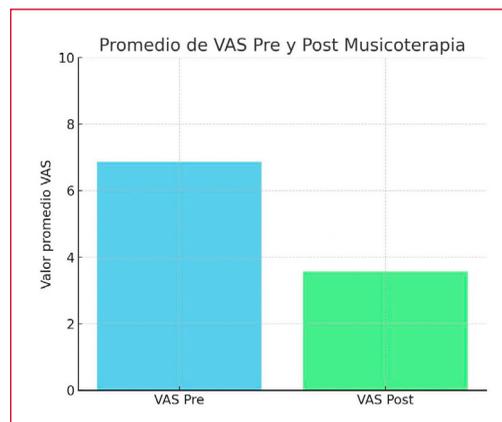
Introducción: En la actualidad, se considera el dolor como el quinto signo vital. Contemplando los lineamientos del Bundle ABCDF (Marra et al 2017), diversos autores dan cuenta de los beneficios que puede producir una experiencia musical significativa en musicoterapia, en el manejo no farmacológico del dolor, dentro del área crítica (Golino et al 2019). La Dra. Dileo (1999) señala que la musicoterapia puede reducir o eliminar el dolor actuando como distractor y como estímulo para el confort o la relajación, proveedora de estimulación sensitiva, mecanismo para proveer control, medio para la auto-expresión y la contención social, entre otros. Por su parte, Taylor (2010) sostiene que la música al actuar en el cerebro y en otras estructuras corporales produce efectos observables, identificables, medibles y predecibles". Dicho impacto no solo beneficia al paciente sino a las economías institucionales (Chlan et al 2018).

Presentación del caso: Se analizará el impacto de una intervención única de musicoterapia en pacientes críticos que presentan dolor. Para el análisis se utilizó la escala visual analógica, la cual se aplicó pre/post sesión. La técnica utilizada "entrainment" se aplica en pacientes que requieren asistencia ventilatoria o que fueron recientemente desvinculados, para el manejo del dolor (Ferrari 2021). La intervención se realizó durante 15 minutos con cada paciente. Se analizó retrospectivamente un cohorte de 30 pacientes adultos críticos de ambos sexos internados en la UCI de los hospitales Lucio Molas (La Pampa) y Dr. Teodoro Álvarez (Buenos Aires), entre los años 2023/24/25. Se registraron variables demográficas (edad y género) y se aplicó la Escala Visual Analógica (EVA).

Discusión: El promedio de VAS en pacientes femeninas fue pre 7,33 y post 3,89, mientras que en los pacientes masculinos fue pre 6,67 y post 3,43. El cambio promedio en ambos géneros fue 3,30, dando cuenta de un impacto positivo en ambos grupos de una intervención favorable, inocua y humanizante. No se observaron eventos adversos relacionados a la intervención.

Conclusión: Los resultados obtenidos resultan claros en cuanto al posible impacto de una sesión única de musicoterapia. Al ser el

dolor un fenómeno multidimensional, el abordaje desde diversas disciplinas garantiza una visión integral.



0241 IMPACTO DE UNA SESIÓN ÚNICA DE MUSICOTERAPIA EN LOS NIVELES DE AGITACIÓN Y SEDACIÓN DE PACIENTES INTERNADOS EN LA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA. ESTUDIO RETROSPECTIVO DE MÚLTIPLES CASOS.

K FERRARI(1), J RIOS VELAR(1), M DIAZ KIPERSAIN(1), DP BARBIERI(1)

(1) Hospital General De Agudos Dr. Teodoro Alvarez.

Introducción: La modulación de la sedación y agitación en terapia intensiva es un desafío constante. El uso de intervenciones no farmacológicas para dicha modulación, como las que ofrece la Musicoterapia, ha demostrado beneficios en la humanización del cuidado, la prevención del delirium y la regulación de la activación sensorceptiva (Bradt & Dileo, 2014; Robb et al., 2018). Este trabajo analiza el impacto inmediato sobre los niveles de agitación y sedación en pacientes críticos, en una sesión única de musicoterapia.

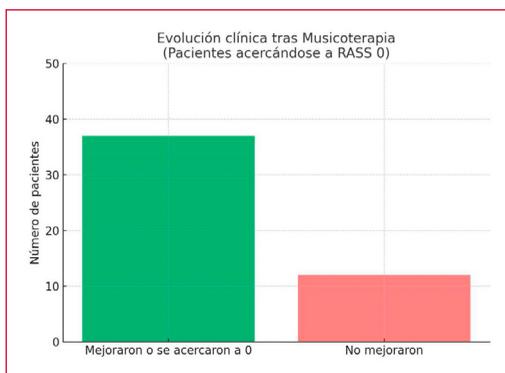
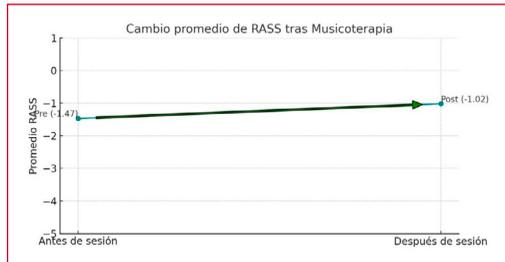
Presentación del caso: Evaluar el efecto de una sesión única de musicoterapia sobre los niveles de agitación y sedación, medidos mediante la escala Richmond Agitation and Sedation Scale (RASS) (Sessler et al., 2002), en pacientes internados en UTI.

Estudio retrospectivo de casos múltiples. Se analizaron 49 fichas clínicas correspondientes a pacientes que recibieron una sesión de musicoterapia entre 2023 y 2024, dentro del Servicio de Terapia intensiva, en el Hospital de Agudos Dr. Teodoro Álvarez. Se compararon los valores de RASS antes e inmediatamente después de cada intervención musicoterapéutica. Se calcularon promedios, diferencias individuales y tendencias de cambio.

Discusión: El promedio de RASS pre intervención fue de -1.47, y post intervención de -1.02. El cambio promedio fue de +0.45. Del total de pacientes, el 65.3% (32 casos) mostró un aumento en el puntaje RASS (indicando menor sedación o mayor nivel de conciencia), el 22.4% (11 casos) presentó una disminución, y el 12.2% (6 casos) no evidenció cambios. No se observaron eventos adversos relacionados a la intervención. Estos resultados coinciden con estudios previos

que describen la eficacia de la musicoterapia para mejorar parámetros de activación sensorial y reducir el uso de sedantes en cuidados intensivos (Korhan et al., 2014; Chlan et al., 2013).

Conclusiones: Una única sesión de musicoterapia en pacientes críticos mostró efectos positivos inmediatos en la modulación del nivel de conciencia, favoreciendo la activación en casos de sedación profunda. Estos resultados respaldan la inclusión de la musicoterapia como disciplina que ofrece herramientas no farmacológicas complementarias en el abordaje integral de pacientes en terapia intensiva.



0242 HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA REFRACTARIA EN PACIENTE ONCOLÓGICO: RESPUESTA EXITOSA A ÁCIDO TRANEXÁMICO TRAS FRACASO MULTIMODAL

EL ROMERO(1), MA VILLEGAS(1), V OLIVA(1), RA COPELLO(1), I VILLARRUEL USÍN(1), C GALLETI(1), E MINOLDO(1), P CALCAGNO(1)

(1) Sanatorio Allende.

Introducción: La hemorragia digestiva alta (HDA) en pacientes oncológicos representa un desafío terapéutico, especialmente ante úlceras activas, compromiso tumoral y tratamientos inmunoterápicos. La refractariedad al control endoscópico y quirúrgico es infrecuente pero con alta morbimortalidad. Presentamos el caso de un paciente con HDA persistente por cáncer pulmonar metastásico, resuelta con ácido tranexámico tras fracaso multimodal.

Caso clínico: Varón de 70 años, adenocarcinoma pulmonar metastásico en tratamiento inmunoterápico, ingresa por síndrome anémico y melena. Primer endoscopia digestiva alta: Úlcera duodenal Forrest IB de gran tamaño, tratada inicialmente con adrenalina. Reingresa a UTI por nuevo sangrado, realizando dos nuevas endoscopias con inyecciones y clips (3 en total). De manera subóptima, diámetro de la úlcera > apertura máxima del clip, sin lograr hemostasia completa. Persiste con sangrado y caída de hemoglobina, con requerimiento de múltiples transfusiones, indicándose conducta quirúrgica con rafia y parche epiloico. A pesar del posoperatorio estable, continúa el sangrado activo por SNG (Alcanzando 900 ml/24 h). Tomografía y angiografía sin sitios tratables por hemodinamia. Se inicia ácido tranexámico (5 g EV en

48 h), observándose cese progresivo del sangrado, débito biliar y suspensión de transfusiones. Evoluciona favorablemente, inicia tolerancia oral, se retira la SNG y se otorga pase a sala general.

Discusión: El manejo de la HDA en pacientes oncológicos puede requerir abordajes múltiples, con elevada tasa de refractariedad. En este caso, el fracaso de terapias endoscópicas, quirúrgicas y angiográficas evidenció la dificultad del control hemostático ante úlceras amplias en contexto neoplásico. Estudios recientes sugieren que el ácido tranexámico puede reducir la mortalidad en pacientes con HDA, especialmente cuando se administra tempranamente. Sin embargo, otros ensayos clínicos, como el HALT-IT, no han demostrado beneficios significativos y han señalado posibles riesgos asociados. Por lo tanto, su uso debe considerarse cuidadosamente, evaluando los riesgos y beneficios en cada caso particular.

Conclusión: El ácido tranexámico podría representar una herramienta útil en HDA refractaria con abordaje multimodal fallido, especialmente en pacientes oncológicos. Su indicación debe ser individualizada, dentro de un enfoque multidisciplinario y con monitoreo estricto en UTI.



Figura 2. Imagen intraoperatoria. Cara anterior del duodeno con apertura quirúrgica, donde se visualiza en el fondo la úlcera duodenal localizada en la cara posterior, previo a la realización de la rafia.

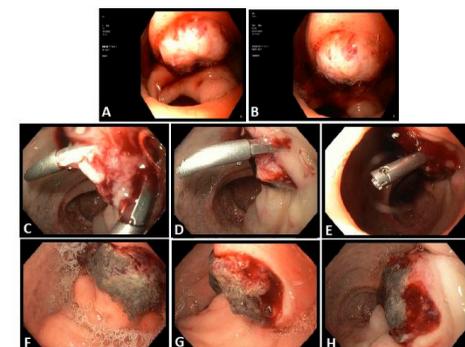


Figura 1. Imágenes A y B: Videoesndoscopia digestiva alta (VEDA). Se observa en duodeno una gran úlcera circular de aproximadamente 20 mm, con bordes lisos y regulares, y centro blanquecino de aspecto tisular, que presenta rezumado de sangre roja clara, escasa pero continua.

Imágenes C, D y E: Misma úlcera duodenal, con coágulo adherido. Persiste el rezumado hemorrágico. Se identifican clips hemostáticos de 16 mm (Vedkang), posicionados de manera subóptima.

Imágenes F, G y H: En la cara posterior del duodeno se evidencia un gran coágulo adherido sobre una zona protuyente, con babeo sanguinolento escaso y presencia de signos de necrosis.

0243 LA CARGA FEBRIL ESTÁ ASOCIADA CON UN PEOR OUTCOME NEUROLÓGICO EN PACIENTES CON HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA ANEURISMÁTICA

D AMITRANO(1), L BORGARUCCI(1), MV GONZALEZ(1), I HUESPE(1), N CIARROCHI(1)
 (1) Hospital Italiano De Buenos Aires.

Introducción: La hemorragia subaracnoidea aneurismática (HSA) constituye una emergencia neurológica de alta gravedad, con una mortalidad que puede alcanzar el 50%. La hipertermia cerebral se ha identificado como un marcador de evolución neurológica desfavorable, y diversos estudios han vinculado la presencia de fiebre con un peor pronóstico funcional en estos pacientes.

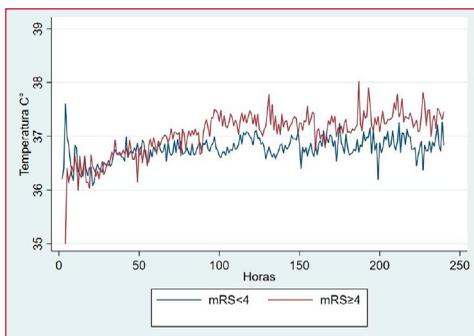
Objetivos: El objetivo de este estudio fue analizar la relación entre carga febril, evaluada como cantidad de horas e intensidad de la fiebre, y estado funcional a los 6 meses de alta en pacientes con HSA.

Materiales y Métodos: Se realizó un estudio de cohorte retrospectivo con pacientes con HSAa entre enero de 2011 y septiembre de 2024. Se analizó la carga febril en los primeros 15 días, calculada como cantidad de horas con fiebre multiplicada por los grados centígrados por encima de 38°C.

Luego se evaluó la asociación entre la carga febril con el Ranking Modificado a los 6 meses del alta con modelo de regresión logística ordinal, ajustado por escalas de Hunt y Hess, Fisher, Charlson sexo y edad.

Resultados: Se incluyeron 121 pacientes con HSA, con una edad promedio de 63,2 años y una mortalidad intrahospitalaria del 22,3%. Una mayor carga febril se asoció con peor estado funcional a los 6 meses (OR 1.72; IC 95%: 1.27–2.32; p < 0.01), asociación que se mantuvo significativa tras ajustar por variables clínicas relevantes (OR 1.57; IC 95%: 1.09–2.26; p=0.02).

Conclusión: Una mayor carga febril en la fase aguda se asoció con un peor desenlace neurológico a los 6 meses, incluso tras ajustar por factores clínicos relevantes. De este modo, reconociendo a la fiebre como un fenómeno que podría estar involucrado en la injuria cerebral secundaria es importante valorarlo como factor de riesgo para peores resultados funcionales.



	Todos (N=121)	mRS<4 (N=70)	mRS ≥4 (N=51)	p.valor
Edad en años	63.2 (13.7)	58.0 (13.7)	70.3 (10.3)	<0.001
Sexo femenino:	87 (71.9%)	48 (68.6%)	39 (76.5%)	0.453
APACHE II	11.0 [6.00;20.5]	8.00 [5.00;15.2]	16.0 [11.0;22.0]	<0.001
Charlson	3.00 [1.00;4.00]	2.00 [1.00;3.00]	4.00 [3.00;5.00]	<0.001
Tabaquismo	28 (24.6%)	18 (26.1%)	10 (22.2%)	0.806
Alcoholismo	1 (0.83%)	0 (0.00%)	1 (2.00%)	0.417
Diabetes	7 (5.83%)	3 (4.29%)	4 (8.00%)	0.449
Hipertensión arterial	57 (47.5%)	27 (38.6%)	30 (60.0%)	0.033
Enfermedad Pulmonar obstructiva crónica	4 (3.36%)	4 (5.80%)	0 (0.00%)	0.138
Enfermedad renal crónica	4 (3.33%)	2 (2.86%)	2 (4.00%)	1
Enfermedad coronaria	5 (4.17%)	2 (2.86%)	3 (6.00%)	0.648
Fibrilación auricular	1 (0.83%)	0 (0.00%)	1 (2.00%)	0.417
Anticoagulación	1 (0.83%)	0 (0.00%)	1 (2.00%)	0.417
Obesidad	22 (18.3%)	11 (15.7%)	11 (22.0%)	0.523
Días de internación en terapia intensiva	15.0 [7.75;25.2]	15.0 [9.00;23.0]	16.0 [6.00;31.5]	0.759
Hunt y Hess	2.00 [2.00;4.00]	2.00 [2.00;3.00]	4.00 [2.00;5.00]	<0.001
WFNS	2.00 [1.00;4.00]	1.00 [1.00;3.00]	4.00 [2.00;5.00]	<0.001
Muerte durante internación	27 (22.3%)	1 (1.43%)	26 (51.0%)	<0.001
Ranking modificado al alta del paciente	3.00 [1.00;5.00]	1.00 [0.00;3.00]	5.00 [4.00;6.00]	<0.001
Paciente falleció dentro de los 12 meses posteriores al alta	33 (28.2%)	2 (2.99%)	31 (62.0%)	<0.001

0245 INJURIA PULMONAR DIRECTA VERSUS INDIRECTA: IMPACTO SOBRE EL FENOTIPO INFLAMATORIO EN EL SDRA

LJ URANGA(1), S ZIDARICH(1), R LIGARDA(1), G LUCAS(1), F FERNANDO(1), F MOLINARIS(1), D JARA(1), E NAYI(2), F QUIROGA(1), E MORALES(1), M MALDONADO(1), L HUAIQUINAO(1), M YORIO(1)
 (1) Italiano De Cordoba. (2) Italiano De Corodba.

Introducción: El síndrome de distrés respiratorio agudo (SDRA) representa una entidad heterogénea, desencadenada por múltiples etiologías que pueden clasificarse como lesiones pulmonares directas (ej. neumonía, aspiración) o extrapulmonares indirectas (ej. sepsis, pancreatitis). Esta diferenciación no es solo clínica, sino que refleja mecanismos fisiopatológicos distintos que podrían expresarse en perfiles inflamatorios divergentes. La caracterización de esta respuesta inmunológica según el tipo de injuria podría contribuir a una fenotipificación biológica más precisa, orientando hacia abordajes terapéuticos diferenciados.

Materiales y Métodos: Se realizó un estudio prospectivo, observacional y analítico en la Unidad de Terapia Intensiva del Hospital Italiano de Córdoba, entre junio de 2021 y noviembre de 2024, con aprobación del Comité de Ética (CIEIS). Se incluyeron pacientes mayores de 18 años con diagnóstico de SDRA dentro de las primeras 6 horas del ingreso, según criterios de Berlín. Todos los participantes firmaron consentimiento informado.

Los pacientes fueron clasificados en dos grupos según el tipo de injuria causal: directa o indirecta. Se recolectaron muestras de sangre para la determinación de interleucinas pro y antiinflamatorias (IL-2, IL-6, IL-10, IFN- γ , TNF- α), utilizando citometría de flujo con kits específicos (LEGENDplex™). Se excluyeron pacientes con insuficiencia cardíaca aguda descompensada o enfermedades pulmonares intersticiales crónicas. Se utilizaron pruebas no paramétricas (test de Mann-Whitney) para comparar niveles de biomarcadores entre grupos, considerando significativo un valor de p < 0,05.

Resultados: Se incluyeron 30 pacientes. El 63% presentaba injuria pulmonar directa (mayormente neumonía y aspiración) y el 37% injuria extrapulmonar indirecta (principalmente sepsis). Los niveles séricos de IL-6 e IL-10 fueron significativamente mayores en el grupo con injuria indirecta (p < 0,05). TNF- α mostró una tendencia a valores más elevados en este grupo, sin alcanzar significación estadística. Se observó una mayor proporción de fenotipos hiperinflamatorios entre los pacientes con injuria extrapulmonar.

Conclusión: Los hallazgos sugieren que la vía de injuria en el SDRA influye en el perfil inflamatorio sistémico. Las formas indirectas, especialmente aquellas asociadas a sepsis, se acompañan de una respuesta inmunológica más intensa. Este patrón refuerza la necesidad de incorporar la etiología en la fenotipificación del SDRA y justifica el desarrollo de estrategias terapéuticas personalizadas según el perfil biológico del paciente.

0247 PREDICCIÓN MULTIMODAL DE MORTALIDAD EN EL SDRA: COMBINACIÓN DE IL-6 Y SOFA

LJ URANGA(1), S ZIDARICH(1), R LIGARDA(1), L GALLARDO(1), F FERNANDEZ(1), D JARA(1), F MOLINARIS(2), E MORALES(1), F QUIROGA(1), E NAYI(1), M MALDONADO(1), J ZARZUR(2), N PEANO(2), L HUAIQUINAO(1), M YORIO(1)
 (1) Italiano De Cordoba. (2) Fundacion Para El Progreso De La Medicina.

Introducción: El síndrome de distrés respiratorio agudo (SDRA) continúa siendo una entidad de alta morbimortalidad en unidades de cuidados intensivos. Las herramientas clásicas de estratificación pronóstica, como los scores SOFA y APACHE II, no contemplan parámetros biológicos relacionados con la respuesta inflamatoria, proceso central en la fisiopatología del SDRA. La integración de biomarcadores inflamatorios a dichos scores podría optimizar la predicción de mortalidad. Este estudio evaluó si la inclusión de interleucinas

pro y antiinflamatorias (IL-2, IL-6, IL-10, IFN- γ , TNF- α) mejora la capacidad predictiva de los scores clínicos en pacientes con SDRA.

Materiales y Métodos: Estudio prospectivo, observacional y analítico, realizado en la UTI del Hospital Italiano de Córdoba entre junio de 2021 y noviembre de 2024. Se incluyeron pacientes mayores de 18 años con SDRA confirmado dentro de las primeras 6 horas de ingreso (criterios de Berlín), previo consentimiento informado. Se recolectaron variables clínicas, demográficas y laboratoriales. Las interleucinas se cuantificaron por citometría de flujo (LEGENDplex™). Se calcularon SOFA y APACHE II al ingreso. El seguimiento se extendió hasta el alta hospitalaria o el fallecimiento.

Resultados: Se analizaron 30 pacientes. Se hallaron correlaciones significativas ($p < 0,05$) entre niveles de IL-6, IL-10 y TNF- y los puntajes SOFA y APACHE II. En la regresión logística, IL-6 elevada y SOFA >10 fueron predictores independientes de mortalidad. En el análisis ROC, el área bajo la curva (AUC) fue: SOFA 0,75; APACHE II 0,72; IL-6 0,78; modelo combinado SOFA + IL-6: 0,85 ($p < 0,05$), evidenciando mejor desempeño del modelo combinado.

Conclusión: La combinación de IL-6 con scores clínicos mejora significativamente la predicción de mortalidad hospitalaria en pacientes con SDRA. Estos hallazgos respaldan el uso de modelos pronósticos integradores que incluyan parámetros biológicos, con potencial para orientar estrategias terapéuticas personalizadas en el ámbito de la terapia intensiva.

0248 REPORTE DE CASOS DESCRIPCIÓN DE COMPLICACIONES Y MORTALIDAD DE PACIENTES TRAQUEOSTOMIZADOS EN LA TERAPIA INTENSIVA DEL HIGA EVA PERÓN DE SAN MARTIN

F GUZMÁN TAPIA(1)

(1) Higa Eva Peron San Martin.

Introducción: La traqueotomía puede traer aparejada complicaciones preoperatorias y postoperatorias, que se describen entre un 5-40%. Las más frecuentes son estenosis traqueal, hemorragia, fistula traqueo esofágico, decanulación, infección del ostoma entre otros. Esto puede causar la muerte hasta en 1.4% de pacientes. Nos propusimos analizar la frecuencia y tipo de complicaciones relacionadas a dicho procedimiento y la mortalidad dentro de la terapia intensiva. Se trata de un estudio descriptivo y retrospectivo donde se tomaron en cuenta pacientes ingresados entre enero de 2022 y diciembre de 2024, que se les realizó traqueotomía durante su estancia. Se consignaron las complicaciones del procedimiento y la mortalidad hasta el alta o deceso con sus características distintivas.

Presentación de casos: Se incluyeron en el análisis 49 pacientes traqueostomizados en el 2022, 54 pacientes en el 2023 y 41 pacientes en el 2024. Hubo 120 traqueotomías percutáneas y 24 quirúrgicas. Las complicaciones a lo largo de su estancia fueron sangrado en 2 pacientes, 1 falsa vía, 2 fistula traqueoesofágica, 1 infección de ostoma, 2 requirieron conversión a técnica quirúrgica debido a lesión de tiroides y sangrado, en la segunda fue por lesión traqueal con falsa vía, 7 estenosis, 1 paciente se logró decanular y meses después del alta por estenosis subglótica, vuelve a traqueostomizarse. Fue necesario colocar cánulas Tracoe en 4 pacientes.

En la lesión en tiroides realizaron ligadura de vaso en el istmo tiroideo, y en la lesión traqueal por punción lateral cirugía amplio sitio quirúrgico y convirtió a quirúrgica. No falleció ningún paciente durante la intervención.

Discusión: Actualmente se prefiere realizar la técnica percutánea ya que disminuye el uso de quirófanos, equipos utilizados y necesidad de traslado del paciente. En nuestro servicio dicho procedimiento se hace bajo supervisión, por residentes con una curva de aprendizaje.

Conclusiones: El porcentaje de complicaciones fue de 12.7% siendo la estenosis la más frecuentemente observada. La mortalidad global fue de 51.3%, sin evidenciar mortalidad atribuida al proce-

dimiento en esta serie presentada. La mayor cantidad de decesos ocurre en pacientes neurológicos/neuroquirúrgicos y con estancias prolongadas.

	Ingreso 2022	Ingreso 2023	Ingreso 2024	Total
Total	23	27	24	74
Edad	M 63 R 27-86	M 68 R 37-79	M 62,5 R 16 81	M 64 R 16 86
Tiempo de Internación	M 35 R 16-78	M 31 R 10-155	M 34 R 15-179	M 34,5 R 19-179
Motivo de ingreso	Neuro/Ncx 11 POP 5 Insuf resp 6 Sepsis 1	Neuro/Ncx 10 POP 7 Insuf resp 7 Sepsis 3	Neuro/Ncx 10 POP 5 Insuf resp 6 Sepsis 2 trauma 1	Neuro/Ncx 31 POP 17 Insuf resp 19 Sepsis 6 trauma 1
APACHE	M 17 R 4-27	M 17,5 R 7-36	M 21 R 9-26	M 19 R 4-36
Tiempo a la TQT	M 18 R 5-33	M 19 R 7-47	M 18 R 10-41	M 18 R 5 47
TQT quirúrgica	8	5	3	16
TQT percutánea	15	22	21	58

Posicionales	Nº porcentaje	No posicionales	Nº porcentaje
Estenosis	7 (4,86 %)	Falsa vía	1 (0,99%)
Fistula traqueoesofagica	2 (1,38 %)	Infección del ostoma	1 (0,69 %)
Decanulación	1 (0,69 %)	Lesión de tiroides	1 (0,69 %)
Sangrado ostoma	2 (1,38 %)	Ruptura anillo traqueal	3 (2,08 %)
Formación de granuloma	1 (0,69 %)	Neumotórax	0

0249 REPORTE DE CASOS: REVISIÓN DE PACIENTES TRAQUEOSTOMIZADOS EN EL HOSPITAL HIGA EVA PERON DE SAN MARTIN

F GUZMÁN TAPIA(1)

(1) Higa Eva Peron San Martin.

Introducción: La traqueotomía se realiza en pacientes en ARM que requieren intubación prolongada y permite el acceso rápido a aspiración de secreciones, previniendo complicaciones como la traqueomalacia. El criterio para elegir los pacientes y el momento en que se decide su realización suele pasar por la decisión de los médicos tratantes, siendo que no hay protocolos basados en la evidencia. Nos propusimos analizar características distintivas en los pacientes seleccionados al procedimiento y su evolución a través de un estudio descriptivo y retrospectivo, observacional. Se analizaron pacientes ingresados entre enero de 2022 y diciembre de 2024, hasta el alta o deceso. Se recabo la edad, sexo, motivo de ingreso, comorbilidades principales, procedimiento quirúrgico o percutáneo, tiempo de intubación endotraqueal entre otros. Mortalidad global. Presentación de casos: Se incluyeron 49 pacientes ingresados en 2022, 54 pacientes en 2023 y 41 pacientes en 2024. Se excluyeron 17 pacientes por falta de datos completos. Las comorbilidades más importantes halladas fueron: HTA 68 pacientes, DBT 22, obesos 14, hipotiroidismo 9, IRC 6, cardiopatía/arritmia 14, HIV 3, EPOC/asma 13, cáncer 10.

Discusión: Se planteo realizar este procedimiento por indicación de ARM mayor a 2 semanas debido a insuficiencia respiratoria, desarrollo de polineuropatía del paciente crítico, fracaso en la extubación previo o deterioro neurológico severo. La decisión del tipo de técnica percutánea o quirúrgica, fue mayoritariamente tomada en la UCI según la anatomía del paciente.

Conclusiones: Hubo un predominio de sexo masculino, con tiempos de internación prolongados en esta población. Los pacientes neurológicos/neuroquirúrgicos fueron el grupo principal que requirió traqueotomía. Los procedimientos de elección fueron mayormente percutáneos y tardíos, más allá del 7°-10° día de intubación. Mortalidad global del 51 %.

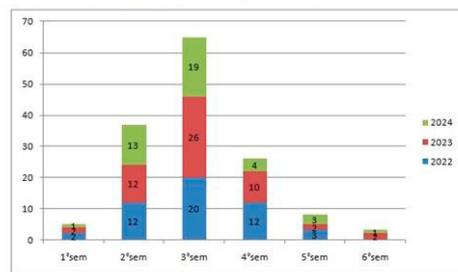
Tabla 2. Características demográficas y clínicas de pacientes traqueotomizados

	2022	2023	2024	Total
Sexo	16fem 33 masc	17fem 37 masc	27 hombres 14 mujeres	47 mujeres(32.6%) 97 hombres(67.3%)
Edad	M 58 R 21-86	M 59,5 R 16-80	M 59 R 16-90	M 59 R16-90
T° de internación	M 46 R 10-294	M 43,5 R 10-155	M 34 R 15-209	M 40,5 R10-294
APACHE	M 17 R 4-29	M 18 R 5-38	M 20 R 6-26	M 18 R 4-38
T° TQT	M 18 R 3-33	M 17 R 3-47	M 16 R 5-41	M 17 R 3-47
Tipo de TQT	CX 10 UTI 39	CX11 UTI 43	CX 3 UTI 38	CX 24 UTI 120
Fallecidos	23	27	24	74 /144 (51.3%)

Tabla 1. Motivos de ingreso a la Unidad:

Causas	Total	Porcentaje
Insuficiencia respiratoria/weaning dificultoso	30	20.8%
POP CX general/otros	23	15.9%
Politrauma/quemados	11	7.6%
POP Ncx /neuroológicos	69	47.9%
Sepsis	11	7.6%

La distribución del tiempo a la traqueotomía fue la siguiente:



0250 FENOTIPOS INFLAMATORIOS Y MORTALIDAD HOSPITALARIA EN SÍNDROME DE DISTRÉS RESPIRATORIO AGUDO (SDRA)

LJ URANGA(1), S ZIDARICH(1), R LIGARDA(1), L GALLARDO(1), F FERNANDEZ(1), F MOLINARIS(2), M MALDONADO(3), F QUIROGA(1), D JARA(1), E NAYI(1), E MORALES(1), L HUAIQUINAO(1), B PAEZ(1), M ROBLES(1), A CASTILLO(1), M YORIO(1)

(1) Italiano De Cordoba. (2) Fundación Para El Progreso De La Medicina. (3) Italiano De Corodba.

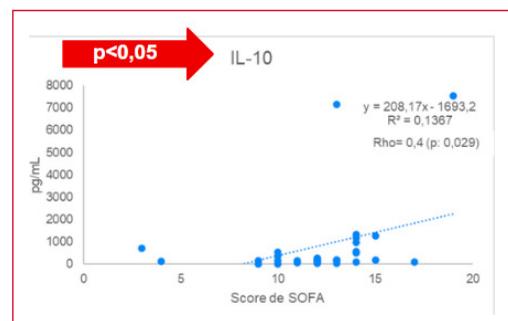
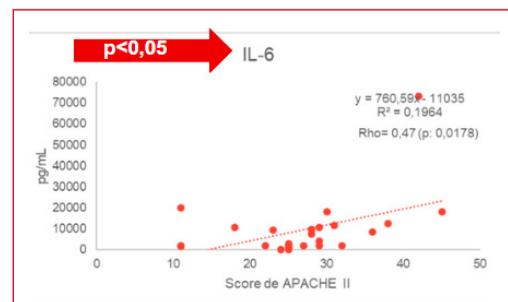
Introducción: El síndrome de distrés respiratorio agudo (SDRA) continúa siendo una de las principales causas de morbi-mortalidad en unidades de cuidados intensivos. A pesar de los avances terapéuticos, su pronóstico sigue siendo desfavorable. La heterogeneidad biológica de los pacientes constituye una limitación importante en su abordaje. La identificación de fenotipos inflamatorios mediante biomarcadores, como las interleuquinas (IL), podría mejorar la estratificación pronóstica y guiar tratamientos personalizados. Este estudio analiza la relación entre los niveles plasmáticos de IL-2, IL-6, IL-10, IFN- γ y TNF- α y la mortalidad hospitalaria en pacientes con SDRA.

Objetivos: Explorar la asociación entre los niveles de interleuquinas proinflamatorias y la gravedad clínica y mortalidad hospitalaria en pacientes con SDRA.

Métodos: Estudio prospectivo, observacional, transversal y analítico realizado en la UTI del Hospital Italiano de Córdoba entre junio 2021 y noviembre 2024, aprobado por el Comité de Ética en Investigación. Se incluyeron pacientes mayores de 18 años con SDRA según definición de Berlín, en las primeras 6 horas de ingreso. Se excluyeron pacientes con insuficiencia cardíaca descompensada o enfermedades pulmonares intersticiales crónicas. Se recolectaron muestras de sangre para la determinación de IL mediante citometría de flujo (kit LEGENDplex). Se correlacionaron los biomarcadores con scores SOFA y APACHE II, índice PaO₂/FiO₂ (PAFI), severidad del SDRA y mortalidad. Se utilizaron correlaciones de Spearman y curvas ROC.

Resultados: Se evaluaron 30 pacientes en esta etapa inicial (edad promedio 69 \pm 12 años; 60% mujeres). Se hallaron correlaciones significativas ($p < 0,05$) entre los niveles de IL-6, IL-10 con APACHE II, SOFA, PAFI respectivamente. Las curvas ROC mostraron capacidad discriminativa aceptable, siendo IL-6 el marcador con mayor AUC. Los niveles más elevados de IL se asociaron a mayor gravedad y mortalidad.

Conclusiones: Las IL proinflamatorias, especialmente IL-6, se correlacionan con mayor severidad clínica y mortalidad en el SDRA. Su medición podría aportar valor pronóstico adicional y permitir una fenotipificación biológica útil para el tratamiento en cuidados intensivos en el contexto de una medicina de precisión y encuadrada en líneas de investigación traslacional.



0251 MEDIASITINIS NECROTIZANTE DESCENDENTE COMO COMPLICACION DE ABSCESO EN ESTERNOCLEIDOMASTOIDEO

KE CLAVERIE(1), AM TERLESKY(1), LA OBERTI(1), IF MALDONADO(1), AR RODRIGUEZ(1), RG RESTA(1), NS ROCCHETTI(1), SP GATTINO(1), MD RE(1), CJ SETTECASE(1), DH BAGILET(1)
 (1) Hospital Escuela Eva Peron.

Introducción: La mediastinitis necrotizante descendente (MND) es una entidad grave, poco frecuente, originada en la región orofaríngea o cervicofacial que se disemina a través de los planos profundos de las fascias cervicales al mediastino.

Caso: Varón de 64 años, con antecedentes de HTA, DM TIPO II, HPB, extracción dentaria (4 meses previos). Ingresó por cuadro de horas caracterizado por deterioro del sensorio en contexto de cetoacidosis diabética. Examen físico: Glasgow 13/15 taquipneico, FC

95 lpm,afebril, SAT O2 88% (0,21), examen cardiovascular normal, disminución del murmullo vesicular. A nivel infraclavicular derecho área de tumefacción y enfisema subcutáneo de aproximadamente 10 x 10 cm doloroso. Laboratorio: GB 22.800/mm3, VES 50 mm/hora, Glicemia 848 mg %, uremia 157 mg %, creatinina 1.88 mg %, EAB: pH 7.22, PCO2 37 mm/Hg, PO2 54 mmHg, HCO3 14 meq/l, EB -12 meq/l, sat 79 %, GAP 23, NA 127 meq/l, K 4.7 meq/l. Orina completa con picotitos. HIV, HVB, HVC, VDRL negativas. Hemocultivos 2/2 y urocultivo: Klebsiella Pneumoniae sensible a ampicilina-sulbactam. Ecocardiograma: FEY 65%. Ecografía abdominal: ectasia calicial renal izquierda. TAC de cuello, tórax, abdomen y pelvis: colección líquida en hueso hioides con burbujas aéreas, que se extiende hacia región superior y anterior del tórax homolateral, colección líquida de paredes mal definidas y heterogéneas en el mediastino anterior y colección líquida detrás de la porción proximal de la clavícula izquierda. Requirió ARM y vasoactivos, realizó 5 días de ceftriaxona, luego ampicilina-sulbactam. Se realizó desbridamiento quirúrgico con aislamiento de Klebsiella. Por sospecha de osteomielitis se punza esternón positivo a Klebsiella. Buena evolución clínica.

Discusión: La MDN es una infección grave, cuyo origen primario más frecuente es infección odontogénica. Otras causas: abscesos retrofaríngeos, peritonsilares, linfadenitis cervical, la intubación endotraqueal, el uso de drogas intravenosas. Factores de mal pronóstico: edad avanzada, diabetes mellitus, desnutrición y uso crónico de esteroides. El streptococo β -hemolítico es aislado con mayor frecuencia, también se han aislado Klebsiella pneumoniae, enterococo, E. coli. El Tratamiento consiste en drenaje quirúrgico y antibioticoterapia.

Conclusión: La MND es una patología rápidamente progresiva, grave con 40% de mortalidad, el diagnóstico temprano es fundamental para tratamiento precoz y disminuir su morbi-mortalidad.

0252 ¡VUELVEN LOS SIMULADORES! ¿SHOCK SÉPTICO SECUNDARIO A IRAB GRAVE O SINDROME HEMOFAGOCÍTICO SECUNDARIO A TUBERCULOSIS? SE ESCUCHAN OFERTAS...

A ZARATE(1), M PENAZZI(2), F MOURAS(2), C AUTIERO(2), E VARGAS(2), C PAGELLA(2), L CACERES(2), G SCHEINKERMAN(2)

(1) Hospital El Niño De San Justo. (2) Hospital Del Niño De San Justo.

Introducción: El síndrome hemofagocítico (SHF) es una condición de disregulación inmune e hiperinflamación que, sin tratamiento conduce al fallo multiorgánico (FMO) y muerte. Puede ser desencadenado por enfermedades oncológicas, autoinmunes o infecciones, entre ellas la tuberculosis (TBC)

Presentación del caso: Niño de 4 meses que consultó por fiebre y lesión abscedada en región de cadera derecha; se internó y medicó inicialmente con ceftriaxona y clindamicina; descartada artritis séptica, cultivos negativos, evolucionó al fallo multiorgánico -FMO- y al 7mo día de internación se derivó a Terapia Intensiva Pediátrica (UTIP) donde se aumentó el espectro antibiótico (ATB), colocó en asistencia respiratoria mecánica (ARM) y se titularon inotrópicos. Laboratorio: pancitopenia, coagulopatía, hipogammaglobulinemia, hipertrigliceridemia, falla hepática y renal, hiperferritinemia (23300 ng/ml), Dímero D >10000, PCR 510, LDH 10436 y fibrinógeno disminuido (215). Se sospechó SHF y se medicó al 2° día con gammaglobulina y dexametasona; aceptable respuesta inicial (clínica e inflamatoria). Tras 15 días empeoró clínicamente; se modificaron ATB, sin respuesta. Inició ciclosporina (por protocolo HLH 2004 y sospecha de reactivación de SHF). Mala evolución, recayendo en FMO. Por la escasa respuesta, se insistió en el interrogatorio surgiendo el antecedente de 2 convivientes cursando tuberculosis. Genexpert de secreciones respiratorias: positivo. A pesar del inicio del tratamiento para TBC, falleció.

Discusión: El SHF es una entidad a ser considerada como diagnóstico diferencial en pacientes que cursan fenotipos de sepsis con parámetros inflamatorios exageradamente alterados. La respuesta favorable inicial pudo haberse debido al inicio del tratamiento inmunomodulador; la mala evolución final podría haberse debido al tratamiento tardío de la causa desencadenante. Enfermedad del "Club de Las grandes Simuladoras" por su expresividad proteiforme, TBC, en un medio como el nuestro es una entidad a ser sospechada y buscada activamente.

Conclusión: La importancia de esta presentación radica en la consideración diagnóstica del SHF como diagnóstico alternativo ante determinados fenotipos de sepsis y de la TBC como un desencadenante posible, ya que su tratamiento urgente es crucial para modificar el eventual curso fatal de su evolución.

0253 DESAFÍO DIAGNÓSTICO DEL SÍNDROME URÉMICO HEMOLÍTICO EN UNA PACIENTE ADOLESCENTE. REPORTE DE CASO

FA DI FINO(1), PL BUREU(1)

(1) Hospital Regional "victor Sanguinetti".

Introducción: El abdomen agudo en la población adolescente representa un desafío clínico importante debido a la amplia variedad de etiologías posibles. Entre las causas más frecuentes se encuentran la gastroenteritis, la apendicitis aguda, las patologías ginecológicas y biliares, así como las enfermedades inflamatorias intestinales. Sin embargo, también existen condiciones menos comunes, pero igualmente relevantes, como el síndrome urémico hemolítico (SUH), causado por la infección de Escherichia coli productora de toxina Shiga.

Presentación del caso: Paciente de 14 años, consulta en guardia por disentería y dolor abdominal de 4 días de evolución. Se evalúa con signos de deshidratación grave, en anuria y con abdomen tenso a la palpación. Se interpreta cuadro de sepsis a foco abdominal. Inicia reanimación hídrica, se toman cultivos y recibe antibioticoterapia. En el laboratorio se observa leucocitosis con plaquetopenia y alteración en la coagulación, la función renal y hepática. En la TAC abdominal se informa líquido libre en cavidad abdominal y engrosamiento parietal del colon ascendente, transverso y ciego. Ingresa a UTIP, se administran inotrópicos pero continúa en anuria con normovolemia, por lo que se plantea el diagnóstico diferencial entre SUH y coagulación intravascular diseminada (CID). Esta última descartándose debido a los valores normales del fibrinógeno. Se confirma la infección por E. Coli O145. Realiza diálisis peritoneal durante 10 días con buena evolución.

Discusión: El SUH por E. Coli es una entidad clínica que, aunque se presenta con mayor frecuencia en niños menores de 5 años, no es exclusiva de esta población y puede afectar a adolescentes y adultos. La presentación clínica puede ser muy variada, lo que puede dificultar su diagnóstico temprano y oportuno. En este caso, la paciente presentó un pródromo de disentería, seguido de insuficiencia renal y plaquetopenia sin anemia, síntomas que plantearon inicialmente un diagnóstico diferencial entre CID y SUH. La evolución clínica y la posterior confirmación de laboratorio fue fundamental para certificar la presencia de E. coli.

Conclusión: La experiencia de este caso contribuye a fortalecer la sospecha clínica y el manejo del SUH en adolescentes, destacando la importancia de la identificación temprana y la evaluación integral para un tratamiento oportuno y efectivo.

0254 MANIFESTACIONES MULTISISTÉMICAS SEVERAS EN SÍNDROME DE HELLP, REPORTE DE UN CASO

A KURON(1), D SCAFURO(1), C BALENZANO(1), A PRECKEL(1), A ORTIZ(1), M MONTENEGRO(1), K UGO(1), E MIKULIC(1)
(1) Hospital Militar Central.

Introducción: El síndrome de Hellp constituye una complicación severa de la hipertensión arterial en el embarazo, caracterizándose por trombocitopenia, disfunción hepática y hemólisis. La gravedad está dada principalmente por su afectación sistémica y elevada mortalidad.

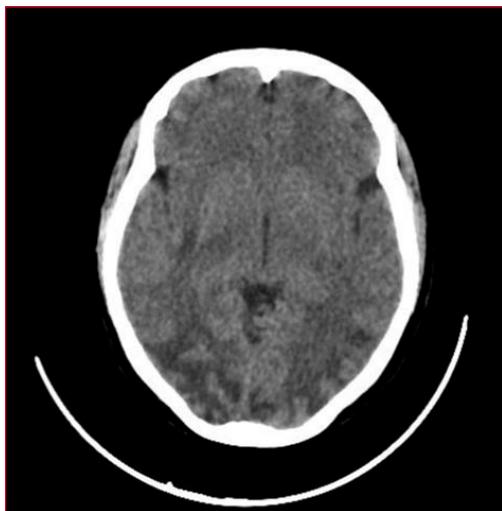
Presentación del caso: Paciente de sexo femenino, de 27 años de edad, cursando primera gesta de 25.1 semanas con diagnóstico de embarazo a las 20 semanas. Ingres a Unidad de Terapia Intensiva en postoperatorio inmediato de cesárea de urgencia por síndrome de Hellp, constatando feto muerto intraoperatorio.

Presenta falla múltiple de órganos (Creatinina 1.7, Plaquetas 104.000, BT 1.96) e hipertensión arterial de dificultoso manejo farmacológico. Requiere soporte vital avanzado con intubación orotraqueal. Recibe sulfato de magnesio con compleja valoración de signos de intoxicación por sedación profunda y oligoanuria. Extubación exitosa posterior a 24 horas. Manejo multidisciplinario con servicio de nefrología, requiriendo hemodiálisis de urgencia, cumpliendo 7 sesiones. Múltiples requerimientos de soporte transfusional, con desarrollo de lesión pulmonar aguda secundaria a transfusión. Presenta alteraciones neurológicas como bradipsiquia y visión borrosa, de una semana de evolución.

Luego de 9 días de internación en terapia intensiva, evoluciona con mejoría de sus fallas tanto renal, neurológica, hepática y plaquetaria. Pasa a sala de internación, con seguimiento por servicio de obstetricia y psicología.

Discusión: El síndrome de Hellp es una patología del embarazo más frecuentemente presentada en pacientes mayores de 35 años y en tercer trimestre del embarazo. En el caso presentado, la paciente tiene 27 años cursando segundo trimestre, con bajo control obstétrico. Es fundamental la sospecha diagnóstica con conducta precoz. A su vez, se debe tener en cuenta los diagnósticos diferenciales asociados, siendo a nivel neurológico el desarrollo de un PRES.

Conclusión: Siendo el síndrome de Hellp una de las principales causas de mortalidad en personas gestantes, consideramos relevante comunicar este caso de presentación grave en edad gestacional precoz. La sospecha diagnóstica temprana puede permitir una mejoría en el pronóstico tanto materno como fetal.



0255 ENFERMEDAD DE LOS LEGIONARIOS, REPORTE DE UN CASO

A KURON(1), C BALENZANO(1), A PRECKEL(1), D SCAFURO(1), C DEGASTALDI(1), M MONTENEGRO(1), K UGO(1), E MIKULIC(1)
(1) Hospital Militar Central.

Introducción: La enfermedad de los legionarios es producida por el agente etiológico Legionella pneumophila, bacilo ampliamente distribuido, productor de neumonías atípicas con evolución variable, desde formas leves a cuadros graves potencialmente mortales en un 30%.

Presentación del caso: Paciente de sexo masculino de 78 años de edad, con antecedentes de EPOC, diabético tipo II y viaje a provincia de Mendoza un mes previo. Ingres a terapia intensiva con diagnóstico de sepsis a foco respiratorio en contexto de neumonía de la comunidad SOFA 4.

Presenta mala mecánica ventilatoria, con requerimiento de intubación orotraqueal y tratamiento de sostén con soporte vasopresor. Se toman muestras de hisopado para COVID e Influenza, hemocultivos, muestra respiratoria para cultivo y PCR, y rota tratamiento antibiótico empírico con imipenem, vancomicina y oseltamivir. Se obtiene rescate en filmarray de muestra respiratoria mediante mini bal de Legionella pneumophila. Se rota tratamiento antibiótico a levofloxacina y claritromicina.

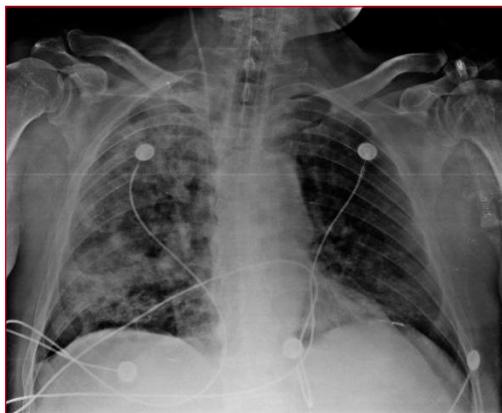
Evoluciona con distrés respiratorio grave (PAFI 67). Se procede a pronación durante 16 horas con adecuada respuesta obteniendo una PAFI de 122.

Durante los primeros 5 días evoluciona sin nuevos rescates en cultivos y mejoría de valores de PAFI: 296. Se logra extubación exitosa posterior a 10 días.

Luego de 14 días de internación en terapia intensiva, evoluciona con resolución de su falla respiratoria y hemodinámica. Pasa a sala general con posterior alta con un total de 27 días de internación.

Discusión: La legionelosis es una enfermedad que puede presentarse de forma grave como en el caso presentado, con dificultoso nexo epidemiológico por ser el único integrante con sintomatología. Tiene como principales diagnósticos diferenciales virus Influenza, COVID y otros agentes productores de neumonías atípicas. Es de vital importancia su sospecha, diagnóstico y tratamiento precoz, debido a las altas tasas de mortalidad en casos no tratados.

Conclusión: Siendo la Legionella pneumophila una bacteria ubicua de gran incidencia, consideramos relevante comunicar este caso de presentación grave, con adecuada respuesta al tratamiento precoz. Un diagnóstico temprano y preciso facilita una intervención terapéutica oportuna, lo que reduce sustancialmente la morbilidad y la mortalidad de la enfermedad del legionario.



0256 EVALUACIÓN DE LOS CRITERIOS PHOENIX PARA DIAGNÓSTICO DE SEPSIS EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS
 G GONZALEZ(1), MDP ARIAS LOPEZ(1), MC LAPORTE(1), SM BAHL(1), A GATTARI (1) Ricardo Gutierrez.

Introducción: La sepsis es una de las principales causas de mortalidad e ingreso en las unidades de cuidados intensivos pediátricas (UCIP), en especial en regiones de bajos recursos. Recientemente fueron desarrollados los criterios Phoenix para identificar pacientes con sepsis y shock séptico (SS). Su evaluación en diferentes ámbitos hospitalarios y contextos socioeconómicos es necesaria. El objetivo de este estudio fue evaluar los criterios Phoenix en pacientes ingresados con diagnóstico clínico de sepsis y SS en una UCIP.

Material y métodos: Retrospectivo. Unicéntrico. Se analizaron los ingresos por sepsis y SS en una UCIP polivalente, entre 1-1-2018 y 31-12-2024.

Se calculó para cada caso el puntaje Phoenix, Phoenix 8 y pSOFA dentro de las 24 hs del ingreso. Se usó estadística descriptiva para caracterizar a la población. Se compararon las variables continuas usando mediana y rango intercuartilo y las categóricas mediante frecuencias y porcentajes. Se usaron métodos no paramétricos y test de Chi2 para comparar variables según sus características. Se usó coeficiente Kappa para evaluar concordancia entre criterios Phoenix y criterios clínicos.

Resultados: Se registraron en el período 2472 internaciones; 369 con diagnóstico de sepsis/shock séptico por criterios clínicos (prevalencia:13.4%(IC95%12.2-14.8); el 93.8% (346/369) clasificados como SS.

Un 88,6% (327/369) de la muestra cumplió con los criterios Phoenix

de sepsis, de los cuales 88.4% (289/327) clasificados como SS. En la tabla 1 se describen las características y evolución de los pacientes con criterios de sepsis Phoenix vs. aquellos sin criterio.

Un 26% (11/42) de los pacientes no clasificados como sepsis por Phoenix, cumplían criterios clínicos de sepsis y 73.8% (31) de SS. Su mortalidad fue 7.14%. El 54.7% (23/42) tuvieron rescate de germen. La disfunción respiratoria y cardiovascular fueron las más frecuentes en este grupo. El 16.76% (58/346) de pacientes con SS por clínica no fueron clasificados por Phoenix como SS (coeficiente Kappa 0.4)

Conclusión: El 11.4% de los pacientes ingresados con diagnóstico clínico de sepsis y SS en la UCIP no fueron detectados por Criterios Phoenix, en su mayoría fueron SS. Los pacientes que cumplieron criterio de Phoenix tuvieron internación más prolongada, mayor severidad al ingreso (PIM3) y parámetros inflamatorios más elevados (<albúmina, >PCR).

Tabla 1 Características y evolución según criterios de sepsis Phoenix

Características clínicas	Criterios Phoenix de Sepsis		
	No (n:42)	Si(n:327)	p
Sexo masculino (n,%)	25 (59.5)	188 (57.5)	0.8
Edad (meses; mediana, RIC)	91 (21-148)	73 (21-145)	0.74
Probabilidad de muerte (PIM3*) (mediana; RIC)	2.07 (1.48-5.98)	8.1(4.8-15.9)	<0.001
Condiciones Crónicas Complejas (n,%)	28 (66.67)	248 (75.84)	0.2
Enfermedad Maligna (n,%)	14 (33.33)	133 (40.67)	0.36
Procedencia (n,%)			
Guardia	12 (28.57)	71 (21.71)	0.25
Quirófano	0	15 (4.59)	
Sala de internación	30 (71.43)	241 (73.7)	
Puntaje Phoenix (puntos; mediana, RIC)	1 (1-1)	4(3-5)	<0.001
Puntaje Phoenix 8 (puntos; mediana, RIC)	1 (1-2)	5 (4-7)	<0.001
Puntos pSOFA# (puntos; mediana, RIC)	2 (1-3)	8(6-10)	<0.001
Disfunción respiratoria** (n,%)	14 (33,3)	303 (92.7)	<0.001
Disfunción cardiovascular** (n,%)	3 (7.1)	289 (88.4)	<0.001
Disfunción coagulacion** (n,%)	15 (35.7)	224 (68.5)	<0.001
Disfunción neurologica** (n,%)	1 (2.4)	18 (55.5)	0.39
Albúmina al ingreso (g/dl; mediana; RIC)	3.2 (2.8-3.9)	2.7 (2.3-3.3)	<0.001
PCR al ingreso (mediana; RIC)	68.6 (24.6-157)	124 (39-225)	0.035
Estadia*** (días; mediana; RIC)	3 (2-5)	7 (4-17)	<0.001
Mortalidad (n,%)	3 (7.14)	51 (15.60)	0.145
Mortalidad precoz (n,%)#	1 (33.3)	13.51 (25.5)	0.763

RIC: rango intercuartilo; *PIM3: índice pediátrico de mortalidad; # pSOFA: puntaje Sepsis related Organ Failure Assessment; Pediatrico; **Señalados según criterios Phoenix; ***Estadia en la unidad de cuidados intensivos pediátricos; # mortalidad dentro de las 72hs

0257 PARO CARDIACO COMO PRESENTACIÓN ATÍPICA DE MIOCARDIOPATIA PERIPARTO

R KARATANASOPULOZ(1), A SERRUYA(1), G LEVY(1), L GOSSEN(1), A SHERIDAN(1), V ROMAN(1), V RUIZ(1), M MENDIETA(1), C JOACHIN(1), M BARRAZA(1) (1) Vidal.

Paciente de 34 años de edad, sin antecedentes patológicos ni complicaciones en embarazos previos.

Cursando gestación de 38 semanas ingresa a cesarea programada en centro privado, presentando asistolia luego del alumbramiento, requiriendo maniobras de reanimación durante 10 minutos.

Es trasladada a nuestra UTI, hipotensa, ventilada mecánicamente, acidótica. Se inicia dobutamina 7 mcg/kg/min mas infusión de norepinefrina. Ecocardiograma con dilatación e hipoquinesia global y deterioro severo de la Funcion Sistolica (FEY 36%).El monitoreo hemodinámico muestra PCP 19 mmHg, PVC 17 mmHg e IC de 2 L/min/m2 continuando con Norepinefrina, Dobutamina mas furosemida. Al 4° día se realiza nuevo Eco Doppler que muestra hipoquinesia global del ventrículo izquierdo con FEY 33%, mantiene el requerimiento de dobutamina y ventilación mecánica en modo soporte. El 5° día de internación presentó nueva asistolia con rápida recuperación del ritmo sinusal

Al 7° día se realiza Eco Doppler que informo mejoría de la función

sistólica (FEY 61%). Se retira el soporte ventilatorio e inotrópico al 9° día.

Tomografía cerebral imágenes hipodensas occipitotemporales izquierdas.

Egresa de terapia intensiva ventilando espontáneamente y alimentándose por gastrostomía.

GLASGOW OUTCOME SCALE EXTENDED (GOSE) 3

Discusión: El diagnóstico de la MCPP es por exclusión, debiéndose descartar otras causas de insuficiencia cardíaca, como miocarditis, miocardiopatía hipertrófica y cardiopatía isquémica.

No hay datos específicos sobre la tasa de parada cardíaca como presentación inicial de esta entidad, siendo habitualmente de inicio progresivo.

No se encontraron en nuestra paciente indicios clínicos de patologías alternativas.

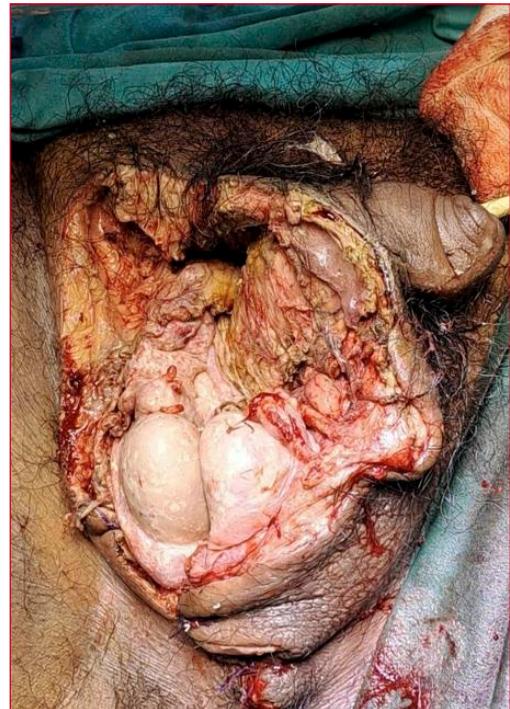
0259 GANGRENA DE FOURNIER, CARRERA CONTRA EL TIEMPO D SCAFURO(1), C BALENZANO(1), A KURON(1), P ALVARO(1) (1) Hospital Militar Central.

Introducción: La Gangrena de Fournier es una fascitis necrosante de los genitales externos, región perineal y/o perineal, de etiología mayormente polimicrobiana, que progresa rápidamente, con una mortalidad de hasta el 40%. suele estar asociado a diabetes, inmunocompromiso, alcoholismo, infecciones previas y traumatismos.

Presentación del caso: Paciente de 57 años de edad con antecedente de resección anterior de tumor rectosigmoide con alta hospitalaria, a las 48hs concurre a la guardia medica por tumefacción escrotal y testicular. Se constata al examen físico una herida quirúrgica dehisciente con secreción purulenta asociado a falla múltiple de órganos (renal cr: 3, hepática bt 4.8, neurológica 13/15, hemodinámica). Se realiza una tomografía evidencian colección en región escrotal e inclusiones aéreas zona perineal. Ingresa a terapia intensiva en shock séptico por Gangrena de Fournier, SOFA: 8. Se toman muestras para cultivo e inicia antibioterapia empírica con Vancomicina, Clindamicina e Imipenem. Se realiza toilette escrotal y de pared abdominal de urgencia. Regresa con abdomen abierto y no contenido. Se recibe resultado de Cultivos de colección abdominal con resultado positivo para E. Coli y E. Avium. Evoluciona favorablemente luego de 14 días de tratamiento antibiótico y 7 días de IOT. Continúa su internación en sala general para cierre y plástica compleja de herida quirúrgica, realizándose reconstrucción de defecto escrotal mediante colgajo de gracilis y reconstrucción peneana con colgajo fasciocutáneo pudiendo bilateral.

Discusión: La Gangrena de Fournier es una enfermedad que puede evolucionar a formas graves y potencialmente mortales, donde la se requiere una rápida respuesta e intercomunicación de los servicios tratantes para lograr una respuesta favorable.

Conclusión: En el caso presentado la presunción diagnóstica y tratamiento antibiótico y quirúrgico temprano, así como la reparación anatómica posterior permitieron llegar a un desenlace favorable y continuar con el tratamiento oncológico adecuado.



0260 ULTRASONOGRAFÍA DE VÍA AÉREA PREVIA A LA REALIZACIÓN DE TRAQEOSTOMÍA PERCUTÁNEA. SEGURIDAD DEL PROCEDIMIENTO Y ELECCIÓN DE MODELO DE CÁNULA

M LOMPIZANO(1), CG BENAY(2), R SÁNCHEZ(1), M VÁZQUEZ(3), M DEGUARDIA(4), D VARELA(1), A FELDMAN(1), P CORONADO(4), D QUARANTA(1), N TIRIBELLI(1)

(1) Complejo Medico Policial Churruca Visca. (2) Hospital De Agudos Bernardino Rivadavia. (3) Complejo Medico Policial Churruca. (4) Hospital General De Agudos Carlos Durand.

La traqueostomía percutánea (TP) es una técnica esencial en pacientes críticos con necesidad de ventilación prolongada. Aunque más segura que la traqueostomía quirúrgica, presenta riesgos, particularmente en anatomías complejas. La ultrasonografía (US) se ha propuesto como herramienta para optimizar la planificación de la TP, evitando estructuras vasculares y mejorando la elección del sitio de punción.

El objetivo de este estudio fue evaluar el posicionamiento de la cánula tras TP mediante US preprocedimiento y analizar su impacto en la elección del tipo de cánula y en la reducción de complicaciones. Se realizó un estudio prospectivo en la UTI del Hospital Churruca-Visca entre octubre 2023 y octubre 2024, incluyendo 42 pacientes mayores de 18 años. Se excluyeron aquellos que requirieron traqueostomía quirúrgica. Se midió ecográficamente la distancia piel-tráquea en posiciones neutra e hiperextendida para seleccionar la cánula adecuada: Tracoe Twist® si la distancia era. Durante el procedimiento, se utilizó un fibroscopio para guiar y verificar la correcta colocación de la cánula. Las complicaciones inmediatas y tempranas fueron registradas y analizadas. La media de edad fue 66 años, predominando pacientes masculinos (64,3%). Los pacientes que recibieron Tracoe Vario® presentaron mayor peso corporal (101 vs 84,8 kg, p=0,0121) y mayor distancia piel-tráquea (p<0,001).

No se observaron diferencias significativas en complicaciones según el tipo de cánula (p=0,999). Sin embargo, el sangrado fue la complicación más frecuente y se asoció significativamente a la presencia de vasos aberrantes en el sitio de punción (p=0,00177). El análisis multivariado confirmó que la presencia de vasos aberrantes, y no

el índice de masa corporal (IMC) bajo, fue el principal predictor de complicaciones (OR 12,77, $p=0,005$).

La utilización sistemática de la ecografía para medir la distancia piel-tráquea permitió seleccionar de manera adecuada el tipo de cánula, minimizando complicaciones y mejorando la seguridad del procedimiento. Además, el uso del fibroscopio durante la TP contribuyó a una correcta inserción y verificación de la cánula.

Conclusión: La evaluación ecográfica previa y el control fibroscópico continuo durante la TP son estrategias eficaces para optimizar la selección de cánula y reducir riesgos en pacientes críticos. Su incorporación como práctica estándar podría mejorar significativamente los resultados clínicos en unidades de cuidados intensivos.



0261 REDES DE CUIDADO EN EL PACIENTE CRÍTICO CRÓNICO

A OCCHIUZZI(1), P BELLON(2), SEDE CATAMARCA, M ESCOBAR(2), SEDE DEL PARQUE, N RONCOLATO(2), SEDE VENEZUELA, M CALVO(2), SEDE DEL PARQUE, P BATELLINI(8), Y NOCITI(2), SEDE CIAREC, E DISTEFANO(2), SEDE BASILEA, R CAMPODONICO(2), SEDE ULME, D LEMA(15), D VILLALBA(2), SEDE BASILEA, M PEDACE(2), E DE VITO(2), DEL PARQUE (1) Hospital Df Santojanni. (2) Santa Catalina Rehabilitación Clínica. (3) Sede Catamarca. (4) Santa Catalina Rehabilitación Clínica. (5) Sede Del Parque. (6) Santa Catalina Rehabilitación Clínica. (7) Sede Venezuela. (8) Aprepa. (9) Santa Catalina Rehabilitación Clínica. (10) Sede Ciarec. (11) Santa Catalina Rehabilitación Clínica. (12) Sede Basilea. (13) Santa Catalina Rehabilitación Clínica. (14) Sede Ulme. (15) Hospital Carlos Udaondo. (16) Santa Catalina Rehabilitación Clínica. (17) Santa Catalina Rehabilitación Clínica. (18) Del Parque.

Introducción: La supervivencia prolongada en cuidados intensivos ha originado una nueva población: pacientes críticos crónicos (PCC), con secuelas múltiples y alta dependencia funcional o tecnológica.

Aunque se reconoce su complejidad, pocos estudios evalúan el impacto sobre los cuidadores informales, particularmente la relación entre variables clínicas del paciente y la carga emocional del cuidador. **Objetivos:** Describir características clínicas, funcionales y psicosociales de cuidadores de PCC y analizar asociaciones entre sobrecarga, ansiedad y depresión.

Métodos: Estudio descriptivo multicéntrico en centros de desvinculación de ventilación mecánica (CDVMR) del consorcio Re.Des. Se incluyeron cuidadores principales de pacientes adultos con internación en UCI >8 días y antecedentes de ventilación mecánica >72 h, traqueostomía, ACV, TEC, sepsis o heridas graves. Se excluyeron cuidadores de pacientes menores de 18 años o sin consentimiento. Se utilizaron cuestionarios autoadministrados que relevaron datos clínicos, funcionales y psicosociales. Las escalas aplicadas fueron Zarit (sobrecarga), PROMIS (ansiedad), PHQ-9 (depresión) y Barthel/MRC (funcionalidad).

Resultados: Se analizaron 35 casos de los cuales 26 (74,3%) fueron mujeres. En cuanto a los pacientes, 19 (54,3%) fueron hombres. La mediana de edad de los cuidadores fue 52 años y la de los pacientes 59. El 97% ingresó con traqueostomía y 37% con ventilación mecánica. Las causas más frecuentes de ingreso fueron neurológicas (48,6%) y respiratorias (31,4%). El principal vínculo del cuidador fue filial (hijo/a: 37,1%), seguido de cónyuges y otros familiares. El índice de Barthel promedio fue 72,9 y el puntaje MRC 36,9. El 57,1% de los cuidadores presentó sobrecarga, 37,1% ansiedad significativa y 48,6% depresión leve a moderada. Hubo asociación significativa entre sobrecarga y ansiedad ($p<0,001$), depresión ($p=0,015$) y percepción negativa de calidad de vida ($p<0,001$).

Conclusiones: La población de cuidado del PCC que se encontró representada en su mayoría por mujeres presenta alta carga emocional y niveles elevados de ansiedad y depresión, más allá de la condición clínica del paciente. Se requieren estrategias de acompañamiento psicosocial específicas para esta población.

0262 ESTATUS SUPERREFRACTARIO

AM TERLESKY(1), K CLAVERIE(1), L OBERTI(1), I MALDONADO(1), AR RODRIGUEZ(1), R RESTA(1), N ROCCHETTI(1), S GATTINO(1), M RE(1), C SETTECASE(1), D BAGILET(1)
(1) Hospital Escuela Eva Peron.

Introducción: El estatus superrefractario (ESR) (10% de los estatus epilépticos) se define como convulsiones que persisten a pesar del tratamiento con anticonvulsivantes, benzodiazepinas y otros anestésicos.

Caso: Varón de 21 años con antecedentes de consumo de sustancias; ingresa a UCI por convulsiones tónico clónicas generalizadas de dos semanas de evolución, finalizando en ESR. Examen físico: TA 100/60 mmHg, FC 80 lpm, FR 18 rpm, T 36°, SatO2 100 % fio2 0.50, pupilas mióticas reactivas simétricas, sin foco neurológico. Laboratorio: hemograma, glicemia, ionograma, hepatograma y función renal normales; HIV, VHC, VHB no reactivas, FAN, látex AR, C3, C4 normales; tóxicos en orina negativos. Tomografía y resonancia de encéfalo con contraste normal. Electroencefalograma (EEG): paciente epileptógena centro temporal izquierda que por momentos generaliza compatible con isquemia. LCR: límpido incoloro, 7 elementos x mm3, glucosa 0,53 g/l, proteínas 1,2 g/l, lactato 1,6 mmol/l. Inició tratamiento con levetiracetam, fenitoína, fenobarbital, ácido valproico y midazolam. Ante reiterados episodios convulsivos, realizó pulsos de corticoides con cese de los mismos, con EEG de control sin actividad ictal. Anticuerpos antineuronales séricos (Anti NMDA-R, Anti AMPA- R1-R2, Anti CASPR2, Anti LGI1, Anti GABA B1 / B2-R, Anti DPPX) negativos. Alta hospitalaria posterior a 50 días de internación.

Discusión: El ESR de nueva aparición (New Onset Refractory Status Epilepticus, NORSE) es una afección poco común, grave que se caracteriza por la aparición repentina de ESR sin ninguna causa estructural, tóxica o metabólica identificable. Diferenciar casos secundarios a encefalitis autoinmune de criptogénica es crucial, para un tratamiento adecuado y establecer el pronóstico. Se presenta con encefalopatía asociado a movimientos involuntarios con o sin fiebre; LCR normales o con hiperproteínoorraquia; PCR virales negativas. Se deben solicitar anticuerpos neuronales. Entre sus complicaciones encontramos edema pulmonar, rhabdmiolisis e infecciones. Se recomienda tratarlo con anticomiciales, anestésicos e inmunoterapia. El tratamiento con corticoides y gammaglobulinas empírico precoz, mejora el pronóstico. Recurriendo a plasmaféresis en casos seleccionados y en última instancia a Rituximab.

Conclusión: Ante un ESR debe tenerse presente el diagnóstico de NORSE, ya que por su alta mortalidad, requiere tratamiento precoz y agresivo, para evitar complicaciones.

0263 ANÁLISIS DE LA MORTALIDAD ANUAL INTRAHOSPITALARIA POR ENFERMEDAD TRAUMA EN EL DEPARTAMENTO DE EMERGENCIAS AÑO 2024

GL CAPDEVILA VICENTE(1), ME BLESSIO(1), PB PAHNKE(1), RAMIREZ, A JUNCOS(1), C PETTOROSSO(1), S TIBALDI(1), P VILLECO(1), J TOLISSO(1)
 (1) Hospital Municipal De Urgencias.

Introducción: La enfermedad trauma (ET) es una de las principales causas de muerte en jóvenes de 5 a 29 años a nivel mundial, especialmente por colisiones vehiculares, homicidios y suicidios. Los hombres jóvenes usuarios de motocicletas siguen siendo los más afectados. Este estudio del Hospital Municipal de Urgencias (HMU) en Córdoba busca describir y comparar la mortalidad por trauma en el Departamento de Emergencias (DE) durante 2024, con los datos de años previos.

Objetivos: Determinar la mortalidad por ET y otras causas en el DE del HMU en 2024, describir las características epidemiológicas, el tiempo de sobrevida, el mecanismo lesional y las regiones corporales afectadas.

Materiales y Métodos: Estudio observacional, retrospectivo y descriptivo. Se analizaron variables como edad, sexo, mecanismo lesional, escalas de gravedad y sobrevida de pacientes con signo de vida a su ingreso y desenlace fatal dentro del DE, utilizando registros hospitalarios. El análisis estadístico se realizó en frecuencias absolutas y porcentajes.

Resultados: En 2024, se registraron 26,763 ingresos al HMU, con un 0.32% de mortalidad, de los cuales el 51.2% fueron por ET. En el DE, el 4.47% de los óbitos fueron por trauma, el 76% eran hombres, y el 48% de los casos fueron por colisiones vehiculares, especialmente con motocicletas. Todos los pacientes presentaron un TRS \leq 11 y un ISS \geq 16, siendo el cráneo la región más afectada. 44% fueron politraumatismos.

Discusión: La mortalidad por ET sigue siendo un problema significativo a nivel global y local, Nuestras estadísticas hospitalarias mostraron una tendencia a la disminución de la mortalidad año tras año desde 2014 hasta la actualidad, excepto en 2020 y 2023 donde se evidenció aumento de la misma. En 2024 se vio un descenso del 0,42% respecto del año anterior.

Conclusión: La ET sigue siendo una causa principal de mortalidad, y es crucial mejorar la atención inicial y desarrollar políticas públicas para prevenirla. El análisis anual de mortalidad es esencial para optimizar la atención y mejorar las tendencias futuras.

AÑO	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
TOTAL INGRESOS	3439	3315	2872	2877	2758	2628	2200	2668	3333	2758	26763
INGRESO SHOCK ROOM	2	8	3	0	7	8	1	6	1	1	59
OBITO EN SHOCK ROOM POR ET	47	39	36	30	24	23	25	22	18	28	25
SEXO	M 75,7 %	M 82,5 %	M 72,6 %	M 74,6 %	M 74,2 %	M 91,3 %	M 76% %	M 86,3 %	M 83,4 %	M 85,7 %	M 76% %
EDAD PROMEDIO	41,28	40	45,34	42,80	46,60	37,20	36,44	35,5	35,5	36,46	43,78
OBITO TRAUMA	61,7 %	64,1 %	61,1 %	50% %	69,6 %	65% %	44% %	50% %	55,5 %	71,4 %	51,1 %
OBITO VIOLENCIA	38,3 %	35,9 %	38,9 %	50% %	30,4 %	35% %	56% %	45,4 %	44,3 %	25% %	28% %
HOMICIDIO	11	5	7	9	4	5	10	6	8	7	7
SUICIDIO	7	9	7	6	3	2	4	4	0	0	2
ISS PROMEDIO	33	33	32,7	31,1	31	32,9	33,1	-	25,3	20	25
IS	III	II	III	III	IV	IV	No se informa			II	III
EB	IV	IV	IV	IV	IV	IV				IV	IV
%MORTALIDAD ET	6,24 %	5,27 %	4,35 %	3,88 %	3,07 %	2,90 %	3,74 %	3,07 %	2,72 %	4,89 %	4,47 %

Anexo 4: Tabla de comparación de mortalidad. ISS. IS. EB desde 2014 hasta 2024.

0265 LA FLUCTUACIÓN EN LA NATREMIA ESTÁ ASOCIADA CON UN PEOR OUTCOME NEUROLÓGICO EN PACIENTES CON HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA ANEURISMÁTICA

L BORGARUCCI(1), D AMITRANO(1), MV GONZALEZ(1), NM CIARROCCHI(1), I HUESPE(1)
 (1) Hospital Italiano De Buenos Aires.

Introducción: La hemorragia subaracnoidea aneurismática (HSAa) es una emergencia neurológica grave con alta morbimortalidad. La disnatremia es la alteración electrolítica más común en la HSAa. Si bien se asocia a peores desenlaces, el impacto específico de las fluctuaciones del sodio no ha sido claramente establecido.

Objetivos: Analizar la relación entre las fluctuaciones del Na durante los primeros 7 días de internación y el estado funcional a los 6 meses del alta en pacientes con HSAa.

Materiales y Métodos: Estudio observacional retrospectivo unicéntrico en pacientes adultos con HSAa internados en cuidados intensivos. Se recolectaron valores diarios (al menos 2 mediciones) de sodio durante los primeros 7 días de internación, analizando la variabilidad mediante la desviación estándar diaria (dNaSD) y la cantidad de cambios superiores a 10 mEq/L/día comparando pacientes con buen (mRS <4) y mal outcome neurológico (mRS \geq 4) a los 6 meses.

Resultados: Se incluyeron 147 pacientes, con una edad media de 61.40 años (DE 14.20). La mediana del puntaje APACHE II fue de 11.00 (IQR 6.00–20.00). La mortalidad intrahospitalaria fue del 18.37% (n=27). El mRS a los 6 meses presentó una mediana de 2.00 (IQR 0.00–5.00).

La dNaSD fue mayor en los primeros días de internación, con una tendencia progresiva al descenso en ambos grupos, sin diferencia significativa (coeficiente para mRS \geq 4: -0.13; IC 95%: -0.62 a 0.37; p=0.612).

El 34,69% (n=51) experimentó al menos un episodio de variabilidad extrema (>10 meq / L / día). Este grupo de pacientes tuvo un peor score en el ranking modificado al alta [mediana de 4.00 (IQR 2.00–5.00) vs 2.00 (IQR 0.00–5.00); p=0.017] y a los 6 meses [mediana de 4.00 (IQR 1.00–6.00) vs 1.00 (IQR 0.00–5.00); p=0.037].

En el análisis univariado, se observó una tendencia hacia una mayor probabilidad de peor mRS a medida que aumentaba la cantidad de cambios extremos (coeficiente: 0.13; IC 95%: -0.02 a 0.28; p = 0.086).

En el análisis multivariado ajustado por Hunt y Hess, Fisher, edad y APACHE II, cada episodio adicional se asoció significativamente con mayor odds de peor outcome neurológico (OR: 1.23; IC 95%: 1.03–1.45; $p = 0.018$).

Conclusión: La variabilidad del sodio no se asoció per se con peor pronóstico, salvo en casos de fluctuaciones extremas. A mayor cantidad de fluctuaciones extremas, peor fue el outcome neurológico, independientemente de la gravedad clínica o tomográfica.

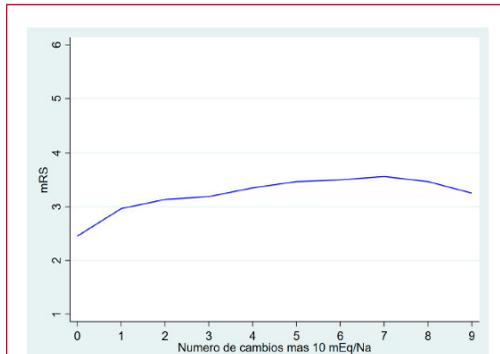


Figura 1: Relación entre la cantidad de shift de sodio que se presentaron en los primeros 7 días con respecto al outcome funcional. Se aprecia una tendencia a cuanto mayor número de shift, peor el ranking modificado a los 6 meses

Tabla 1 demográfica

	Todos (N=147)	Pacientes sin delta superior a 10 mEq en 24 hs (N=96)	Pacientes con delta superior a 10 mEq en 24 hs (N=51)	p.valor
Edad en años, media (SD)	61.4 (14.2)	61.8 (14.8)	60.5 (13.1)	0.576
Sexo Femenino, n(%)	106 (72.1%)	75 (78.1%)	31 (60.8%)	0.042
APACHE II, mediana [ICR]	11.0 [6.00;20.0]	9.50 [5.00;18.0]	14.0 [10.0;21.0]	0.05
Charlson, mediana [ICR]	2.00 [1.00;4.00]	2.50 [1.00;4.00]	2.00 [1.00;4.00]	0.318
Hipertensión arterial	69 (47.3%)	43 (44.8%)	26 (52.0%)	0.514
Días de internación en terapia intensiva, mediana [ICR]	15.0 [8.00;26.0]	12.5 [7.75;23.2]	18.5 [10.0;30.8]	0.166
Hunt y Hess, mediana [ICR]	2.00 [2.00;4.00]	2.00 [2.00;4.00]	3.00 [2.00;4.50]	0.223
Muerte durante internación	27 (18.4%)	15 (15.6%)	12 (23.5%)	0.34
Ranking modificado al alta del paciente, mediana [ICR]	3.00 [0.00;5.00]	2.00 [0.00;5.00]	4.00 [2.00;5.00]	0.017
Ranking modificado a los 6 meses del alta del paciente, mediana [ICR]	2.00 [0.00;5.00]	1.00 [0.00;5.00]	4.00 [1.00;6.00]	0.037
Paciente falleció dentro de los 12 meses posteriores al alta, n(%)	33 (23.6%)	18 (20.2%)	15 (29.4%)	0.305

0266 UTILIZACIÓN DE TOMOGRAFÍA POR PERFUSIÓN EN HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA ANEURISMÁTICA.

MM ECHARRI(1), M ECHARRI(1), M ALET(1), A HLAVNICKA(1), N WAINSTEIN(1), F RODRÍGUEZ LUCCI(1)
 (1) Fleni.

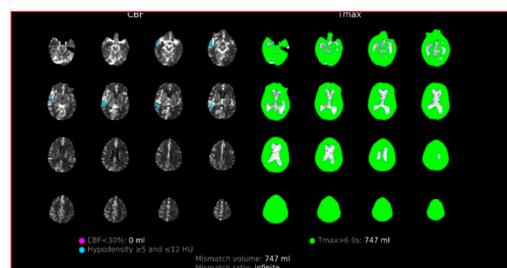
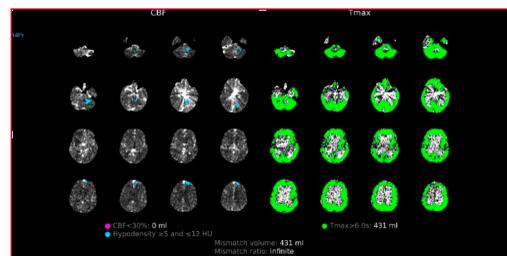
Introducción: La hemorragia subaracnoidea aneurismática (HSAa) presenta una elevada mortalidad en adultos jóvenes y se asocia con una alta tasa de discapacidad a largo plazo. A pesar de los avances en diagnóstico y tratamiento, la mortalidad y la discapacidad se han mantenido sin cambios en las últimas décadas. En este escenario, la tomografía por perfusión cerebral (CTP) ha surgido como una herramienta funcional que permite evaluar el parénquima cerebral. Aunque su uso aún no está estandarizado, su aplicación en la práctica clínica es cada vez más frecuente.

Presentación de los casos: Se analizaron ocho pacientes con HSAa. La edad media fue 53 ± 15 años, 7 eran mujeres. Todos presentaron HSA grado 4 según la clasificación de Fisher y 3 en la escala de Hunt y Hess. Todos fueron evaluados mediante CTP entre el tercer

y el décimo día. El 80 % fue tratado mediante abordaje endovascular y 20% con clipado quirúrgico. Durante la internación, tres pacientes desarrollaron hidrocefalia, dos presentaron síndrome de Tako-tsubo y uno cursó con hipertensión endocraneana, requiriendo craniectomía descompresiva. El vasoespasmó fue documentado en el 80%. El 60 % de los casos tuvieron alteraciones en la perfusión cerebral, atribuibles a distintos mecanismos fisiopatológicos: vasoespasmó, hipertensión endocraneana e hidrocefalia. El 50% de los pacientes desarrolló isquemia cerebral tardía; de ellos, solo uno no mostró alteraciones en la perfusión cerebral ni evidencia de vasoespasmó.

Discusión: En nuestra serie de casos, la CTP permite identificar hipoperfusión cerebral atribuible a vasoespasmó y alteraciones relacionadas con otros mecanismos fisiopatológicos, como hipertensión endocraneana e hidrocefalia, en pacientes en los que el examen neurológico se encontraba limitado. Este hallazgo refuerza el concepto de que la CTP podría detectar alteración en la perfusión cerebral incluso sin vasoespasmó, ampliando su potencial aplicación en pacientes no evaluables neurológicamente.

Conclusión: La CTP constituye un recurso valioso para el monitoreo funcional cerebral en HSAa, especialmente en situaciones clínicas donde la evaluación neurológica convencional se ve limitada. Su capacidad para detectar de manera precoz hipoperfusión local o generalizada causada por mecanismo diferentes al vasoespasmó cerebral podría permitir direccional la toma de decisiones terapéuticas individualizadas y contribuir a la optimización de los resultados clínicos.



0267 LA CAPACITACIÓN COMO PUNTO DE PARTIDA DE UN CICLO DE MEJORAS EN LA PROCURACIÓN DE ÓRGANOS

M CAPRILES(1), M CAPRILES(2), JM MORALES(2), F LUNA(2), S BAUQUE(2), S HEALY(2), ML ORTIZ(2), R CARBALLO OROZCO(2), J RIVAS(2), E JIMENEZ(2), C GARNERO(2), M BERMEO(2), C BALASINI(2)
 (1) Pirovano. (2) Hospital Dr. Ignacio Pirovano.

Introducción: En el año 2024, 2 médicos de la UTI Pirovano, participamos del Curso de coordinación hospitalaria de procuración y trasplante, emitido por el INCUCAI (7ma cohorte). Además, 4 enfermeras participaron en los cursos de CUCAIBA sobre procuración de córneas. La capacitación se enfocó en: la búsqueda de donantes, interacción con organismos de referencia, comunicación con familias de donantes, mantenimiento de órganos y tejidos, enlace con equipos de procuración y registro y evaluación de procesos en el SINTRA. Este enfoque estructurado nos permitió optimizar nuestras prácticas y procedimientos. Se evaluaron las siguientes

variables: denuncias del programa Glasgow 7, donantes exclusivos en la UTI, Donación en asistolia controlada y el total de donaciones con implante efectivo. Se compararon los resultados del periodo 2023 vs 2024.

Resultados: Los resultados de nuestras intervenciones fueron:

1. Denuncias del Programa Glasgow 7: Se observó un aumento notable en el número de denuncias, pasando de 4 en 2023 a 17 en 2024.

2. Donantes Exclusivos en UTI: Se registró un incremento de donantes exclusivos, aumentando de 5 en 2023 a 11 en 2024, lo que totaliza 16 donantes en dos años.

3. Donaciones en Asistolia Controlada: Se logró realizar la primera donación en asistolia controlada en el hospital, lo que marca un hito en la Ciudad de Buenos Aires.

4. Total de Donantes con Efectivos: 18 de los cuales se obtuvieron: 20 córneas, 16 riñones, 5 hígados, 1 páncreas y 2 tejidos óseos

Conclusiones: Los resultados obtenidos reflejan un incremento significativo en la procuración de órganos y la capacitación del personal. A pesar de que aún existen áreas de mejora, el trabajo conjunto con INCUCAI y el Instituto de Trasplante ha sido fundamental para incrementar nuestra capacidad de respuesta y ofrecer nuevas oportunidades a pacientes en lista de espera. Continuaremos trabajando en la formación y optimización de procesos para mejorar aún más nuestros resultados en el futuro.

0274 INSUFICIENCIA RESPIRATORIA SEVERA POST IMPLANTE DE CELULAS MADRE.

N FUNES NELSON(1)

(1) Sanatorio Del Oeste Ituzaingó.

Introducción: El implante de células madres, ha tomado en los últimos años gran importancia en el tratamiento de múltiples patologías: anemia aplásica grave, leucemia, mieloma múltiple, inmunodeficiencias, neuroblastomas, esclerosis múltiple o tratamientos traumatológicos. Dentro de las complicaciones mencionamos: infecciones, síndrome de liberación de citocinas y neurotoxicidad. Las complicaciones pulmonares se presentan en un 25-50% de los pacientes. Dentro de estas, la hemorragia alveolar difusa presenta una mortalidad de entre el 75-100%.

Presentación del caso: Paciente masculino de 20 años de edad, con antecedentes de ablación cardiaca por TPS, lesión de Labrum de hombro derecho. Se internó para cirugía programada, artroscopia compleja con implante de células madres de cresta iliaca izquierda. A pocas hs del POP presenta disnea, desaturación, mala mecánica ventilatoria, hemoptisis. Pasa a UTI, se realiza TAC de tórax que informa múltiples opacidades con atenuación en vidrio esmerilado de distribución bilateral con predominio en lóbulos superiores con tendencia a la consolidación compatible con proceso inflamatorio – infeccioso. EAB 7.37/41.1/50.7/23.7/-1.4/87.3, con máscara reservorio, leucocitosis y elevación de CPK. Se realiza tratamiento con corticoides a altas dosis y VNI con buena respuesta.

Discusión: Las células madre son un tipo de célula indiferenciada que puede diferenciarse en células especializadas. Pueden convertirse en un tipo específico de célula.

Los efectos adversos luego del implante de células madre incluye una larga lista de síntomas, la mayoría de ellos de poca gravedad. Pueden ser inmediatos, precoces y tardíos. La hemorragia alveolar es una de las más severas con una alta morbimortalidad.

Conclusión: Los tratamientos van avanzando acorde pasan los años y cada vez más, se buscan aquellos procedimientos que sean mínimamente invasivos. El desafío en este caso no estaba dado en el diagnóstico, sino más bien en el tratamiento a instaurar y en la velocidad de respuesta. Las imágenes además de la clínica mostraban un cuadro respiratorio de rápida instalación que presentó buena respuesta con el tratamiento instaurado y que logra en menos de 72 hs el pase del paciente a sala general.

0275 COMPLICACIONES LETALES DE LA TOXICIDAD POR METOTREXATO

E JIMENEZ(1), E JIMENEZ(2), C GARNERO(2), J RIVAS(2), S HEALY(2), R CARBALLO OROZCO(2), M CAPRILES(2), P SANCHEZ(2), ML ORTIZ(2), A FELDMAN(2), P FALVO(2), C BALASINI(2)

(1) Pirovano. (2) Hospital Dr. Ignacio Pirovano.

Introducción: El metotrexato (MTX) es un inmunosupresor ampliamente utilizado en el tratamiento de enfermedades autoinmunes, como la artritis reumatoidea y la psoriasis. Aunque su perfil de seguridad es generalmente aceptable a dosis bajas, puede ocasionar toxicidad severa, particularmente en los sistemas hematológico, hepático y pulmonar. Complicaciones infrecuentes, como la neumonía intersticial aguda y la supresión medular severa, pueden ser potencialmente letales.

Caso clínico: Presentamos el caso de una paciente femenina de 68 años con antecedentes de psoriasis, hipotiroidismo, insuficiencia cardiaca y artritis reumatoidea seropositiva, en tratamiento con metotrexato a dosis bajas (20 mg/semana), sin profilaxis con leucovorina. La paciente ingresó al hospital debido a astenia, adinamia, hipotensión arterial y una progresiva pérdida de peso con un mes de evolución. La tomografía de tórax reveló derrame pleural bilateral, infiltrados pulmonares leves y hemorragia subaracnoidea. Los análisis de laboratorio mostraron plaquetopenia (24,000/mm³) y neutropenia (1,200/mm³). El frotis de sangre periférica indicó un "stop medular", compatible con intoxicación por metotrexato o infección grave. Durante la internación, presentó insuficiencia renal aguda, insuficiencia respiratoria y desarrolló un cuadro de shock refractario con falla multiorgánica, a pesar del tratamiento intensivo con leucovorina y transfusiones de hemoderivados. La paciente falleció 72 horas después del ingreso.

Discusión: La toxicidad por metotrexato a dosis bajas, aunque poco común, puede tener consecuencias clínicas devastadoras. Las manifestaciones más graves incluyen la supresión de la médula ósea, la neumonía intersticial y la insuficiencia multiorgánica. La identificación rápida de signos de toxicidad y la instauración temprana del rescate con leucovorina son cruciales para mejorar el pronóstico. Factores como la edad avanzada, la insuficiencia renal y la falta de suplementación con leucovorina incrementan el riesgo de toxicidad.

Conclusión: Es fundamental sospechar intoxicación por metotrexato en pacientes con alteraciones hematológicas, pulmonares o renales de causa no aclarada, incluso bajo esquemas de baja dosis. Este caso destaca la necesidad de un monitoreo estricto, especialmente en pacientes de alto riesgo, y resalta la importancia de un abordaje multidisciplinario para prevenir y tratar las complicaciones severas asociadas al metotrexato.

0277 HEMORRAGIA ALVEOLAR DIFUSA

RV GUZMÁN TAPIA, R ACHATA CASILLA(1), F DAZA(2)

(1) Eva Perón De San Martín. (2) Eva Perón. De San Martín.

Introducción: La hemorragia alveolar difusa es un síndrome clínico de instauración rápida y progresiva, de mal pronóstico, que requiere una actuación rápida y un manejo agresivo debido a su alta morbimortalidad, y que tiene su origen en enfermedades muy diversas. Se define clínicamente por la presencia de hemoptisis, anemia, infiltrados alveolares bilaterales y difusos en la radiografía de tórax e hipoxemia. La confirmación se establece por realización precoz de una fibronoscopia y los hallazgos en el lavado broncoalveolar, cuando el material obtenido tras la aspiración es progresivamente más hemorrágico. Los pilares del tratamiento son los corticosteroides, inmunosupresores y la plasmaféresis, en algunos casos

Presentación del caso: Paciente femenina de 38 años con antecedentes de Tabaquista severa 38 paquetes/año, Obesidad mórbida Acude a guardia externa por cuadro de 10 días, caracterizado por disnea CF III, tos con expectoración hemoptoica escasa, astenia y

paresia de miembros inferiores. Requerimiento inicial de cánula y MR, con mala respuesta, posterior progresión del cuadro mala mecánica ventilatoria taquipnea y deterioro del sensorio se decide IOT/ARM donde a la aspiración se evidencia secreciones hemoptoicas. Se inicia AMS /claritromicina. Ingresa a UTI en mal estado general, bajo analgosedación, hemodinámicamente inestable. Neumología realizan fibrobroncoscopia y BAL: rescatan líquido hemático sugiere a hemorragia alveolar, evidencian restos hemáticos en árbol bronquial .se realizan pulsos de metilprednisolona, requiere dos ciclos de pronó, por weaning prolongado se traqueostomiza. Evolución de forma favorable y pasa a sala.

Discusión: Se realizó manejo interdisciplinario, se descartaron:

NEUMONÍA ATÍPICAS/ TUBERCULOSIS/COVID	NEGATIVOS
SÍNDROME ANTIFOSFOLÍPIDICO	ANTICARDIOLIPINAS/FAN POSITIVO
LES/VASCULITIS	FAN +, ANTICARDIOLIPINAS, IgM 759, RESTO NEGATIVOS
ARTRITIS REUMATOIDEA	FACTOR REUMATOIDEO +, PROTEINOGRAMA ELECTROFORÉTICO +

Ante la gravedad de estado del paciente nos basamos en la clínica, fibrobroncoscopia y el BAL, se inicia pulsos de corticoides, con mejoría clínica y egreso de paciente a sala general.

Conclusiones: La Hemorragia alveolar es una enfermedad potencialmente grave, el diagnóstico y tratamiento precoz evita casos fatales. Nuestra paciente tuvo mejoría clínica con resultado de egreso vivo a sala general.

0278 BACTERIEMIA ASOCIADA A CATÉTER EN UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA: IMPACTO DE LA IMPLEMENTACIÓN DE PROTOCOLOS DE PREVENCIÓN

A FELDMAN(1), M ALIAGA(1), A GARCIA(1), A ALEJANDRO(1), K SIVILA(1), K D ELIA(1), J CAPELLA(1), D QUARANTA(1)
(1) Churruga.

Introducción: Las bacteriemias asociadas a catéter (BAC) representan una complicación frecuente y grave en pacientes críticos. En el marco de un programa de mejora continua de la calidad en la atención, se implementaron estrategias de checklist y máximas barreras de protección durante la colocación de catéteres venosos centrales (CVC).

Objetivos: Evaluar la tasa de utilización de CVC (ICVC) y la densidad de incidencia de BAC, tras la implementación del protocolo de prevención.

Material y Métodos: Estudio observacional, retrospectivo, realizado en la Unidad de Terapia Intensiva. Se incluyeron todos los pacientes que requirieron la colocación de un CVC entre el 01/06/2024 y el 31/03/2025. Se recolectaron variables demográficas, epidemiológicas, scores de gravedad (APACHE II, SAPS, SOFA), mortalidad y días de estadía. La definición de BAC se realizó según criterios del CDC. Los resultados se expresan como media \pm desviación estándar (DS), mediana e intervalo intercuartílico (RI), y porcentaje.

Resultados: Se analizaron 496 pacientes: edad 66 ± 19 años; sexo masculino 60%; pacientes clínicos 61% y quirúrgicos 40%. El score APACHE II fue 20 ± 7 , con una mortalidad predicha del 34%; SAPS promedio de 40 y SOFA de 6. La mediana de estadía en UTI fue de 4,4 días [RI: 2–12] y la mortalidad observada fue 18,4%. La tasa de utilización de CVC fue del 40%, con un total de 638 días-catéter y una mediana de permanencia de 5 días. La densidad de incidencia de BAC fue de 5/1000 días-catéter y la tasa de contaminación de catéter fue de 8/1000 días-catéter.

Conclusiones: A pesar del bajo tiempo de permanencia y de la adecuada tasa de utilización, la densidad de incidencia de BAC fue superior a la media nacional reportada por el programa VIHDA. Estos hallazgos refuerzan la necesidad de mantener e intensificar las medidas de control de calidad en la colocación y manejo de CVC. La implementación de protocolos estandarizados permite reducir la

morbimortalidad, los días de internación, los costos y la resistencia antimicrobiana asociada a estas infecciones.

0283 AORTITIS ABDOMINAL COMO PRESENTACIÓN EXTRAINTestinal DE SALMONELLOSIS: PRESENTACIÓN DE CASO CLÍNICO

LB ROZZI(1), N ARBELAIS(1), U MONTESERIN(1), M MALDONADO(1), S LUJAN(1)
(1) Hospital Privado De Rosario.

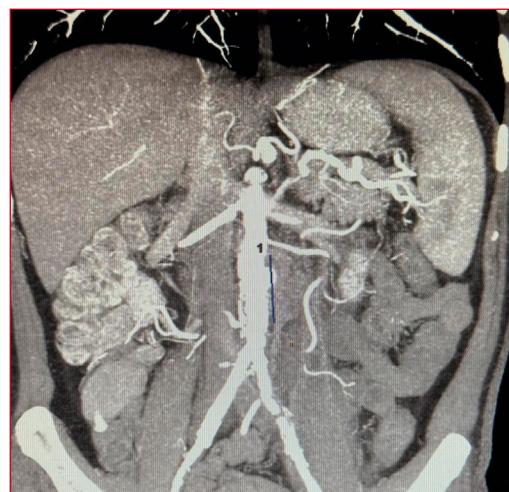
Introducción: Los aneurismas infecciosos representan una entidad clínica infrecuente, constituyendo solo el 0,7-3% del total de los aneurismas, siendo la aorta el vaso más comúnmente afectado, especialmente en su segmento infrarrenal. Las causas incluyen émbolos sépticos, infección de placas ateromatosas, aneurismas preexistentes, pseudoaneurismas postraumáticos e infecciones por contigüidad. Los patógenos más comunes en los países occidentales son *S. aureus* 28%, *Salmonella* spp 15% y *Pseudomonas aeruginosa* 10%, mientras que en la mayoría de los países asiáticos prima *Salmonella* spp como el patógeno más común.

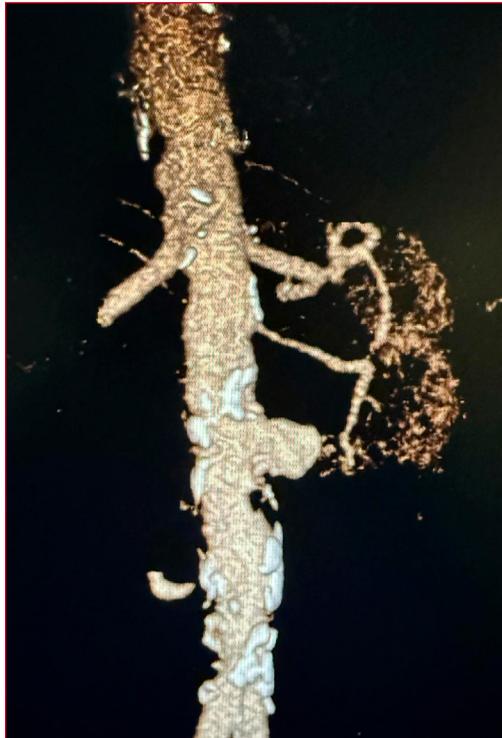
Caso clínico: Paciente masculino de 70 años con antecedentes de diabetes tipo II, hipertensión, dislipidemia y cardiopatía isquémica, internado por síndrome febril prolongado asociado a dolor abdominal hipogástrico y diarrea no disenteriforme. Análisis relevante: leucocitosis leve con neutrofilia, plaquetopenia, acidosis metabólica, reactantes de fase aguda elevados. TAC abdomen: pseudoaneurisma micótico aórtico infrarrenal izquierdo de 40x32 mm parcialmente trombosado y adenomegalias retroperitoneales. Recibió antibioticoterapia empírica con carbapenémicos, ajustada posteriormente a cefalosporinas de tercera generación tras el aislamiento de *Salmonella* spp. en hemocultivos.

Se realizó debridamiento de la lesión aneurismática y realización de bypass extraanatómico con buena evolución postoperatoria y retiro precoz de asistencia respiratoria mecánica. Continuó con antibioticoterapia dirigida a cultivos tisulares positivos para *Salmonella* spp.

Discusión: Los aneurismas micóticos presentan una evolución clínica insidiosa y alta mortalidad (15-40%) sin tratamiento oportuno. La demora en el diagnóstico se asocia a la inespecificidad de los síntomas, siendo fundamental la angioTAC para su identificación. Factores como la edad avanzada, diabetes y aterosclerosis favorecen la diseminación hematogena de *Salmonella* spp. hacia la pared aórtica. El tratamiento requiere abordaje multidisciplinario, con antibioticoterapia bactericida prolongada y remoción quirúrgica.

Conclusión: La infección vascular por *Salmonella* spp. constituye una complicación grave y subdiagnosticada de las bacteriemias en pacientes de elevado riesgo. Se destaca la necesidad de un alto índice de sospecha clínica y una rápida intervención terapéutica por su impacto en el pronóstico y morbimortalidad asociada.





0284 RENDIMIENTO DE LA VENTILACIÓN NO INVASIVA EN PACIENTES PEDIÁTRICOS POST EXTUBACIÓN

N SCHWAB(2), MC SANCHEZ(1), F GONZALEZ(2), M RICCIARDELLI(3), AS CORDIDO(2), JR MILONE(2), L GONZALEZ(2), V GOMINA(2), G DE VIANA(2), G PONTONI(2), S IOIME(2), A VILLEGAS SUDACK(2), L ROMERO(2)
 (1) Pedirico San Luis. (2) Pediatrico San Luis. (3) Schestakow.

La ventilación no invasiva (VNI), soporte ventilatorio que no requiere intubación orotraqueal, utilizado en pacientes pediátricos con insuficiencia respiratoria aguda o crónica reagudizada, para facilitar el retiro de ventilación mecánica invasiva (VMI) o prevenir la reintubación. Este método preserva los mecanismos de defensa de la vía aérea, evitando la sedación profunda. Según su momento de aplicación, puede clasificarse en preventiva, electiva y de rescate.

Objetivos: • Determinar el rendimiento de la VNI post extubación en pediatría.

- Diferenciar entre la VNI electiva y de rescate.
- Identificar las causas de fallo de la VNI.

Metodología: Estudio observacional retrospectivo entre enero de 2023 y diciembre de 2024, en pacientes de 1 mes a 15 años que recibieron VMI, excluyendo casos de ventilación crónica y traqueotomías.

Resultados: Se estudiaron 284 pacientes, de los cuales 88 requirieron AVMI; 14 requirieron VNI, 8 casos electivos y 6 de rescate.

Duración media: VNI electiva 10,5 horas, rescate 26 horas.

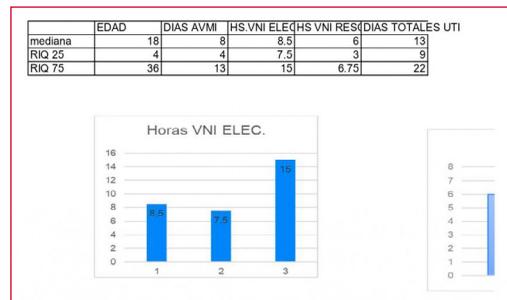
Pacientes con hipotonía muscular (75%) y causas neurológicas (25%).

Edad y tiempo en VMI: Mediana de edad 18 meses (RIQ: 4-36), días en VMI 8 (RIQ: 4-13).

Fallas de la VNI: Pr por insuficiencia de la bomba muscular.

Discusión: La VNI electiva fue más utilizada que la de rescate. Los niños más pequeños y con diagnóstico de PARDS moderado o severo tendieron a requerir VNI de rescate, sugiriendo que la edad y el tiempo en VMI podrían ser predictores de esta necesidad. Sin embargo, existe evidencia limitada sobre el VNI preventivo, destacándose la necesidad de más estudios para definir criterios de selección en pediatría.

Conclusión: El uso de VNI electiva genera controversia, y se plantea la posibilidad de manejar a algunos pacientes sin soporte ventilatorio tras extubación programada. Se necesitan estudios adicionales para establecer indicadores válidos en la selección de pacientes pediátricos para VNI.



0286 MIOCARDIOPATIA PERIPARTO

C NUÑEZ(1), N PAEZ(1), S MULLER(1), J OSATNIK(1), L BERTORELLO(1)
 (1) Hospital Aleman.

Introducción: La miocardiopatía periparto es una condición cardíaca poco frecuente pero potencialmente grave que afecta a mujeres durante el embarazo, generalmente en el tercer trimestre o en el periodo inmediatamente posterior al parto. Este trastorno se caracteriza por la dilatación y disfunción del ventrículo izquierdo, lo que puede llevar a síntomas de insuficiencia cardíaca. La fisiopatología de esta condición no se comprende completamente, pero se postula que factores como la predisposición genética, el estrés oxidativo y los cambios hormonales juegan un papel importante.

Presentación del caso: Paciente mujer de 32 años con antecedente de diabetes gestacional cursando semana 34 de embarazo acudió con disnea progresiva hasta clase funcional III, edema en miembros inferiores 6/6 e hipertensión arterial. Laboratorio con falla renal, acidosis metabólica, proteinuria con oligoanuria y plaquetopenia por lo cual se decide interrupción del embarazo.

Evolucionó con inestabilidad hemodinámica con ecocardiograma donde se evidenció deterioro severo de la función sistólica del ventrículo izquierdo.

Se iniciaron Inotrópicos y se realizó inhibición de la lactancia con cabergolina.

Actualmente, la paciente se encuentra en tratamiento con sacubitril-valsartan, espirolactona, dapagliflozina y bisoprolol. Último control ecográfico 23 días post alta con fracción de eyección de 37%.

Discusión: La miocardiopatía periparto, aunque poco frecuente, plantea un desafío significativo en la atención obstétrica y cardiológica debido a su presentación insidiosa y la superposición de síntomas con las condiciones normales del embarazo. La falta de consenso sobre los criterios diagnósticos y la variabilidad en la presentación clínica complican aún más la identificación de casos. El tratamiento debe ser individualizado y puede incluir medicamentos como inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina, betabloqueadores y diuréticos, así como un enfoque centrado en la educación del paciente sobre el manejo de la enfermedad.

Conclusión: El manejo de la miocardiopatía periparto implica un enfoque multidisciplinario, que incluye la administración de me-

dicamentos para la insuficiencia cardíaca y modificaciones en el estilo de vida. Aunque algunas pacientes experimentan una recuperación completa, otras pueden desarrollar insuficiencia cardíaca crónica, lo que subraya la importancia de la detección temprana y el seguimiento continuo.

0287 FACTORES PRECIPITANTES DEL DELIRIUM EN PACIENTE CRITICO

GV LIMON(1), N PALACIOS(1), V GALLARDO(1), M MORALES(1), T PAREDES(1), A CARDOZO(1), B CASORLA(1), F RAMOS(1)
(1) Pablo Soria.

Introducción: El delirium en pacientes críticos es un síndrome clínico que afecta a un importante porcentaje de los pacientes hospitalizados en la Unidad de Cuidados Críticos (UCI). A pesar de su elevada incidencia, es un síndrome a menudo infra diagnosticado, que implica relevantes consecuencias negativas para los pacientes y profesionales, y además puede prevenirse, de ahí la importancia del trabajo de investigación tener como objetivo: Determinar los factores precipitantes para el delirium en pacientes críticos adultos en la terapia intensiva del Hospital Pablo Soria de la provincia de Jujuy, en el periodo enero-abril 2025.

Materiales y Métodos: Fue observacional, descriptivo de corte transversal, cuantitativo, la muestra estuvo constituida por 40 pacientes internados en UCI, exclusión aquellos con enfermedades neurológicas, consumidor habitual de sustancia o alcohol y con puntaje RASS (Richmond Agitation-Sedation Scale) que limitara la aplicación del instrumento de detección de delirium. INSTRUMENTO de recolección de datos fue una lista de cotejo para determinar los factores precipitantes del delirium en pacientes críticos, la cual se utilizó para marcar con una "X" o responder si o no, utilizando la observación y la historia clínica.

Resultados: En el periodo de 4 meses se incluyó 40 pacientes, la prevalencia fue de 32,5% (n=13). Los factores más significativos fueron los ambientales, la inmovilización >7 días con un 92% (n=12), restricción física un 69,3% (n=9), privación del sueño, ruidos de monitores 92,3% (n=12). En el factor dolor con un 84% (n=11).

Conclusión: El delirium es un acometimiento frecuente para adultos críticos internados en la terapia intensiva y la existencia de factores precipitantes y predisponentes se vuelven relevantes para el desenlace, teniendo en cuenta los factores ambientales y el dolor como evento catalizador.

0288 REPERCUSIÓN ANTE LA AUSENCIA DE PROTOCOLOS DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN LA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA

TYM PAREDES(1), N PALACIOS(1), V GALLARDO(1), GV LIMON(1), M MORALES(1), A CARDOZO(1), B CASORLA(1), F RAMOS(1)
(1) Pablo Soria.

Introducción: Dentro del equipo interdisciplinario de las unidades de cuidados críticos es fundamental que el personal de salud cuente con la formación necesaria para desempeñar de manera eficaz las funciones que se le requieren, de esta manera los cuidados críticos en enfermería se aplicarían con la mayor precisión, rapidez y exactitud posible mediante la implementación y utilización de Protocolos Asistenciales de Enfermería.

Objetivos: Determinar la repercusión que genera la ausencia de protocolos de atención de Enfermería, así mismo concientizar e involucrar sobre la implementación, adherencia y evaluación a los protocolos de atención en la Unidad de Terapia Intensiva del Hospital Pablo Soria durante el periodo Enero- Abril del año 2.025.

Materiales y Métodos: El estudio es descriptivo y cuantitativo, con corte transversal ya que se realizará durante el periodo de Enero-Abril.

La muestra está compuesta por un total de 30 profesionales de Enfermería de los diferentes turnos, exceptuando jefe de la Unidad de Terapia Intensiva, coordinadores de Turno, Instructor de Residentes, jefe de Residentes y Residentes de Enfermería.

El instrumento para la recolección de datos es un cuestionario auto-administrado compuesto por preguntas cerradas que sirvieron para determinar la repercusión que generaba la ausencia de protocolos de atención de enfermería en la Unidad de Terapia Intensiva del Hospital Pablo Soria.

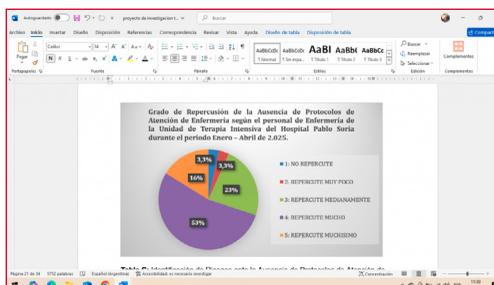
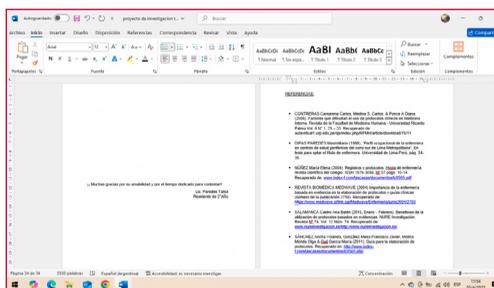
En cuanto al análisis, se realizó mediante estadística analítica - descriptiva.

Resultados: Durante el periodo Enero- Abril, el personal de Enfermería de la Unidad de Terapia Intensiva del Hospital Pablo Soria, considera que la Ausencia de Protocolos no repercute en un 3,3%, repercute muy poco en un 3,3%, repercute medianamente en un 23%, repercute mucho en un 53% y repercute muchísimo en un 16%; y en cuanto a la participación de la redacción, implementación y evaluación de protocolos de atención de enfermería solo el 6,6 % no participaría y el 93% si se involucraría.

Conclusiones: Se determinó que la ausencia de Protocolos de Atención de Enfermería en la Unidad de Terapia Intensiva repercute de manera NEGATIVA.

Referencias bibliográficas

- Bento, M.S.P.; Marques, R.M.D. & Sousa, P.P (2018). *Delirium: intervenciones de enfermería en el adulto hospitalizado – una revisión bibliográfica*. Revista electrónica trimestral de enfermería, Enfermería Global. 640-656. Recuperado de https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412018000400640
- Castaño, A.M.H. (2013). *Delirium en pacientes con ventilación mecánica en la UCI: factores asociados y cuidado de Enfermería*. Tesis de grado. Universidad Nacional de Colombia Facultad de Enfermería, Departamento de Enfermería Programa Doctorado en Enfermería Bogotá D. C. recuperado de https://repositorio.unal.edu.co/bitstream/handle/unal/20121/539640_2013.pdf
- Marquez, D. M.; Alves D.S. & Cardoso Vernaglia, TV (2024). *Factores predisponentes y precipitantes para el desarrollo del delirium postoperatorio en pacientes críticos de una unidad intensiva universitaria*. Revista Latino-Americana de Enfermagem. Recuperado de <https://www.scielo.br/laje/a/a/VBM93bXRGHvDgnGq9X9JP/?lang=es>
- Sandoval, I.J., Pérez, A.H.; Vázquez ML, J.F. & Martínez C, M.A. (2022). *Factores de riesgo de delirium*. Acta Med Article de Revisión. 258-265. Recuperado de <https://www.medicigraphic.com/sci-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=105730>
- Campaña G, D.C.; Rodríguez P. A.; Romero F. A. & Guarato C, Y.C. (2023). *Factores de riesgo para el desarrollo del delirium en pacientes en una unidad de cuidados intensivos*. Revista Arbitrada Interdisciplinaria de Ciencias de la Salud. SALUD Y VIDA Volumen 7. Número 1. Año 7. Edición Especial. Santa Ana de Coro, Venezuela. Recuperado de <https://fundacionkonoma.com.ve/qs/index.php/saludvida/article/view/3563>
- Gratini, F.C.; Giannasi, S.E. & San Roman, J.E. (2018). *Guía para el manejo de la analgesia, la sedación y el delirium del paciente en UCI*. Hospital Italiano de Buenos Aires. Servicio de Terapia Intensiva de Adultos. ABCDEF en UCI 1ra edición. Recuperado de <https://ase-emergencias.org/wp-content/uploads/2023/11/Gu%C3%81a-UUTI-Hospital-Italiano-final-junio-2018-Web.pdf>
- Corona M, J.C.; Illiguez P. H. & Medina R, E. (2022). *Prevalencia, factores de riesgo y desenlace de delirium en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Angeles del Carmen*. Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Angeles del Carmen. *Med Crt*. 215-222. Recuperado de <https://dx.doi.org/10.35386/105792>
- Rodríguez, S.H. (2020). *Valoración de factores favorecedores de delirium en la unidad de cuidados intensivos del Hospital Universitario Ramón y Cajal y el Hospital Universitario La Paz*. Trabajo de grado. Escuela de Enfermería y fisioterapia. Madrid. Recuperado de <https://repositorio.comillas.edu/xmlui/handle/11531/57346>
- Agullar G, C.R. & Martínez T, C. (2017). *La realidad de la Unidad de Cuidados Intensivos*. Artículo de opinión. *Med Crt*. 171-173. Recuperado de https://www.scielo.org/mv/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2448-99092017000300171



0289 BARRERAS EN EL USO DE LA ECOGRAFIA POR PARTE DE ENFERMERIA EN LA ATENCION DEL PACIENTE CRITICO
M MORALES(1), N PALACIOS(1), V GALLARDO(1), GV LIMON(1), T PAREDES(1), A CARDOZO(1), B CASORLA(1), F RAMOS(1)
(1) Pablo Soria.

Introducción: La evolución en la atención al paciente crítico ha integrado nuevas tecnologías para intervenciones más rápidas y seguras, siendo la ecografía en el punto de atención una de las herramientas más relevantes. Su implementación en unidades de cuidados intensivos ha probado optimizar diagnósticos y mejorar resultados. Sin embargo, en la Unidad de Terapia Intensiva de UTI del Hospital Pablo Soria, su uso está limitado por barreras formativas, organizacionales y culturales. La presente investigación tiene como objetivo identificar los principales factores que condicionan el uso de la ecografía en enfermería en la práctica en pacientes críticos. Este estudio busca conocer los principales factores que condicionan el uso de la ecografía en la práctica de enfermería en pacientes críticos.

Objetivo: Conocer las barreras que condicionan el uso de la ecografía por parte del personal de enfermería en la atención del paciente crítico en la UTI del Hospital Pablo Soria.

Métodos: Diseño de estudio: estudio cuantitativo, descriptivo y de corte transversal, realizado entre enero y abril de 2025.

Universo y Muestra: 44 enfermeros de la UTI del Hospital Pablo Soria, con una muestra seleccionada de 30 participantes.

Técnica e instrumento: se aplico un cuestionario estructurado de modalidad autoadministrada.

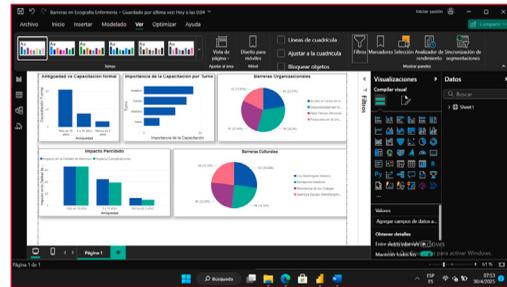
Análisis: Se utilizó estadística descriptiva mediante Microsoft Excel 2013.

Resultados: Alta proporción de enfermeros carecen de formación formal en ecografía.

Se detectaron barreras organizacionales como la falta de protocolos y disponibilidad del ecógrafo.

Se evidenció resistencia cultural frente al uso de la ecografía. Mayoría reconoce que su utilización sistemática podría mejorar la calidad asistencial y reducir complicaciones.

Conclusiones: El estudio identificó múltiples barreras que limitan el uso de ecografía por parte de enfermería en la atención crítica. superar estas barreras requiere formación específica, desarrollo de protocolos institucionales y cambio cultural. providencia usar la ecografía en enfermería fortalecería el enfoque interdisciplinario y mejorar la calidad de atención en UCI.



0290 FACTOR PREDOMINANTE QUE INFLUYEN EN LA CALIDAD DE LOS REGISTROS DE LOS ENFERMEROS DE LA TERAPIA INTENSIVA
B CASORLA(1), A CARDOZO(1), F RAMOS(1), N PALACIOS(1), V GALLARDO(1), GV LIMON(1), M MORALES(1), T PAREDES(1)
(1) Pablo Soria.

Introducción: La enfermería fundamenta su práctica profesional en la documentación sistemática de todas las actividades realizadas durante el proceso de atención. Los registros de enfermería son herramientas esenciales para recopilar datos clínicos, valorar al paciente, registrar tratamientos y su evolución, y sirven además como medio de comunicación entre los profesionales del equipo de salud. A través de ellos se garantiza la continuidad de los cuidados y se respalda legalmente la labor realizada.

Objetivos: Esta investigación fue determinar los factores predominantes que influyen en la calidad de los registros de enfermería en la Unidad de Terapia Intensiva del Hospital Pablo Soria, provincia de Jujuy.

Métodos: El estudio fue de tipo observacional, descriptivo, de corte transversal y con enfoque cuantitativo. La muestra estuvo conformada por 44 registros de enfermería, excluyendo a jefes de unidad, instructores y residentes. Identificar los factores que afectan la calidad de los registros permite desarrollar estrategias de mejora, asegurando una atención más segura y basada en buenas prácticas profesionales.

Resultados: Durante el período de estudio, se evidenció que el 68% del personal era femenino y el 34% tenía más de 35 años. En cuanto a factores personales, el 54% tenía formación como enfermero profesional y el 52% contaba con más de cinco años de antigüedad. No obstante, se identificó como factor institucional crítico la ausencia total de supervisión periódica 100%, a pesar de no existir sobrecarga laboral. En cuanto a la calidad de los registros, el 75% presentaba letra legible y el 95% usaba abreviaturas, pero solo el 34% aplicaba terminología científica, y apenas el 18% utilizaba escalas de valoración. Además, el 80% presentó enmendaduras sin aclaración y el 52% omitió la fecha y hora.

Conclusión: La ausencia de supervisión institucional, junto con deficiencias en la completitud, corrección y validez del registro, compromete la calidad del cuidado.

REFERENCIAS

- Blaivas, M., et al. (2015). Physician and nurse perceptions of the use of ultrasound in the emergency department. *Critical Ultrasound Journal*, 7(1), 7.
- Johnson, K. L., et al. (2020). Nurses' perceptions of ultrasound use in critical care: A qualitative study. *Australian Critical Care*, 33(2), 117-122.
- Lamperti, M., et al. (2012). International evidence-based recommendations on ultrasound-guided vascular access. *Intensive Care Medicine*, 38(7), 1105-1117.
- Lichtenstein, D. A., et al. (2016). Lung ultrasound in the critically ill. *Annals of Intensive Care*, 6(1), 1-12.
- Millington, S. J., et al. (2018). Nurse-performed ultrasound-guided peripheral intravenous catheter insertion: A systematic review. *Journal of Infusion Nursing*, 41(3), 194-203.
- Smit, J. M., et al. (2019). The impact of nurse-performed ultrasound on patient outcomes in the intensive care unit: A systematic review. *Intensive and Critical Care Nursing*, 50, 1-8.

REFERENCIAS:

- Díaz, M., & Peluso, M. (2013). *Calidad de los registros de enfermería* (Tesis de grado). Universidad Nacional de Cuyo. Recuperado de https://bdigital.uncu.edu.ar/objetos_digitales/10191/diaz-mara-teresa.pdf
- Fariás, M. (2021). *Cómo influye en la calidad de los registros la edad, sexo, nivel de formación, antigüedad laboral en la profesión y situación de doble empleo del personal de enfermería en los servicios de cuidados críticos del hospital público* (Tesis de grado). Universidad Nacional de Rosario, Facultad de Ciencias Médicas. Recuperado de <https://rephip.unr.edu.ar/server/api/core/bitstreams/3025c02f-2284-4dbd-8335-bf47efc11c29/content>
- Guiraud, P. (2015). *Evaluación de la calidad de los registros de enfermería en el sector de Terapia Intensiva en el Hospital San Vicente de Paul de Villa del Rosario* (Tesis de maestría). Universidad Nacional de Córdoba, Facultad de Ciencias Médicas. Recuperado de <https://hdl.handle.net/10224/42013>
- Herrero, L. (2020). *Utilidad de los registros de enfermería en la calidad de los cuidados enfermeros* (Tesis de grado). Universidad de Valladolid, Facultad de Enfermería. Recuperado de <https://uvadoc.uva.es/handle/10324/42013>
- Navarro, C. (2022). *Taller de Trabajo Final II* (Tesis de grado). Universidad Abierta Interamericana. Recuperado de <https://dspaceapi.uai.edu.ar/server/api/core/bitstreams/81cc3569-2bdb-4b19-9fec-de4910dc8307/content>
- Soza, F., Bazán, L., & Díaz, R. (2020). Percepciones de los enfermeros sobre el uso de sus registros para garantizar la continuidad del cuidado. *Enfermería Global*, 19(1), 1-12. Recuperado de https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988-348X2020000100012

0291 IMPACTO CLÍNICO DE LA DOSIS DE CARGA DE ANTIBIÓTICOS BETA-LACTÁMICOS EN PACIENTES CRÍTICOS
 AM PERALTA(1), C LOPEZ(1), N MACINTOSH(1), F GUTIERREZ(2)
 (1) Hospital Central De Mendoza. (2) Hospital Alfredo Italo Perrupato.

La terapia antibiótica temprana, adecuada y optimizada es fundamental en el manejo de pacientes críticamente enfermos, donde las alteraciones farmacocinéticas pueden dificultar el logro de objetivos terapéuticos. El propósito de este estudio fue evaluar el impacto de la administración de dosis de carga de antibióticos beta-lactámicos en la mejoría clínica de pacientes críticos en una unidad de cuidados intensivos (UCI) de un hospital de alta complejidad en Mendoza.

Se llevó a cabo un estudio observacional retrospectivo, analizando pacientes que recibieron betalactámicos entre marzo y junio de 2022 (sin dosis de carga) y 2023 (con dosis de carga), conforme al protocolo de optimización antibiótica desarrollado por el equipo PROA. Todos los pacientes recibieron los antibióticos en infusión prolongada, lo que permite atribuir las diferencias observadas principalmente a la presencia o ausencia de la dosis de carga. Además, ambos grupos demostraron ser comparables estadísticamente en variables basales como edad, sexo y score SOFA al ingreso ($p > 0.05$), lo que refuerza la validez de la comparación clínica. Se incluyeron 72 pacientes: 43 sin dosis de carga (S-DC) y 29 con dosis de carga (C-DC). Se evaluó la mejoría clínica a las 48 horas mediante la disminución de reactivantes de fase aguda (proteína C reactiva [PCR], leucocitos), estabilidad hemodinámica (uso de vasopresores) y mejoría de la curva térmica (fiebre $>38,3^{\circ}\text{C}$). En el grupo C-DC, se observó una reducción significativa de la PCR ($p=0,002$; $d=0,636$) y de la fiebre ($p<0,05$), mientras que los leucocitos y la necesidad de vasopresores disminuyeron sin significancia estadística. En el grupo S-DC, solo la PCR mostró una reducción significativa ($p=0,01$; $d=0,412$). La mortalidad a 30 días fue menor en el grupo C-DC, aunque sin diferencia estadísticamente significativa.

Estos hallazgos sugieren que la administración de una dosis de carga de betalactámicos podría mejorar de manera temprana parámetros inflamatorios y signos clínicos de infección, contribuyendo potencialmente a una evolución más favorable. Se destaca la necesidad de estudios futuros con mayor tamaño muestral y diseños controlados para confirmar estos resultados y fortalecer las recomendaciones terapéuticas en UCI.

GRUPO S-DC (n=43)	al inicio			a las 48 hs			tamaño del efecto	
	media (mg/L) ± SD	p	Cohen's d	media (mg/L) ± SD	p	Cohen's d	Rango biserial	
PCR, media (mg/L) ± SD	140,35 ± 102,55	0,01	0,412	100,35 ± 90,57			-	
Leucocitos, media (mm3) ± SD	12592 ± 8689	0,689	-	11398 ± 6113			0,072	
Fiebre (Si)	18 (41,86)	>0,05	-	15 (34,88)			-	
Vasopresores (Si)	20 (46,51)	>0,05	-	15 (34,88)			-	

GRUPO C-DC (n=29)	al inicio			a las 48 hs			tamaño del efecto	
	media (mg/L) ± SD	p	Cohen's d	media (mg/L) ± SD	p	Cohen's d	Rango biserial	
PCR, media (mg/L) ± SD	179,68 ± 106,64	0,002	0,638	120,88 ± 100,96			-	
Leucocitos, media (mm3) ± SD	13653 ± 8588	0,846	-	12824 ± 5562			0,044	
Fiebre (Si)	18 (62,06)	<0,05	-	3 (10,34)			-	
Vasopresores (Si)	15 (51,72)	>0,05	-	9 (31,03)			-	

Tabla 2. Mejoría clínica a las 48 hs efectivas de tratamiento antibiótico. GRUPO S-DC y C-DC

Característica	S-DC (n=43)	C-DC (n=29)	p
Edad, media en años ± SD	47,67 ± 17,24	53,45 ± 14,84	0,147
Sexo masculino	32 (74,42)	21 (72,41)	0,85
Score SOFA al inicio de la infección ± SD	7,49 ± 3,26	6,65 ± 3,59	0,311

Tabla 1. Comparación de las características demográficas y clínicas de los pacientes que no recibieron dosis de carga (S-DC) y los que recibieron dosis de carga (C-DC)

0292 CIRUGÍA PROGRAMADA Y DE URGENCIA EN UCI: IMPACTO EN SEVERIDAD, USO DE RECURSOS Y MORTALIDAD. ESTUDIO DESCRIPTIVO

KJ VILLARROEL SANCHEZ(1), S SCAZZOLA(2), S ORELLANA(2), H HERNANDEZ(2), L SANTORO(2), V PICOLLA(2), G RAMOS(2), C DIANO(2)

(1) Hospital De Agudos Dr. Cosme Argerich. (2) Hospital Dr. Cosme Argerich.

Introducción: Estudio descriptivo, epidemiológico, observacional y retrospectivo realizado en las Unidades de Cuidados Intensivos (A y B) del Hospital Argerich. Se analizaron 405 ingresos postquirúrgicos, discriminados en 258 cirugías programadas y 147 de urgencia. El objetivo fue caracterizar variables demográficas, de severidad (APACHE), uso de recursos (estancia y ARM) y mortalidad, además de identificar los diagnósticos más prevalentes en ambos grupos.

Desarrollo: En el grupo de cirugía programada, la edad media fue de 55.5 años, con un APACHE promedio de 9.47. Requhirieron ARM el 24.8% de los pacientes, con una duración media de 5.9 días. La estadía en UCI promedió 5.7 días y la mortalidad global fue del 4.65%. Los cinco diagnósticos más frecuentes fueron: Duodenopancreatectomía (10.5%), Exéresis de LOE cerebral (8.9%), Donante Vivo Relacionado (4.3%), Resección de Tumor Cerebral (4.3%) y Colectomía Subtotal (3.9%).

En contraste, los pacientes de cirugía de urgencia presentaron una edad promedio similar (56.4 años), pero con mayor severidad clínica (APACHE 13.65). El 53.7% requirió ARM, con una duración media de 14.4 días. La estadía promedio en UCI fue de 10.7 días, con una mortalidad significativamente mayor (27.21%). Los diagnósticos más comunes fueron: Laparotomía por Peritonitis (19.7%), DVE por HTE (7.5%), Resección Intestinal por Obstrucción (7.5%) y Laparotomía por Abdomen Agudo (7.5%).

Discusión: Se evidencian marcadas diferencias entre ambos grupos. Los pacientes de urgencia ingresan con mayor severidad, requieren ARM más frecuentemente y por períodos más prolongados, lo que se traduce en mayor estadía y una mortalidad casi seis veces superior. Además, los perfiles diagnósticos reflejan la diferencia entre cirugías electivas y urgentes. La mortalidad asociada al uso de ARM fue del 45.6% en el grupo de urgencia, frente al 18.75% en el grupo programado.

Conclusión: Este análisis pone de relieve la elevada carga asistencial, mayor consumo de recursos y peor pronóstico de los pacientes quirúrgicos de urgencia en UCI. Estos hallazgos son clave para la planificación de recursos y la optimización de resultados clínicos según la naturaleza del ingreso quirúrgico.

0293 ENDOCARDITIS POR GERMEN ATÍPICO EN PACIENTE INMUNOCOMPETENTE. A PROPÓSITO DE UN CASO.

T MARCHESI(1), J VEGA(1), G NIS(1), N PEDANO(1)
(1) Nuevo Hospital San Roque.

Introducción: La endocarditis por *Histoplasma* es una forma poco frecuente pero grave de infección fúngica, que se presenta en pacientes inmunodeprimidos.

Su diagnóstico temprano es importante debido a su alta mortalidad y a la dificultad para identificarla. Se presenta a continuación un caso de endocarditis por *histoplasma* en paciente inmunocompetente.

Presentación: Paciente masculino de 32 años, sin antecedentes patológicos, privado de su libertad, ex consumidor de cocaína, consulta por fiebre, astenia, pérdida de peso y lesiones en región facial, manos y pies.

Al examen físico: soplo sistólico 2/6 + hepatoesplenomegalia + lesiones de Janeway y nódulos de Osler en manos y pies.

Se descartan inmunodeficiencias primarias y secundarias.

Ecocardiograma transesofágico: válvula aórtica bicúspide y múltiples vegetaciones la mayor de 20 mm asociado a Insuficiencia Aórtica moderada.

Tomografía tórax y abdomen: Lesiones compatibles con émbolos sépticos en bazo.

Se toman 3 hemocultivos, con resultado negativo.

Comienza tratamiento empírico con ceftriaxona+ gentamicina + vancomicina, sin respuesta, por lo cual se realiza biopsia de lesiones de piel y hemocultivo por lisis dando como resultado *Histoplasma capsulatum*, cumpliendo tratamiento primero con anfotericina B y luego con itraconazol.

Lo valora cirugía cardiovascular, realizan exeresis de las vegetaciones y reemplazo valvular aórtico con válvula biológica. Postquirúrgico complicado con derrame pleural bilateral severo con requerimiento de ARM prolongado + múltiples interurrencias infecciosas. A 3 meses del ingreso, concluye tratamiento antimicrobiano por lo que se decide alta hospitalaria.

Discusión: La endocarditis micótica es una entidad poco frecuente, pero grave. Es habitual diagnosticarla en inmunocomprometidos con síntomas como fiebre, disnea y soplos cardíacos. Se puede complicar rápidamente, por lo que requiere un enfoque diagnóstico exhaustivo que incluya criterios mayores y menores, y un tratamiento con anti fúngicos y, en algunos casos, intervención quirúrgica. La falta de reconocimiento temprano puede llevar a un pronóstico desfavorable.

Conclusión: *H. capsulatum* es una causa rara de endocarditis; Es un diagnóstico que requiere sospecha clínica incluso en pacientes inmunocompetentes.



0294 DESAFIOS TERAPEUTICOS EN INSUFICIENCIA HEPATICA

R GREGORI SABELLI(1), V FERNANDEZ ABELLO(1), E ARTIGAS(1), A BOCASSI(1), C DOMINGUEZ(1), P SAUL(1), S CACERES(1), Y LAMBERTO(1), V CHEDIACK(1), E CUNTO(1)
(1) Muñiz.

Introducción: La insuficiencia hepática aguda (IHA) e insuficiencia hepática aguda sobre crónica (IHAC) tienen un alto riesgo de mortalidad en pacientes que no son candidatos a trasplante hepático. Los dispositivos de asistencia hepática (DAH) como recambio plasmático terapéutico de alto volumen y plasmafiltración acoplada a adsorción reportan efectos beneficiosos cuando se compararon con el tratamiento estándar (TE).

Objetivo: Primario: Evaluar eficacia de los DAH en pacientes con IHA e IHAC mediante medición de parámetros clínicos y bioquímicos. Secundarios: Comparar sobrevida en pacientes con IHA e IHAC según terapéutica estándar versus uso de DAH.

Materiales y Métodos: Estudio observacional, descriptivo retrospectivo y caso-control. N=30 IHA (n:17) e IHAC (n:13) en TI (enero 2021 - abril 2025). Estadística descriptiva: porcentaje (%), media (M), rango (mínimo-máximo). Se evaluó la mejoría de encefalopatía y descenso de bilirrubinemia (MELD- Na) en dos grupos IHA e IHAC con uso DAH y sin uso de DAH y la progresión a mortalidad mediante prueba de chi cuadrado. Se consideró significativo $p \leq 0.05$, se evaluó odds ratio (OR) e IC95%.

Resultados: N= 10 IHA e IASC con DAH (33 %) edad M 43,2 (23-69) varones (70%) ARM (80%). Estadia en TI: M 10,2 días. Óbitos 40%. Mejoría clínica en 7 pacientes (70%). OR=1,9 IC (0.3-9) p 0.3. Descenso de bilirrubinemia en 8 pacientes (80%): OR=2,4 IC (0,3-15) p 0.2. IHA e IHAC con TE N=20 (66%) Edad 47 M (15-81) varones 17 (75%) ARM 65 %. Estadia en TI: M 8,3 días. Óbitos: 9 (45 %). Mejoría clínica en 11 pacientes: (55%) y descenso de la bilirrubinemia en 12 pacientes (60%). La mortalidad no evidenció diferencia significativa OR 0.8 (0.17-2.8) p 0.5. Con respecto a la etiología: la hepatotoxicidad por antifímicos fue la principal causa de IHA seguida por hepatopatía en contexto de enfermedades emergentes: dengue grave, malaria y leptopirosis. La etiología principal en IHAC fue la sepsis en contexto de cirrosis alcohólica y tuberculosis diseminada.

Conclusión: Si bien en esta serie no se evidenció significancia estadística para mortalidad se destaca la mejoría de parámetros clínicos

y de laboratorio en el grupo con DAH crucial para otorgar tiempo útil para lograr el fin terapéutico.

	Mortalidad	Sobrevida	Mejora encefalopatía
Con DAH (n=10)	4 (40%)	6 (60%)	7 (70%)
Sin DAH (n=20)	9 (45%)	11 (55%)	11 (55%)

0295 USO DE FLUDROCORTISONA EN HIPERKALEMIA INDUCIDA POR TACROLIMUS
 SM PRATI(1), SM PRATI(2), F PRIMERANO CARUGNO(2), S VILLARROEL MENDOZA(2), S GIANNASI(2)
 (1) Italiano. (2) Hospital Italiano De Buenos Aires.

Introducción: Los inhibidores de calcineurina constituyen un pilar fundamental de la inmunosupresión para prevenir el rechazo del injerto en el trasplante de órganos sólidos y mejorar la supervivencia del paciente. Entre sus efectos adversos se incluyen desequilibrio hidroelectrolítico (hiponatremia, hiperkalemia, acidosis metabólica), con mayor riesgo de arritmias y mortalidad.

Objetivos: Comparar la velocidad de descenso de los niveles séricos de potasio en pacientes con hiperkalemia atribuida al uso de inhibidores de calcineurina tratados con fludrocortisona versus tratamiento convencional.

Materiales y Métodos: Estudio retrospectivo de cohortes en adultos trasplantados con hiperkalemia ($K^+ \geq 5$ mEq/L) atribuida a inhibidores de calcineurina, internados en UCI del Hospital Italiano de Buenos Aires entre enero 2012 y enero 2025, comparando fludrocortisona versus tratamiento convencional.

Para capturar la posible no linealidad en la trayectoria del potasio en el tiempo, se construyó un modelo de efectos mixtos que incluyó splines cúbicos con nudos en los días 1, 7 y 13, así como las interacciones de dichos splines con la variable indicadora de uso de fludrocortisona.

Resultados: Los pacientes con tratamiento estándar presentaron una kalemia inicial media de 5,3 mEq/L (IC95%: 5,28–5,35), mientras que los tratados con fludrocortisona iniciaron con 5,5 mEq/L (IC95%: 5,38–5,95). A pesar de valores iniciales más altos (diferencia de 0,21 mEq/L), este grupo mostró una reducción más rápida y niveles posteriores similares o inferiores al grupo control. El intercepto aleatorio mostró una varianza de 0.155 (IC 95%: 0.139; 0.172), reflejando variabilidad interindividual, mientras que la varianza residual fue 0.290 (IC 95%: 0.283; 0.299).

En el modelo de predicciones, se observa la diferencia en la forma de la curva de potasio según se haya administrado o no la fludrocortisona, reforzando la evidencia de un efecto diferencial a lo largo del tiempo.

Conclusión: El uso de fludrocortisona se asoció a una disminución más rápida y pronunciada en los pacientes trasplantados con hiperkalemia comparado con tratamientos estándares permitiendo aumentar la eficacia en el manejo del medio interno

Figura 1 - Proporción de pacientes bajo tratamiento con fludrocortisona vs. control

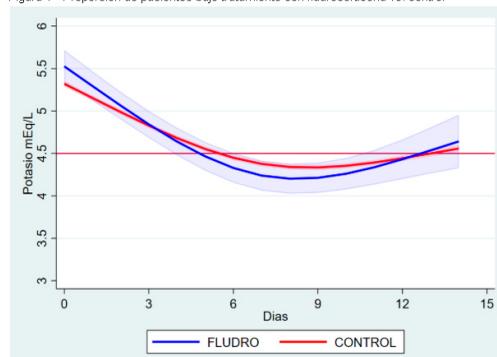


Tabla 1 - Características demográficas de la población en estudio

	Todos (N=958)	Hiperkalemia sin fludrocortisona (N=920)	Hiperkalemia con fludrocortisona (N=38)	p.valor
Edad (años)	49.0 (14.7)	48.7 (14.8)	54.6 (12.1)	0.006
Sexo femenino	370 (38.6%)	356 (38.7%)	14 (36.8%)	0.952
APACHE al ingreso	15.0 [11.0;19.0]	15.0 [11.0;19.0]	17.0 [14.0;22.0]	0.024
Trasplante:				<0.001
Pulmonar	88 (9.20%)	78 (8.49%)	10 (26.3%)	
Renal	598 (62.5%)	589 (64.1%)	9 (23.7%)	
Hepático	227 (23.7%)	214 (23.3%)	13 (34.2%)	
Cardíaco	5 (0.52%)	5 (0.54%)	0 (0.00%)	
Pancreático	36 (3.76%)	30 (3.26%)	6 (15.8%)	
Intestinal	1 (0.10%)	1 (0.11%)	0 (0.00%)	
Cardiopulmonar	2 (0.21%)	2 (0.22%)	0 (0.00%)	
Intervalo (días) desde hiperkalemia a inicio de fludrocortisona	10.0 [2.25;21.0]	[..]	10.0 [2.25;21.0]	.
Creatinemia inicial	4.70 [1.27;7.35]	4.80 [1.29;7.40]	1.53 [0.89;4.06]	0.004
Duración del tratamiento con fludrocortisona	19.0 [11.2;24.8]	[..]	19.0 [11.2;24.8]	.

0296 SINDROME NEUROLEPTICO MALIGNO EN LA TERAPIA INTENSIVA: REPORTE DE CASO
 M FLAMINI MARCZUK(1), FC CARINI(1), A MARTINEZ(1)
 (1) Hospital Italiano De Buenos Aires.

Introducción: El síndrome neuroleptico maligno (SNM) es una complicación poco frecuente, pero potencialmente mortal, asociada al uso de antipsicóticos. Su mortalidad puede alcanzar el 20 % si no se reconoce y trata de manera oportuna. El diagnóstico es clínico y desafiante, dado que sus manifestaciones (hipertermia, rigidez muscular y alteración del estado mental) pueden confundirse con otras condiciones frecuentes en pacientes críticos. Presentamos un caso que destaca la importancia del reconocimiento precoz y del abordaje terapéutico oportuno.

Presentación del caso: Paciente femenina de 44 años, con antecedentes de tabaquismo, asma y trastorno psiquiátrico bajo tratamiento con múltiples antipsicóticos, ingresó por insuficiencia respiratoria, requiriendo ventilación mecánica invasiva.

Durante su internación, presentó fallos repetidos en los intentos de extubación, con mal despertar, lo que motivó el ajuste de antipsicóticos a altas dosis (levomepromazina, risperidona, clonazepam) y la utilización de sedación inhalada con sevoflurano.

Evolucionó con hipertermia persistente, taquicardia, excitación psicomotriz, posturas tónicas y mioclonías. Los cultivos fueron negativos y las neuroimágenes descartaron encefalitis. Se observó elevación significativa de la CPK, sin disfunción multiorgánica asociada. Ante la sospecha de un cuadro farmacológico, se planteó el diagnóstico diferencial entre SNM e hipertermia maligna. Se suspendieron los agentes implicados e inició tratamiento con propranolol, ácido valproico y amantadina, con rápida mejoría clínica en las primeras 24 horas.

Discusión: El SNM se caracteriza por disfunción autonómica, rigidez muscular y alteraciones del sensorio. Su diagnóstico, basado en criterios clínicos y la exclusión de otras etiologías, requiere un alto índice de sospecha, particularmente en contextos complejos. En este caso, si bien inicialmente se atribuyó la alteración neurológica a las dificultades del destete ventilatorio, la hipertermia refractaria y la elevación de la CPK orientaron hacia un diagnóstico de SNM, confirmado por la respuesta favorable al retiro de psicofármacos y tratamiento específico.

Conclusión: El SNM, aunque infrecuente, debe ser considerado frente a cuadros de hipertermia inexplicada en pacientes críticos. El reconocimiento precoz y la suspensión inmediata de los fármacos implicados son claves para reducir la mortalidad y mejorar los resultados clínicos.

0297 CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS, USO DE DISPOSITIVOS INVASIVOS Y DURACIÓN DE LA INTERNACIÓN EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL INTERZONAL GENERAL DE AGUDOS VICENTE LÓPEZ Y PLANES. ESTUDIO DESCRIPTIVO Y RETROSPECTIVO

MA NAVARRO(1), GS AMAYA(1), MS EVEN(2), AS LEÓN(2)
 (1) Higa Vicente López Y Planes De General Rodríguez. (2) Higa Vicente López Y Planes De Gral. Rodríguez.

Introducción: La Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) brinda atención a pacientes críticamente enfermos, con cuadros clínicos de alta complejidad, que requieren asistencia especializada. La utilización de dispositivos invasivos como catéteres venosos centrales (CVC), sonda vesical (SV), asistencia ventilatoria mecánica (AVM) y catéter de acceso vascular tunelizado (Tipo COOK) forman parte del manejo terapéutico. Su utilización está vinculada a una mayor duración de la internación.

Objetivos: Describir las características clínicas de los pacientes críticos y la evolución del soporte invasivo requerido durante la internación en la UCI, en función del tipo de dispositivos utilizados y el tiempo de estadía.

Materiales y Métodos: Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo, de corte transversal, basado en la carga manual de datos a partir de los registros clínicos de la UCI del HIGA Vicente López y Planes. Se incluyeron 226 pacientes mayores de 15 años, de ambos sexos, internados durante el período de septiembre de 2024 y febrero de 2025.

Resultados: Se analizaron 226 pacientes, con una mediana de edad de 36,5 años (RIQ: 28,5–65) y un promedio de internación de 5,88 días. Los principales diagnósticos fueron: neurológicos (30,53%), postquirúrgicos (23,89%) e insuficiencia respiratoria (14,60%). La mortalidad fue del 29,8%.

Respecto a la vía aérea, el 53,8% mantuvo vía aérea natural, el 46,46% requirió IOT y el 10,62% evolucionó a TQT. Los dispositivos más utilizados fueron: sonda vesical (82,75%), CVC (64,6%), AVM (46,46%) y catéter tunelizado tipo Cook (15,4%).

Conclusión: Los resultados de este estudio muestran una elevada prevalencia en el uso de dispositivos invasivos en pacientes críticos que cursaron internaciones más prolongadas, asociadas a una mayor demanda de soporte. Se destaca la importancia de planificar estrategias que optimicen el uso de recursos, promoviendo el retiro oportuno y seguro de dispositivos, sin comprometer la calidad del cuidado.

Palabras Claves: Cuidados intensivos, soporte invasivo, paciente crítico, duración de la internación, gestión de recursos hospitalarios.

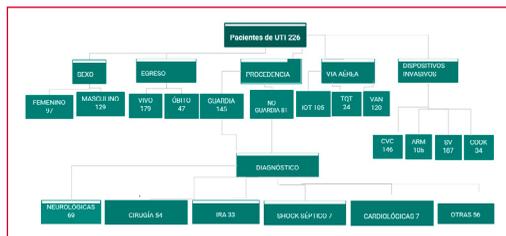


TABLA 1. características de los participantes	
Variables	N= 226
Edad, Mediana (RIQ), Años	36.5 (28.5-65)
Sexo, N (%)	
Masculino	129 (57.08)
Femenino	97 (42.92)
Diagnóstico, N (%)	
Neurológicas	69 (30.53%)
Cirugía	54 (23.89%)
Insuficiencia respiratoria	33 (14.6%)
Shock séptico	7 (3.10%)
Cardiovasculares	7 (3.10%)
Otras	56 (24.78%)
Origen de ingreso, N (%)	
Guardia	145 (64.16)
No guardia	81 (35.84)
Estado al alta, N (%)	
Vivo	179 (79.2)
Óbito	47 (29.8)
Tipo de vía aérea, N (%)	
VAN	120 (53.8)
IOT	105 (46.46)
TQT	24 (10.62)
Dispositivos invasivos, N (%)	
CVC	146 (64.6)
ARM	105 (46.46)
SV	187 (82.75)
COOK	34 (15.4)
Promedio días de internación	
	5.88
Referencia: RIQ (Rango Inter cuartilico), IRA (Insuficiencia respiratoria aguda), VAN (Vía aérea natural), IOT (Intubación orotraqueal), TQT (Traqueostomía), CVC (catéter venoso central), ARM (asistencia respiratoria mecánica), SV (sonda vesical), COOK (catéter tunelizado tipo COOK)	

0298 NEUROTOXICIDAD POR TACROLIMUS EN PACIENTE TRASPLANTADO HEPÁTICO: REPORTE DE CASO CON PRESENTACIÓN ATÍPICA

M ORTEGA SOZA(1), V PICOLLA(2), G RAMOS(2), S ORELLANA(2), L SANTORO(2)
 (1) Dr. Cosme Argerich. (2) Hgaca.

Introducción: El tacrolimus es un inmunosupresor clave en el manejo postrasplante, aunque puede inducir efectos adversos neurológicos. Su toxicidad abarca desde síntomas leves hasta convulsiones o PRES. Las crisis de ausencia son una forma inusual de neurotoxicidad, subdiagnosticada en pacientes críticos. Se presenta un caso con resolución clínica tras intervención oportuna.

Presentación del caso: Paciente masculino de 18 años, con antecedentes de cirrosis hepática secundaria a hepatitis autoinmune vs criptogénica. Fue sometido a trasplante hepático ortotópico el 27/03 en el HGACA. El 31/03 inicia tratamiento inmunosupresor con tacrolimus. Al tercer día, desarrolla episodios de desconexión del medio con mirada fija y escasa respuesta a estímulos, compatibles con crisis de ausencia con dosaje de tacrolinemia de 3,9 ng/mL. Se inicia tratamiento antimicrobiano con levetiracetam en dosis de carga y mantenimiento, sin respuesta clínica favorable, presentando hasta 10 episodios similares en menos de 24 horas. Neurología realiza EEG que muestra ondas lentas con paroxismos. Se rota el tratamiento antimicrobiano a ácido valproico y en conjunto con el equipo de trasplante hepático, se decide rotar tacrolimus a everolimus. A las 24 horas de la modificación terapéutica, cesan los eventos clínicos. El 24/04 es dado de alta de UTI y trasladado a sala de menor complejidad para seguimiento clínico.

Discusión: La neurotoxicidad por tacrolimus es una complicación relevante en el postrasplante, incluso con niveles dentro del rango terapéutico. Su fisiopatología se relaciona con alteraciones en la barrera hematoencefálica y la autorregulación cerebral, favoreciendo edema y excitabilidad neuronal. Las manifestaciones más frecuentes son cefalea, temblor y convulsiones generalizadas, siendo las crisis de ausencia infrecuentes y de difícil detección clínica. Este caso destaca la necesidad de un alto índice de sospecha ante episodios de desconexión del medio. El EEG fue determinante para orientar el diagnóstico y tratamiento. La rotación del inmunosupresor a everolimus fue clave para revertir el cuadro, reflejando el impacto de una intervención multidisciplinaria precoz.

Conclusiones: Este reporte contribuye a visibilizar presentaciones atípicas de neurotoxicidad, enfatizando el rol de la vigilancia neurológica estrecha en pacientes trasplantados jóvenes, donde las manifestaciones pueden ser sutiles pero potencialmente graves.

0299 OSPECHA DE ENCEFALITIS AUTOINMUNE EN PACIENTE ADULTO MAYOR: REPORTE DE CASO

M ORTEGA SOZA(1), V PICOLLA(2), G RAMOS(2), S ORELLANA(2), L SANTORO(2)
 (1) Dr. Cosme Argerich. (2) Hgaca.

Introducción: La encefalitis autoinmune es una causa infrecuente pero cada vez más reconocida de encefalopatía rápidamente progresiva, potencialmente reversible si se inicia tratamiento precoz. Afecta mayoritariamente a adultos jóvenes, pero puede presentarse en edades avanzadas, dificultando su diagnóstico inicial. Se presenta un caso de coma sin etiología evidente al ingreso, en un paciente de 70 años con evolución favorable tras tratamiento empírico inmunomodulador.

Presentación del caso: Masculino de 70 años, hipertenso, ingresado por deterioro súbito del sensorio (GCS 3/15) y mala mecánica ventilatoria. Laboratorio: leucocitosis (16.000), hiperglucemia (159 mg/dl), hiponatremia (132 mEq/l), acidosis respiratoria (pH:7.18, pCO2:65, HCO3:23). TC de cerebro sin lesiones. Toxicológico negativo.

Trasladado a UTI. PL inicial: LCR turbio hemorrágico con pleocitosis (410 células, 72% PMN) glucorraquia conservada. Filmarray y cultivos negativos. Inicia ceftriaxona empírico por 5 días. En ventana de sedación persiste en coma. Se descarta status convulsivo. Se realiza RMN sin particularidades, ante sospecha de encefalitis autoinmune, se inician pulsos de metilprednisolona (1 g/día, 5 días) con respuesta favorable a las 48 h, recuperando la conciencia ad integrum. Estudio inmunológico de LCR pendiente.

Discusión: La encefalitis autoinmune es una entidad inflamatoria del sistema nervioso central causada por autoanticuerpos dirigidos contra antígenos neuronales de superficie o intracelulares. Se presenta habitualmente con alteraciones del sensorio, trastornos psiquiátricos, convulsiones o coma. Su diagnóstico requiere un alto índice de sospecha clínica dado que los estudios iniciales pueden ser inespecíficos.

En este caso, la persistencia del coma, la negatividad de infección y el EEG sin actividad epileptiforme, orientaron hacia una causa inflamatoria autoinmune. La mejoría tras la inmunoterapia respalda esta hipótesis. Si bien es más frecuente en adultos jóvenes, la encefalitis autoinmune puede presentarse en la tercera edad, donde su subdiagnóstico es mayor. Guías actuales recomiendan iniciar tratamiento inmunomodulador ante sospecha fundada, sin confirmación serológica, dado que el retraso impacta negativamente en el pronóstico.

Conclusión: El diagnóstico de encefalitis autoinmune en pacientes mayores es un desafío clínico, este caso destaca la importancia de considerarla en el diagnóstico diferencial del coma sin etiología aparente, incluso en adultos mayores.

La respuesta al tratamiento inmunomodulador refuerza el valor de una intervención temprana, guiada por juicio clínico y evolución del paciente.

0300 TRATAMIENTO DE LA INSUFICIENCIA CARDIACA REFRACTARIA EN PEDIATRÍA: SERIE DE CASOS

N SOLANO(1), A COSTAS(1), T GILARDENGI(1), K RODRIGUEZ DUEÑAS(1), MP ARIAS(1), A GATTARI(1)
 (1) Hospital De Niños Ricardo Gutierrez.

Introducción: Las miocardiopatías son una de las principales causas de insuficiencia cardíaca (IC) en pediatría, con una incidencia de 1.13 casos/100,000 niños/año. La cardiomiopatía dilatada, representa el 55%, con una incidencia de 0.53 casos/100,000 niños. La IC refractaria, definida como la persistencia de síntomas a pesar de un tratamiento previo óptimo con fármacos de eficacia probada, es un desafío para el pediatra intensivista

Casos Clínicos: Se presentan 4 pacientes con insuficiencia cardíaca refractaria ingresados en una Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos Polivalentes(UCIP) en el año 2024. Sus características se muestran en la tabla 1. Dada la ausencia de respuesta a terapias de primera línea aplicadas, con su consiguiente aumento de morbimortalidad, se decide en consenso multidisciplinario, indicar drogas compasivas.

Discusión: La IC descompensada aguda es con frecuencia la presentación inicial de la miocardiopatía dilatada y representa un factor de riesgo de muerte o necesidad de trasplante cardíaco en niños. Por lo tanto, es prioritario el reconocimiento temprano y tratamiento de este síndrome.

Las drogas de primera línea para tratar la IC descompensada se muestran en tabla 2.

Sin embargo, en ocasiones la respuesta es insatisfactoria. En esta situación, los medicamentos no tradicionales, introducidos recientemente se convierten en una alternativa importante como puente al trasplante cardíaco. En estos casos se propone el uso de nuevas drogas como Ivabradina, Sacubitrilo-Valsartán, Dapagliflozina indicadas por guías internacionales para tratamiento de IC en adultos y recientemente incorporadas al tratamiento pediátrico.

El tratamiento recomendado actualmente es: Betabloqueantes, Espironolactona, Dapagliflozina y Sacubitril-valsartán.

Conclusión: La IC refractaria es un desafío clínico en pediatría. Las nuevas drogas tienen potencial de mejorar la sobrevida hasta el tratamiento definitivo y mejorar la calidad de vida del paciente fuera de UCIP.

CASO	EDAD	SEXO	DIAGNOSTICO	ESTADIO DE INSUFICIENCIA CARDIACA	CLASE FUNCIONAL (NYHA)	CLASIFICACION DE RISK	TRATAMIENTO PREVIO	ECOCARDIOGRAMA	NUOVO TRATTAMENTO	DIAS DE USO PRETRATAMIENTO	DIAS DE UOIP	CONDUCTA
1	2 años	M	Miocardio patía dilatada	D	IV	IV	milrinona diureticos	HA 12% FEV 16%	Dapagliflozina Sacubitril-valsartán	1	3	derivación a servicio de trasplante
2	4 meses	M	Miocardio patía dilatada	D	IV	IV	milrinona diureticos	HA 27% FEV 12%	Sacubitril-valsartán	8	36	derivación a servicio de trasplante
3	6 años	M	Miocardio patía dilatada	D	IV	IV	milrinona diureticos carvedilol	HA 18% FEV 26%	Dapagliflozina	7	20	derivación a servicio de trasplante
4	3 meses	F	Miocardio patía dilatada	D	IV	IV	milrinona diureticos propafenolol	HA 15% FEV 25%	ivabradina	1	12	servicio de trasplante diagnóstico definitivo Seguimiento con cardiología

MI: miocardiopatía; F: femenino; D: Descompensado; Clase funcional (NYHA): Enfermedad cardíaca, pero sin síntomas ni limitación de actividad física normal; Si limitación leve de actividad física. La actividad física normal resulta en fatiga, disnea o edema; Si limitación moderada de actividad física, reduce la actividad física menor que la anterior o provoca disnea o edema; Si limitación severa de actividad física, resulta en fatiga o edema; Si limitación extrema de actividad física, resulta en fatiga o edema; Si limitación extrema de actividad física, resulta en fatiga o edema; Si limitación extrema de actividad física, resulta en fatiga o edema. Clasificación de Risk modificada a 1: disminución; 2: Tolerancia leve a moderada con la conducta en lactantes; 3: Síntomas con el ejercicio en niños mayores; 4: Síntomas con el ejercicio en niños mayores; 5A: Síntomas con el ejercicio en niños mayores; 5B: Síntomas con el ejercicio en niños mayores; 6A: Síntomas con el ejercicio en niños mayores; 6B: Síntomas con el ejercicio en niños mayores.

FÁRMACOS EN INSUFICIENCIA CARDIACA		
PRIMERA LÍNEA	FÁRMACOS	DOSIS
	Diuréticos	furosemida
espironolactona		2 mg/kg /día
hidroclorotiazida		3 mg/kg/día
Inodiladores	milrinona	0.5 mcg/kg/min
	levosimendan	0.1 mcg/kg/min
Betabloqueantes	propranolol	2-3 mg/kg/día
	carvedilol	0.05 mg/kg/día
IECA	enalapril	0.1 mg/kg/día
Glucósidos cardíacos	digoxina	10 mcg/kg/día
SEGUNDA LÍNEA		
Inhibidores del cotransportador de sodio-glucosa 2	Dapagliflozina	0.1 -0.5 mg/kg/día
Inhibidores del receptor de angiotensina-neprilisina	Sacubitril Valsartan	Dosis inicial: 0.2 o 0.1 [†] mcg/kg/día c/12 hs. Dosis objetivo: 2.3-3.1 mcg/kg/día c/12 hs
	Ivabradina	dosis inicial: 0.05 o 0.1 mcg/kg/día c/12 hs. Dosis objetivo 0.1-0.2 mcg/kg/día c/12 hs

[†]Bloqueadores de canales activados por la hiperpolarización modulados por nucleótidos cíclicos

0301 EPIDEMIOLOGÍA DE PACIENTES CON LESIÓN CEREBRAL AGUDA VENTILADOS MECÁNICAMENTE. ESTUDIO DESCRIPTIVO

KB TORRES(1), Y ROTUNDO(1), D LECUONA(1), J DELLI CARPINI(1), S GIGENA(1)
 (1) Clinica La Sagrada Familia.

Introducción: Los pacientes con lesión cerebral aguda (LCA) son poco estudiados en los ensayos de epidemiología de la ventilación mecánica. Existen estudios multicéntricos donde se los incluye pero en Argentina aún no se ha analizado esta población de manera independiente por lo cual nuestro objetivo fue describir las características clínicas y demográficas de pacientes con lesión cerebral aguda ventilados mecánicamente y secundariamente describir factores asociados con la mortalidad.

Materiales y método: Se incluyeron pacientes con LCA mayores a 18 años ingresados a una UTI neurocrítica en el año 2024 que tuvieron requerimiento de AVM invasiva mayor a 24 horas y se registraron variables clínicas durante su estadía. Para la comparación entre grupos se empleó prueba t de Student o prueba de Mann-Whitney U, según su distribución. Posteriormente, se desarrollaron modelos de regresión logística univariada. Se consideró estadísticamente significativo un valor de $p < 0,05$. El análisis estadístico se realizó utilizando el software R studio 4.2.3.

Resultados: Se analizaron 153 pacientes. De los cuales un 47.7% falleció y la mediana de edad fue mayor comparada con los que fueron dados de alta vivos (76.00 [69.00, 80.00] vs 71.50 [59.50, 76.00]). Además, presentaron una peor puntuación en la escala clínica de Hunt y Hess. Asimismo, tuvieron la mitad de días de UTI comparado con los sobrevivientes (15.00 [6.00, 33.00] vs 32.50 [18.75, 57.25]). Solo un 12.3% de este grupo logró ser extubado, con una tasa de falla de extubación del 70%. Más del 50% de los pacientes que fallecieron no lograron ser desvinculados de la ARM. Del total de la población, las complicaciones más frecuentes fueron el shock y el status. Un 16.4% del grupo de los no sobrevivientes presentaron resangrado como complicación con diferencias significativas, $p < 0.05$.

Conclusión: En los pacientes con LCA la mayor edad, la gravedad de la lesión y las complicaciones como el resangrado están asociadas con la mortalidad. Son necesarios más estudios que permitan determinar las características que condicionan los resultados en pacientes neurocríticos.

Tabla 2. Analisis univariado

Variable	OR	IC 95%	p valor
Edad	1.05	(1.02 ; 1.084)	0.001
HH	1.64	(1.01 ; 2.77)	0.05
Charlson	1.35	(1.06 ; 1.74)	0.015
EOT	0.077	(0.03 ; 0.17)	<0.001
Días UTI	0.98	(0.97 ; 0.99)	0.009
Falla EOT >8hs	6.8	(1.02 ; 35.71)	0.0124
WIND			<0.001
WIND 1	0.002	(0.001 ; 0.0184)	<0.001
WIND 2	0.016	(0.001 ; 0.09)	<0.001
WIND 3	0.007	(0.001 ; 0.031)	<0.001
Resangrado	5.049	(1.52 ; 22.88)	0.015

Referencias: OR: Odds ratio ; IC: Intervalo de confianza ; HH: Hunt - Hess ; UTI: Unidad de terapia intensiva ; EOT: extubación electrográica ;

0302 CRISIS METABOLICA MITOCONDRIAL EN PACIENTE CON SINDROME KEARNS- SAYRE

RR VILLARPANDO MITA(2), RR VILLARPANDO MITA(2), R AMAYÁ(2), M FLORES(2), M MORANTE(2), S INÉS CASTRO(2), P BOSCHINI(2), D RODRÍGUEZ(2), M CHAMUT(2), G ROBERT(2)
 (1) Higa Eva Perón San Martín. (2) Higa San Martín.

Introducción: El Síndrome Kearns-Sayre (KSS) pertenece al amplio grupo de las enfermedades mitocondriales y sus manifestaciones aparecen clásicamente antes de los 20 años de edad. Es una enfermedad mitocondrial causada por deleciones del ADN mitocondrial, caracterizada por oftalmoplejía externa progresiva, retinopatía pigmentaria y bloqueos de conducción cardíaca. En situaciones de estrés fisiológico como infecciones, intervenciones quirúrgicas o ayuno prolongado, estos pacientes pueden desarrollar crisis metabólicas con acidosis láctica, deterioro neurológico y shock. falla orgánica y riesgo vital.

Presentación del caso: Paciente femenina de 22 años con diagnóstico de Kearns-Sayre, en seguimiento irregular y con abandono de medicación habitual (carnitina, idebenona), cursa embarazo de 7.3 semanas. Ingresada para IVE (interrupción voluntaria del embarazo) con misoprostol, evoluciona con fiebre, deterioro del sensorio (GCS 5/15), desaturación, acidosis láctica PH 7.14, BIC. 8 AC. Lactico 8 y shock refractario. ECG muestra bloqueo bifascicular. Requiere ARM, inició de doble soporte vasopresor y tratamiento antibiótico empírico. TC-encefalo sin hallazgos. Se reinicia medicación mitocondrial, coenzima Q10, idebenona, carnitina endovenosa, sin respuesta al tratamiento, evolucionando con shock cardiogénico refractario a tratamiento inotrópico, con evolución desfavorable y progresión rápida con posterior fallecimiento.

Discusión: El Síndrome Kearns-Sayre (KSS) pertenece al grupo de las enfermedades mitocondriales. En el caso de nuestra paciente presenta crisis mitocondrial aguda desencadenada por el procedimiento ginecológico en contexto de abandono del tratamiento. Si bien evoluciona con shock mixto (séptico, cardiogénico y metabólico) se descartó las otras posibles causas del fallo multiorgánico, recibió manejo intensivo multidisciplinario y soporte vital avanzado, siguiendo tratamiento dirigido, con evolución desfavorable.

Conclusión: Las enfermedades mitocondriales requieren precauciones especiales ante procedimientos que generen estrés metabólico, este caso evidencia el riesgo de crisis aguda el cual representa un alto porcentaje de mortalidad para la paciente, pese a que se siguió manejo precoz, dirigido con prevención de catabolismo, apoyo a metabolismo energético, corrección de acidosis, uso de cofactores mitocondriales.

Tabla 1: Características de la población general y categorización según condición de alta

	Total	Vivos	Muertos
N (%)	153 (100)	80 (52.3)	73 (47.7)
Edad (median [IQR])	73.00 (69.00; 76.00)	71.50 (59.50; 76.00)	76.00 (69.00; 80.00)
Sexo Masculino (%)	66 (44.4)	34 (42.5)	32 (43.8)
Diagnóstico (%)			0.025
HSA	53 (34.6)	28 (35.0)	25 (34.2)
ACV	38 (25.8)	20 (25.0)	18 (24.3)
HCB	17 (11.1)	8 (10.0)	9 (12.3)
LCR	1 (0.7)	0 (0.0)	1 (1.4)
Status	10 (6.5)	6 (7.5)	4 (5.4)
TBC	1 (0.7)	0 (0.0)	1 (1.4)
Otros	32 (20.9)	19 (23.8)	14 (19.2)
Motivo IOT (%)			
Deterioro del sensorio	95 (62.1)	45 (56.2)	50 (68.5)
Incapacidad de proteger vía aérea	6 (3.9)	3 (3.8)	3 (4.1)
POP	34 (22.2)	20 (25.0)	14 (19.2)
Status	3 (2.0)	2 (2.5)	1 (1.4)
Shock	8 (5.2)	4 (5.0)	4 (5.4)
Otros	6 (3.9)	4 (5.0)	2 (2.7)
GCS ingreso (median [IQR])	10.00 (7.00; 14.00)	11.00 (8.00; 15.00)	9.00 (7.00; 13.00)
Falla (median [IQR])	4.00 (3.00; 4.00)	4.00 (3.00; 4.00)	4.00 (3.00; 4.00)
HH (median [IQR])	8.00 (7.00; 8.00)	3.00 (3.00; 5.00)	6.00 (5.75; 6.00)
NIHSS (median [IQR])	15.00 (15.00)	15.00 (15.00)	15.00 (15.00)
Charlson (median [IQR])	3.00 (2.00; 4.00)	3.00 (2.00; 4.00)	3.00 (3.00; 4.00)
Días UTI (median [IQR])	24.00 (15.00; 33.00)	32.50 (18.75; 57.25)	15.00 (6.00; 33.00)
Días ARM (median [IQR])	14.00 (5.00; 27.00)	14.00 (4.75; 25.00)	13.00 (5.00; 28.00)
VAP (%)	50 (32.9)	26 (32.5)	24 (32.8)
Falla EOT (%)	66 (43.1)	49 (61.2)	17 (23.2)
REOT (%)	16 (10.4)	12 (15.0)	4 (5.4)
TOT (%)	73 (47.7)	42 (52.5)	31 (42.3)
Timing TOT (mean [SD])	13.67 (5.43)	13.92 (5.55)	13.13 (5.24)
TOT desvinculados (%)	45 (29.4)	28 (35.0)	17 (23.2)
WIND (%)	39 (25.5)	2 (2.5)	37 (50.7)
1	24 (15.7)	23 (28.8)	1 (1.4)
2	13 (8.5)	10 (12.5)	3 (4.1)
3	80 (52.7)	44 (55.0)	36 (49.1)
4	25 (16.6)	11 (13.8)	14 (19.2)
VTime D1 (median [IQR])	7.39 (5.90; 8.04)	7.37 (5.95; 7.98)	7.50 (5.82; 8.06)
VTD1 (median [IQR])	430.00 (380.00; 480.00)	436.00 (381.75; 490.00)	423.00 (380.00; 480.00)
PaFiO2 D1 (mean [SD])	318.28 (116.30)	322.12 (116.50)	314.94 (112.30)
VTime D3 (median [IQR])	7.50 (5.85; 8.27)	7.52 (5.85; 8.33)	7.39 (5.82; 8.17)
VTD3 (median [IQR])	432.00 (375.00; 480.00)	430.00 (384.00; 480.00)	424.00 (375.00; 480.00)
PaFiO2 D3 (mean [SD])	311.88 (84.08)	297.79 (83.73)	327.72 (82.73)
Complicaciones			
SDRA (%)	8 (5.2)	4 (5.0)	4 (5.4)
Status (%)	27 (17.6)	12 (15.0)	15 (20.5)
VAP (%)	50 (32.9)	26 (32.5)	24 (32.8)
Ventriculitis (%)	11 (7.2)	7 (8.8)	4 (5.4)
Hicocielitis (%)	23 (15.0)	15 (18.8)	8 (10.8)
HTE (%)	11 (7.2)	3 (3.8)	8 (10.8)
Resangrado (%)	16 (10.4)	12 (15.0)	4 (5.4)
Shock (%)	36 (23.5)	13 (16.2)	23 (31.5)
Atisamiento pulmonar (%)	35 (22.9)	21 (26.2)	14 (19.2)
Distecia (%)			
Piso	82 (40.5)	80 (75.0)	2 (2.7)
Derivado	17 (11.1)	9 (20.0)	1 (1.4)
Domicilio	1 (0.7)	1 (1.2)	0 (0.0)

0303 TRAQUEOSTOMÍA PERCUTÁNEA Y USO DE ANALGOSE-DACIÓN

S HEALY(1), P FALVO(2), S HEALY(2), ML ORTIZ(2), M CAPRILES(2), R CARBALLO OROZCO(2), C GARNERO(2), E JIMENEZ(2), J RIVAS(2), P SANCHEZ(2), F LUNA(2), C VANINI CEÑERA(2), F HERMIDA(2), M RAGAZZOLI(2), M BERMEO RODRIGUEZ(2), C BALASINI(2)

(1) Pirovano. (2) Hospital Dr. Ignacio Pirovano.

Introducción: La traqueostomía percutánea (TP) se relaciona con aumento de la comodidad del paciente, disminución del espacio muerto, mejoría de la higiene bronquial y disminución en el requerimiento de sedación.

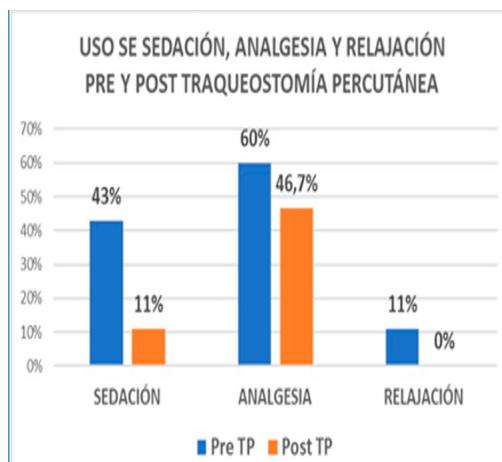
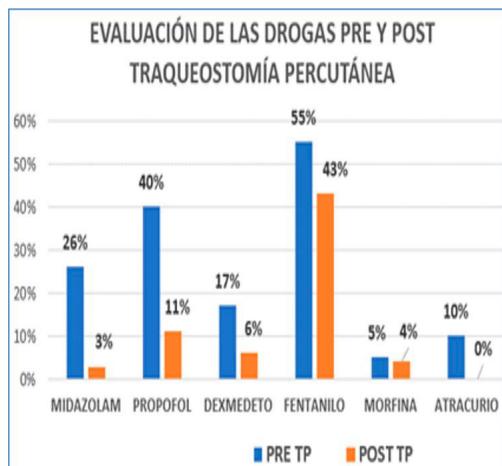
Objetivos: Evaluar la sedación, analgesia y relajación en pacientes pre y post traqueostomía.

Materiales y Métodos: Estudio de cohorte prospectivo realizado en pacientes mayores de 18 años en ventilación mecánica, con indicación de traqueostomía que ingresaron a UTI desde el 1/01/20 hasta el 30/8/24. Se evaluaron variables epidemiológicas, escores de gravedad al ingreso y se comparó sedación, analgesia y relajación 2 días antes y 2 días después de la realización de la TP.

Análisis estadístico: Las variables se informarán como promedio, DS; y porcentaje. La comparación se realiza con Test T.

Resultados: Durante el periodo se realizaron 109 TP, edad 53 ± 16 años, 34% masculino, APACHE II 15 ± 5 . Sedación pre TP 43% vs post TP 11%, $p < 0.0001$. Analgesia pre TP 60% vs post TP 46.7%, $p = 0.08$. Relajación pre TP 11% vs post TP 0%, $p = 0.007$. El uso de midazolam, Propofol, dexmedetomidina, fentanilo, morfina y atracurio se observa en el grafico 2.

Conclusiones: La TP permitió disminuir la dosis de sedación, analgesia y suspender la relajación en los pacientes con ventilación mecánica.

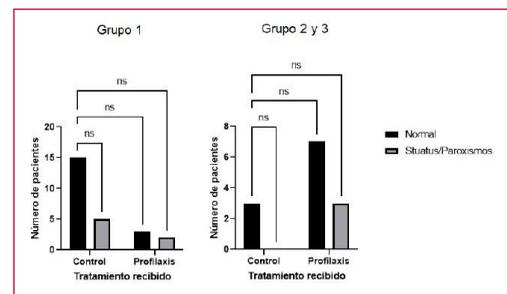


0305 ESTATUS EPILÉPTICO EN HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA NO TRAUMÁTICA. ESTUDIO PROSPECTIVO PARA LA PREVENCIÓN DE CONVULSIONES.

D LÓPEZ CAMPOS(1), H VILLACRES REYNA(1), M HUARACHI SADDY VILLA(1), LA TRUNZO(1), A RIVERO(1), G RODRÍGUEZ GRANILLO(1)

(1) Clínica La Sagrada Familia.

La hemorragia subaracnoidea no traumática aneurismática (HSAa) es una enfermedad devastadora con un alto impacto en la salud pública, ya que no solo conduce a una alta mortalidad, sino también a una alta tasa de complicaciones neurológicas con un mal pronóstico en la escala RANKIN de los pacientes, lo que representa una carga importante para el presupuesto de salud pública y un alto requerimiento de cuidado por parte de los familiares del paciente enfermo. Con una atención óptima, la mortalidad sigue siendo alta, entre el 27 % y el 44 %. De los sobrevivientes del evento inicial, una gran cantidad de pacientes tendrán morbilidad grave. En general, al menos una cuarta parte de los pacientes sufrirá complicaciones epilépticas. Realizamos un estudio observacional y prospectivo en un periodo de 6 meses en un centro de referencia en el manejo de esta patología (Clínica La Sagrada Familia, Buenos Aires, Argentina). Como resultado primario se buscó: establecer la incidencia real de crisis epilépticas, estado epiléptico convulsivo (EEC) y estado epiléptico no convulsivo (ENEC) a los 30 días desde el sangrado en pacientes con y sin fármacos antiepilépticos como profilaxis. Resultado secundario: investigar si la profilaxis antiepiléptica reduce la presencia de crisis en pacientes con un buen estado neurológico (ECG mayor a 8). En general, identificamos que el 33 % de los pacientes con HSA tienen paroxismos y el 12 % tienen EEC-EENC, sin diferencia entre los grupos según Escala de Coma de Glasgow (ECG). No observamos ninguna diferencia en términos de paroxismo en pacientes con ECG mayor a 8. En cuanto al estado epiléptico, existe una tendencia a tener mayor presencia de EEC-EENC en aquellos pacientes que recibieron drogas antiepilépticas de aquellos que no las recibieron.



	Control (n= 25)	Intervención (n= 25)	P
GCS >8 (n=38)	23 (92%)	15 (60%)	0.008
Salvas (n=15)	7 (28%)	8 (32%)	0.76
EEC-EENC (n=5)	0	5 (20%)	0.018
Muerte (n=15)	6 (24%)	9 (36%)	0.36

0308 REPORTE DE CASO CLINICO MONITOREO NEUROCRITICO POR BRAIN 4 CARE Y PUPILOMETRIA EN HSA QUE LLEGA A MUERTE CEREBRAL

L MONTAÑO ROCHA(1), S JEREZ(1), J MUÑOZ(1), H LOPEZ(1), JC MONTES DE OCA(1), J CARDOZO(1), W VIDETTA(1), A TAMAYO(1), DD BARRIENTOS(1), A MONTES DE OCA(1)

(1) Eva Peron De Merlo.

Introducción: Los pacientes críticos deben someterse a una exploración neurológica rutinaria, la Pupilometría explora pupilas permite un pronóstico, es una exploración no invasiva, cuantitativa, fiable y precisa, sorteando errores el equipo se enfoca en la detección de la hipertensión intracraneal y la detección y el pronóstico del daño cerebral secundario.

Caso clínico: Femenina 56 años, HTA, tabaquismo, ingresa por cefalea, Hemiparesia faciobraquicrural izquierda inicio súbito, deterioro del estado de conciencia glasgow 13/15 o:3v:4 m:6. TC céfalo: HSA mas HIPE insular derecho transilviano. Angio TC formación sacular en ACM M2 aneurismático y en tope de la basilar no roto, volumen aproximado HIPE 20 mm. neurocirugía espera materiales quirúrgico. ingresa UTI GSG 14/15 foco motor Hemiparesia Facio-braquicrural izquierda NIHSS 11. Hipertensión requerimiento de antihipertensivo endovenoso. monitoreo multiparamétrico, neuro-monitoreo continuo. con diagnósticos de hemorragia subaracnoidea Hunt y Hess 3 Fisher 4 y aneurisma de arteria cerebral media y arteria basilar

Deterioro del sensorio, IOT/ARM, TC céfalo volcado ventricular, incremento de volumen y desviación de línea media Tórax infiltrados bilaterales. DVE mas catéter de PIC apertura 14, Cursa hipertensión intracerebral, POP craneotomía frontoparietal derecha, evacuación de hematoma drenaje debito serohemático.

TC céfalo aumenta sangrado, desviación de línea media, edema cerebral pic elevada, suspende sedoanalgesia 07:00 am, anisocoria midriática izquierda, TC Hipodensidad frontotemporoparietal derecha isquemico, sin conducta por neurocirugia, se retira drenaje, TC de torax, consolidacion bilateral predominio derecho. Evolucion midriasis bilateral, hipernatémica, serologias negativas, evolucionacon perdida de reflejos de tronco, sin drive respiratorio, test de apnea positiva, cucaiba determinan muerte encefálica. Mantenimiento, mejora de hipernatremia, se realiza comunicación y donación de organos

Discusión: La pupilometría como herramienta de vigilancia y diagnóstico neurológico, se ha ampliado a múltiples usos. Una de las aplicaciones más estudiadas en la pupilometría y que más peso científico ha ganado en los últimos años en la valoración del pronóstico neurológico del paciente, permitiendo valorar el tipo de pronóstico vital.

Conclusión: La pupilometría cuantitativa proporciona evaluaciones de forma fiable, precisa y rápida a pie de cama en pacientes críticos. Datos multicéntricos recientes indican que el NPi tiene una alta especificidad para predecir un pronóstico desfavorable

0309 PLASMAFÉRESIS EN PANCREATITIS POR HIPERTRIGLICEMIA

T TENEZACA(1), R SANTA CRUZ(1), MX OROPEZA(1), AD PRIETO(1), JR NIEBLES(1), CD USTA(1)
 (1) Ramos Mejia.

Caso clínico: Paciente femenina de 49 años, con antecedentes de obesidad, hepatitis B y episodios previos de pancreatitis. Ingres a la Unidad de Terapia Intensiva (UTI) por pancreatitis aguda (PA) grave, APACHE II: 24 puntos ; SOFA: 10 puntos. Laboratorio: triglicéridos (TG) 6000 mg/dL. Tomografía axial computada abdominal: pancreatitis según clasificación de Balthazar tipo B. Se diagnostica PA secundaria a hipertriglicidemia (HTG). Dada la gravedad clínica, se inicia tratamiento estándar para PA, incluyendo hidratación, infusión de insulina y, como medida específica, plasmaféresis (PF) terapéutica. Se realizaron 4 sesiones de PF con una reducción progresiva de los niveles de TG. La evolución se complicó por sepsis intrahospitalaria, requiriendo ventilación mecánica por 15 días. Posteriormente, se evidenció mejoría clínica con alta de UTI al día 26 de internación.

Discusión: La PA por HTG representa la tercera causa más común de PA. Se considera significativa cuando los niveles de TG superan los 1000 mg/dL en el contexto de PA. Aunque menos frecuente que otras etiologías, esta forma de pancreatitis puede presentar una evolución rápida y grave. La fisiopatología involucra la liberación masiva de ácidos grasos libres, con efectos citotóxicos e inflamatorios directos sobre el páncreas. Por ello, una intervención temprana resulta crucial para prevenir la progresión a falla multiorgánica. Plasmaféresis terapéutica: La PF es una herramienta eficaz para la rápida reducción de los niveles de TG, especialmente indicada en casos con compromiso hemodinámico o deterioro clínico. Además de disminuir los TG, la PF favorece la eliminación de citoquinas proinflamatorias, proteasas y mejora la viscosidad plasmática, contribuyendo así a la recuperación hemodinámica y tisular.

Conclusión: La PF terapéutica debe considerarse como parte del enfoque multimodal en pacientes con PA por HTG severa. Aunque la evidencia clínica aún es limitada, en centros con disponibilidad de esta técnica, su implementación precoz puede mejorar el pronóstico, siempre en conjunto con soporte hemodinámico, ventilatorio, control metabólico y manejo nutricional integral.



Evolución (días y parámetros clínicos):

Día	Triglicéridos (mg/dL)
0 <u>Uso de plasmaferesis</u>	6000
1 <u>Uso de plasmaferesis</u>	1278
2 <u>Uso de plasmaferesis</u>	554
3 <u>Uso de plasmaferesis</u>	411
4	277

0310 CANALOPATÍA CONGÉNITA, IMPACTO DEL DIAGNÓSTICO TARDÍO EN UNA ADOLESCENTE.

MG AVILA BENAVIDES(1), JI ORTEGA HUANCA(1)
 (1) Hospital Nacional Profesor Alejandro Posadas.

Introducción: Las canalopatías son un grupo de patologías debido a mutaciones en genes que codifican para canales iónicos cardíacos y pueden dar lugar a una muerte súbita. El síndrome de QT largo se constata en un intervalo electrocardiográfico en un corazón estructuralmente conservado, que da lugar al típico fenómeno de Torsade des Pointes debido a un tiempo de repolarización ventricular más prolongado. La presentación clínica puede ser variada, desde pacientes asintomáticos

máticos con ECG patológico, hasta pacientes que presentan convulsiones, fibrilación ventricular, síncope, especialmente en individuos jóvenes.

Objetivos: Presentación de un caso clínico de una paciente previamente sana, con clínica inespecífica y diagnóstico tardío de canalopatía.

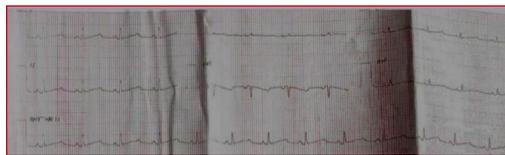
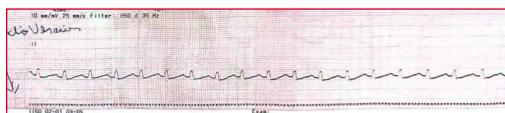
Resultados: Paciente de 13 años con episodios de cianosis más dificultad para la deglución de un año de evolución. Se diagnosticó con crisis de ausencia y realizó tratamiento con Fenobarbital durante 1 año. Suspendió tratamiento anticonvulsivo con EEG, polisomnografía y RMN normales. Por estudio multidisciplinario se reporta electrocardiograma informado "normal".

Presentó en domicilio convulsión de 30 min de duración, atendida en centro periférico se constata PCR, se realizó RCP, con buena respuesta. Se realiza ventilación invasiva y soporte vasoactivo. Presentó taquicardia ventricular con hipotensión sostenida que revierte con CVE, se indica amiodarona y es derivada a UTIP; presenta nuevo PCR con FV que responde a cardioversión y administración de Amiodarona.

Dentro de los estudios realizados se realiza ECG donde se observó QTc variables, ecocardiograma normal y Holter que reporta QT prolongado; inició tratamiento con Flecainida, se solicitó estudio genético en busca de coagulopatía: KCNH2+. Evolución clínica favorable, previo a su egreso hospitalario se coloca cardio desfibrilador implantable.

Conclusiones: Los trastornos del ritmo cardíaco en edades jóvenes no son habituales, la mayoría de ellos son por patologías genéticas, como el SQT. Actualmente no se conocen todos los defectos genéticos causantes de estas arritmias malignas. Esto implica que un porcentaje de la población afectada por estos trastornos arritmicos queda sin un diagnóstico genético.

En todos los pacientes y portadores genéticos es recomendable la administración de β -bloqueantes a dosis elevadas. El DAI (desfibrilador automático implantable) se implantará en pacientes en los que presenten alto riesgo de arritmias malignas.



0311 SHOCK CARDIOGÉNICO, IMPACTO DEL MANEJO INICIAL EN 3 PACIENTES EN ESCENARIOS DIFERENTES.

MG AVILA BENAVIDES(1), S LUGO(1)

(1) Hospital Nacional Profesor Alejandro Posadas.

Introducción: El shock es un estado hemodinámico con alteración en la perfusión periférica, como resultado del desbalance entre la oferta y demanda de oxígeno. Estas alteraciones bioquímicas irreversibles, llevan a falla múltiple de los órganos y finalmente la muerte. El shock cardiogénico representa el 5 -13% de los shocks diagnosticados en las emergencias pediátricas (mortalidad de entre 5 -10%). En pacientes que lo presentan, el primer paso es asegurar una presión de perfusión y oxigenación adecuadas, siendo determinantes las maniobras de reanimación inicial.

Objetivos: Se presentan 3 casos clínicos con shock cardiogénico que requirieron soporte y reanimación, previo a su internación en unidad de cuidados intensivos.

Descripción: CASO 1: Paciente de 9 meses de edad, con por IRAB grave por Rinovirus y Bocavirus, presentó shock cardiogénico en

UTIP, recibió terapia de reanimación agresiva, soporte ventilatorio, inotrópicos, fluidoterapia medida y diuréticos. Requirió 30 días de internación, evolución favorable, con seguimiento ambulatorio.

CASO 2: Paciente de 16 meses de edad, derivado en contexto de PCR que responde a maniobras de RCP, requirió desde hospital de origen soporte ventilatorio invasivo, inotrópicos, fluidoterapia; ingresa a UTIP por shock cardiogénico 2río a miocardiopatía dilatada por Parvovirus, continuando inotrópicos, tratamiento inmunológico y soporte ventilatorio. Permaneció 18 días internado, con evolución favorable, regresó a su domicilio.

CASO 3: Paciente de 18 meses de edad, procedente de un centro periférico en shock cardiogénico, se solicitó derivación, sin mediar medidas de soporte inicial. Al momento de su ingreso a centro de mayor complejidad, ingresa en PCR, responde a medidas de reanimación e inicia tratamiento con soporte hemodinámico y ventilatorio avanzado agresivo, progresa rápidamente a falla multiorgánica y fallece a las 24hs de su ingreso.

Conclusiones: El shock cardiogénico, en primera instancia necesita un manejo clínico oportuno, agresivo y de calidad (inotrópicos, vasopresores y ventilación mecánica), por lo que es primordial reconocerlo y tratarlo. En el eventual caso de que se requiera terapias de reanimación, es importante que sean de alta calidad, sin importar el nivel de centro de salud en el que se realice, ya que determinará un pronóstico favorable en la unidad de cuidados intensivos.

0312 CARACTERIZACIÓN DE PACIENTES PEDIÁTRICOS VENTILADOS EN INTERNACIÓN DOMICILIARIA. SALUD PÚBLICA ROSARIO, ARGENTINA

A FIORE(1), G FAGUAGA(1), S KOWALCZUK(1), J CIPOLLO-NE(1)

(1) Cemar.

Resumen: El presente estudio describe las características clínicas y evolución de pacientes pediátricos con ventilación mecánica domiciliaria (VMD) en el sistema de Salud Pública de Rosario, Argentina, entre enero de 2011 y diciembre de 2023. Con los avances tecnológicos y organizativos en salud, la internación domiciliaria se ha convertido en una alternativa eficaz para niños con patologías crónicas complejas que requieren soporte ventilatorio prolongado, permitiendo su atención en el hogar con acompañamiento de un equipo multidisciplinario.

Se realizó un análisis retrospectivo de historias clínicas de 309 pacientes ingresados a internación domiciliaria durante el periodo mencionado, de los cuales 19 requirieron VMD (invasiva o no invasiva). Del total, el 58% eran niñas, con una edad media de 7,5 años. La principal causa de indicación de VMD fue la enfermedad neuromuscular (47,3%), seguida por enfermedades del sistema nervioso central (36,8%). El soporte ventilatorio se brindó mayormente de forma invasiva (68%) mediante traqueotomía.

La edad de inicio del soporte ventilatorio se distribuyó equitativamente entre menores de 1 año y mayores de 5 años (42% cada grupo), con un menor porcentaje en el grupo de 1 a 5 años. Durante el seguimiento, se registraron 28 re-hospitalizaciones, siendo las infecciones respiratorias agudas bajas (IRAB) la causa predominante (82%).

En cuanto a la evolución, el 63,2% de los pacientes continuaban en el programa de internación domiciliaria pediátrica al finalizar el estudio. Hubo un 15,8% de óbitos, un 10,5% fueron dados de alta, y otro 10,5% fueron derivados al sistema de internación domiciliaria de adultos.

En conclusión, este trabajo resalta la importancia creciente de la VMD en el ámbito pediátrico como estrategia de atención en el hogar, evidenciando tanto su efectividad como los desafíos que plantea, especialmente en lo referente a las re-hospitalizaciones por causas respiratorias. La internación domiciliaria representa una herramienta clave en la atención integral y humanizada de niños con necesidades de salud complejas.

0313 ROL DE ENFERMERÍA EN EL MANTENIMIENTO DEL DONANTE CON DIAGNÓSTICO DE MUERTE ENCEFÁLICA EN TERAPIA INTENSIVA: CUIDADOS PARA LA PRESERVACIÓN DE ÓRGANOS Y TEJIDOS

MCI VERDÚN, VE KRUTKI(1), NE BENITEZ(1), OI BOGADO(2), N MUOLS(1)
 (1) Dr. Ramon Madriaga. (2) Dr. Ramon Madriaga.

Introducción: El mantenimiento del donante en UTI es determinante en la procuración de órganos, requiere atención especializada e interdisciplinaria. La muerte encefálica (ME) marca el cese irreversible de la función cerebral. El soporte artificial permite la preservación de los órganos hasta su ablación y trasplante. El rol de enfermería es fundamental, para mantener la estabilidad hemodinámica, optimizar la oxigenación, prevenir alteraciones metabólicas, evitar el deterioro de los órganos y en el acompañamiento familiar.

Este trabajo distingue la importancia del rol de enfermería en el mantenimiento del donante en UTI, abordando los principios fundamentales de su manejo e impacto en la procuración de órganos para trasplante.

Presentación del caso: Sujeto de cuidado (SC) masculino de 31 años con TEC, GCS 5/15, HSD izquierdo, efecto de masa, fractura occipital y peñasco izquierdo, HSA postraumática. Requirió la evacuación del HSD, craneotomía descompresiva, catéter de PIC, evolucionó con hipertensión intracraneana refractaria y signos clínicos de muerte encefálica. Con el diagnóstico confirmado, se activó el protocolo para el mantenimiento del donante, para ablación multiorgánica.

Discusión: El rol de enfermería en terapia intensiva fue garantizar una monitorización continua de los signos vitales y la presión intracraneana, controlar el equilibrio hidroelectrolítico y osmolar, asegurar un adecuado soporte ventilatorio, utilizando la guía clínica de enfermería taxonomía de NANDA, NOC, NIC. (Tabla 1).

El profesional de enfermería debe poseer los conocimientos científicos, tecnológicos y humanísticos que integran el correcto mantenimiento y procuración de órganos en SC con ME. En este contexto, enfermería desempeña un papel clave en la optimización de la perfusión de los órganos y de apoyo a la familia del donante durante el proceso, garantizando una atención integral y humanizada.

Conclusión: Este caso destaca la importancia del rol de enfermería en la atención de SC con TEC grave y en el mantenimiento del donante, así como la relevancia del trabajo interdisciplinario para optimizar los resultados en la procuración de órganos.

La labor de Enfermería, basada en el profesionalismo, la ética y el compromiso con la vida, es fundamental en la cadena de trasplantes. Sus intervenciones en la procuración de órganos de pacientes con ME generan un óptimo proceso de donación – trasplante de órganos.

0319 FITOTERAPIA EN HIPERACTIVIDAD SIMPÁTICA PAROXÍSICA (HSP) REPORTE DE CASO

P DOMÍNGUEZ(1), G FERNÁNDEZ(1), S VIERA(1), R LÓPEZ(1), V CUÉLLAR(1), S BARRIONUEVO(1), M GUGLIELMETTI(1), C MODAD(1)
 (1) CI Pueyrredón.

Introducción: La hiperactividad simpática paroxística (HSP) es una complicación de las lesiones cerebrales agudas, caracterizada por crisis de taquicardia, hipertensión, fiebre y diaforesis, debidas a descargas cíclicas del sistema simpático. El tratamiento apunta a reducir estímulos corticales y controlar las crisis vegetativas.

Presentación del caso: Paciente masculino de 19 años con cefalea súbita, deterioro del sensorio y anisocoria derecha. Se intuba, y la tomografía computada (TC) muestra hematoma intracerebral con volcado ventricular e hidrocefalia. Se realiza evacuación quirúrgica y derivación ventricular externa. La panarteriografía descarta aneurisma y orienta el cuadro a sangrado ventricular primario.

Durante su internación en UTI presenta hipertensión endocraneana, múltiples infecciones, destete prolongado, traqueostomía e HSP refractaria a tratamiento convencional. A pesar del uso de propofol, baclofeno, dantrolene (sin disponibilidad de bromocriptina) y analgesia, el paciente persistía con crisis vegetativas ante estímulos externos o fiebre, impidiendo el retiro de sedación y perpetuando la ventilación mecánica y el riesgo de infecciones asociadas a los cuidados de la salud (IACS).

En consenso con especialista interconsultor, se inició tratamiento adyuvante con cannabidiol, titulando dosis según respuesta. Tras su introducción, fue posible suspender sedantes, analgésicos y betabloqueantes. No presentó nuevos episodios de HSP, permitiendo el alta a sala general a los 106 días.

Discusión: En casos refractarios a tratamiento convencional, el propofol controla síntomas pero impide suspender el soporte vital.

Conclusión: En casos refractarios, el uso de cannabinoides podría representar una alternativa terapéutica para controlar la HSP, facilitar el retiro de sedación y reducir complicaciones asociadas al soporte prolongado. Se requiere más evidencia para su uso sistemático.



Tabla N° 1

Intervención de Enfermería - NANDA	Resultados Esperados - NOC	Intervenciones de Enfermería - NIC
Perfusión tisular insuficiente evidenciada por cambios en el flujo sanguíneo arterial o insuficiente perfusión por laparotomía	Perfusión tisular: cerebral Saturación de O ₂ tisular Presión tisular arterial 1-2 Presión tisular media 1-2 Hallazgos cerebrales 1-2	Regulación hemodinámica Actividades Controlar y registrar el estado hemodinámico del SC al menos cada 2hs (comprobar la presión arterial, frecuencia cardíaca, pulso, presión arterial y respiración) Administrar y ajustar los medicamentos vasoactivos en caso de ser necesario y observar los efectos de la misma para mantener los parámetros hemodinámicos Vigilar los niveles y volúmenes de suero cada 2hs o según corresponda Al menos una vez en el turno o según corresponda, controlar los valores de laboratorio para detectar cambios en la respiración o en el equilibrio ácido-básico
Rango de desequilibrio electrolítico relacionado con cambios de los mecanismos reguladores	Equilibrio hídrico y control del litigio Saturación de O ₂ tisular Presión arterial 1-2 Frecuencia y volúmenes 1-2 Electrolytos séricos 1-2	Manejo de líquidos y electrolitos / Monitorización de signos vitales Actividades Monitorizar la glicemia arterial y los niveles de electrolitos al menos una vez al turno Propiciar una hidratación adecuada y registrar electrolitos para mantener los niveles en su nivel normal (Na, K, Cl) Controlar al menos cada 2hs y después de la reposición de líquidos la respuesta del SC a la terapia prescripta
Deterioro del intercambio gaseoso relacionado con cambios en la ventilación alveolar o insuficiente perfusión arterial por patencia anatómica o pH arterial	Estado respiratorio: intercambio gaseoso Saturación de O ₂ tisular pH 1-2 PCO ₂ 1-2 PO ₂ 1-2	Manejo ácido base Actividades Mantener el pH arterial, PCO ₂ , PO ₂ para determinar el tipo y severidad del tipo de desequilibrio (respiratorio/metabólico) / los mecanismos fisiológicos compensadores Mantener al menos una vez en el turno la glicemia arterial Mantener el pH arterial y los electrolitos dentro de sus valores normales y seguir correcciones según sea necesario Mantener SpO ₂ > 94% (o según indicación)



0320 COLANGITIS Y ALGO MAS. ANEURISMA DE ARTERIA HEPÁTICA DERECHA. REPORTE DE CASO.

J SAMMARTINO, G FERNÁNDEZ(1), S VIERA(1), H GARCÍA(1), MM TÁRTARA(1), P ARTAZA(1), A DELACASA(1), F PACHIO-LI(1), S CALVO(1)
(1) CI Pueyrredón.

Introducción: Los aneurismas de la arteria visceral (AAV) se definen como aquellos que afectan a las arterias celiaca, mesentérica superior o inferior y sus ramas. Los AAV más frecuentes son en la arteria esplénica y hepática siendo afecciones potencialmente mortales y alto riesgo de sangrado.

Caso clínico: Mujer de 59 años con antecedentes de hipertensión, diabetes tipo 2 y fibrilación auricular paroxística. Tras cirugía bariátrica, logró controlar varios factores de riesgo. Desde cardiología se suspendió la anticoagulación tras ablación y evidencia de ritmo sinusal. Durante internación por colangitis aguda, presentó inestabilidad hemodinámica con hematemesis y melena. La endoscopia digestiva alta y la colangiopancreatografía retrógrada endoscópica evidenciaron hemobilia; se colocó prótesis biliar autoexpandible. La arteriografía hepática reveló pseudoaneurisma en la arteria hepática derecha (AHD), tratándose con embolización superselectiva mediante microcoils. Pasa a piso. Previo al alta, se reintrodujo tratamiento anticoagulante, lo que resultó en un nuevo episodio de shock hipovolémico. Se realiza nueva embolización con éxito. Tras evaluación multidisciplinaria, se decidió no reiniciar la anticoagulación debido al alto riesgo de sangrado digestivo.

Discusión: El tratamiento de elección es el abordaje endovascular mediante la embolización selectiva, este abordaje presenta altas tasas de éxito técnico. Con respecto a la anticoagulación no hay evidencia significativa que avale su uso. Mediante la escala de HAS/ BLED presenta alto riesgo de sangrado.

Conclusión: Es crucial detectar este tipo de patologías a tiempo y actuar de manera rápida en el tratamiento endovascular mediante la embolización selectiva. Se debe analizar en cada paciente en particular el tratamiento dependiendo de sus antecedentes patológicos.



0321 DILEMA TERAPÉUTICO: ANTICOAGULACIÓN EN TROMBOSIS VENOSA CEREBRAL CON HEMORRAGIA EXTENSA

MV VIERIA DA COSTA, G FERNÁNDEZ(1), S VIERA(1), F HER- NÁNDEZ(1), F ROBERTO(1), A PISANI(1), N PELLICE CAPA- CIO(1), M GUGLIEMMETTI(1), A ECHEVERRÍA(1)
(1) CI Pueyrredón.

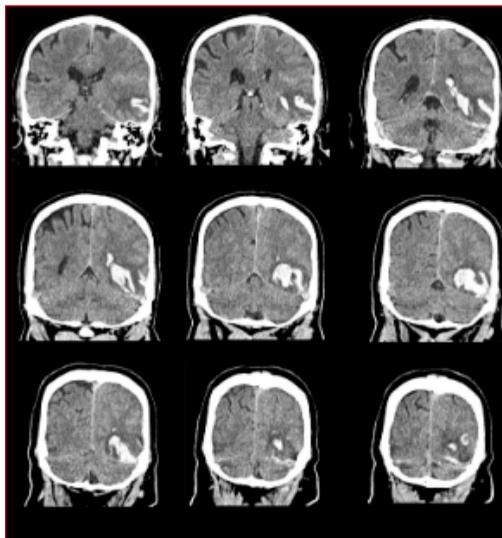
Introducción: La trombosis venosa cerebral (TVC) representa un desafío terapéutico, cuando se asocia a hemorragia intraparenquimato- sa extensa. La anticoagulación es el tratamiento de elección, su inicio genera controversia.

Presentación: Se presentan dos casos clínicos. El primero, una paciente de 36 años, ingresada por cefalea progresiva, vómitos, somnolencia y afasia. La RMN mostró trombosis del seno transverso izquierdo con infarto hemorrágico temporal (20 cc) y HSA. Se inició anticoagulación con heparina sódica en infusión continua. Ante deterioro neurológico y progresión del sangrado con efecto de masa, se suspendió el tratamiento y se realizó descompresión quirúrgica. Estabilización clínica, a la semana, inició anticoagulación con heparina de bajo peso molecular (HBPM) en dosis progresivas con buena evolución.

Segundo caso, paciente masculino de 49 años, sin antecedentes. Consulta luego de vuelo transcontinental por cuadro de 48 hs de evolución de bradipsiquia, desorientación temporoespacial y afasia. Tomografía y angiogramografía en tiempos venosos evidenciaron isquemia temporo-occipital izquierda con transformación hemorrágica (39 cc), volcado ventricular, hemorragia subaracnoidea y desviación de línea media, asociadas a trombosis de los senos transversos y sigmoideo izquierdos. Inició tratamiento con HBPM, a mitad de dosis total de anticoagulación, aumentando cada 48 hs hasta dosis plena. Evolucionó favorablemente, sin complicaciones inmediatas.

Discusión: La evidencia actual es limitada respecto al momento óptimo para iniciar anticoagulación, optar con un esquema escalonado podría ofrecer un balance adecuado entre inicio temprano y riesgo de complicaciones.

Conclusión: Se requieren más estudios para valorar la estrategia de inicio de la anticoagulación precoz con abordaje progresivo en el tratamiento de la TVC con hemorragia extensa.



0324 NOCARDIOSIS SISTÉMICA: REPORTE DE CASO

F GOMEZ CARREÑO(1), ME ELEAN(1), JN VEGA ROMERO(1), G NIS(1)
(1) San Roque.

Introducción: La nocardiosis es una infección bacteriana localizada o sistémica que afecta a pacientes inmunocomprometidos, pacientes con neoplasias, trasplantados y aquellos que reciben tratamiento con corticosteroides.

Presentación de caso: Paciente femenina de 16 años con antecedentes de LES y Síndrome de Sjögren en tratamiento crónico con hidroxiquina y meprednisona, ingresa con diagnóstico de insuficiencia respiratoria secundaria a derrame pleural bilateral recidivante y parámetros inflamatorios discretamente elevados. Sospecha de crisis lúpica, se realiza toracocentesis con líquido compatible con trasudado. Se optimiza medicación para patología de base con empeoramiento sintomático y requerimiento de CAFO. Tomografía de pulmón: lesiones compatibles con abscesos.

RMN de cerebro: a nivel supratentorial imagen hiperintensa localizada en lóbulo frontal derecho cortico-subcortical de morfología redondeada y bordes delimitados y realce luego de la inyección de gadolinio.

Se toman hemocultivos para gérmenes comunes y atípicos: negativos, muestras para bacteriología (Espudo, líquido pleural y material de absceso) aislando *N. cyriacigeorgica*.

Se da aviso a servicio de cirugía de tórax y neurocirugía: sin posibilidad de tratamiento quirúrgico por condición clínica.

Se realiza diagnóstico de nocardiosis sistémica. Inicia tratamiento antibiótico con trimetoprim-sulfametoxazol y meropenem. Mala evolución, requerimiento de AVM, falla multiorgánica y posterior fallecimiento.

Discusión: La patogenia de la nocardiosis está relacionada con factores predisponentes del huésped y alteración en la inmunidad celular. No se reconoce rápidamente debido a la falta de signos clínicos patognomónicos, limitaciones en pruebas bioquímicas convencionales para bacterias de crecimiento lento y presencia de flora comensal.

La infección pulmonar por *Nocardia* es poco frecuente pero grave, pudiendo confundirse con otras enfermedades supurativas del pulmón

Conclusión: La *N. cyriacigeorgica* es reconocida como un patógeno emergente. Se describe que las infecciones por este germen tienen pronóstico desfavorable con mortalidad mayor al 50%.

Se enfatiza la necesidad de la vigilancia continua con la finalidad de realizar un diagnóstico temprano y tratamiento antibiótico precoz.

0325 EXPERIENCIA EXITOSA DE INTEGRACIÓN DE SATI-Q CON LA HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA EN UN HOSPITAL PÚBLICO UNIVERSITARIO

AL FERNÁNDEZ(1), MDP ARIAS LOPEZ(1), L NOTARFRANCESCO(1), C GONZÁLEZ(2), J LEZCANO(2), C IRRAZABAL(2)
(1) Sati. (2) Hospital De Clínicas.

Introducción: El Programa de Calidad SATI-Q es una red multicéntrica de registro prospectivo de indicadores de calidad en Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) de Argentina. A fin de optimizar los procesos de documentación en una UCI de un hospital público universitario, se detectó que la doble carga de registro de datos en el Software SATI-Q y la Historia Clínica Electrónica (HCE) institucional generaba potenciales errores y sobre carga de trabajo, disminuyendo la eficiencia.

La interoperabilidad entre sistemas de información en salud, definida como la capacidad de intercambiar, interpretar y utilizar datos de forma segura entre distintas plataformas, fue planteada como solución estratégica.

Implementación: Se diseñó una experiencia de integración progresiva, basada en dos fases principales:

1. Importación automática de los datos de filiación de pacientes desde la HCE local mediante una interfaz REST-API, con recuperación de datos en formato JSON.
2. Exportación de epicrisis clínicas generadas en SATI-Q hacia la HCE institucional, mediante la creación de un directorio compartido y protocolos de intercambio estandarizado.

El proceso, desarrollado entre 01-03-2024 y 01-03-2025, involucró la decisión política institucional, la colaboración activa del equipo clínico de la UCI y de los profesionales de sistemas del hospital. Actualmente, la primera fase se encuentra operativa. En Abril 2025 se cargaron 170 pacientes en SATI-Q de esta manera. Si los números se mantienen y estimando un tiempo de carga promedio similar para todos los pacientes, se ahorrarán aprox. 408 horas/año (equivalentes a más de 50 jornadas laborales de 8 h) mediante esta integración.

Conclusiones: Esta es la primera experiencia local de interoperabilidad entre SATI-Q y una HCE en un hospital público, demostrando que es posible transformar digitalmente un servicio crítico mediante el rediseño de procesos y el uso estratégico de herramientas

tecnológicas accesibles. Los beneficios incluyen mayor calidad de datos, reducción de la carga administrativa sobre los profesionales y mejora en la atención al permitir que los equipos médicos dediquen más tiempo a los pacientes y menos a la carga manual de registros.

0326 EVALUACIÓN COMPARATIVA DE LA GLUCEMIA ENTRE EQUIPO POCT Y LA PLATAFORMA ANALÍTICA DEL LABORATORIO

HF CERVANTES(1), SV SALEMM(1), J PARES(1), JM GONZÁLEZ(1), L TORASSO(1), V GUAI(1), M PALAMIDESSI(1), C ARANDA(1)

(1) Hospital General De Agudos Carlos G. Durand.

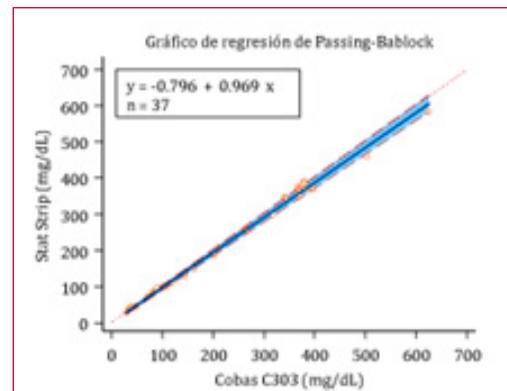
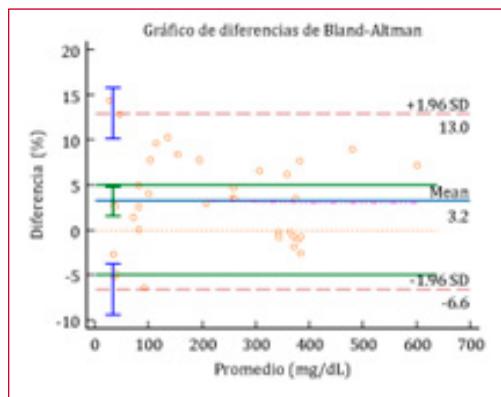
Introducción: Los glucómetros, dispositivos POCT (point of care testing), se usan tanto en el automonitoreo domiciliario como en salas de cuidados críticos, principalmente a cargo de enfermería. Por ello, es indispensable que funcionen correctamente y ofrezcan resultados precisos, garantizando una evaluación fiable, evitando repeticiones y optimizando la gestión de recursos.

Objetivo: Evaluar la correlación con glucosa medida por autoanálizador de química y la medida por el POCT.

Materiales y métodos: La comparación se realizó entre el glucómetro Start Trip (Nova Diagnostics®) y el autoanálizador de química Cobas C303 (Roche®), con un n de 37, en un rango de concentración de 25 a 625 mg/dl. Se utilizó el programa Medcalc® para realizar la regresión lineal de Passing-Bablok, con índice de confianza del 95% (IC), y el gráfico de diferencias de Bland-Altman.

Resultados: La correlación Start Trip - Cobas C303 (R2: 0.9949), evidencia una fuerte correlación lineal. El IC de la pendiente contiene al 1 y el de la ordenada al 0, por lo que no hay una diferencia estadísticamente significativa entre los métodos. El sesgo obtenido por el gráfico de Bland Altman (3,19%) resulta menor al 50% del error total permitido (Eta=6,96%, VBd.), definiendo que no hay tampoco diferencias clínicamente relevantes entre ambos métodos.

Conclusiones: Estos resultados reflejan que es posible utilizar el dispositivo POCT para el seguimiento de glucemias de los pacientes en áreas críticas, teniendo en cuenta que debe ser periódicamente controlado, asegurando una correcta gestión del equipamiento para su uso previsto.



0327 VEXUS COMO PREDICTOR DE INESTABILIDAD HEMODINÁMICA DURANTE TERAPIA DE REEMPLAZO RENAL

LC PEREZ ILLIDGE(1), L AGUIRRE(1), G TUHAY(1), C OLIVA(1), C MURUCHI(1), F KLEIN(1)

(1) Favaloro.

Introducción: La inestabilidad hemodinámica durante la terapia de reemplazo renal (IHTRR) es frecuente en pacientes críticos asociándose con disminución de las tasas de recuperación de la función renal y un aumento de la mortalidad. El índice VExUS evalúa ecográficamente la congestión venosa, aunque su capacidad predictiva en este contexto no ha sido establecida. Este estudio analiza el VExUS y su correlación con IHTRR, con el tiempo de estancia hospitalaria y con la mortalidad.

Materiales y Métodos: Se incluyeron los datos obtenidos de 25 pacientes cursando shock séptico en el postoperatorio de cirugía cardiovascular durante un total de 62 sesiones de TRR en quienes se realizó el protocolo VExUS como parte de su evaluación. Se recopilaron datos demográficos, comorbilidades, datos ecocardiográficos, variables clínicas, lactacidemia, SOFA, EUROSCORE y APACHE II.

Resultados: Ninguna (0/20 :0 %) de las sesiones de TRR con evaluaciones previas con VExUS 3 presentó inestabilidad hemodinámica durante las mismas, mientras que el 68% de las sesiones de TRR precedidas por VExUS 0-2 fue seguida de inestabilidad hemodinámica (29/42= 69%) ($\chi^2 = 20.3$; $p < 0.00001$). Cada punto adicional en el score tuvo tendencia a un incremento de los odds de tolerancia al procedimiento por un factor de 5 (OR = 5.8; $p=0.065$). La mediana de la estancia hospitalaria fue 47 días para VEXUS 3 y 25 días en los grupos con VEXUS 0-2 ($p=0.30$). La mortalidad hospitalaria fue similar: 6/12(50%) en VEXUS 3 vs. 8/13 (61.5%) en VEXUS 0-2 ($\chi^2 = 0.03$; $p=0.86$). En el análisis multivariado de Cox, el único predictor independiente de mortalidad fue el lactato (HR: 1.025 por mmol/L; $p=0.012$).

Discusión: El VExUS 0-2 se asoció a IHTRR, por lo que en pacientes que requieran TRR permitiría anticipar la necesidad de soporte vasopresor. No se encontró una asociación del VExUS con el tiempo de estancia hospitalaria y con la mortalidad.

Conclusiones: El protocolo VExUS 0-2, es un predictor de inestabilidad hemodinámica en TRR. Se requieren estudios prospectivos más voluminosos para validar estos hallazgos y determinar si la estratificación por VExUS podría incluirse dentro de las variables pronósticas a considerar.



Tabla 1. Análisis de variables			E. Variables categorías específicas (Score VEXUS)		
Variable	Mediana (IQR)	Rango	Score VEXUS	%	
1. Variables clínicas seleccionadas					
Volumen	Mediana 1,396				
Edad (años)	Mediana 52,5	76 (32-77)	0	37,3	
Comorbilidades	1,2 ± 0,5	1,1 (1-0-2)	0-1	1	12,9
IMB (kg)	89,2 ± 9,2	48 (35-110)	3	23,4	
Leucocitos (mm ³)	12,5 ± 3,9	10 (10-16)	0-1	3	32,3
APACHE II al ingreso	19,0 ± 7,9	19 (10-23)	3-37,0		
2. Variables clínicas categorizadas en diseminación					
Variable	%				
Tipo de cirugía: Revascularización coronaria	36,0				
Tipo de cirugía: Revascularización arterial	39,0				
Tipo de cirugía: Cirugía de arteria torácica	12,0				
Tipo de cirugía: Revascularización periférica	12,0				
Tipo de cirugía: Revascularización aórtica	0,0				
Tipo de cirugía: Revascularización aórtica + coronaria	0,0				
Procedimientos: Resectomía	0,0				
Procedimientos: Trasplante	20,0				
Procedimientos: Endovascular	16,0				
3. Variables clínicas categorizadas en diseminación					
Variable	%				
Edad avanzada	74,0				
Revascularización	54,0				
Comorbilidades	20,0				
Cardiopatías	32,0				
Presencia de Sepsis por Síndrome	80,0				
Morbilidad hospitalaria	50,0				

Tabla 1. Análisis de variables			E. Variables categorías específicas (Score VEXUS)		
Variable	Mediana (IQR)	Rango	Score VEXUS	%	
1. Variables clínicas seleccionadas					
Edad (años)	Mediana 52,5	76 (32-77)	0	37,3	
Comorbilidades	1,2 ± 0,5	1,1 (1-0-2)	0-1	1	12,9
IMB (kg)	89,2 ± 9,2	48 (35-110)	3	23,4	
Leucocitos (mm ³)	12,5 ± 3,9	10 (10-16)	0-1	3	32,3
APACHE II al ingreso	19,0 ± 7,9	19 (10-23)	3-37,0		
2. Variables clínicas categorizadas en diseminación					
Variable	%				
Tipo de cirugía: Revascularización coronaria	36,0				
Tipo de cirugía: Revascularización arterial	39,0				
Tipo de cirugía: Cirugía de arteria torácica	12,0				
Tipo de cirugía: Revascularización periférica	12,0				
Tipo de cirugía: Revascularización aórtica	0,0				
Tipo de cirugía: Revascularización aórtica + coronaria	0,0				
Procedimientos: Resectomía	0,0				
Procedimientos: Trasplante	20,0				
Procedimientos: Endovascular	16,0				
3. Variables clínicas categorizadas en diseminación					
Variable	%				
Edad avanzada	74,0				
Revascularización	54,0				
Comorbilidades	20,0				
Cardiopatías	32,0				
Presencia de Sepsis por Síndrome	80,0				
Morbilidad hospitalaria	50,0				

0328 COMPARACIÓN DE LOS HALLAZGOS CLÍNICOS Y RADIO-LÓGICOS DE SOBRECARGA HÍDRICA CON EL PROTOCOLO VEXUS EN LA DETERMINACIÓN DE CONGESTIÓN VENOSA EN PACIENTES CON PRESCRIPCIÓN DE ULTRAFILTRACIÓN

LC PEREZ ILLIDGE(1), L AGUIRRE(1), C OLIVA(1), C MURUCHI(1), MDC PIANGATELLI(1), G TUHAY(1), F KLEIN(1)
 (1) Favaloro.

Introducción: La sobrecarga de volumen (SV) en pacientes críticos se asocia con aumento de mortalidad y una disminución de días libres de ventilación en pacientes con AKI, sobre todo en el subgrupo de pacientes con sepsis. Si bien el examen físico orienta sobre signos clínicos de SV, su correlación con la congestión venosa real es incierta. El protocolo VExUS (Venous Excess Ultrasound Score) se ha propuesto como método objetivo para evaluar congestión venosa sistémica. Este estudio comparó la capacidad diagnóstica del examen físico frente al VExUS para identificar congestión venosa significativa.

Métodos: Se analizaron 25 pacientes cursando shock séptico en el post operatorio de cirugía cardiovascular, sometidos a terapia de reemplazo renal (TRR), con un total 62 sesiones de TRR. Se definió sobrecarga hídrica clínica como la presencia de al menos dos hallazgos clínicos (edemas periféricos, ingurgitación yugular mayor a 2/3, presión venosa central (PVC) >12 mmHg, estertores crepitantes húmedos bilaterales) y uno de imágenes (patrón de más de 8 líneas B en ecografía pulmonar bedside, hipertensión venocapilar o derrame pleural radiológicos). La congestión por ultrasonido se definió como VEXUS grado 3 en al menos una sesión. Se calcularon la sensibilidad, especificidad, valores predictivos positivos y negativos e índice de Youden.

Resultados: Doce pacientes presentaron VEXUS grado 3. Veintiuno cumplieron criterios clínicos de sobrecarga hídrica. En comparación con el VEXUS como estándar de congestión venosa, el examen físico presentó una sensibilidad del 92%, especificidad del 23%, VPP de 52%, VPN de 75%, con un índice de Youden de 0.15.

Discusión: El examen físico mostró una alta sensibilidad. Sin embargo, la baja especificidad indica que muchos pacientes con signos clínicos no presentaban congestión venosa por ecografía, sugiriendo redistribución del volumen hacia compartimentos intersticiales. Esto subraya la utilidad de métodos objetivos como el VEXUS para la toma de decisiones clínicas, especialmente al indicar ultrafiltración.

Conclusión: Aunque útil como cribado, el examen físico presenta limitaciones importantes para definir la existencia de congestión venosa. El protocolo ecográfico VEXUS permite una evaluación más objetiva del estado hemodinámico venoso, colaborando en la indicación de las estrategias de retiro de volumen.

0329 SCORE PARA DIAGNÓSTICO DE COAGULACIÓN INTRAVASCULAR DISEMINADA MODIFICADO CON UN MARCADOR DE DISFUNCIÓN ENDOTELIAL EN PACIENTES CON SEPSIS: ANÁLISIS PRELIMINAR DE SU IMPACTO EN EL DIAGNÓSTICO Y PRONÓSTICO

A BOCASSI(1), F ARANDA(1), E CUNTO(1), V CHEDIACK(1), P ZAMBRANO(1), J CHAMORRO(1), A LUCERO(1), L LUQUE(1), S PERÉS(1)
 (1) Hospital De Infecciosas F. J. Muñoz.

Introducción: La coagulación intravascular diseminada (CID) es una complicación grave en pacientes con sepsis. El score propuesto por la Sociedad Internacional de Trombosis y Hemostasia (CID-ISTH) se basa en parámetros hematológicos clásicos, sin considerar la disfunción endotelial que representa un componente clave en su fisiopatología.

Objetivo: Evaluar si una versión modificada del score CID-ISTH (CID-ISTH-FvWS), que incorpora el factor de von Willebrand (FvW) como marcador de disfunción endotelial, mejora su utilidad para la predicción de CID y mortalidad en pacientes con sepsis.

Materiales y métodos: Se incluyeron 42 pacientes con diagnóstico de sepsis, internados en unidad de terapia intensiva (UTI). Se evaluaron dentro de las primeras 24 horas del diagnóstico: recuento de plaquetas, tiempo de protrombina, niveles plasmáticos de fibrinógeno, dímero D y FvW.

El score corregido propuesto suma al tradicional entre 0 y 2 puntos según la concentración plasmática de FvW ($\leq 150\%$: 0; 150-300%: 1; $>300\%$: 2), siendo un puntaje ≥ 6 diagnóstico de CID (Tabla 1). El análisis estadístico se realizó utilizando el software SPSS.v2023.

Resultados: El 66,7% de los pacientes eran hombres con una mediana de edad de 52 años, rango intercuartil [RIC] 38-63, score SOFA 5 [RIC 3-7] y APACHE II 18 [RIC 12-22].

El score CID-ISTH-FvWS mostró buena concordancia (con el score CID-ISTH (Kappa=0.688; $p<0.001$) para predecir CID, sin diferencias significativas en la clasificación global de los pacientes ($p=0.063$). Al compararlo con el score tradicional presentó mayor sensibilidad (100%) y valor predictivo negativo (100%), pero menor especificidad (85.3%) y valor predictivo positivo (VPP) (61.5%).

La mortalidad global fue del 31% (n=13). Se observó que valores superiores a los puntos de corte de ambos scores se asociaron significativamente con mortalidad ($p<0.05$). Respecto al desempeño diagnóstico, el CID-ISTH-FvWS mostró mayor especificidad (82.8% vs 76.5%) y VPP (61.5% vs 38.5%) que el score tradicional para predecir mortalidad (Tabla 2).

Conclusión: Estos hallazgos preliminares sugieren que el CID-ISTH-FvWS podría ser útil para descartar CID en pacientes con sepsis y para identificar aquellos con mayor riesgo de muerte. La disponibilidad y costo del test de FvW podría representar una limitación para su implementación de rutina.

Tabla 1. Cálculo del score CID-ISTH y de la versión modificada propuesta: CID:ISTH-FvW₅.

Parámetro	Score CID-ISTH		CID:ISTH-FvW ₅	
	Criterio	Puntaje	Criterio	Puntaje
Recuento	> 100	0	> 100	0
Plaquetas ($\times 10^9/L$)	50 – 100	1	50 – 100	1
	< 50	2	< 50	2
Dímero D (ng/ml FEU)	No elevado	0	No elevado	0
	Elevación moderada	2	Elevación moderada	2
	Elevación severa	3	Elevación severa	3
Tiempo de Protrombina (Prolongación en seg. respecto del normal)	< 3	0	< 3	0
	3 – 6	1	3 – 6	1
	> 6	2	> 6	2
Fibrinógeno (g/L)	> 1.0	0	> 1.0	0
	≤ 1.0	1	≤ 1.0	1
FvW (%)	No aplica		< 150	0
			150-300	1
			> 300	2
INTERPRETACION				
CID		≥ 5 puntos	≥ 6 puntos	

Tabla 2: Comparación del desempeño diagnóstico de ambos scores para predecir mortalidad.

Scores	Sensibilidad (%)	Especificidad (%)	VPP (%)	VPN (%)
Score CID-ISTH	63	76.5	38.5	89.6
CID:ISTH-FvW ₅	61.5	82.8	61.5	82.8

0331 PIELONEFRITIS ENFISEMATOSA BILATERAL - A PROPÓSITO DE UN CASO.

C ROTEDA(1), R MOLINA(1), J VEGA(1), N PEDANO(1)
 (1) Nuevo Hospital San Roque.

Introducción: La pielonefritis enfisematosa es una infección necrotizante del parénquima renal que afecta especialmente a pacientes diabéticos con mal control metabólico (80%); siendo la presentación bilateral la menos frecuentes (<10%). Por tratarse de una patología con alta mortalidad es importante en el manejo de la misma un diagnóstico y tratamiento rápido y oportuno.

Caso clínico: Paciente femenina de 38 años con antecedentes de diabetes insulino requirente, hipertensión arterial y obesidad (IMC 51). Comienza 72 hs previas con cuadro de fiebre, dolor abdominal y astenia, por lo cual consulta en otra institución, se realiza diagnóstico de síndrome febril de etiología a determinar e insuficiencia renal aguda (AKI III anúrica). Se decide derivación a centro de mayor complejidad.

Ingresa a nuestro nosocomio en shock séptico refractario (SOFA 11) con requerimiento de ARM, se realizan hemocultivos, TAC de tórax, abdomen y pelvis con contraste evidenciándose pielonefritis enfisematosa bilateral. Se inicia antibioticoterapia empírica con meropenem. Se interconsulta con infectología, urología y nefrología, se inicia hemodiálisis. Se programa punción guiada por TAC, se toma material para cultivos, no pudiendo dejar drenaje por escaso débito. Hemocultivos y cultivo de material de punción positivos para *Klebsiella pneumoniae*, se rota antibiótico a piperacilina/tazobactam + amikacina según sensibilidad. Intercurre con múltiples infecciones asociadas a cuidados de la salud, DAUCI, AVM prolongado (60 días), traqueostomizada. Presenta mejoría clínica y de parámetros de laboratorio, suspendiéndose TRR. Luego de dos meses pasa a sala de clínica médica.

Discusión: La forma de presentación con compromiso bilateral de la pielonefritis enfisematosa tiene una incidencia menor al 10%, por lo que su diagnóstico requiere alto índice de sospecha, teniendo en cuenta factores de riesgo y epidemiología.

Conclusión: Debido a la alta mortalidad del cuadro es fundamental el diagnóstico y tratamiento precoz. Debe iniciarse estricto control metabólico, antibioticoterapia empírica enfatizando en cubrir gérmenes gram-negativos. En casos avanzados (clase 3 y 4 según clasificación tomográfica) el manejo se elige según la presencia de

factores de mal pronóstico, siendo recomendada la nefrectomía. La excepción, como en este caso, es el compromiso bilateral donde debe intentarse el manejo conservador con el fin de preservar la función renal.

0332 VARIACIÓN DEL SCORE DE DISFUNCIÓN ORGÁNICA COMO PREDICTOR DE SOBREVIDA Y TRASPLANTABILIDAD EN ACLF.

C TONELLI(1), G RAMOS(1), L AGUIRRE(1), V CABRAL(1), F PERALTA(1), S BENAVIDES(1), L BUSSETA(1)
 (1) Argerich.

Introducción: La insuficiencia hepática aguda sobre crónica (ACLF) es una forma grave de descompensación aguda de la cirrosis, que se caracteriza por la existencia de fallos orgánicos y una elevada mortalidad, que se debe a una respuesta inflamatoria sistémica excesiva. Se han reportado buenos resultados con el trasplante hepático en pacientes

seleccionados. El objetivo de este estudio fue evaluar los pacientes con ACLF ingresados en la unidad de cuidados intensivos y su accesibilidad al trasplante.

Materiales y Métodos: Se realizó un análisis retrospectivo de los pacientes ingresados a la unidad de terapia intensiva, durante el periodo 2020-2025 con diagnóstico de ACLF, se recabaron datos clínicos y de laboratorio, score de APACHE y SOFA al ingreso y CLIF OF y CLIF C al día 1, 3 y 7 así como también aquellos que fueron elegibles para trasplante, el ingreso en lista, si fueron trasplantados y la supervivencia. Se realizaron las pruebas de asociación correspondientes al tipo de variable, considerando significativa $p < 0,05$.

Resultados: Ingresaron 37 pacientes, con una edad promedio de 48,2 años ($\pm 14,4$), de estos 7 (19%) eran ACLF 1, 11 (30%) ACLF 2 y 19 (51%) ACLF3. La causa precipitante de la descompensación fue en el 97% de los casos infecciosa. Del total de pacientes, 17 (46%) eran elegibles para trasplante hepático y solo 4 (11%) recibieron el trasplante. Fallecieron 26 (70%). El requerimiento de ARM (69% vs 27%, $p < 0,01$) y de TRR (38% vs 0, $p < 0,01$) se asoció a mayor mortalidad, así como la no mejoría o progresión de las disfunciones con respecto al ingreso los días 3 y 7. El gradiente de CLIF-C fue el día 3 ($-1,9 \pm 7$ vs $10,3 \pm 21,2$, $p < 0,01$) y el día 7 (-33 ± 15 vs $13,6 \pm 22,3$, $p < 0,01$). De los 4 trasplantados e promedio de internación en UTI fue de $10,2 \pm 3,3$ días, con un gradiente CLIFC día 1 ($0 \pm 1,8$) y día 7 ($4,2 \pm 3,3$). Fallecieron 2 de los trasplantados, ambos ACLF3 y los 2 sobrevivientes eran ACLF2.

Conclusión: De acuerdo a nuestros resultados, los pacientes con alto niveles de intervención (dialisis y ARM) tuvieron una alta mortalidad y baja probabilidad de trasplante. La mejoría de las disfunciones entre los días 3 y 7 se asoció a mayor supervivencia y probabilidad de trasplante. Los pacientes con ACLF 2 que fueron trasplantados tuvieron menos complicaciones posoperatorias y mejor supervivencia que los ACLF3.

0333 INDICACIONES Y EVOLUCIÓN CLÍNICA DE PACIENTES POLITRAUMATIZADOS TRATADOS CON ECMO

D AVILA POLETTI(1), D AVILA POLETTI(2), F CARINI(2), S SCHVERDFINGER(2), I HUESPE(2), S VILLARRUEL(2), V MONZÓN(2), P ARACELLY(2), S BAUQUE(2), R ÁVILA(3), R NUÑEZ(3), C CASABELLA(4), D IVULICH(5), F PÁLIZAS(4), M NORESE(4), N CARRIZO(6)
 (1) Italiano De Buenos Aires. (2) Hospital Italiano De Buenos Aires. (3) Hospital Privado Universitario De Córdoba. (4) Clínica Bazterrica - Santa Isabel. (5) Hospital Alemán. (6) Hospital Provincial José M. Cullen.

Introducción: Dentro de las principales causas de mortalidad por politrauma está el Síndrome de Dificultad Respiratoria Aguda (SDRA), requiriendo en los casos más severos el uso de Oxigenación por Membrana Extracorpórea (Extracorporeal Membrane Oxygenation

[ECMO]). Sin embargo, hay datos limitados sobre los beneficios, complicaciones y mortalidad de ECMO en Politrauma.

Objetivo: Describir las indicaciones, evolución clínica y calidad de vida de los pacientes politraumatizados bajo ECMO en el periodo de agosto de 2015 hasta enero de 2024 en Argentina. Además se evaluará la calidad de vida relacionada con la salud a través de la escala EUROQOL.

Materiales y Métodos: Es un estudio de cohorte ambispectivo multicéntrico, se recopilaban datos de las historias clínicas de las hospitalizaciones de manera retrospectiva y la calidad de vida de manera prospectiva. En los pacientes que fueron dados de alta se realizó una evaluación de la calidad de vida con la escala Euroqol y estado funcional (índice de Katz) de manera telefónica.

Resultados: Se incluyeron 32 pacientes de 4 hospitales de tercer nivel, de los cuales 13 fallecieron (40.6%) durante la internación. La mediana de días en ECMO fue de 9.5 días [6.0-11.8] en los sobrevivientes. En los pacientes fallecidos, la mediana de días desde la colocación del ECMO hasta la muerte fueron de 3.0 días [1.0-7.0]. Hubo complicaciones en el 51.6% de los pacientes, siendo las más frecuentes las hemorrágicas (28.1%) y trombosis de membrana. La independencia funcional y la calidad de vida fueron evaluadas en 11 pacientes (58% de sobrevivientes) con una mediana de 7 años post alta (IQR 5, 8 años), donde el índice EuroQol obtuvo una mediana de 0.74 (0.65;0.83) e índice de Katz una mediana de 6 (IQR 5, 6).

Conclusiones: Este es el primer estudio que evalúa el estado de salud y la funcionalidad de pacientes que recibieron ECMO por politrauma. Estos datos proporcionan una base para la optimización de su uso en politraumatizados de Latinoamérica. Se continúan reclutando pacientes para el análisis descriptivo; valoración de la esfera física, emocional, cognitiva, y nutricional mediante diversas escalas.

0334 MASA CARDIACA EN UN PACIENTE HIV CON SÍNDROME HIPEREOSINOFÍLICO

L TABOADA DE IRIONDO(1)

(1) Higa Dr Oscar Alende.

Caso clínico: Paciente 53 años HIV con 41.000 CD4 CV Cursa con cuadro de 2 semanas de disnea clase funcional II a III y tos con expectoración, sudoración nocturna y pérdida de peso dos meses de evolución. Refiere un viaje a Brasil en el cual presentó deposiciones diarreicas. Al ingreso se encuentra estable hemodinámicamente, uso de músculos accesorios, sin fallo de bomba

120.000 glóbulos blanco a predominio eosinofílico, LDH 913 ERS 67. Serologías negativas. Frotis sangre periférica eosinófilos 100.000 Tomografía tórax con infiltrados algodonosos bilaterales.

Se realiza ecocardiograma con hipertensión pulmonar, cavidades derechas dilatadas. Ventrículo izquierdo con función conservada imagen ecodensa de 37 x 30 mm.

Fibrobroncoscopia negativa. Punción aspiración de médula ósea sin blastos, citometría de flujo normal con proliferación eosinofílica. Se interpreta como un síndrome hipereosinofílico.

Evoluciona con insuficiencia ventilatoria, se realiza intubación orotraqueal, uso de vasoactivos

Ecocardiograma control con aumento de la masa que ocupa la totalidad del mismo.

Aumento drogas vasopresoras, fallo multiorgánico y obito.

Discusión: Los síndromes hipereosinofílicos se caracterizan por una sobreproducción de eosinófilos, y daño de uno o más órganos por infiltración eosinofílica. Los principales diagnósticos diferenciales de masa endocárdica son el síndrome de Loeffler que se caracteriza por la presencia de masa endocárdica con tendencia a la fibrosis y fibrosis endomiocárdica idiopática.

Conclusión: El diagnóstico se realizó en una etapa avanzada de la enfermedad. Realizar un ecocardiograma en todo paciente con hipereosinofilia.

Tabla 1. Variables demográficas

	Todos (N=32)	Fallecidos (N=13)	Sobrevivientes (N=19)	p valor
Sexo	5 (15.6%)	3 (23.1%)	2 (10.5%)	0.374
Edad	32.4 (16.2)	33.8 (17.2)	31.5 (15.9)	0.706
CHARLSON	0.00 [0.00;0.00]	0.00 [0.00;0.00]	0.00 [0.00;0.00]	0.125
APACHE	21.5 [16.8;26.0]	19.0 [17.0;23.0]	23.0 [16.5;26.0]	0.7
ISS	34.0 [25.0;50.0]	29.0 [25.0;34.0]	38.0 [25.0;57.0]	0.211
RESP SCORE:				0.678
1	4 (12.5%)	2 (15.4%)	2 (10.5%)	
2	4 (12.5%)	1 (7.69%)	3 (15.8%)	
3	17 (53.1%)	6 (46.2%)	11 (57.9%)	
4	7 (21.9%)	4 (30.8%)	3 (15.8%)	
ACO	19 (59.4%)	3 (23.1%)	16 (84.2%)	0.002
TEC	0.62 (0.49)	0.69 (0.48)	0.58 (0.51)	0.527
MARSHALL	2.00 [1.25;2.00]	2.00 [1.25;2.00]	2.00 [1.75;2.00]	1
Glasgow	3.00 [3.00;3.00]	3.00 [3.00;3.00]	3.00 [3.00;3.00]	0.371
Días ingreso ECMO	4.00 [1.00;6.00]	4.00 [2.00;6.00]	3.50 [1.00;5.75]	0.936
Días en ECMO	7.00 [3.00;11.0]	3.00 [1.00;7.00]	9.50 [6.00;11.8]	0.009
TIPO ECMO	31 (96.9%)	12 (92.3%)	19 (100%)	0.406
Canulación:				0.405
Avalon	5 (15.6%)	2 (15.4%)	3 (15.8%)	
Y-F Derecha	23 (71.9%)	11 (84.6%)	12 (63.2%)	
Y Derecha Izquierda	3 (9.38%)	0 (0.00%)	3 (15.8%)	
Y Derecha F Izquierda	3 (9.38%)	0 (0.00%)	3 (15.8%)	
días totales ARM	24.0 [8.50;38.0]	7.00 [6.00;9.00]	35.0 [24.5;39.8]	<0.001
Recambio Membrana	3 (9.68%)	0 (0.00%)	3 (16.7%)	0.245
Estadio UTI	35.0 [8.00;48.0]	7.00 [7.00;9.00]	44.0 [35.0;57.2]	<0.001
Estadía hospital	38.0 [8.00;60.0]	7.00 [7.00;9.00]	57.0 [46.0;65.8]	<0.001
Complicación Totales	16 (51.6%)	1 (7.69%)	15 (83.3%)	<0.001
Complicación Hemorrágica	9 (28.1%)	1 (7.69%)	8 (42.1%)	0.05
Complicación Tvp	6 (18.8%)	0 (0.00%)	6 (31.6%)	0.059
Complicación Trombo Membrana	7 (21.9%)	0 (0.00%)	7 (36.8%)	0.025
Complicación Infección Sitio Canal	1 (3.12%)	0 (0.00%)	1 (5.26%)	0.99
Complicaciones hemorrágicas:				
Coagulopatía severa	1 (3.12%)	1 (7.69%)	0 (0.00%)	
Débito hemático por TAP bilateral	1 (3.12%)	0 (0.00%)	1 (5.26%)	
Dehiscencia de herida Qx	1 (3.12%)	0 (0.00%)	1 (5.26%)	
Hematuria	1 (3.12%)	0 (0.00%)	1 (5.26%)	
Hemoperitoneo	1 (3.12%)	0 (0.00%)	1 (5.26%)	
Sangrado Arterial (L3)	1 (3.12%)	0 (0.00%)	1 (5.26%)	
Sangrado menor	1 (3.12%)	0 (0.00%)	1 (5.26%)	
Sangrado vía aérea	1 (3.12%)	0 (0.00%)	1 (5.26%)	

Tabla 2

Dimensión EQ-5D	Sin problemas % (n)	Algunos problemas % (n)	Problemas extremos % (n)
Movilidad	45.5 % (n = 5)	45.5 % (n = 5)	9.1 % (n = 1)
Cuidado personal	72.7 % (n = 8)	27.3 % (n = 3)	0.0 % (n = 0)
Actividades habituales	63.6 % (n = 7)	27.3 % (n = 3)	9.1 % (n = 1)
Dolor/malestar	45.5 % (n = 5)	45.5 % (n = 5)	9.1 % (n = 1)
Ansiedad/depresión	27.3 % (n = 3)	54.5 % (n = 6)	18.2 % (n = 2)



0335 PERFORACION ESOFAGICA E INTERVENCION QUIRURGICA TEMPRANA: COMPARACION DE DOS CASOS. MI PRIMER TRABAJO CIENTIFICO

V FERNANDEZ BEASSONI(1), G WERNICKE(1), V DOMINGUEZ(1), ME LOPEZ(1), B CAMPS(1), G ABRILE(1), CE RODRIGUEZ(1)

(1) Instituto Medico Rio Cuarto.

La perforación esofágica es una emergencia del tubo digestivo. Sus etiologías son iatrogénicas, traumáticas, tumorales y espontáneas, entre otras. El 65% son intratorácicas. El Gold Standard diagnóstico es la TAC con contraste oral. La mortalidad asciende a 60% con diagnósticos de más de 24 hs. El tratamiento precoz se relaciona de manera inversa con la mortalidad.

Caso 1. Masculino, 72 años. Enolista, tabaquista y acalasia. Post VEDA sospecha de ruptura esofágica durante dilatación con balón. TAC con contraste oral, fuga de material a cavidad pleural y mediastínica. Cirugía de tórax realiza mediastinoscopia y ventana peluro mediastinal a las 2 hs del incidente. Reingresa en ARM con signos de FMO. Requirió 48 hs de sostén hemodinámico y ventilatorio. Posteriores vacaciones de sedación, delirium hipoactivo asociado a NAVM y miopatía del paciente crítico se da alta de UTI a los 30 días. A los 45 días alta institucional.

Caso 2. Masculino, 69 años enolista, tabaquista y diabético internado en guardia por 16 hs por dispepsia y distensión abdominal luego de consumo de ENOL. Agrega inestabilidad hemodinámica, mala perfusión periférica y mala mecánica ventilatoria.

Posterior a primera estabilización se realiza panTAC con contraste oral confirmando el pasaje de contenido a pleura. Cirugía de tórax a las 20 hs desde el diagnóstico realiza esofagografía con plastia, decorticación pulmonar y mediastinostomía, Reingresa en FMO, a pesar del sostén que se le brinda obita a los 10 días del ingreso.

Discusión: El diagnóstico de perforación esofágica es dificultoso debido a sus múltiples diagnósticos diferenciales. La modalidad terapéutica se decide de manera interdisciplinaria: puede ser médico, endoscópico o quirúrgico. La sobrevida es mayor con tratamiento temprano. La etiología iatrogénica tiene mayor sobrevida.

Conclusión: La sobrevida del caso n°1 se debe a la etiología iatrogénica, asociada a diagnóstico temprano y rapidez terapéutica. Mientras que las 20 horas de demora en el caso n°2 lo perjudicaron no solo en términos de sobrevida quirúrgica sino también en el hecho de que dieron lugar que se perpetue el shock y la FMO.

0337 ABSCESOS HEPÁTICOS Y TROMBOFLEBITIS DE VENA PORTA

J SILVA(1), A LUGO(1), A SAENZ(1), L ARGÜELLES(1)

(1) Hospital Nacional Posadas.

La tromboflebitis de la Vena Porta origina entre 10-20 % de los abscesos hepáticos. Posee una prevalencia < 5/10000 habitantes, siendo la 2.ª causa de hipertensión portal en el mundo occidental (30% de origen no tumoral ni cirrótico).

Paciente femenina de 16 años, antecedentes de apendicectomía laparoscópica, evolucionando a los 30 días con abdomen agudo quirúrgico. Se realizó laparotomía exploradora, hallándose líquido libre seroso en fondo de saco de Douglas y adherencias del epiplón a la pared abdominal. Un mes después ingresa a cirugía por cuadro de sepsis con foco abdominal, ecografía y tomografía abdominal, abscesos hepáticos, trombosis portal y engrosamiento de la vesícula biliar. Se realizó drenaje percutáneo de absceso hepático, colecistostomía, tratamiento antibiótico y anticoagulación. Se aisló de los abscesos y en hemocultivos un *Streptococcus constellatus*. El tratamiento antibiótico fue según sensibilidad con Ceftriaxona y Ornidazol. Evolucionó favorablemente con resolución cuadro confirmados por estudios de imágenes, manteniendo la anticoagulación por lo menos 6 meses. El *Streptococcus constellatus* es un patógeno emergente en la unidad de terapia intensiva, que suele generar bacteremia y abscesos en diferentes localizaciones.

Los pilares del tratamiento se basaron en antibióticos, conducta quirúrgica y anticoagulación. Dentro de las complicaciones se incluyen la cavernomatosis portal, hipertensión portal.

Esta entidad clínica rara y potencialmente grave está asociada con una alta morbilidad y mortalidad. Destaca la importancia de investigar exhaustivamente las causas primarias subyacentes a esta patología.



0338 FALLO MULTIORGÁNICO COMO FORMA DE PRESENTACIÓN DE TRIQUINOSIS

L BARROSO(1)

(1) Nuevo Hospital San Roque.

Introducción: La triquinosis es una zoonosis parasitaria producida por el nematodo *Trichinella spiralis*. Es transmitida por la ingestión de carne cruda o mal cocida de diferentes animales que contenga quistes del parásito. Ocasionalmente se producen brotes epidemiológicos y constituye una enfermedad de denuncia obligatoria según ley n° 15465.

Presentación del caso: Paciente masculino, 51 años, con antecedentes de HTA, Diabetes Mellitus tipo 2 y Obesidad. Consulta por diarrea de 15 días de evolución, fiebre, dolor abdominal, astenia, hiporexia e inestabilidad en la marcha con caída de propia altura sin traumatismo craneoencefálico asociado. Ingresó con diagnóstico de Sepsis secundaria a diarrea. En la analítica se observa leucocitosis con eosinofilia, alteración de la función renal, aumento de transaminasas, acidosis metabólica, alcalosis respiratoria e hiponatremia. SOFA 4 ptos. APACHE II 16 ptos. Procalcitonina 1.9 ng/mL. Se inicia antibioticoterapia empírica de amplio espectro. A las 72 hs comienza con terapia de reemplazo renal, evoluciona febril, en shock séptico, con requerimiento de asistencia ventilatoria mecánica, y acidosis metabólica refractaria. A los cinco días de internación, se obtiene el dato de ingesta de carne cruda porcina faenada. Se confirma el diagnóstico serológico de Triquinosis mediante ELISA e inicia tratamiento con albendazol. Intercurre con Neumonía asociada a la ventilación mecánica. A los días presenta mejoría clínica y analítica, se extuba, y se suspende diálisis tras 22 días, pasa a sala de clínica médica.

Discusión: La triquinosis puede adoptar diferentes formas de presentación según el grado de parasitación, algunas totalmente asintomáticas como sucede en la mayoría de los casos, hasta formas graves, como insuficiencia cardíaca, neumonía o meningoencefalitis, aunque con una mortalidad menor al 10%.

Conclusión: El antecedente epidemiológico resulta fundamental para considerar la Triquinosis como diagnóstico presuntivo. Esta importancia radica en las implicancias que genera en materia de Salud Pública cuando se confirma un caso, para esto se cuenta con normativas nacionales y provinciales tendientes a la prevención de ingesta de carne de animales infectados y su propagación.



0339 TAPONAMIENTO CARDÍACO PURULENTO POR SAMR
B CAMPS(1), G WERNICKE(1), V FERNANDEZ BEASSONI(1), V DOMINGUEZ(1), E LOPEZ(1), G ABRILE(1), E RODRIGUEZ(1)
(1) Instituto Medico Río Cuarto.

Introducción: La pericarditis causada por *Staphylococcus aureus* resistente a metilicina (SAMR) es una entidad poco frecuente, observada principalmente en pacientes con enfermedad renal crónica, inmunosupresión o antecedentes de enfermedad pericárdica. Su presentación suele ser aguda, pudiendo evolucionar rápidamente hacia un shock séptico y/o obstructivo por taponamiento cardíaco.

Presentación del caso: Paciente masculino de 69 años, con antecedentes de hiperuricemia y un AIT 15 días antes, ingresa a UTI en contexto de shock séptico. La tomografía de tórax revela una colección pericárdica. Se realiza pericardiocentesis, extrayéndose aproximadamente 1100 ml de líquido seropurulento. Se confirma infección diseminada por SAMR. Se inicia tratamiento con piperacilina-tazobactam, vancomicina y rifampicina. El paciente permaneció intubado y bajo drogas vasoactivas.

ECG: taquicardia sinusal, isquemia subepicárdica en cara lateral alta y bloqueo completo de rama derecha.

Cursa 9 días de internación.

Discusión: El espacio pericárdico normalmente contiene entre 15 y 50 ml de líquido. Un derrame pericárdico implica un aumento de ese volumen, por causas inflamatorias, infecciosas o idiopáticas. La severidad del cuadro depende de la cantidad, velocidad de acumulación y características del pericardio. A veces, la acumulación es silente, generando síntomas por compresión de estructuras vecinas: disfagia (esófago), tos o disnea (vías aéreas), hipo (nervio frénico) o afonía (nervio laríngeo recurrente).

La exploración física puede ser normal hasta que la presión intrapericárdica se eleva significativamente, momento en el cual aparecen los signos clásicos del taponamiento. Un derrame de más de tres meses con características estables se considera crónico.

Su cuantificación se realiza por ecocardiografía y se confirma con el volumen drenado.

Conclusión: La pericarditis purulenta por SAMR es una infección grave, potencialmente mortal si no se diagnostica y trata de forma temprana y agresiva. Debe considerarse como diagnóstico diferencial en pacientes con cuadros agudos tipo shock, ya que el reconocimiento precoz y el tratamiento oportuno pueden mejorar significativamente el pronóstico.

Categoría	Signo / Hallazgo	Explicación breve
Síntomas generales	Disonía	Por compresión pulmonar
	Fatiga / Debilidad	Gasto cardíaco reducido
Signos vitales	Taquicardia	Compensación del bajo gasto
	Hipotensión	Disminución del llenado ventricular
	Pulso paradójico	Caida excesiva de PAIS en inspiración
Hallazgos físicos	Ingurgitación yugular	Aumento de presión venosa central
	Ruidos cardíacos apagados	Atenuados por el líquido pericárdico
	Triada de Beck (clásica)	Hipotensión, ruidos apagados, ingurgitación yugular
ECG / Imagen	Taquicardia sinusal	Frecuente en contexto de taponamiento
	Alterancia eléctrica	Variación en amplitud del QRS (si está presente)
	Ecocardiograma: colapso diastólico del VD	Signo específico de taponamiento

0340 PANCREATITIS AGUDA GRAVE ALITIÁSICA NO ALCOHÓLICA

L GIORDANA(1), L LÓPEZ MACCAN(1), MF LÓPEZ BARBAYANI(1), F LIBARDI(1), F PÉREZ(1), S RODRÍGUEZ CÁLIX(1), H CONDE(1), S PULCINELLI(1), S DARIO(1), L BERLONI(1), G TOCALLI(1), B PALOU(1), W ANDALUZ(1)
(1) Heca.

Introducción: Se presenta un caso de pancreatitis aguda grave en una paciente joven, en paciente colecistectomizada, alitiásica, no asociada consumo de alcohol ni otras causas probadas de pancreatitis.

Presentación del caso: Mujer de 43 años, antecedentes de artritis reumatoide (tratada con prednisona a baja dosis y metotrexato 10 mg semanales). Ingresó a UCI por cuadro típico de pancreatitis aguda. Estable hemodinámicamente, sin fallas orgánicas. Debido a neumoperitoneo (TAC) requirió laparotomía realizándose necrosectomía con abdomen abierto y contenido. En el POP presentó inestabilidad hemodinámica (NA 0,4 µg/Kg/m) y necesidad de VM, estabilizándose al cuarto día. Tuvo dos reintervenciones (toilettes) y laparorrafia al día 6.

Evolucionó con variadas complicaciones: Shock séptico y bacteriemia (*Enterococo faecalis*) asociados a colecciones intraabdominales; Infección y necrosis de herida quirúrgica; Acidosis tubular renal tipo IV; Fístula pancreática; Síndrome perdedor de sal y Encefalopatía posterior reversible (PRES), tratada con tres pulsos de metilprednisolona.

De los 39 días de internación en UCI, 18 estuvo en VM (13 por shock y SDRA leve y 5 debido a la PRES). No presentó falla renal, hepática, hematológica. No requirió traqueostomía. Fue externada de UCI con estado neurológico normal.

Discusión: La litiasis biliar y el consumo de gran cantidad de alcohol explican un 70 a 80 % de las pancreatitis agudas. Otras causas reportadas son anomalías congénitas, tumores de papila u otras estenosis, disfunción del esfínter de Oddi, algunas dislipidemias, hipertrigliceridemia pura, infecciones virales, parasitosis, fármacos (alfa metil dopa, furosemida entre muchos), colagenopatías, postoperatorias (post CPRE entre otras), hiperparatiroidismo, hipotermia y en algunos casos idiopática. En el caso presentado no se pudieron objetivar mediante historia clínica exámenes complementarios ninguna de estas otras causas de pancreatitis. Si bien existen algunos reportes esporádicos que proponen al metotrexato como posible causa, el tiempo y la dosis de tratamiento hacen poco probable esta causalidad en esta paciente.

Conclusión: La pancreatitis aguda conlleva elevada morbimortalidad, complicaciones, internación prolongada, secuelas posteriores y altos costos. En un pequeño porcentaje no es posible determinar razonablemente su etiología.

0341 MUERTE ENCEFALICA MATERNA POR HEMORRAGIA INTRACEREBRAL, MANEJO INTERDISCIPLINARIO. REPORTE DE CASO CLINICO

H LOPEZ(1), J CARDOZO(1), L MONTAÑO(2), N MONTAÑO(3), S JEREZ(1), J MONTES DE OCA(4), J MUÑOZ(3), F ARANCI-BIA(1), W VIDETTA(1), A MONTES DE OCA(1), B FERNAN-DEZ(1), A TAMAYO(5)

(1) Municipal Eva Perón De Merlo. (2) Municipal Evaperón De Merlo. (3) Municipal Eva Perón Demerlo. (4) Municipaleva Perón De Merlo. (5) Hospital Municipal Eva Perón E Merlo.

Introducción: La eclampsia y el síndrome HELLP son dos complicaciones de la preeclampsia que, asociadas, pueden aumentar la morbimortalidad materna. Principal complicación y causal de muerte de esta asociación es la ECV.

Caso clínico: Gestante 28.2 semanas, 27 años, antecedentes obesidad mórbida, HTA, preeclampsia, ingresa por deterioro de conciencia y convulsiones t-c generalizadas, duración 10 minutos, GSC 6/15, pupilas midriáticas, arreactivas, TA 200/100, requiere IOT-ARM, ginecología- obstetricia realiza ecografía, feto único, ausencia de movimientos respiratorios; laboratorio: leucocitosis acidosis metabólica, hipoxemia, transaminasas aumentadas, plaquetopenia, se interpreta Eclampsia, síndrome de HELLP; operada: feto único sin signos vitales, útero de Couvalier, histerectomía subtotal.

Ingres a UTI, POI, ausencia de reflejos de tronco, mala perfusión periférica, shock hipovolémico, doble requerimiento de vasopresores, monitoreo neurocrítico con signos sugestivos de parada circulatoria cerebral, evoluciona, con DOMS, requiere TRRT TAC C: HIC maligna, región frontal izquierda y ganglios de base, volcado ventricular, desviación de línea media, volumen hematoma 80 cc,, estabiliza parámetros hemodinámicos y se comunica a centro de CUCAIBA para ablación de órganos.

Discusión: Gestante con síntomas neurológicos en tercer trimestre, asociada a hipertensión, transaminasas elevadas y HIC maligna izquierda, secundaria a Eclampsia.

El embarazo predispone al desarrollo de ECV especialmente en postparto, 14 a 55% de los ACV hemorrágicos son debido a preeclampsia grave, eclampsia o HELLP

Fisiológicamente: triada de Virchow para trombosis. La compresión de la vena cava inferior y las iliacas por el útero grávido, causan lesión vascular. La compliancia venosa disminuida permite la estasis venosa y la congestión.

Fisiopatológicamente: espasmos sistémicos de arterias pequeñas, daño del endotelio vascular, aumento permeabilidad capilar cerebral, extravasación células sanguíneas al espacio extravascular y generación del sangrado. incremento drástico de la presión en los vasos sanguíneos del cerebro, puede conducir a ruptura y sangrado Único factor de riesgo identificado, multiparidad.

Debido al diagnóstico de parada circulatoria cerebral, se decidió no realizar estudios adicionales.

Conclusión: La HIC rara durante el embarazo, esta asociada a complicaciones materno-fetales. Demora en el diagnóstico, preeclampsia -Eclampsia y HELLP son factores asociados a mortalidad materna. Se requiere alto índice de sospecha y apoyo interdisciplinario, en el abordaje de una paciente materna con HIC, para impactar en el pronóstico.

0342 NEUROLUPUS Y HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA: AL RESPECTO DE UN CASO CLÍNICO

JN SILVA(1), YC RODRIGUEZ PONCE(1), A SAENZ VALIEN-TE(1), L ARGÜELLES(1)

(1) Hospital Nacional Posadas.

El neurolupus comprende un espectro de síndromes neurológicos y psiquiátricos en pacientes con lupus eritematoso sistémico (LES) que afectan tanto al sistema nervioso central y periférico. La relación es de 9:1 mujeres/varones y en América Latina la prevalencia es de 40 a 90 casos por 100.000 habitantes.

Varón de 30 años epiléptico que ingresa a terapia intensiva en estado

postictal (abandono de tratamiento 5 meses previos), evidenciándose en tomografía de cerebro hemorragia subaracnoidea parietal izquierda, hipodensidad frontal izquierda e imágenes hiperdensas puntiformes. Se realizó angiogramografía de vasos intracraneales que no muestra lesiones vasculares (MAV, aneurisma). Se descartaron causas secundarias a trastornos de la coagulación. Con los resultados del laboratorio inmunológico: ANA 1/80 patrón citoplasmático granular fino, denso; anticuerpo anti ribosomal P positivo, FAN 1/160 moteado, anti SM positivo e hipocomplementemia que confirmó el diagnóstico de LES activo. Inició tratamiento con pulso de solumedrol y ciclofosfamida. Recibió oxigenoterapia por cánula de alto flujo, ya que al ingreso presentó insuficiencia respiratoria secundaria a una NAC aspirativa, tratada con antibiocioterapia. El paciente presentó mejoría clínica y se otorgó el alta hospitalaria, continuando el seguimiento por el servicio de neurología e inmunología.

En el estudio de causas no comunes de HSA en paciente masculino, el LES debería ser una de las probables etiologías a sospechar, ya que su diagnóstico y tratamiento oportuno podrían mejorar la morbimortalidad de estos pacientes.



FIGURA 1: TOMOGRAFÍA DE ENCÉFALO CON CONTRASTE



FIGURA 2: RESONANCIA MAGNÉTICA DE ENCÉFALO CON CONTRASTE

0343 INTERVENCIÓN MULTIMODAL PARA EL CONTROL DE COLONIZACIÓN POR MICROORGANISMOS RESISTENTES A CARBAPENÉMICOS EN UCI

C MIRANDA(1), A PALERMO(1), G MARTINEZ(1), G TORRES(1), M MEDINA(1), Y MARTIN(1), N RUBATTO(1), M GONZALEZ(1), L MATOSIAN(1), F RIOS(1)

(1) Casa Hospital San Juan De Dios.

Introducción: Las estrategias multimodales han demostrado ser enfoques eficaces para el control de colonización por MRC, inte-

gran diversos componentes orientados a mejorar los resultados y modificar comportamientos.

Hipótesis: La implementación de una intervención multimodal en UCI reduce la tasa de colonización por MRC

Objetivo: Evaluar el efecto de una intervención multimodal para reducir la colonización de MRC en UCI polivalente de 14 camas.

Materiales y Metodos: Estudio cuasiexperimental, consta de fase 1 (monitoreo/intervención) Sept-Dic 2024 y fase 2 postintervención, Ene-Abril 2025. Se ingresan ptes. consecutivos admitidos a UCI, se excluyen los ptes con estancia menor 72 hs y colonización previa. La intervención consistió en monitoreo y promoción de higiene de manos, modificaciones de limpieza y desinfección del entorno, combinadas con cultivos ambientales, capacitaciones al personal y desarrollo de un Programa de Optimización del uso de Antimicrobianos.

Resultados: En el periodo ingresaron a UTI 401 ptes, (191 y 205 ptes respectivamente). Características de la muestra en Tabla 1, según el protocolo se realizaron 60 y 46 hisopados (fase 1 y 2 respectivamente). La adquisición de MRC fue 18% vs. 0%; la media a la colonización fue 8.9 días en fase 1 (Tabla 2). La tasa y tipo de antibióticos usados (Tabla 3) riesgo relativo para MRC 0.11 (IC 95% 0.01-0.84) p 0.01.

TABLA 1

Variable	Total	Fase 1	Fase 2	P Valor
N ptes	401	191	205	0.21
N ptes*	183	90	93	0.41
Edad (años) *	64 ± 18	65 ± 17	63 ± 18	0.31
Masculino*	55%	52%	47%	0.42
Apache II*	12 ± 7	10 ± 7.8	13 ± 6	0.03
SOFA*	4.5 ± 3	4 ± 2.8	4.8 ± 3.4	0.08
BMI*	26 ± 4	26 ± 3.6	26 ± 4.6	0.51
Días Hospital (Mediana q1-q3)	10	10(5-18)	9(5-13)	0.67
Días UCI (Mediana q1-q3)	4	5(3-9)	4(3-6)	0.03
mortalidad	7.7%	7.8%	6.5%	0.37

*Pacientes >72 hs en UCI

TABLA 2

	Fase 1	Fase 2
Pac. Hisopados	60	46
Pac. Colonizados	11	
Tasa de Colonizados	18.3%	
Media de Días hasta Colonización	8.91	

TABLA 3

ATB	Fase 1 - Consumo DDD	Fase 2 - Consumo DDD	P Valor
PTZ	86.3	67.8	0.04
AMS	65	37.5	0.07
Vancomicina	64.8	32	0.08
Meropenem	61.7	16.7	0.01
Colistin	34.3	11.3	0.05

Conclusiones: Una intervención multimodal en UCI para prevenir la colonización por MRC es factible y eficaz. Se produjo un notable cambio en el uso de antibióticos. El presente es un informe

temprano, se requiere de mayor seguimiento para confirmar con datos consolidados la efectividad en la reducción de la colonización por MRC. La modalidad usada en nuestro hospital podría ser una estrategia útil y factible en nuestra región.

0344 ALTERNATIVAS TERAPEUTICAS EN SINDROME DE DRESS. SERIE DE CASOS

AL RAMIREZ AYALA(1), R GREGORI SABELLI(1), N CAMPAGNUCCI(1), L GONZALEZ(1), P SAUL(1), Y LAMBERTO(1), I AVILA(1), C DOMINGUEZ(1), S CACERES(1), V CHEDIACK(1), E CUNTO(1)
 (1) Muñiz.

Introducción: El término DRESS es un acrónimo en inglés (drug rash with eosinophilia and systemic symptoms) que designa reacciones cutáneas adversas a fármacos que presentan eosinofilia y síntomas sistémicos. Un 30% puede complicar con infecciones, enfermedades inflamatorias y autoinmunes. La mortalidad es del 1% y la causa principal de muerte es la insuficiencia hepática. La primera línea de tratamiento son los corticoides, si no hay respuesta continúan las inmunoglobulinas endovenosas (IGIV) y ante la progresión recambio plasmático terapéutico (TPE) y ciclosporina.

Objetivos: Determinar marcadores bioquímicos y clínicos de alerta para inicio de tratamiento con IGIV y/o TPE

MATERIAL Y METODOS: Estudio descriptivo retrospectivo con revisión de historias clínicas durante el periodo (2021 -2025) de 5 pacientes con DRESS según criterios del grupo RegiSCAR secundario a antifímicos con fallo terapéutico a corticoides y daño de órganos. Estadística descriptiva: porcentaje (%), media (M), rango (mínimo-máximo).

Resultados: n= 5 pacientes con diagnóstico de DRESS. Edad M 22,6 años (15-28), varones 3(60%), ARM 1 (25%). Tiempo transcurrido para el diagnóstico M 8.8 días. (5-14). Tiempo de resolución de signos de alarma posterior a tratamiento M 5.75 (3-10)

Con el diagnóstico todos manifestaron exantema, y fiebre. Recuento de eosinófilos elevados (100%) e hipereosinofilia 14.96 % (>1,500 cels/mm³) en 20% Daño a órgano blanco (100 %) afección hepática, afección simultánea hepática y renal (20%), 1 paciente con afección multiorgánica. Las concentraciones medias de los biomarcadores de daño hepático fueron: AST (Aspartato Aminotransferasa) M 624.8 U/L. (108-2242 U/L) ALT (Alanina Aminotransferasa) M 554.6 U/L (200-1197).

Discusión: Todos los pacientes recibieron corticoides sistémicos (1mg/kg/día). Por la progresión a daño de órgano 80% pacientes recibieron IGIV y 20% paciente requirió TPE. Mortalidad 1 paciente (20%). La decisión de implementar IGIV y TPE fue operativa y se realizó en menos de 24 horas de la progresión del fallo.

Conclusión: En nuestra serie reportamos Dress asociado a antifímicos refractario a corticoides sistémicos, con respuesta favorable a IGIV / TPE. Se destaca los biomarcadores como referencia de severidad de la enfermedad. Además de la rápida resolución de lesiones y paraclínicos posterior a tratamiento administrado.

CASO	EDAD (Años)	FARMACO	Tiempo de inicio de clínica (días)	ORGANOS AFECTADOS	TERAPIA RECIBIDA	EUSINOFILOS	TCO-TGP*BT	Mejoría posterior a tratamiento (días)	Estado
1	23	HRZE	5	HEPÁTICA	IGIV	11.9%	108-131-1.3	3	VIVO
2	28	HRZE	14	HEPÁTICA HEMATOLÓGICA	TPE	11.3%	2243-1193-5.3	10	VIVO
3	19	LEVOPLOXACINA ETAMBULOL CICLOSETRINA RIFAMPICINA	7	RESPIRATORIA HEPÁTICA HEMATOLÓGICA HEMODYNAMICA	IGIV	12.7	167-289-1.5	No hubo	OBITO
4	15	HRZE	10	HEPÁTICA HEMATOLÓGICA	IGIV	17.4	461-956-2.6	5	VIVO
5	28	LEVOPLOXACINA ETAMBULOL CICLOSETRINA RIFAMPICINA	8	HEPÁTICA HEMATOLÓGICA RENAL	IGIV	21.5%	146-205-5.2	5	VIVO

H: Isoniazida R: Rifampicina Z: Pirazinamida E: Etambutol



0345 FRAGILIDAD Y ADHERENCIA A LAS GUÍAS DE REANIMACIÓN INTRAHOSPITALARIA: ESTUDIO MULTICÉNTRICO PROSPECTIVO

G OLAIZOLA(1), M VAENA(1), C ORLANDI(2), J SAGARDIA(3), E CUNTO(4), D CAMPS(5), MC CAPUTO(6), M CARDONATI(7), C DELLERA(8), PM DIAZ(3), AT DOTTA(9), P GARCES 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

(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: La supervivencia tras el paro cardíaco intrahospitalario (PCIH) oscila entre 17–20% pese a los avances en reanimación cardiopulmonar (RCP) y cuidados posresucitación. La fragilidad, se asocia con peor pronóstico después de un PCIH, sin embargo, no se conoce si es la fragilidad lo que influye o es que en pacientes frágiles los esfuerzos de reanimación son menores que en pacientes sin fragilidad.

Objetivos: Evaluar si la adherencia a las guías de resucitación de la American Heart Association (AHA) difiere según el estado de fragilidad y determinar si la fragilidad se asocia de forma independiente con la mortalidad tras un PCIH

Métodos: Cohorte prospectiva en 15 hospitales argentinos (públicos y privados) entre octubre-2023 y junio-2024. Se incluyeron adultos con PCIH con esfuerzos de resucitación. La fragilidad se midió con la Clinical Frailty Scale (CFS) y se clasificó como frágil ($CFS \geq 4$) o no frágil ($CFS < 4$). La adherencia al manejo correcto se definió por el cumplimiento de cuatro intervenciones: (1) norepinefrina cuando la RCP superó 2 min; (2) desfibrilación adecuada; (3) antiarrítmicos (amiodarona/lidocaína) en ritmos desfibrilables con RCP > 6 min; y (4) duración de la RCP ≥ 30 min en ausencia de circulación espontánea. Se evaluó la asociación entre fragilidad con adherencia al manejo y con Mortalidad intrahospitalaria con modelo de regresión logística, ajustado por XXXX.

Resultados: De 291 pacientes, 54 % fueron frágiles. La adherencia global al manejo correcto fue similar entre frágiles y no frágiles (71,9 % vs 75,8 %), sin mostrar asociación significativa con la adherencia a las guías de reanimación (OR = 1,01; IC95 % 0,90–1,14; $p = 0,77$). Sin embargo, la fragilidad se vinculó con mayor mortalidad posterior al PCIH (OR ajustado = 0,84; IC95 % 0,72–0,96; $p = 0,013$).

Conclusiones: La fragilidad no modificó la adherencia a las guías de manejo del PCI, lo que sugiere una atención reanimatoria equitativa. No obstante, siguió siendo un potente predictor de mortalidad temprana, subrayando la necesidad de integrar la evaluación de la fragilidad en la estratificación del riesgo y las estrategias de recuperación post-paro.

0346 AMAUROSIS SECUNDARIA A CAVERNOMA OCCIPITAL VERSUS SÍNDROME CONVERSIVO: ¿DELAY DIAGNÓSTICO EN LA MUJER?

D LAFOSSE(1), A OCCHIUZZI(2)

(1) Mtaerno Infantil F. Escardo Tigre. (2) Santojanni.

Los cavernomas cerebrales son malformaciones vasculares congénitas, con una prevalencia estimada de 0,5%. Suelen manifestarse entre los 30 y 40 años con síntomas como convulsiones, déficits neurológicos focales o hemorragia. El lóbulo occipital, aunque menos frecuente, puede verse afectado generando alteraciones visuales, incluyendo hemianopsia y pérdida de agudeza visual. Las mujeres, además, presentan con mayor frecuencia síntomas neurológicos subestimados, lo que puede retrasar el diagnóstico adecuado.

Paciente mujer de 33 años consulta por cefalea intensa de 6 horas de evolución, acompañada de visión borrosa y hemianopsia izquierda. Se realiza resonancia magnética (RMN) de cerebro que revela lesión corticosubcortical occipital izquierda con realce postcontraste, compatible con cavernoma. Sin embargo, neurocirugía considera que la lesión no explica completamente los síntomas visuales, por lo que se otorga alta.

A las 24 horas, la paciente reconsulta por amaurosis bilateral súbita. Se solicitan nuevas imágenes cerebrales, que no muestran cambios con respecto al estudio inicial. Psiquiatría descarta síndrome conversivo y oftalmología no encuentra causa ocular. Ante la sospecha de amaurosis postictal, se inicia tratamiento anticonvulsivo con recuperación completa de la visión en las siguientes horas. La paciente continúa en seguimiento ambulatorio con neurocirugía y neurología. El caso evidencia los desafíos diagnósticos en pacientes mujeres con síntomas neurológicos visuales, que con frecuencia pueden ser erróneamente atribuidos a causas psicógenas. Esta tendencia, influida por sesgos de género en la evaluación clínica, puede retrasar el

tratamiento adecuado. En este contexto, el uso racional de neuroimágenes y un enfoque multidisciplinario son esenciales para evitar malinterpretaciones clínicas y mejorar los resultados.

El reconocimiento temprano del cavernoma y de sus posibles manifestaciones clínicas atípicas puede evitar retrasos diagnósticos y terapéuticos con alto impacto en la calidad de vida. Este caso resalta la importancia de no subestimar síntomas visuales en mujeres jóvenes, evitando atribuciones psicógenas prematuras que dilatan la atención. Una atención centrada en la persona implica reconocer que el acceso al diagnóstico y tratamiento debe ser equitativo, libre de prejuicios y basado en la escucha activa. Integrar esta perspectiva contribuye a mejorar la calidad del cuidado, garantizar una atención digna y promover la equidad dentro del sistema de salud.

0347 MIOCARDIOPATÍA PERIPARTO COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE SÍNDROME DE DISTRÉS RESPIRATORIO AGUDO EN PUERPERIO INMEDIATO. REPORTE DE CASOS

L LOPEZ MACCAN(1), LJ GIORDANA(2), MF LÓPEZ(2), FN LIBARDI(2), FR PÉREZ(2), SM RODRÍGUEZ CÁLIX(2), S PULCINELLI(2), LA BERLONI(2), G TOCALLI(2), H CONDE(2)

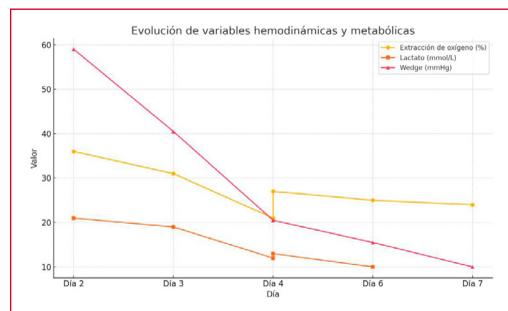
(1) Hospital De Emergencias Clemente Álvarez. (2) Hospital De Emergencias Dr. Clemente Álvarez.

Introducción: La miocardiopatía periparto (MCP) es una forma de insuficiencia cardíaca que ocurre en el último mes del embarazo o en los primeros cinco meses del puerperio, caracterizada por disfunción sistólica del ventrículo izquierdo sin causa aparente. Su diagnóstico puede ser complejo debido a su solapamiento con cuadros respiratorios o infecciosos, lo que retrasa el tratamiento oportuno.

Presentación de caso: Paciente de 25 años, G1P1, 18 días posparto, consulta por disnea progresiva de una semana de evolución. Antecedente de tratamiento empírico por presunta neumonía. Ingresó con insuficiencia respiratoria tipo I, requiriendo intubación y traslado a UCI. Tomografía de tórax evidenció consolidaciones bilaterales, vidrio esmerilado, y derrame pleural. Toracocentesis: trasudado. Laboratorio inicial: acidosis metabólica leve, Pa/FiO₂ 165. Se inició ventilación mecánica, antibióticos de amplio espectro y soporte hemodinámico. Ecocardiograma: fracción de eyección del 20%, trombo ventricular izquierdo, derrame pericárdico. Se inicia anticoagulación. Catéter de arteria pulmonar mostró Wedge de 48 mmHg. Se diagnosticó MCP y se inició tratamiento con enalapril, carvedilol, levosimendán y diuréticos. Cultivos negativos y serologías para Coxsackie, Parvovirus, Toxoplasmosis, Chagas, Herpes, Citomegalovirus, Epstein-Barr, Chlamydia, Mycoplasma, HIV, Hepatitis C y B, VDRL no reactivos. Laboratorio inmunológico negativo. La paciente fue extubada con éxito, persistiendo hipoquinesia global y FEY 30% en controles sucesivos. Evolucionó favorablemente sin necesidad de vasopresores ni inotrópicos.

Discusión: Este caso destaca la dificultad diagnóstica de la MCP, particularmente cuando se presenta con signos clínicos y radiológicos compatibles con neumonía. El ecocardiograma fue clave para confirmar disfunción sistólica grave (FEY 20%) con hallazgos adicionales como trombo intracavitario y derrame pericárdico. El catéter de Swan-Ganz permitió un perfil hemodinámico preciso, confirmando un cuadro de congestión severa (presión de enclavamiento: 48 mmHg) con índice cardíaco disminuido (2.8 L/min/m²), orientando la necesidad de inotrópicos y tratamiento diurético intensivo. La utilidad del monitoreo invasivo resultó determinante en la elección y ajuste del tratamiento.

Conclusión: La miocardiopatía periparto debe considerarse frente a cualquier mujer en el puerperio con disnea progresiva, incluso si los estudios iniciales sugieren una causa respiratoria. La evaluación ecocardiográfica precoz, el monitoreo hemodinámico continuo y el manejo multidisciplinario son fundamentales para mejorar el pronóstico.



0348 MONITOREO DEL IMPULSO CENTRAL Y EL ESFUERZO RESPIRATORIO DURANTE LA PRUEBA DE RESPIRACIÓN ESPONTÁNEA. RESULTADOS PRELIMINARES

M MASTANDREA(1), N SUAREZ(1), F RODRIGUEZ(1), G RODRIGUEZ D'AVERSA(1), M BEZZI(1), S BORELLO(1), ML LAURENS(1), A TASSI(1), M MACHERO(1), M POLETTI(1), A RAMIREZ(1), J CARDOSO(1), M BOER(1), V CHALLIOL(1)

(1) Hospital D.f. Santojanni.

Introducción: La prueba de respiración espontánea (PRE) es una herramienta fundamental para determinar la capacidad que tiene el paciente para respirar con mínima asistencia o nula. Dado que el éxito o fracaso del weaning, puede estar determinado por el impulso central y el esfuerzo de los músculos respiratorios, existen diferentes métodos de cribado para evaluarlos como la Pocc, PO.1, PiMáx. El objetivo del presente estudio es: describir si existe relación entre el éxito de la PRE y los valores de Pocc, PO.1 y el índice Pocc/Pimáx.

Materiales y Métodos: Estudio observacional y prospectivo, que incluyó sujetos mayores de 18 años con ARM más de 24 horas, RASS -2 a +1 y con criterios para realizar una PRE. Los evaluadores fueron kinesiólogos. Se midió la PiMáx 15 minutos antes de la PRE. La PRE se realizó en modo PC-CSV 0/0 o CPAP 5. Se midió la Pocc y la PO.1 a los 5 minutos y al finalizar la PRE. Se analizarán los datos utilizando un software estadístico, considerando significancia en $p < 0.05$.

Resultados: Veintiocho sujetos fueron incluidos durante el período de estudio. Siete (25%) fallaron la PRE. Las variables demográficas se observan en la tabla 1. Los resultados de las variables en estudio se observan en la tabla 2.

Discusión: Los sujetos con valores de PO.1 elevados fallaron más la PRE que aquellos con valores menores, coincidiendo con el estudio realizado por Guojun He y cols. en el cual los valores de PO.1 luego de la PRE mayores a 3.9 fueron predictores de falla de weaning. A su vez, los sujetos que fallaron tenían un día más de ARM coincidiendo con el Wind Study, en donde aquellos sujetos que se encontraron bajo ARM mayor cantidad de días presentaron peores resultados en el weaning.

Conclusión: No se ha encontrado correlación entre los valores P0.1 y Pocc y el éxito de la PRE. Los pacientes que fallaron la PRE tenían un día más de ventilación mecánica y valores de P0.1 mayores a los del grupo que tuvieron éxito.

TABLA 1. Características de los sujetos según resultado de la PRE

VARIABLES	FALLA (n=7)	ÉXITO (n=21)
Edad, años, media (DE)	69,9 (4,9)	63,8 (3)
Sexo femenino, n (%)	2 (28,6)	12 (57,1)
Antecedentes, n (%)		
HTA	4 (57,1)	8 (38,1)
DBT	3 (42,9)	6 (28,6)
VARIABLES RELACIONADAS A ARM		
Motivo de inicio de VM		
IRA	4	14
Coma	3	7
Días de ARM hasta PRE, media (DE)	6,71 (4,8)	5,76 (3)
CPOT, mediana (RIQ)	0 (0 - 1)	0 (0 - 1)
CAM-ICU		
Positivo	3	10
Negativo	4	9
VARIABLES RELACIONADAS A PRE		
Modo ventilatorio seleccionado		
PC-CSV 0/0	2	5
CPAP 5	5	16
Duración PRE, mediana (RIQ)	30 (30 - 30)	30 (30 - 30)

Referencias: PRE (Prueba de respiración espontánea); HTA (Hipertensión arterial); DBT (Diabetes); ARM (Asistencia respiratoria mecánica); CPOT (Critical-Care Pain Observation Tool); CAM-ICU (Confusion Assessment Method for the ICU)

Tabla 2. Mediciones de presiones en la PRE

VARIABLE	ÉXITO (n=21)	FRACASO (n=7)	valor p
PIMax media (DE)	-70,3 (6)	-76,19 (7,1)	0,6
P0.1 mediana (RIQ)			
T1	2,66 (1,8 - 4,8)	3,5 (1,1 - 5,3)	0,9
T2	2,6 (2,1 - 4,4)	4,8 (1,6 - 6,4)	0,6
Pocc mediana RIQ			
T1	14,4 (11,4 - 20,4)	13,9 (9,6 - 25,8)	0,7
T2	18,2 (12,7 - 23)	16,7 (5,2 - 25,9)	0,6
Pmus mediana RIQ			
T1	10,8 (8,6 - 15,3)	10,4 (7,2 - 19,3)	0,7
T2	13,6 (9,5 - 17,25)	12,5 (3,9 - 19,4)	0,6
Pocc/Pimax			
T1	0,2 (0,14 - 0,22)	0,2 (0,07 - 0,2)	0,5
T2	0,26 (0,19 - 0,4)	0,27 (0,06 - 0,33)	0,4

Referencias: PIMax (Presión inspiratoria máxima); P0.1 (presión de oclusión en 100 milisegundos); Pocc (Presión de oclusión); Pmus (Presión muscular); RIQ (Rango intercuartílico); DE (Desvío estándar)

0349 MIOCARDIOPATÍA PERIPARTO CON REQUERIMIENTO DE SOPORTE CIRCULATORIO

R BUSTILLO(1), M VICENTINI(1), P CAPPONI(1), L MACAGNO(2)

(1) Sanatorio Nosti. (2) J.m Cullen.

La miocardiopatía periparto es una causa rara pero grave de insuficiencia cardíaca, que ocurre entre el último mes de embarazo y los 5 meses posparto, con una FE <45% sin otras causas identificables. Su evolución puede llevar a falla multiorgánica, requiriendo ECMO venoarterial como soporte. Presentamos el caso de una paciente puerpera sana que desarrolló miocardiopatía periparto con choque cardiogénico, manejada con ECMO, destacando la relevancia del diagnóstico precoz y tratamiento avanzado.

Presentación del caso: Paciente femenina de 30 años, sin antecedentes patológicos previos, antecedente familiar de miocardiopatía dilatada, cursando día 20 posparto tras cesárea. Ingresó con disnea clase IV, hipoxemia (SatO₂ 78%), TA 90/60, estertores bibasales y edema en miembros inferiores. Se intubó y requirió dobutamina, noradrenalina y posteriormente vasopresina. Laboratorio: leucocitosis, lactato 24,3, acidosis metabólica. TC de tórax: consolidaciones bilaterales, derrame pleural. Ecocardiograma doppler: VI dilatado, FE <20%, derrame pericárdico moderado. ECG: trastornos de repo-

lización. Presenta Torsades de Pointes, revertida con desfibrilación y amiodarona. Evoluciona con shock cardiogénico refractario, falla renal, hepática e hiperlactacidemia. Se inicia ECMO venoarterial y traslada a centro de mayor complejidad para evaluación de trasplante.

Discusión: La paciente presentó una insuficiencia cardíaca aguda en el posparto, la FE <20%, sin otras causas secundarias sustentan el diagnóstico.

Entre los diagnósticos diferenciales se consideraron la miocardiopatía viral, cardiopatía isquémica, tromboembolismo pulmonar masivo y sepsis con disfunción miocárdica. Comparado con casos similares, la evolución hacia falla multiorgánica y necesidad de ECMO es poco frecuente pero documentada en un 4-7% de los casos. La presencia de antecedente familiar sugiere una posible predisposición genética.

Conclusión: La miocardiopatía periparto puede evolucionar rápidamente a insuficiencia cardíaca severa y shock cardiogénico. Destacando la importancia del diagnóstico y manejo oportuno, así como el rol del soporte mecánico en casos refractarios, como puente hacia la recuperación o trasplante.

0350 INTOXICACION POR METALDEHIDO, ¿MECANISMO TÓXICO O PREDOMINA LA ISQUEMIA?

F PERRÉ(1)

(1) Sanatorio San Martín.

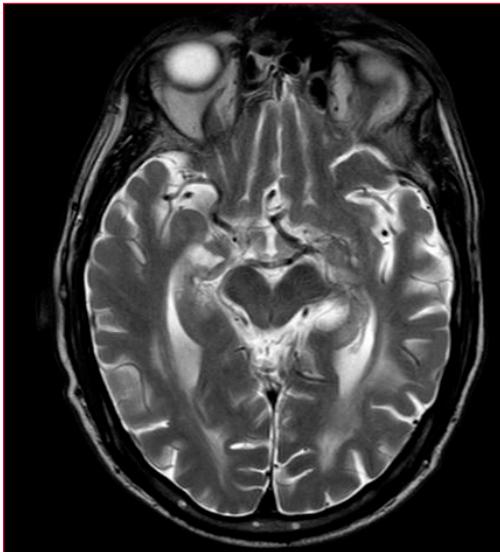
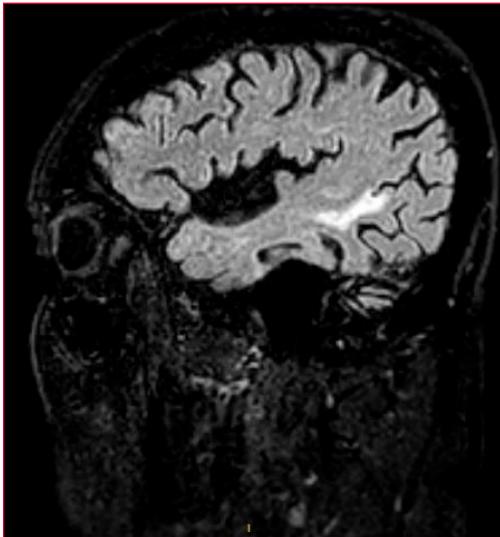
Introducción: El metaldehído es un tetrámero cíclico de acetaldehído usado sobre todo como moluscicida. Puede estar formulado en combinación con otros pesticidas. Debido a su olor y sabor semejantes al mentol, pueden considerarse comestibles por error. Se presenta el caso clínico de un paciente que presenta intoxicación por el tetramero.

Caso clínico: Paciente de con antecedentes de Hipertensión y Síndrome Depresivo, ingresa a la guardia de nuestra institución en contexto de convulsiones tónico clónicas de tiempo indeterminado, con buena respuesta a tratamiento de primera línea (Benzodiacepinas), en contexto (referido por familiar) de una probable intoxicación por metaldehído (en forma de líquido), se desconocen el contexto en el que se produjo la ingestión; evoluciona en estado posictal y pasa a Terapia Intensiva para monitoreo neurológico activo. Se realiza TC de cerebro sin contraste al ingreso que presenta cambios vasculares de aspecto crónico, sin encontrarse ningún hallazgo patológico agudo. Evoluciona en las siguientes 24 horas con deterioro del sensorio, sin foco motor ni sensitivo, se desestima componente farmacológico, por lo que se decide realizar RMI con contraste, donde se objetivan lesiones isquémicas en hipocampo izquierdo con leve realce del gadolinio. Se interpretan como lesiones isquémicas en contexto de intoxicación por metaldehído. La evolución posterior es buena, con mejoría del estado de conciencia, persistiendo con amnesia temporal del episodio y con episodios de excitación psicomotriz de causa no clara. Posteriormente el paciente pasa a sala de menor complejidad y es dado de alta luego de 5 días de internación en nuestra institución.

Conclusión: Los modelos animales han mostrado menores concentraciones de GABA y aumento de la actividad de la MAO.

Los síntomas casi siempre comienzan 1 a 3 h después de la ingestión, aunque pueden retrasarse después de dosis menores; es importante conocer la cantidad exacta para evaluar la probable letalidad, pero por la presentación clínica puede inferirse que las dosis fueron de moderadas a severas.

Se propone como probable productor de las convulsiones, la aparición de lesiones isquémicas en mesencéfalo y lesiones cortico-subcorticales, sin lograrse identificación de las mismas en Tomografía de Cerebro, siendo tal vez la Resonancia de Cerebro como imagen inicial para el estudio del paciente.



0352 INTOXICACIÓN AGUDA POR AMONIACO, REPORTE DE CASO

CP PEDALINO(1), BA SÁNCHEZ(1)
(1) Hospital Italiano Rosario.

Introducción: El amoníaco es un gas irritante cáustico, alcalino y corrosivo, utilizado en actividades industriales y su inhalación se da por accidentes laborales, siendo estos poco frecuentes. Afecta principalmente piel y mucosas, generando síntomas irritativos y quemaduras a nivel ocular, cutáneo, respiratorio y digestivo, a altas concentraciones puede dar compromiso de conciencia, alteraciones cardiovasculares e incluso muerte

Caso clínico: Paciente varón de 37 años tabaquista ingresó por insuficiencia respiratoria aguda hipoxémica que requirió AVM por intoxicación con amoníaco en accidente laboral con lesiones cutáneas, oculares y bucales. Se realizaron lavados en la superficie corporal, antibiótico y corticoterapia. Laboratorio: GB 32390, pH 7.40 SaO₂ 91 pO₂ 55.8 pCO₂ 38.5 HCO₃ 23.1 EB -1.4. Tomografía tórax: consolidación bibasal y broncograma aéreo con leve derrame

pleural. VEDA: normal. Broncofibroscopia: lesiones vesiculares, mucosa eritematosa desde tercio distal de tráquea hasta carinas. Traqueostomía precoz. Evolucionó con NAV e infección asociada a catéter y completó atb. A los 11 días se desvincula de AVM, a los 13 días se decanula y alta de UTI a los 17 días.

Discusión: No hay antídoto específico, el tratamiento se basa en medidas de sostén y descontaminación mediante baño, retiro y descarte de ropa en bolsas cerradas ya que el gas continúa esparciéndose.

Conclusión: La rápida intervención médica es clave para limitar la exposición y prevenir complicaciones graves o fatales.



0356 TRAUMATISMO PENETRANTE DE TÓRAX CON LESIÓN DEL VENTRÍCULO IZQUIERDO: REPORTE DE CASO

J RIVAS(1), J RIVAS(2), E JIMENEZ(2), C GARNERO(2), S HEALY(2), R CARBALLO OROZCO(2), M CAPRILES(2), ML ORTIZ(2), A FELDMAN(2), P SANCHEZ(2), C BALASINI(2)
(1) Pirovano. (2) Hospital Dr. Ignacio Pirovano.

Introducción: El trauma torácico representa el 25% de las muertes traumáticas. Aunque el traumatismo cerrado es el más frecuente, el trauma penetrante puede alcanzar el 57,3%, siendo las heridas por arma blanca responsables en el 69,2%. Su pronóstico depende del abordaje precoz y de un manejo multidisciplinario efectivo.

Presentación del caso: Paciente masculino de 35 años, con antecedente de consumo problemático de sustancias, ingresa al servicio de emergencias tras caída desde 3 metros, con herida cortante paraesternal izquierda. La tomografía evidencia cuerpo extraño en mediastino en contacto con ventrículo izquierdo, hemotórax y hemopericardio, por lo que se realiza toracotomía de urgencia, pericardiotomía y rafia en cara anterior del ventrículo izquierdo por lesión de 4 cm, con colocación de tubos de avenamiento pleural. Ingres a UTI en ARM, con requerimientos de drogas vasoactivas. Evolucion a IAM tipo 2 con Troponina I >40.000 ng/ml y signos de shock cardiogénico, requiriendo inotrópicos. A las 48 h desarrolla neumonía asociada a ventilación mecánica, evolucionando a shock séptico con aislamiento de KPC y otros patógenos multirresistentes. Requiere múltiples esquemas antibióticos y ciclos de pronop por SDRA. Evolucion a neumotórax contralateral, empiema y bacteriemia. Se realiza traqueostomía y dos procedimientos VATS con decorticación. Logra desvinculación de ARM al día 70 y decanulación al día 87. Por buena evolución clínica pasa a sala de cirugía.

Discusión: La rápida identificación y manejo de las complicaciones potenciales son esenciales para mejorar el pronóstico. Este paciente, afectado por múltiples complicaciones, destaca la necesidad de monitoreo constante y de una intervención oportuna. Las estrategias implementadas en UTI, desde el soporte respiratorio hasta la gestión de infecciones, son fundamentales para el desenlace favorable en casos tan críticos.

Conclusión: La UTI cumple un rol fundamental en la estabilización, control de daños y prevención de complicaciones en pacientes con trauma penetrante y lesión ventricular. Un manejo integral y multidisciplinario es clave para mejorar el pronóstico y favorecer la recuperación completa de estos pacientes, así como para reducir la mortalidad y las secuelas a largo plazo.



0357 BOTULISMO ALIMENTARIO: PRESENTACIÓN DE CASO

S HEALY(1), S HEALY(2), R CARBALLO OROZCO(2), M CAPRILES(2), ML ORTIZ(2), P SANCHEZ(2), A ALLER(2), M RAGAZZOLI(2), C BARRIOS(2), A SIRINO(2), E JIMENEZ(2), J RIVAS(2), P FALVO(2), C BALASINI(2)
(1) Pirovano. (2) Hospital Dr. Ignacio Pirovano.

Introducción: La Intoxicación grave por ingesta de neurotoxina botulínica, presente en alimentos contaminados. *Clostridium Botulinum* bacilo gram positivo anaerobio estricto esporulante que habita en los suelos de los cinco continentes, enfermedad poco frecuente y potencialmente letal, tratable y prevenible.

Presentación del caso: Paciente de 46 años, con antecedentes recientes de ingesta de jarabe para la tos y pseudoefedrina por cuadro gripal ingresa al Hospital por cefalea y macroglosia de 15 hs de evolución y disartria. A su ingreso, lúcida, responde a órdenes, moviliza 4 miembros, mucosas secas, se interpreta como anafilaxia, recibe hidrocortisona, difenhidramina y adrenalina. Evolución náuseosa, dolor abdominal. En el laboratorio se evidencia leucocitosis, acidosis mixta, hiperlactacidemia. Hisopado para virus respiratorios negativos. Tomografía: tórax infiltrado base derecha, Presenta paro cardiorespiratorio de 20 minutos. Pasa a UTI en ARM, sin vasopresores, al día siguiente prueba de ventilación espontánea frustra por falla muscular. Familiares refieren consumo de conserva de tomate dos semanas previo al cuadro y nexo familiar. Toxina botulínica en conserva positiva, inicia antídoto sin respuesta a tratamiento. Se deriva a Hospital Muñiz evolucion a con neumonía asociada a la ventilación mecánica y fallece.

Discusión: El diagnóstico es mucha veces de exclusión bajo sospecha epidemiológica y clínica (Caso sospechoso). Es necesario el aislamiento de la toxina en alimentos, secreciones o materia fecal del paciente para confirmación (Caso confirmado).

Conclusiones: La atención del paciente y estudios complementarios deben ser inmediatos se requiere ingreso a UTI, protocolo ABCD y administración de toxina botulínica antes de los cinco días. La toxina tipo A más frecuente en nuestro país es de vida media prolongada y de retrasarse el tratamiento significaría aproximadamente seis meses de ventilación mecánica.

0358 MEDIASITINIS Y COMPLICACIONES SÉPTICAS GRAVES DE ORIGEN ODONTÓGENO: REPORTE DE DOS CASOS CON MANEJO MULTIDISCIPLINARIO

R FLEITA(1), N LEDESMA(1), P GONZALES(1), A JORA(1), J GARCIA(1), A TRISTAINO(1), C FARIAS(1)
(1) Balestrini.

Introducción: Las infecciones odontógenas profundas son frecuentes en la práctica clínica, pero su evolución hacia complicaciones graves como mediastinitis descendente necrotizante es rara y potencialmente letal. Esta condición representa menos del 5% de los casos de mediastinitis, con una mortalidad que puede superar el 40% en ausencia de un tratamiento adecuado y oportuno. A continuación, se presentan dos casos de complicaciones odontógenas graves que requirieron un manejo multidisciplinario intensivo.

Presentación de los casos: Caso 1: Paciente masculino de 48 años que presentó edema facial izquierdo de una semana de evolución. La tomografía computada facial reveló un absceso cigomático. Se inició tratamiento antibiótico y quirúrgico. A los 9 días, el paciente desarrolló mediastinitis, confirmada mediante hallazgos radiológicos. Se realizó cervicotomía, toracotomía derecha, drenaje mediastinal y cirugía toracoscópica asistida por video, con ingreso a cuidados intensivos con asistencia respiratoria mecánica. Durante su evolución, presentó colecistitis gangrenosa, hemorragias digestivas y paro cardiorespiratorio, con posterior recuperación tras intervenciones quirúrgicas.

Caso 2: Paciente femenina de 16 años que consultó por dolor dental progresivo. Tras iniciar antibióticos sin tolerancia, presentó edema facial izquierdo y fiebre (39.7°C). El diagnóstico fue absceso en el

piso de la boca y mediastinitis. Se realizaron drenajes cervicales, toracotomía y cirugía toracoscópica asistida por video. La paciente evolucionó con fistula esófago-pleural y síndrome de Horner, con una posterior recuperación satisfactoria. Fue dada de alta en buen estado general con seguimiento ambulatorio.

Discusión: La mediastinitis odontogena es rara pero puede ser mortal sin tratamiento precoz. En ambos casos, la rápida diseminación de la infección comprometió el mediastino, ocasionando sepsis y disfunción orgánica múltiple. El tratamiento quirúrgico temprano, el manejo intensivo y el enfoque multidisciplinario fueron esenciales para la recuperación exitosa.

Conclusión: Estos casos demuestran que las infecciones odontogenas pueden evolucionar a mediastinitis y sepsis graves. El tratamiento precoz y la coordinación multidisciplinaria son fundamentales para evitar complicaciones fatales.

0359 MEDICIÓN DE LOS NIVELES DE SATISFACCIÓN DEL PERSONAL DE SALUD Y DE LAS FAMILIAS EN UNA UCI ABIERTA EN EL CONTEXTO POST-PANDEMIA

F CESCINI(1), J VILCA BECERRA(1), E DEL COCO(1), S ALBORNOZ(1), MS RIOS(1), L CASALIBA(1), VR FARINA(1), L TUMINO(1), M ANCIART(1), SL FERNÁNDEZ(1), S CHÁVEZ(1), MG SAENZ(1), CI LOUDET(1)
(1) San Martín De La Plata.

Introducción: Satisfacer las necesidades tanto de familias de pacientes como del personal es vital para brindar una atención de calidad y mantener un ambiente laboral armonioso. Nuestra UCI ha mantenido una política de visitas abiertas durante más de una década pero la reestructuración post-pandemia ha generado incomodidad entre el personal.

Objetivos: 1. Evaluar la satisfacción de los familiares utilizando el Inventario de Necesidades de la Familia en Cuidados Críticos (CCFNI). 2. Evaluar la satisfacción laboral entre médicos clínicos generales, enfermeros y personal no médico utilizando el Cuestionario de Actitudes sobre Seguridad (SAQ) y la Escala de Satisfacción Laboral de Warr-Cook-Wall (WCW).

Métodos: Estudio transversal en UCI médico-quirúrgica de 26 camas. La satisfacción de los familiares se evaluó con CCFNI versión corta, (11 ítems, Likert 4 puntos), puntuaciones totales 11 a 44. Los cuestionarios se entregaron al alta del paciente ≥ 2 días de internación. La satisfacción del personal se midió con Escala WCW (15 ítems, Likert 7 puntos). Además, se utilizó cuestionario SAQ versión corta dominios Clima de Trabajo en Equipo y Clima de Seguridad; puntajes con escala 0–100%; $< 50\%$ pobre, 50–79% promedio y $\geq 80\%$ excelente percepción.

Se comparó satisfacción laboral entre diferentes grupos profesionales utilizando ambos instrumentos. Datos presentados como N (%), media \pm DE o mediana (percentil 25°–75°). Las diferencias entre categorías del personal fueron evaluadas mediante ANOVA oneway, corrección Bonferroni; valor $p < 0,05$ considerado estadísticamente significativo.

Resultados: Tasa de respuesta familiares 42%; 77% mujeres, edad media 44 ± 13 años. Parentesco: cónyuges (24%), hijos (30%), padres (18%), hermanos (13%), amigos/otros (15%). La edad media de los pacientes fue de 50 ± 21 años; el 44% eran mujeres. La puntuación media en el CCFNI fue de 34 ± 4 , con una puntuación mediana por ítem de 3 [RIC: 3–4], indicando alto nivel de satisfacción familiar. Tasa respuesta del personal 91%: 34 médicos, 81 enfermeros y 31 integrantes de personal no médico. Resultados del SAQ: Clima de trabajo en equipo: personal general 71 ± 17 , médicos 77 ± 13 , enfermeros $65 \pm 18^*$, personal no médico 80 ± 9 ($*p < 0,01$). Clima de seguridad: general 65 ± 20 , médicos 64 ± 24 , enfermeros 62 ± 19 , personal no médico $76 \pm 12^*$ ($*p < 0,01$). La Figura 1 muestra la Escala de Satisfacción Laboral de Warr-Cook-Wall.

Conclusiones: - Entre las familias, se observó un alto nivel de satisfacción, indicando una fuerte aprobación de la política de UCI abierta y de la atención recibida.

- Entre los miembros del personal, se observó un nivel aceptable de satisfacción laboral, aunque se identificaron oportunidades de mejora en el dominio de clima de seguridad.

- Se observaron diferencias significativas en el clima de trabajo en equipo y de seguridad para el personal de enfermería, y en el clima de seguridad para médicos.

- Los resultados de la escala WCW resaltan la necesidad de continuar con políticas existentes y buscar estrategias para aumentar la satisfacción del personal, crucial dada la actual crisis sanitaria en la región.

Figura 1. Satisfacción laboral del personal de práctica según la escala de Warr-Cook-Wall (WCW)

Ítem WCW	Médicos N=34	Enfermeros N=81	No médicos N=31	Valor p
1. Condiciones físicas de trabajo	$3 \pm 1,8$	$4,7 \pm 1,6$	$5,5 \pm 0,8$	$< 0,01$
2. Libertad en el método de trabajo	$5,5 \pm 0,8$	$5,5 \pm 1,7$	$4,9 \pm 1,6$	$< 0,05$
3. Compañeros de trabajo	$5,9 \pm 1,6$	$5,3 \pm 1,4$	$6,4 \pm 0,6$	$< 0,05$
4. Reconocimiento por el trabajo	$4,7 \pm 1,5$	$3,9 \pm 1,8$	$5,6 \pm 1,1$	$< 0,01$
5. Supervisor inmediato	$5,5 \pm 1,2$	$5,3 \pm 1,5$	$5,6 \pm 1,1$	0,40
6. Cantidad de responsabilidad	$5,6 \pm 1,5$	$5,2 \pm 1,6$	$6,2 \pm 0,4$	$< 0,05$
7. Ingreso salarial	$2,3 \pm 1,5$	$3 \pm 2,1$	$3,4 \pm 1,3$	0,08
8. Oportunidad de usar habilidades	$5,4 \pm 1,3$	$5,2 \pm 1,6$	$5,9 \pm 0,8$	0,08
9. Relación entre dirección y empleados	$3,5 \pm 1,8$	$3,8 \pm 2,2$	$5,03 \pm 1,1$	$< 0,01$
10. Oportunidad de progresar	$4,7 \pm 1,8$	$4,3 \pm 2,0$	$5,8 \pm 0,8$	$< 0,01$
11. Sistema administración hospitalaria	$3,5 \pm 1,8$	$3,0 \pm 1,9$	$5,2 \pm 1,1$	$< 0,01$
12. Consideración de sus sugerencias	$4,6 \pm 1,4$	$4,6 \pm 1,7$	$5,4 \pm 0,8$	$< 0,05$
13. Horas de trabajo	$5,0 \pm 1,3$	$5,3 \pm 1,6$	$5,8 \pm 0,9$	0,11
14. Variedad en el trabajo	$5,0 \pm 1,7$	$5 \pm 1,6$	$5,9 \pm 0,7$	$< 0,05$
15. Estabilidad laboral	$5,8 \pm 1,4$	$5 \pm 1,9$	$6,1 \pm 0,7$	$< 0,05$

Nota: Puntaje posible para cada ítem entre 1 (extremadamente insatisfecho) y 7 (extremadamente satisfecho).

0360 MIONECSIS CLOSTRIDIAL POR CLOSTRIDIUM PERFRINGENS POSTERIOR A INYECCIÓN INTRAMUSCULAR EN ADOLESCENTE SANO: REPORTE DE CASO CLÍNICO

N LEDESMA(1), R FLEITA(1), P GONZALES(1), A JORA(1), J GARCIA(1), A TRISTAINO(1), C FARIAS(1)
(1) Balestrini.

Introducción: La fascitis necrotizante es una infección poco frecuente pero rápidamente progresiva, con alta morbimortalidad. Su aparición en adolescentes sanos es rara, especialmente tras procedimientos menores como una inyección intramuscular. Clostridium perfringens, bacilo Gram positivo anaerobio esporulado, es una causa infrecuente pero grave de mionecrosis clostridial. Se presenta un caso con evolución crítica en un paciente joven previamente sano, destacando la importancia del diagnóstico precoz y tratamiento intensivo.

Presentación del caso: Adolescente masculino de 17 años, sin antecedentes médicos relevantes, consulta por dolor e induración glútea derecha 24 horas después de una inyección intramuscular por síntomas digestivos inespecíficos. Presentaba signos de toxicidad sistémica. La tomografía pélvica mostró enfisema subcutáneo, por lo que se realizó toilette quirúrgica urgente, con hallazgos de tejido desvitalizado y burbujas de gas.

Evolucionó con shock séptico refractario y mionecrosis glútea, confirmada por cultivo positivo para Clostridium perfringens. Requirió múltiples desbridamientos, VAC en región glútea y dorsal, embolización por sangrado digestivo y soporte intensivo: ARM, hemodiálisis, vasopresores, transfusiones, y nutrición enteral y parenteral. Permaneció 60 días internado, con recuperación sin secuelas neurológicas ni amputación.

Discusión: Este caso representa una forma inusual de fascitis necrotizante clostridial en un paciente sano, gatillada por una inyección aparentemente inocua. El diagnóstico se basó en la progresión clínica acelerada, enfisema en imágenes y cultivo microbiológico. La literatura destaca una mortalidad cercana al 70% sin tratamiento oportuno. El abordaje exitoso incluye cirugía agresiva, antibióticos dirigidos y soporte crítico intensivo. La extensión dorsal y la gravedad del cuadro, junto con la evolución favorable, hacen de este un caso singular.

Conclusión: La mionecrosis clostridial post-inyección intramuscular en pacientes sanos es extremadamente rara pero potencialmente

letal. Este caso destaca la importancia de sospecha clínica precoz y tratamiento multidisciplinario intensivo para evitar desenlaces fatales.

0361 SÍNDROME DE ENCEFALOPATÍA POSTERIOR REVERSIBLE (PRES) EN PREECLAMPSIA GRAVE. A PROPÓSITO DE UN CASO

I SIMORÉ(1), ML BOURGHEZ(1), DT RAMIREZ(1), MG CASTRO(1), NI CARRIZO(1)
(1) Sanatorio Diagnóstico Y Tratamiento.

Introducción: El síndrome de encefalopatía posterior reversible (PRES) es una entidad clínico-imagenológica, caracterizada por déficit neurológico acompañado de edema cerebral vasogénico transitorio en neuroimágenes, localizado más frecuentemente en lóbulos parieto-occipitales. Se asocia a factores que alteran la autorregulación cerebral como la preeclampsia grave (PG). Se presenta un caso de PRES secundario a PG con una evolución rápida y severa.

Presentación del caso: Mujer de 32 años, con hipertensión arterial y diabetes gestacional. En el puerperio inmediato (4 hs) de una cesárea de urgencia por PG, desarrolla cefalea holocraneana, amaurosis y excitación psicomotriz. Se realizó una tomografía de encéfalo, que evidenció edema cerebral difuso. Al ingreso a terapia intensiva, se encontraba hipertensa, con midriasis hiporreactiva y Glasgow 6/15, por lo que se la vinculó a ventilación mecánica. Se inicia tratamiento escalonado para la hipertensión endocraneana (HTE).

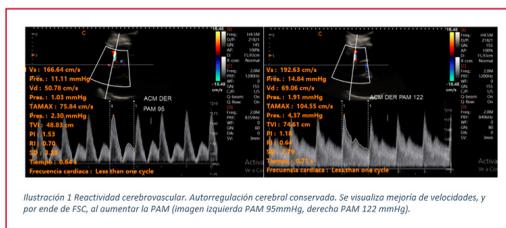
En el doppler transcraneal (DTC) se evidenció un patrón de alta resistencia en ambas arterias cerebrales medias (ACM) (IP 1.53 con PIC estimada de 25 mmHg). Se evaluó la reactividad cerebrovascular y se estimó PAM para mejorar velocidades de flujo cerebral (Ilustración 1).

Sin respuesta con 6 horas de tratamiento, se decidió realizar una craniectomía descompresiva precoz.

No hubo mejoría imagenológica ni en DTC posteriores, donde se observó un patrón de hiperemia (IL<3). Evolucionó con pérdida de autorregulación cerebral y muerte cerebral al día cinco (Ilustración 2).

Discusión: En casos de PRES asociados a PG la mortalidad es del 15%, pero la evolución se encuentra determinada por el diagnóstico y tratamiento oportuno, entre otros factores. El caso presentado destaca por ser uno de los pocos casos reportados a la fecha en el cual, aún con diagnóstico y tratamiento rápidos y oportunos, evolucionó a muerte cerebral.

Conclusión: El PRES se debe encontrar entre los diagnósticos diferenciales de los cuadros neurológicos agudos durante los trastornos hipertensivos del embarazo. Su diagnóstico temprano es determinante para su buena evolución y reducción de las secuelas.



0362 EQUIPO DE HUMANIZACIÓN H.I.G.A. DR. O. ALENDE MAR DEL PLATA

RDM TALMA(1), AP CIRESE(2), R MARIA TERESA(3)

(1) Higa Alende. (2) H.i.g.a. Alende. (3) H.i.g.a: Alende.

Introducción: La presencia de varias disciplinas en la Terapia Intensiva del HIGA Alende de Mar del Plata tales como Enfermería, Terapia Ocupacional, Trabajo Social y Psicología, junto con las especialidades Médicas, han permitido que se tenga una mirada más amplia e integral sobre el paciente. La comorbilidad con padecimientos propios de salud mental da cuenta de afectaciones que se ven reflejadas en el cuerpo. Surge entonces la cuestión de cómo instaurar tratamientos que aborden la integralidad del cuadro en momentos críticos de la salud orgánica.

Se presenta este trabajo cualitativo, prospectivo, fenomenológico. **Objetivo:** Brindar cuidados humanizados e integrales a los pacientes (y sus familias) internados en el servicio de Terapia Intensiva H.I.G.A. Alende, siendo este un hospital público.

Resultados: Desde enero 2024 a septiembre 2024, se han abordado un total de 81 familias, con su respectivo seguimiento. Se han atendido los siguientes emergentes:

Familias:

- Espacio de Acompañamiento para Familiares/Red de Apoyo: todos los miércoles previo al parte médico.

- Necesidad de alojamiento ya que, al ser un hospital de referencia, familias vienen de localidades aledañas.

- Disponibilidad de Psicología para Familiares: atraviesan crisis accidental o evolutiva, en la cual deben desplazar redes de apoyo y recursos de adaptación a nuevos roles. Se identifican sentimientos de angustia, temor y ansiedad.

- Infraestructura Humanizada: acondicionamiento de la sala de espera, relojes en cada box, pizarras.

- Mayor comunicación: confección de una cartelera informativa en el ingreso a UTI. Cartelera narrativa para que los familiares vuelquen sus escritos, los cuales sirven de apoyo para futuras familias.

- Esperas prolongadas hasta que la familia pueda ingresar a la visita. Se modifica y agregan las Visitas Extendidas.

- Tiempo de espera excesivo previo al parte médico. Se corrige.

Pacientes:

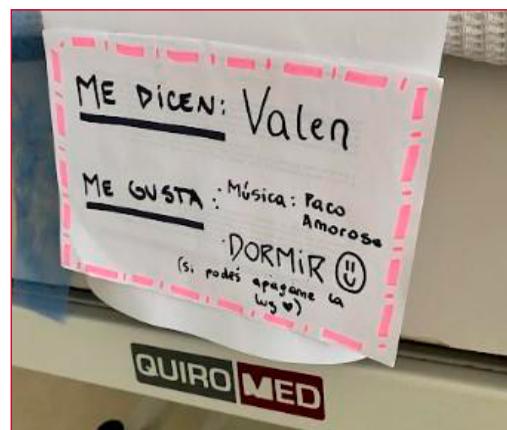
- Personalizar la Despersonalización. Se indaga sobre apodos, gustos de los pacientes que se encuentran bajo sedación profunda, anotando estos datos al pie de cama.

- Consultorio Post Cuidados Intensivos

Personal Sanitario:

- Encuentros de Sensibilización a profesionales del Equipo de UCI, promoviendo una salud humanizada y humanizante.

Conclusiones: Se ha conformado un Equipo de Humanización donde se han logrado sostener y ampliar estrategias de intervención, acompañando a una salud integral. Es clave, en contextos críticos donde los pacientes y sus familias se encuentran vulnerables, acompañar y brindar cuidados empáticos y humanizados.





0363 NEUROPATIA AXONAL SENSITIVA MOTORA, (NASMA) VARIANTE ATÍPICA DEL SÍNDROME DE GUILLAIN BARRE.

JE RODRIGUEZ CORTINA(1)

(1) Higa Guemes De Haedo.

Introducción: El síndrome de Guillain-Barré (SGB) abarca varios trastornos clínicos y electrofisiológicos caracterizados por parálisis flácida aguda, regional o generalizada, con o sin pérdida sensorial, con una incidencia global anual de 1-2 casos por cada 100000 personas. Las formas axonales motora y sensitivo-motora agudas (AMSAN/NASMA) representan solo el 3-5% de los casos. El diagnóstico se basa en la clínica, hallazgos electromiográficos, estudios de imágenes, análisis inmunológicos en sangre y líquido cefalorraquídeo (disociación albúmino-citológica) y la exclusión de diagnósticos alternativos.

Caso clínico: Paciente femenina de 38 años, con antecedente de colecistostomía percutánea (10/24), ingresa el 19/01/25 por cefalea, vómitos, parestesias en miembros superiores, disfagia, disnea e insuficiencia ventilatoria, requiriendo asistencia mecánica. TAC de encéfalo sin lesiones agudas; TAC de tórax: consolidación en base derecha. Diagnóstico inicial: neumonía.

En UTI, al disminuir sedación, presenta debilidad en miembros inferiores, arreflexia, compromiso de pares craneales III-IV-VI izquierdo, anisocoria, progresando a midriasis bilateral y parálisis flácida generalizada. Doppler transcraneal normal, EEG enlentecido y desorganizado, RMN cerebral sin lesiones agudas, LCR normal. Se consideran como diagnósticos diferenciales botulismo (antecedente de consumo de encurtidos y posible botulismo de herida por colecistostomía) y variante atípica de SGB.

El 24/01 se deriva al Hospital Muñiz, donde administran suero antibotulínico bivalente (5000 UI A-B); muestras de suero, débito de colecistostomía y materia fecal enviadas al Instituto Malbrán resultan negativas. El 06/02, electromiograma informa patrón compatible con neuropatía axonal sensitivo-motora aguda (NASMA), confirmándose el diagnóstico de SGB variante axonal. Se inicia tratamiento con gammaglobulina, con evolución favorable. Posteriormente es derivada a rehabilitación, externándose a los dos meses, decanulada y deambulando sin asistencia.

Discusión: La presentación planteó como diferenciales botulismo alimentario, botulismo de heridas y variantes atípicas de SGB (Miller Fisher, encefalitis de Bickerstaff, NASMA). Gracias al trabajo colaborativo con el Hospital Muñiz, se arribó al diagnóstico definitivo de NASMA.

Conclusión: Este caso resalta la importancia de la sospecha clínica temprana, el diagnóstico oportuno, el tratamiento adecuado, la colaboración interhospitalaria y la rehabilitación motora-respiratoria para lograr una recuperación funcional.

Referencia: J Rodriguez, G Diaz, P Schoon, L Benito, G Seguis.

0364 ENDOCARDITIS INFECCIOSA CON ECOCARDIOGRAMA TRANSESOFÁGICO NEGATIVO. REPORTE DE CASO

H GOUVEA FRANCO(1), CS BLANCO CARRERO(1), B COCUMELLO(1), M OLGUIN(1), A CULQUICONDOR(1), L FRANCONIERI(1)

(1) Dr. Diego E. Thompson.

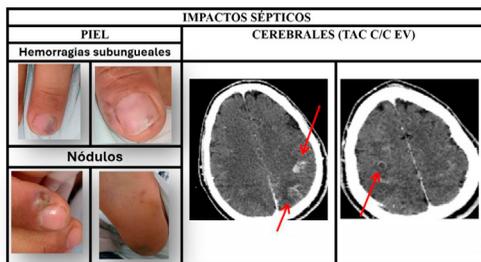
Introducción: La endocarditis infecciosa (EI) es una enfermedad grave que afecta principalmente las válvulas cardíacas. Aunque el ecocardiograma transesofágico (ETE) ofrece alta sensibilidad diagnóstica, algunas veces pudiera ser negativo, especialmente tras el inicio del tratamiento. Este caso destaca la importancia del abordaje clínico integral en un hospital de baja complejidad.

Presentación del caso: Paciente masculino de 35 años, sin antecedentes relevantes, ingresó por diarrea, fiebre, artralgias y disminución de agudeza visual de 4 días. Examen físico: lesiones cutáneas compatibles con impactos sépticos. Evolución con deterioro neurológico y fallo multiorgánico leve (SOFA 4), requiriendo internación en UTI. Hemocultivos x3 positivos para *Enterococcus faecium*. Ecocardiograma transtorácico (ETT): vegetación móvil de 1 cm en válvula aórtica. ETE cinco días después: sin vegetaciones. TAC cerebral: hipodensidades occipitales y fronto-parietales bilaterales. TAC con contraste endovenoso una semana después, por persistencia de paresia braquiocrural izquierda y síndrome cerebeloso: múltiples imágenes en distintos estadios que realizaban con contraste. ETT repetido a los 21 días del primero: válvula aórtica con hiperrefringencia en valva coronaria derecha, sin vegetaciones, insuficiencia aórtica leve. Completó tratamiento dirigido durante 6 semanas con vancomicina (19 días) y linezolid (23 días), con evolución clínica favorable y recuperación neurológica.

Discusión: Aunque la sensibilidad del ETE para detectar vegetaciones es alta (90-100%), puede reducirse en EI incipiente o con vegetaciones pequeñas. La fase evolutiva de la enfermedad o la embolización de vegetaciones pueden generar falsos negativos. La aplicación de los criterios de Duke permitió sostener el diagnóstico mediante la clínica, hemocultivos positivos e imagen inicial. La EI por enterococo es infrecuente, siendo *faecium* el 5% de los casos aproximadamente. En un reporte de 12 casos de EI por enterococo, 2 fueron por *faecium*, ambos en válvula aórtica. Se sospechó translocación bacteriana intestinal secundaria a diarrea como puerta de entrada. El tratamiento precoz y dirigido fue determinante para la recuperación.

Conclusión: El diagnóstico de EI requiere integrar criterios clínicos, microbiológicos e imagenológicos. Este caso subraya que, aún con imágenes no concluyentes, una alta sospecha clínica permitió instaurar un tratamiento oportuno y lograr la recuperación en un contexto de baja complejidad, resaltando el rol central de la evaluación clínica.





0365 CUANTIFICACIÓN DE HIPOXIA Y PROPUESTA DE SATURACIÓN OBJETIVO PARA EL USO SEGURO DE OXIGENOTERAPIA EN PEDIATRÍA

G BOSSIO(1), M DRZEWISCKI(1), F PAZIENCIA(1), J MANAVELLA(1), A RUBIES(1), H FERRARI DEL SEL(1)
(1) Sanatorio De Niños.

Introducción: La saturación periférica de oxígeno (SatO_2) es el parámetro más utilizado para guiar la oxigenoterapia en pediatría, pero pierde sensibilidad para detectar hiperoxia cuando supera el 97%. El Índice de Reserva de Oxígeno (ORI) es un indicador continuo y no invasivo que permite estimar hiperoxemia en rangos supranormales de presión arterial de oxígeno (PaO_2). Este estudio analiza su utilidad en pacientes pediátricos críticos.

Objetivo: Determinar el porcentaje de pacientes con aumento del ORI durante la oxigenoterapia, clasificar los grados de hiperoxia y establecer el valor de SatO_2 asociado a cada nivel, con el fin de definir un umbral seguro que evite la sobreoxigenación para evitar complicaciones.

Métodos: Estudio observacional prospectivo en un sanatorio pediátrico. Se analizaron 58 mediciones en 36 pacientes (mediana de edad: 58 meses; peso: 26.5 kg). Se clasificó el ORI en: 0 (sin hiperoxia), 0.1–0.2 (leve), 0.21–0.4 (moderada) y > 0.4 (grave). Se evaluó la relación entre ORI y SatO_2 .

Resultados: El 45% mostró algún grado de hiperoxia ($\text{ORI} > 0$), y el 17% fue hiperoxia grave ($\text{ORI} > 0.4$). En este grupo, el 100% tuvo $\text{SatO}_2 > 97\%$ (media: 99.3%). Solo un 1.7% se encontró en el rango considerado seguro ($\text{SatO}_2 = 97\%$ con $\text{ORI} 0.1\text{--}0.4$).

Conclusiones: El ORI permitió detectar hiperoxemia de forma precoz. Una SatO_2 de 97% parece un umbral seguro, mientras que valores > 98% deben interpretarse con cautela. El uso combinado de ORI y SatO_2 puede mejorar la seguridad en la titulación de oxígeno en pediatría y así evitar las complicaciones por hiperoxigenación.

0366 FIBROBRONCOSCOPÍA FLEXIBLE EN UN SERVICIO DE TERAPIA INTENSIVA

G ETCHEPAREBORDA(1), C DUEÑAS(1), EE CONTRERAS AUQUILLA(1), MA CHAVES ZAMBRANO(1), CG SOSA(1), C IRRAZABAL(1)
(1) Clínicas.

Introducción: La fibrobroncoscopia (FBC) flexible es un procedimiento de fácil aprendizaje y ejecución que ha demostrado ser de gran utilidad y seguridad por presentar un bajo porcentaje de complicaciones graves. El objetivo de este trabajo es mostrar los resultados de la fibrobroncoscopia flexible realizada por parte del equipo médico de terapia intensiva en pacientes con sospecha de infección respiratoria asociada a la asistencia respiratoria mecánica (ARM). A su vez busca evaluar el beneficio del procedimiento en la precocidad de la toma de muestra y la disminución del tiempo de tratamiento antibiótico empírico inicial y la reducción de los costos asistenciales.

Materiales y Métodos: Se presenta la revisión observacional de corte retrospectivo de las fibrobroncoscopias flexibles realizadas por el equipo médico de terapia intensiva, durante el periodo del 01/03/2023 al 05/05/2025.

Se utilizó el modelo de equipo Ambu® a ScopeTM 4 Broncho 5.0/2.2 mm de diámetro.

Se consideró muestra representativa, aquella que cumple el siguiente criterio: <1% de células epiteliales, pudiendo, de esta manera, asegurar la toma de muestra alveolar sin contaminación de vía aérea propuesto en el consenso de la Asociación Argentina de Broncoesofagología del 2009ii. Todas las muestras fueron tomadas dentro las 24 hs de solicitado el BAL.

La decisión de optar por la FBC – BAL con sistema flexible se relacionó con la factibilidad del procedimiento.

Resultados: En total se realizaron 40 procedimientos. Las muestras representativas fueron 36, es decir, el 90%. Tres de las 3 muestras que no lo fueron tuvieron utilidad para cambiar la conducta antibiótica, ya sea para modificar o para suspender antibióticos. En 10 casos el esquema en pacientes con sospecha de infección respiratoria asociada a ARM o infección respiratoria con requerimiento de ARM. (Regular). El protocolo de procedimiento es lavado de manos y secado con gasa estéril, sábana estéril para cubrir el paciente y preparación de materiales. El lavado bronquioalveolar (BAL) se obtuvo de la zona con infiltrados según la radiografía o tomografía de tórax de ese momento, con una infusión entre 100 y 120 ml de SF al 0,9% estéril. Las muestras fueron procesadas en busca de virus, hongos, gérmenes comunes, TBC y anatomía patológica. Los rescates bacteriológicos fueron a través del cultivo de las muestras.

antibiótico se mantuvo a pesar del resultado. De estos, 9 completaron el tratamiento empírico antes de obtenerse el resultado bacteriológico o su antibiograma, y un paciente falleció a las 48 hs por shock cardiogénico. Esto implica que el 75% de la muestras tomadas definieron algún cambio en la conducta terapéutica. 14 de las muestras fueron tomadas en las primeras 48 hs de internación en terapia intensiva y todos estos pacientes habían sido derivados de otro sector de la institución, ya sea guardia externa u otro sector de internación. Por ende, todas las muestras fueron tomadas con por lo menos 24 hs de inicio de tratamiento antibiótico empírico. El esquema empírico consistió en Colistin, Rifampicina y Tigeciclina, lo que podría explicar la baja prevalencia de *Acinetobacter baumannii*. La tabla 1 muestra la relación tiempo de toma de muestra, representatividad de la muestra y aislamiento bacteriológico obtenido. El 37,5% de los resultados no presentaron rescate bacteriológico. Del 62,5% restante el germen más prevalente fue *Klebsiella pneumoniae*, en un 32%, de los cuales el 75% eran multirresistentes, debiéndose escalar el esquema antibiótico. Siguen en frecuencia *Pseudomonas aeruginosa* en un 24%, *Acinetobacter baumannii* en un 20%, y *Stenotrophomonas maltophilia* en un 12%. El resto de los hallazgos fueron *Acinetobacter nosocomialis*, *Providencia stuartii*, *Proteus mirabilis*, *Pneumocystis jirovecii*, *Corynebacterium amycolatum*, *Legionella*, virus Influenza, HSV, CMV y SARC0V2 en tan solo una ocasión cada uno. La neumonía polimicrobiana se presentó en 6 casos (24%), de los cuales 5 se encontraban en ARM por más de 48 hs a la hora de la toma de muestra. En el gráfico 1 se muestran los rescates bacteriológicos obtenidos por cultivo.

La complicación inmediata más frecuente fue la hipotensión, secundaria a administración de propofol. Ningún paciente presentó sangrado masivo. Solo un paciente falleció a las 48 hs del procedimiento a consecuencia de falla cardíaca no relacionada a la FBC.

Discusión: La fibrobroncoscopia flexible es un procedimiento de fácil implementación ya que depende de un solo operador y un asistente, que puede ser el enfermero a cargo del paciente. Si el equipo médico de terapia intensiva cuenta con la posibilidad de realizarla se puede contar con el procedimiento los 7 días de la semana y no depender de otro servicio para su implementación. En nuestro caso redujo los tiempos operativos en la ejecución del procedimiento a menos de 24 hs, y como consecuencia los resultados infectológicos para el cambio de estrategia de tratamiento ATB. El procedimiento permite, además de la investigación infectológica, otros fines terapéuticos como resolver una atelectasia y realizar toilette bronquial de gran utilidad en la inhalación de humos.

Conclusiones: La FBC por sistema flexible es una alternativa para la fibrobroncoscopia estándar realizada por el Servicio de Neumología Crítica frente a las dificultades o imposibilidades operativas

de la implementación de ésta última a la cabecera del paciente. La FBC flexible es un procedimiento de mucha utilidad en pacientes con sospecha de infección respiratoria y requerimiento de ventilación mecánica por su sencillez en la realización, la baja tasa de complicaciones y la alta tasa de muestras confiables que se obtienen. La directa obtención del BAL por parte del equipo médico de terapia intensiva permite acelerar la implementación y la obtención de resultados bacteriológicos, disminuyendo el tiempo de exposición de los gérmenes a antibióticos empíricos, reduciendo la resistencia antibiótica, y los costos asistenciales a corto y largo plazo.

El hallazgo en nuestro servicio de aislamiento de *Klebsiella pneumoniae* multiresistente en el 75% de los casos, seguida de *Pseudomona aeruginosa* y la baja tasa de *Acinetobacter baumannii* puede deberse a la toma de muestras por lo menos 24 hs de antibiótico empírico, el cual está orientado a cubrir primordialmente este germen.

Bibliografía: I. Quiñones Gavilán, O. E. (2015). Indicaciones y complicaciones de broncofibroscopia flexible en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Edgardo Rebagliati Martins durante enero de 2010 a abril de 2013.

II. Grupo de Consenso AABE para la Elaboración de normas para la realización de fibrobroncoscopia. (2009). Consenso de la Asociación Argentina de Broncoesofagología para la realización de fibrobroncoscopia. Revista Americana de Medicina Respiratoria, 9(4), 196–209.



0367 INDICE DE ZUMKELLER, ¿UN PREDICTOR DE MORTALIDAD?

C PETTOROSSO(1), P PAHNKE(1), A BUJEDO(1), C VIGNETTA(1)
 (1) Hospital Municipal De Urgencias.

El hematoma subdural agudo traumático (HSDA) es la acumulación de sangre entre la duramadre y aracnoides, causada por la ruptura de venas puente o vasos corticales secundario a un traumatismo craneoencefálico (TEC), lo que puede asociarse con otras lesiones ocupante de espacio, generando aumento de la presión intracraneal (PIC). La mortalidad de los pacientes con HSDA varía entre 40% y 70%. El diagnóstico se realiza mediante tomografía (TC), donde se mide el grosor del hematoma (HT) y la desviación de la línea media (DLM), parámetros fundamentales para evaluar el grado de compromiso neurológico y pronóstico. El Índice de Zumkeller (IZ), diferencia entre DLM y HT, se utiliza como marcador pronóstico. Este estudio retrospectivo, observacional y analítico analizó pacientes diagnosticados con HSDA atendidos en el Hospital Municipal de Urgencias de Córdoba, entre enero 2023 y enero 2025. Se incluyeron a pacientes mayores de 16 años con TEC confirmado por TC, excluyéndose aquellos con HSD espontáneos o crónicos, o con lesiones graves según la Escala de Lesión Abreviada (AIS). Se recopilaron datos de las historias clínicas y TC de los pacientes. Un total de 42 pacientes fueron incluidos, con una edad promedio de 41,27 años, siendo la mayoría varones (80,95%). El mecanismo de trauma más frecuente fue la colisión de moto (57,14%) y donde el 54,76% presentó TEC grave. El 73,81% presentó un valor negativo de IZ, y el 80,65% recibió tratamiento médico no quirúrgico. La mortalidad a los 14 días fue del 30,95%, siendo el 69,23% de los fallecimientos ocurridos en las primeras 72 horas. El IZ mostró ser un factor pronóstico relevante para predecir la mortalidad en pacientes con IZ mayor a 3, y la decisión sobre el tratamiento, quirúrgico o no quirúrgico, depende de diversos factores, como Escala de Coma de Glasgow, evaluación de las imágenes y medición de PIC. La evaluación temprana del HSDA demostró asociarse con un pronóstico más favorable en pacientes seleccionados, aunque la craniectomía descompresiva sigue siendo tema de debate. Este estudio subraya la importancia del IZ como herramienta pronóstica en pacientes con HSDA, contribuyendo a la toma de decisiones clínicas y a la planificación del tratamiento.

0368 REPORTE DE CASOS: ENFERMEDAD DE CREUTZFELDT-JAKOB ESPORÁDICA CON PRESENTACIÓN CLÍNICA ATÍPICA

EV GARAY HEINZE(1), H SARABIA(2), E MOREIRA(2), H BONGIOANNI(2), F LOAIACONO(2), B POLLIAN(2), F TRAVERSO(2)
 (1) Hosp Nacional Prof A. Posadas. (2) Hnap.

Introducción: La enfermedad de Creutzfeldt-Jakob esporádica (ECJe) es una encefalopatía espongiiforme transmisible, con una prevalencia de 1/1.000.000 personas por año. Representa el 90% de los casos humanos, caracterizándose por una rápida progresión hacia el mutismo acinético y la muerte. Los criterios diagnósticos

Tabla 1. Resultados bacteriológicos de los BAL, representatividad y asociación o no a los cuidados críticos.

	<48 hs ARM	Representativo	Rescate
1	SI	SI	Klebsiella pneumoniae
2	SI	SI	NEGATIVO
3	SI	SI	NEGATIVO
4	SI	SI	Klebsiella pneumoniae
5	NO	SI	Klebsiella pneumoniae/Herpes simplex
6	SI	SI	SAR-COV 2
7	NO	SI	Klebsiella pneumoniae
8	NO	NO	Citomegalovirus
9	NO	SI	NEGATIVO
10	NO	SI	NEGATIVO
11	SI	SI	NEGATIVO
12	SI	NO	Corynebacterium amycolatum
13	SI	SI	Pneumocystis jirovecii
14	NO	SI	Acinetobacter baumannii
15	NO	SI	NEGATIVO
16	SI	SI	NEGATIVO
17	NO	SI	NEGATIVO
18	NO	SI	NEGATIVO
19	NO	SI	NEGATIVO
20	NO	SI	Pseudomona aeruginosa
21	NO	SI	NEGATIVO
22	NO	SI	NEGATIVO
23	NO	SI	NEGATIVO
24	NO	SI	Klebsiella pneumoniae/Proteus mirabilis
25	NO	SI	Acinetobacter nosocomialis/Providencia stuartii
26	NO	SI	Pseudomona aeruginosa
27	SI	SI	Pseudomona aeruginosa/Stenotrophomonas maltophilia
28	NO	SI	Klebsiella pneumoniae
29	NO	SI	Stenotrophomonas maltophilia
30	NO	SI	Acinetobacter baumannii
31	NO	NO	Pseudomona aeruginosa
32	SI	SI	NEGATIVO
33	NO	NO	Klebsiella pneumoniae
34	NO	SI	Klebsiella pneumoniae/Acinetobacter baumannii/Stenotrophomonas maltophilia
35	NO	SI	Acinetobacter baumannii/Pseudomona aeruginosa
36	NO	SI	Pseudomona aeruginosa
37	NO	SI	NEGATIVO
38	SI	SI	Legionella
39	SI	SI	Virus Influenza
40	SI	SI	Acinetobacter baumannii

incluyen: mioclonos, alteraciones visuales o cerebelosas, disfunción piramidal o extrapiramidal, y mutismo acinético. Complementariamente, se emplean estudios como EEG con complejos periódicos de ondas agudas (PSWC), detección de proteína 14-3-3 en LCR y RMN con hiperintensidad en ganglios basales y corteza cerebral en secuencias FLAIR y DWI.

Presentación de casos: Caso 1: Paciente masculino de 39 años, sin antecedentes médicos relevantes, que presenta un mes de trastornos conductuales, alucinaciones visuales, temblor distal y discurso incoherente. Se descarta meningoencefalitis y encefalitis autoinmune. La RMN muestra hiperintensidad en núcleos caudado y putamen bilateral, así como en cortezas prefrontal y frontal. Evoluciona con status epiléptico refractario. La proteína 14-3-3 es detectable por Western Blot.

Caso 2: Paciente femenina de 44 años, sin antecedentes médicos relevantes, que presenta meses de labilidad emocional, mutismo y mioclonías. Se descarta encefalitis autoinmune y meningoencefalitis. El EEG evidencia descargas periódicas generalizadas compatibles con ECJ. La RMN muestra alteraciones simétricas en ganglios de la base (caudados y putámenes) y a nivel cortical occipitotemporal, con restricción en imágenes ponderadas en difusión. La proteína 14-3-3 es detectable por Western Blot.

Discusión: Ambos casos presentaron demencia rápidamente progresiva, ingresando a UTI en contexto de status epiléptico refractario. Se descartaron otras etiologías infecciosas, vasculares, autoinmunes y trastornos psiquiátricos primarios. La RMN en ambos casos mostró hiperintensidad en ganglios de la base y en regiones corticales. Se destaca el hallazgo en EEG de descargas periódicas generalizadas compatibles con ECJ. La evolución fue tórpida en ambos casos, con desenlace fatal a los pocos meses de inicio del cuadro clínico.

Conclusión: La enfermedad de Creutzfeldt-Jakob representa un desafío diagnóstico debido a la inespecificidad del cuadro clínico. La ausencia de tratamiento efectivo y el pronóstico ominoso a corto plazo posterior al inicio de los síntomas resaltan la importancia de un diagnóstico temprano y preciso.

CARACTERÍSTICAS	CASO 1	CASO 2
EDAD	39 años	44 años
SÍNTOMAS INICIALES	Trastornos conductuales, alucinaciones visuales, temblor distal, discurso incoherente	Labilidad emocional, mutismo, mioclonías
HALLAZGOS RMN	Hiperintensidad en núcleos caudado y putamen bilateral, cortezas prefrontal y frontal	Alteraciones simétricas en ganglios de la base y corteza occipitotemporal
EEG	Status epiléptico no especificado	Descargas periódicas generalizadas compatibles con ECJ
LABORATORIO	Proteína 14-3-3 en LCR Detectable por Western Blot	Proteína 14-3-3 en LCR Detectable por Western Blot
EVOLUCION	Status epiléptico refractario	Status epiléptico refractario
DESENLACE	Fatal a los pocos meses	Fatal a los pocos meses

0369 REPORTE DE CASO - INTOXICACIÓN GRAVE POR PARACETAMOL EN LA TERAPIA INTENSIVA

R LIMA GUARACHI(1), G GENOVESE(1), MV ZÚCCARO(1), A ANTIK(1), P CORONADO LUJÁN(1)
 (1) Durand.

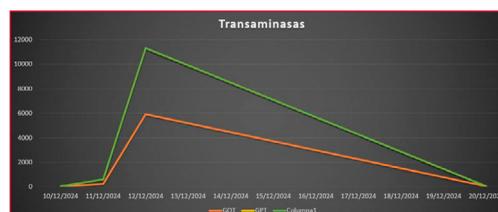
Introducción: El paracetamol es un analgésico de venta libre que, en dosis mayores a las recomendadas, puede provocar insuficiencia hepática aguda (IHA) y muerte. La intoxicación intencional es frecuente en países como el Reino Unido y Estados Unidos, y menos común en nuestra región. El cuadro clínico inicial suele ser inespecífico, con rápida progresión a falla hepática fulminante. La administración precoz de N-acetilcisteína (NAC) reduce significativamente la mortalidad, aunque algunos pacientes pueden requerir un trasplante hepático de urgencia.

Objetivos: Analizar la presentación clínica y evolución. Resaltar la importancia del abordaje terapéutico y sus implicaciones pronósticas.

Presentación del caso: Paciente femenina de 25 años, con antecedentes psiquiátricos, ingresó por intoxicación voluntaria con paracetamol de aproximadamente 6 horas de evolución, sin conocerse la cantidad ingerida. Al ingreso se encontraba lúcida y estable. El laboratorio mostró acidosis metabólica, función hepática conservada (TP 81%; GOT 23, TGP 9), y dosaje de paracetamol de 175 mg/dl, valor que indica riesgo de hepatotoxicidad según el nomograma de Rumack-Matthew. Se inició tratamiento con NAC por vía oral. En las horas siguientes presentó vómitos, acidosis progresiva (pH 7.20, bicarbonato 20), aumento de transaminasas (GOT 5911, GPT 5405), coagulopatía severa (TP 20%, RIN 3.53, FV 28%), sin desarrollar encefalopatía. Fue derivada a un centro de trasplante por falla hepática aguda, evolucionando favorablemente sin requerir trasplante.

Discusión: Este caso refleja una presentación típica de intoxicación por paracetamol: inicio asintomático y rápida progresión a IHA. El tratamiento precoz con NAC es fundamental, ya que bloquea la acción del metabolito tóxico NAPQI y reduce la mortalidad. La derivación oportuna a un centro de trasplante mejora el pronóstico. Nuestra paciente cumplía con los Criterios de King's College, que predicen mortalidad e identifican los candidatos a trasplante, aunque la decisión de inclusión en lista de espera sigue siendo un reto, dada la posibilidad de recuperación espontánea. La IHA por paracetamol, a diferencia de otras etiologías, suele tener mejor pronóstico y recuperación completa en los sobrevivientes.

Conclusión: La intoxicación por paracetamol es potencialmente fatal por el riesgo de desarrollar IHA. La administración temprana de NAC y la derivación precoz a centros especializados son cruciales para mejorar el pronóstico.



0370 MONITOREO DEL DRIVE Y DEL ESFUERZO VENTILATORIO DURANTE LA IMPLEMENTACIÓN DE VENTILACIÓN MECÁNICA NO INVASIVA.

M URDANGARIN GOTI(2), RS MORACCI(1), V BRAVO(1), L LANDA(1), AS RAMIREZ(1), FJ GUTIERREZ(1), GA PLOTNIKOW(2)

(1) Hospital Británico De Buenos Aires. (2) Hospital Británico De Bs As.

Introducción: La eficacia de la ventilación mecánica no invasiva (VMNI) ha sido ampliamente documentada en cuidados críticos. Sin embargo, a diferencia de lo que sucede durante la ventilación mecánica invasiva durante el soporte parcial, en el monitoreo de la VMNI persisten interrogantes respecto a las estrategias más adecuadas para evitar fenómenos de sobreasistencia o subasistencia. Un estudio experimental reciente logró registrar variables asociadas al esfuerzo respiratorio en pacientes bajo VMNI; sin embargo, la fuga limitó la posibilidad de medir adecuadamente parámetros relacionados con el drive. Nuestro objetivo principal fue evaluar el comportamiento de la maniobra de oclusión de la vía aérea (Poc), durante la VMNI en el ser humano. Además, de forma secundaria

ria, el esfuerzo y drive inspiratorio estimados mediante la presión esofágica (Δ Pes) y la presión de oclusión a los 100 msec registrada en esta (P0.1es), durante maniobras de incremento escalonadas de presión de soporte (PS).

Materiales y Métodos: Estudio observacional, prospectivo de dos casos relacionados a un paciente utilizando VMNI como prevención de falla de extubación. Se registraron la frecuencia respiratoria (FR), la saturación periférica de oxígeno (SpO_2), el Δ Pes, la Pocc, y la P0.1 esofágica, durante maniobras de incremento escalonado de la PS de 5 cmH₂O (de 0 a 15 cmH₂O) por sobre el nivel de PEEP previamente programado.

Resultados: Se observó una reducción progresiva de la Pocc (de 10 a 4.6 cmH₂O; $p < 0.001$), acompañada por disminuciones significativas en la Δ Pes (de 7.8 a 2.7 cmH₂O; $p < 0.001$) (Figura 1) y de la P0.1es (de 1.8 a 0.5 cmH₂O; $p < 0.001$) asociada al incremento de la PS. Asimismo, la FR descendió significativamente (Tabla 1), sin cambios en la SpO_2 (96% a lo largo de toda la medición).

Conclusión: El monitoreo del esfuerzo y del impulso respiratorio durante la VMNI podría ser factible y transformarse en una herramienta útil para guiar la programación individualizada de la VMNI, contribuyendo a evitar tanto la subasistencia como la sobreasistencia. Se requieren estudios adicionales para confirmar estos hallazgos y establecer su aplicabilidad clínica.

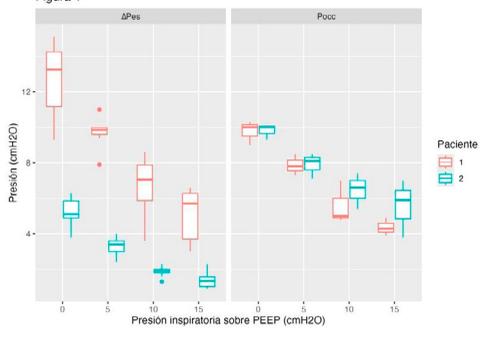
Tabla 1.

	Presión sobre PEEP (cmH ₂ O)				p-valor ²
	0 ¹	5 ¹	10 ¹	15 ¹	
PEEP (cmH ₂ O)	6.5 (5-8)	5 (5-8)	6.5 (5-8)	6.5 (5-8)	>0.9
FR (rpm)	18 (15-20)	14 (14-18)	15 (13-16)	14 (12-15)	<0.001
TI (seg)	1.4 (1.1-1.7)	1.4 (1.4-1.5)	1.4 (1.2-1.6)	1.3 (1.2-1.6)	0.7
P0.1es (cmH ₂ O)	1.8 (1.1-3.2)	1.6 (0.7-1.9)	0.7 (0.4-1.2)	0.5 (0.3-0.9)	<0.001
Δ Pes (cmH ₂ O)	7.8 (5.1-13.3)	6.0 (3.4-9.9)	3.0 (1.9-7.1)	2.7 (1.4-5.7)	<0.001
Pocc (cmH ₂ O)	10 (9.3-10.1)	7.95 (7.3-8.5)	6 (5.7)	4.6 (3.9-5.9)	<0.001

¹Mediana (Q1-Q3)

²Kruskal-Wallis rank sum test

Figura 1



0372 DISAUTONOMÍA SECUNDARIA A LESIÓN DEL NERVI VAGO TRAS EXÉRESIS DE TUMOR MEDIASTINAL POSTERIOR EN PACIENTE CON NEUROFIBROMATOSIS TIPO I CA OLIVA MARTINEZ(1), LC PÉREZ ILLIDGE(1), JR BINDA(1), MI PÁEZ LLANOS(1), LA AGUIRRE(1), G TUHAY(1), FR KLEIN(1) (1) Fundacion Favaloro.

Introducción: La disautonomía secundaria a lesión del nervio vago es una complicación infrecuente en pacientes sometidos a cirugía torácica. Por otro lado, en la neurofibromatosis tipo 1 puede observarse la afectación de este par craneal secundaria a la propia enfermedad. El abordaje quirúrgico de tumores mediastinales puede implicar riesgo de afectación vagal con consecuencias sistémicas multisistémicas.

Presentación del caso: Mujer de 42 años con neurofibromatosis tipo I y antecedentes de múltiples resecciones tumorales, incluyendo una videotoracoscopia complicada con parálisis de cuerda vocal izquierda. Se realizó una nueva videotoracoscopia por recidiva de tumor de mediastino posterior, durante cuya dificultosa resección se sospechó lesión del nervio vago. Tras la extubación presentó es-

tridor laríngeo y edema de glotis, requiriendo reintubación y tratamiento con corticoides. Se confirmó parálisis bilateral de las cuerdas vocales y paresia diafragmática izquierda, indicándose traqueostomía precoz. Evolucionó con síntomas autonómicos: sudoración profusa, saciedad precoz, vómitos, taquicardia sinusal sostenida (170 lpm), intolerancia ortostática y edema pulmonar, en contexto de disfunción diastólica severa. Ante la sospecha de disautonomía, se realizó análisis de la variabilidad de la frecuencia cardíaca (HRV) con adquisición de los datos a través de un sensor Polar H7 B816301E y la aplicación Elite HRV, con análisis de los mismos a través del software Kubios HRV Scientific. El mismo demostró, abolición del tono vagal (PNS Index -2.10), marcada hiperactividad simpática (SNS Index 9.62), y parámetros severamente deprimidos de modulación autonómica (SDNN 4.9 ms; RMSSD 6.6 ms; pNN50 = 0%). Ver tabla 1.

Discusión: El monitoreo de la HRV a través de un método no invasivo confirmó la disautonomía, evidenciando un perfil de supresión vagal profunda y dominancia simpática. Este enfoque no invasivo resultó clave para la evaluación del compromiso autonómico y las decisiones terapéuticas.

Conclusión: La lesión vagal postquirúrgica puede desencadenar disautonomía clínicamente significativa. La HRV es una herramienta útil para objetivar el compromiso autonómico en pacientes críticos. La utilización de sensores no invasivos validados permite una ágil obtención de los datos necesarios para el diagnóstico de la situación autonómica y para colaborar en la decisión de las opciones terapéuticas.

Tabla 1.

1. Índices autonómicos (ANS)	(PNS): -2.10 (SNS): 9.62	Disminuido, lo cual indica un tono vagal bajo. Elevado, reflejando una activación simpática intensa.
2. Dominancia simpática y supresión parasimpática	(HR): 94 bpm Stress index: 59.7	Poca variabilidad. Alto, coherente con hiperactividad simpática.
3. Análisis en dominio de tiempo	SDNN (4.9 ms) RMSSD (6.6 ms) y pNN50 = 0%	Valores bajos de variabilidad total. Indicadores vagales directos, reducidos.
4. Análisis en dominio de frecuencia	HF: 18 ms ² (93.07%) LF/HF = 6.37	Dominancia aparente por HF, pero en valores absolutos es bajo (sugiere que no hay actividad real, solo proporción relativa). Indica dominancia simpática.
5. Resultados no lineales	SD1 y SD2 (4.6 y 5.1 ms) Entropías (ApEn: 1.12 / SampEn: 1.39) y DFA (alfa1 = 0.338)	Bajos. Muestran una señal caótica pero empobrecida en complejidad, típica de disautonomía.

PNS: Índice Parasimpático, SNS: Índice Simpático, HR: Frecuencia cardíaca media, SDNN: variabilidad total, HF: alta frecuencia.

0373 VENTILACION MECANICA DIFERENCIAL EN CASO DE FÍSTULA BRONCOPELURAL, EL DESAFÍO DE VENTILAR INVASIVAMENTE UNA FUGA PERSISTENTE. V GIACOPPO(1) (1) Hospital Central Ramon Carrillo.

Introducción: La fístula broncopelural, se presenta con mayor frecuencia después de una cirugía de resección pulmonar, con una frecuencia que oscila entre el 4,5 % y el 20 % después de la neumotomía y entre el 0,5 % y el 1 % después de la lobectomía. Ante la presencia de fugas persistentes, existen diferentes estrategias descritas para su abordaje, aunque, no registramos reportes sustentables acerca de la efectividad de las mismas, en este caso clínico, se utilizó una estrategia de ventilación mecánica diferencial.

Descripción Cronológica: Paciente masculino de 61 años que Ingresa a Unidad de Terapia Intensiva, estable, en contexto de ventilación mecánica convencional y bajo diagnóstico de post operatorio de decorticación pleural secundario a absceso en vértice pulmonar por neumonía complicada asociada a mediastinitis.

Presenta en 72hs, de mejoría clínica, aerorragia en aumento. Se descarta conducta quirúrgica ante la presencia de adherencias firmes con compromiso de grandes vasos y riesgo de sangrado. Se coloca de tubo endotraqueal de doble lumen, se optimizan parámetros ventilatorios en ventilación unipulmonar, logrando mejoras del intercambio gaseoso inicialmente, las cuales recaen en el transcurso de 48 hs. Se decide implementar estrategia de ventila-

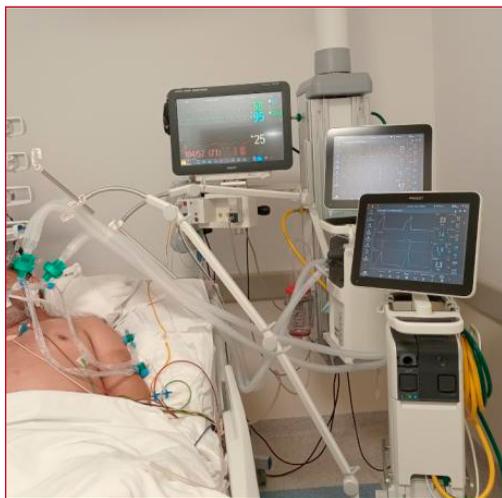
ción mecánica diferencial al séptimo día de evolución con buenos resultados iniciales.

Tras tomografía de control con mejoría del absceso, sin conducta quirúrgica se decide cambiar de ventilación diferencial a convencional. En el transcurso de 48 hs vuelve a presentar fuga persistente, a lo que se asocia un nuevo evento infeccioso.

El paciente fallece tras 17 días de evolución, en contexto de fallo multiorgánico.

Discusión: Algunos de los interrogantes que se plantearon estaban asociados a si el resultado sería distinto si se hubiera instaurado esta estrategia precozmente, así como a la sincronización de las estrategias ventilatoria en cada sistema, o a los tiempos para restablecer la ventilación convencional ante una respuesta favorecedora a la estrategia ventilatoria diferencial.

Conclusión: Aunque los resultados finales no fueran satisfactorios en este caso en particular, la experiencia registrada seguramente sentará bases para continuar abarcando este tipo de desafíos en nuevas unidades de terapia intensiva.



0374 ESTUDIO MULTICÉNTRICO DEL PROCESO DE DONACIÓN PEDIÁTRICO EN ARGENTINA

M CYUNEL(1), S RAMOS(2), J PONCE(3), M SUBIRA(4), C SANTINI(5)

(1) Ricardo Gutierrez. (2) Dr. Humberto Notti. (3) G. Rawson. (4) Dr. Víctor Manuel Sanguinetti. (5) Prof. Dr. Juan P. Garrahan.

Introducción: Aumentar el acceso al trasplante de pacientes pediátricos en lista de espera representa un desafío prioritario. La

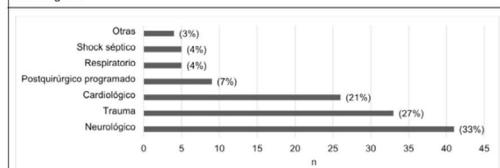
respuesta a esta demanda se encuentra en el sistema de salud, tanto agentes como instituciones que cuentan con unidades de atención de pacientes menores de 18 años en estado crítico. Se analizaron los factores relacionados al proceso de donación de órganos y tejidos en pacientes pediátricos de la Argentina.

Métodos: Estudio descriptivo observacional, retrospectivo realizado en 5 instituciones de la Argentina. Se obtuvieron datos de la historia clínica de pacientes entre 0 a 18 años con clínica de muerte encefálica en las unidades de cuidados intensivos, emergencias y unidades de terapia cardiovascular entre el 01/01/2018 y 31/12/2022.

Resultados: Se caracterizaron los centros participantes, 3 fueron pediátricos y 2 polivalentes. Se incluyeron 124 pacientes, 55% de sexo femenino, 94% argentinos, con una mediana de 6 años (RIC 1-12). Hubo una demora mediana en iniciar el diagnóstico de muerte bajo criterios neurológicos de 3 días (RIC 1-6), siendo la principal causa de muerte la anoxia por parada cardiorrespiratoria (28%). Del total de pacientes analizados 21 (17%) fueron donantes de órganos y/o tejidos, con una afirmativa familiar a la donación del 44%.

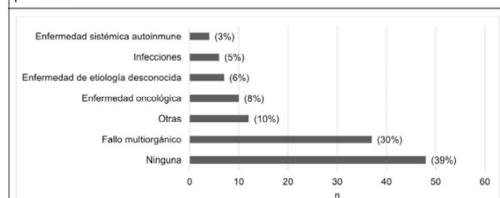
Conclusiones: La muerte bajo criterios neurológicos es un evento poco frecuente en las terapias intensivas pediátricas. Este trabajo ofrece blancos de acción para optimizar la evaluación, detección y tratamiento de los potenciales donantes, necesarias para reducir la muerte de niños en lista de espera.

Figura 1. Causas de ingreso a UCIP en pacientes pediátricos fallecidos bajo criterios neurológicos



Referencias: UCIP: Unidad de cuidados intensivos pediátricos. En causas cardiológicas se incluyen paro cardiorrespiratorio, insuficiencia cardíaca, shock cardiogénico; en trauma se incluyen aplastamiento, incidentes domésticos o viales, ahorcamiento, asfixia, intoxicación por monóxido de carbono; en causa neurológicas se incluyen epilepsia, encefalitis, meningitis, accidentes cerebro vasculares. Las barras grafican el total de casos, con el porcentaje respecto al total (n=124) entre paréntesis.

Figura 2. Contraindicaciones médicas para la donación en potenciales donantes pediátricos



Referencias: en infecciones se incluyen virus de inmunodeficiencia humana, tuberculosis activa, SARS-COV 2, entre otras. En fallo multiorgánico se incluye la inestabilidad hemodinámica y la sepsis. En otras se incluyen síndromes genéticos, metabopatías, gran quemado, entre otras. Las barras grafican el total de casos, con el porcentaje respecto al total (n=124) entre paréntesis.

0376 MIOCARDITIS POSITIVA A ADENOVIRUS: A PROPÓSITO DE UN CASO

ME ASENCIO IBAÑEZ(1), E VAZQUEZ(1), M ALTAMIRANO(1), A PEDROZA(1), C ARANCIBIA(1)

(1) Hpmi-salta.

La miocarditis es una inflamación del músculo cardíaco no relacionada con enfermedades valvulares ni isquémicas, con presentación aguda, subaguda o crónica. Las etiologías virales más comunes incluyen parvovirus B19 y HVS-6. Clínicamente, puede ir desde formas asintomáticas hasta insuficiencia cardíaca fulminante o miocardiopatía dilatada crónica. Su tratamiento abarca soporte hemodinámico, inotrópicos, betabloqueantes, antiarrítmicos e inmunoterapia, y el pronóstico depende de factores individuales del paciente. Se presenta un caso poco frecuente de miocarditis aguda por adenovirus en una lactante, con evolución favorable.

Presentación del caso: Paciente femenina de 1 año, previamente sana, oriunda de Salta. Consulta en guardia con dificultad respiratoria progresiva de 48 horas, deshidratación, polidipsia y poliuria. La radiografía reveló cardiomegalia. El ecocardiograma mostró: septum interventricular íntegro, comunicación interauricular tipo ostium secundum de 4 mm con shunt izquierda-derecha, insuficiencia tricuspídea leve (gradiente 24 mmHg), válvula mitral displásica con insuficiencia mitral severa (gradiente pico 51 mmHg), cavidades izquierdas dilatadas y disfunción ventricular severa (FEY 37 %, FAVI 14 %). Arterias coronarias de trayecto normal y gradiente en aorta descendente de 4 mmHg.

Ingresó a UTIP con diagnóstico de shock cardiogénico. Requiere ventilación mecánica, soporte inotrópico, inmunoglobulina intravenosa y dos ciclos de levosimendán. El aspirado nasofaríngeo fue positivo para adenovirus, confirmando miocarditis viral aguda. Evolucionó favorablemente y continúa en seguimiento ambulatorio por cardiología pediátrica.

Discusión: La miocarditis viral en niños representa un reto diagnóstico y terapéutico, especialmente en pacientes sin antecedentes patológicos. La miocarditis aguda por adenovirus es infrecuente y puede tener formas graves, con alta morbimortalidad. El diagnóstico diferencial consideró cardiopatías congénitas, miocardiopatías genéticas y otras disfunciones miocárdicas.

Conclusión: La miocarditis por adenovirus debe incluirse como diagnóstico diferencial en lactantes con insuficiencia cardíaca aguda. El reconocimiento temprano, junto con un manejo intensivo y multidisciplinario, mejora el pronóstico. Este caso destaca la importancia del diagnóstico etiológico mediante estudios microbiológicos en pediatría.

0379 NEUROCISTICERCOSIS INTRAVENTRICULAR: UN DESAFÍO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO EN UN CONTEXTO NO ENDÉMICO.

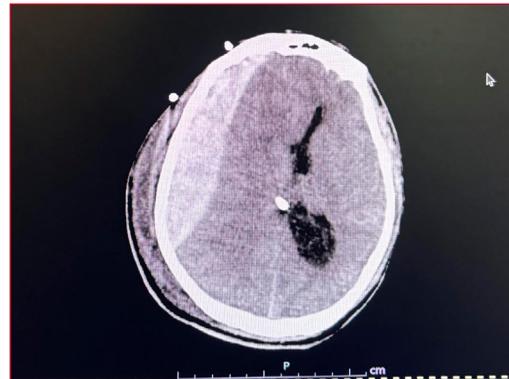
S RODRIGUEZ CALIX(1), L LOPEZ MACAN(1), L GIORDANA(1), MF LOPEZ(1), F LIBARDI(1), F PEREZ(1), S PULCINELLI(1), D SOUTO(1)

(1) Hospital De Emergencias Dr. Clemente Álvarez.

Introducción: La neurocisticercosis (NCC) infección parasitaria común del sistema nervioso central a nivel global, causada por la larva de *Taenia solium*, si bien su presentación parenquimatosa es más frecuente, la variante intraventricular, se asocia a una mayor gravedad clínica y un pronóstico desfavorable. Manifestándose con hipertensión intracraneal aguda secundaria a la obstrucción del flujo de líquido cefalorraquídeo (LCR). La complejidad diagnóstica se incrementa en pacientes provenientes de regiones endémicas que consultan en áreas de baja prevalencia, donde la sospecha clínica inicial puede ser menor. Caso clínico: hombre de 23 años, oriundo de Bolivia, sin antecedentes relevantes, consultó por cefalea intensa frontoparietal y alucinaciones visuales de cinco días de evolución, con episodios similares en los últimos cinco años. Examen físico normal Tomografía de cráneo (TC): hidrocefalia tetraventricular. LCR compatible con meningitis a líquido claro, descartándose etiologías bacterianas, virales y fúngicas comunes, serologías negativas. Evolucionó con bradicardia y paresia facial, se colocó un drenaje lumbar con mejoría clínica transitoria. Resonancia magnética (RM) cerebral: lesión única redondeada de 16 mm en el cuarto ventrículo, sin realce significativo con contraste, que impresionó como la causa de la hidrocefalia supratentorial. Se realizó resección quirúrgica por craniectomía suboccipital. En la evolución postoperatoria complicó con midriasis bilateral, nueva TC de cráneo que evidenció hemorragia intraventricular (4to ventrículo) e hidrocefalia, requirió drenaje ventricular externo (DVE). Posteriormente, desarrolló un hematoma extradural frontoparietal derecho que requirió nueva craniectomía. Evolucionó con shock séptico secundario a neumonía tardía asociada a ventilación mecánica. Análisis anatomopatológico confirmó una larva de *Taenia solium* en fase coloidal vesicular, serología para anticisticercosis fue reactiva. Se realizó tratamien-

to con albendazol, corticoides sistémicos; el paciente evolucionó a muerte encefálica. **Discusión:** La NCC intraventricular se asocia a menudo con hidrocefalia obstructiva y un pronóstico desfavorable. Este caso subraya la importancia de considerar dicha entidad en el diagnóstico diferencial de hidrocefalia obstructiva, incluso en contextos no endémicos, y destaca la complejidad del manejo de esta grave condición.

Conclusión: La identificación temprana y el tratamiento oportuno, combinando la neurocirugía para la remoción del quiste y el tratamiento de la hidrocefalia asociada, son cruciales para mejorar el pronóstico de estos pacientes.



0385 VENTILACIÓN ASISTIDA PROPORCIONAL Y ESTIMACIÓN DEL ESFUERZO RESPIRATORIO EN PACIENTES CRÍTICOS DURANTE LA TRANSICIÓN A LA VENTILACIÓN ESPONTÁNEA. ESTUDIO DE COHORTE PROSPECTIVO.

AY DOMINGUEZ(2), GA PLOTNIKOW(1), FJ BIANCHINI(1), M TORRES(1), I BROZZI(1), I GONZÁLEZ(2), E GOGNIAT(1), RS MORACCI(1)

(1) Hospital Británico De Buenos Aires. (2) Hospital Británico De Bs As.

Introducción: La discontinuación de la ventilación mecánica en algunos pacientes es dificultosa. En estos casos, es clave un soporte parcial que permita una adecuada contracción muscular. Existen métodos invasivos y no invasivos para estimar el esfuerzo respiratorio y titular la asistencia. La ventilación asistida proporcional (PAV+), ofrece una barra de trabajo (BT) para ajustar el soporte, aunque su correlación con otras medidas es limitada. Este estudio busca comparar la BT con mediciones invasivas y no invasivas en pacientes en transición a ventilación espontánea.

Materiales y Métodos: Estudio observacional, descriptivo, prospectivo y analítico

Resultados: Ingresaron al estudio 32 pacientes y se obtuvieron 128 mediciones (Tabla 1 y 2). El análisis principal mostró que el índice de concordancia de Cohen (Kappa) entre la barra de trabajo (BT) y el PTPes*min para identificar ventilaciones con esfuerzo moderado (50–150 cmH₂O•min) fue nulo ((-0.0055 [IC -0.15 a 0.14]). La sensi-

bilidad de la BT para detectar los esfuerzos adecuados fué de 0.22 (0.13-0.34) y la especificidad de 0.77 (0.65-0.87).

En esfuerzos elevados (PTPes•min > 150 cmH₂O•min), el acuerdo entre BT y PTPes•min también fue nulo (Kappa = 0.08; IC -0.06 a 0.22), con una sensibilidad de 0.24 (IC 0.15–0.36), una especificidad de 0.84 (IC 0.72–0.92).

Se construyó un modelo de regresión lineal para predecir el valor de PTPes•min utilizando como variables independientes a la Pocc, la P0.1 y la BT. El modelo evidenció que solo la Pocc fue un predictor significativo (p < 0.001), con un incremento estimado de 11 cmH₂O•s•min en el PTPes•min por cada aumento de 1 cmH₂O en la Pocc.

Conclusión: La BT no debería emplearse como única herramienta para la programación del nivel de asistencia ventilatoria basada en la evaluación del esfuerzo respiratorio, debido a su escasa concordancia con mediciones objetivas y su limitada capacidad para discriminar distintos niveles de esfuerzo. Su uso podría complementarse con métodos cuantitativos más precisos, como la manometría esofágica, o la monitorización de variables bedside como la la Pocc y P0.1.

Variable	N = 32 [†]
Edad	70 (65, 77)
Género Femenino	9 (28%)
Peso predicho (Kg)	66 (59, 70)
IMC (Kg/m2)	28.1 (24.3, 31.1)
SAPS II	48 (41, 55)
APACHE II	18.0 (15.0, 22.5)
SOFA	9.0 (5.0, 11.0)
Charlson	4.00 (3.00, 6.00)
Tipo de ingreso	
Médico	18 (58%)
Quirúrgico	13 (42%)
PaO ₂ /FIO ₂ (mmHg)	323 (252, 384)
Compliance del sistema respiratorio (ml/cmH ₂ O)	45 (32, 62)
Compliance de la caja torácica (ml/cmH ₂ O)	101 (79, 182)
Compliance del pulmón (ml/cmH ₂ O)	75 (54, 110)
Estadía en UCI	35 days (17 days, 388 days)
Egreso Vivo	21 (66%)

[†] Mediana (RIQ), número (%)

	Niveles de asistencia programadas				p-valor ²
	PAV 20% N = 32 [†]	PAV 50% N = 52	PAV 70% N = 52	Titulado N = 52	
Pocc (cmH ₂ O)	14.2 (11.5, 19.0)	10.8 (8.9, 15.3)	8.6 (6.3, 12.1)	12.0 (9.9, 16.2)	<0.001
PTPmin (cmH ₂ O•s•min)	191 (147, 278)	154 (133, 178)	105 (77, 148)	169 (125, 237)	<0.001
Barra de trabajo (BT)					0.004
NO	14 (44%)	6 (19%)	7 (22%)	2 (6.3%)	
SI	18 (56%)	26 (81%)	25 (78%)	30 (94%)	
P0.1 (cmH ₂ O)	3.12 (2.03, 4.62)	2.25 (1.82, 3.73)	1.63 (1.05, 2.80)	2.69 (1.88, 3.25)	<0.001
PTPmin PAV (cmH ₂ O•s•min)	202 (141, 344)	83 (62, 114)	47 (32, 62)	90 (59, 114)	<0.001
WOB PAV (J/L)	0.72 (0.56, 0.80)	0.48 (0.40, 0.60)	0.30 (0.27, 0.39)	0.48 (0.42, 0.60)	<0.001
PTP (cmH ₂ O•s)	10.1 (7.9, 12.4)	8.4 (6.8, 10.0)	6.5 (4.5, 9.8)	8.2 (6.8, 10.3)	0.011
Compliance (ml/cmH ₂ O)	66 (53, 93)	61 (47, 87)	61 (45, 74)	65 (52, 86)	0.2
Frecuencia respiratoria (rpm)	20 (17, 26)	18 (15, 24)	19 (14, 23)	19 (15, 24)	0.4
Driving Pressure (cmH ₂ O)	6.5 (5.2, 9.2)	8.0 (6.2, 10.3)	9.1 (7.4, 12.0)	7.9 (6.2, 10.4)	0.029
Volumen tidal (ml/Kg)	7.60 (5.70, 9.39)	7.98 (6.41, 9.03)	7.91 (6.05, 9.31)	8.29 (7.08, 10.47)	0.5
Volumen minuto (L/min)	8.83 (7.55, 10.60)	8.80 (7.77, 10.55)	9.05 (8.25, 10.60)	9.75 (8.17, 10.80)	0.8

[†] Mediana (Q1-Q3)
² Kruskal-Wallis rank sum test; Pearson's Chi-squared test

0386 IMPACTO DE LA CÁNULA NASAL DE ALTO FLUJO SOBRE LA FUNCIÓN MUSCULAR DIAFRAGMÁTICA Y PARAESTERNAL EN PACIENTES CURSANDO INSUFICIENCIA RESPIRATORIA TIPO 1. ESTUDIO DE COHORTE PROSPECTIVO.

LM GALVAN(1), RS MORACCI(1), V BRAVO(1), CB DOMINGUEZ(1), D HERNANDEZ(1), M TORRES(1), M URDANGARIN(1), GA PLOTNIKOW(1)

(1) Hospital Británico De Buenos Aires.

Introducción: La insuficiencia respiratoria aguda (IRA) hipoxémica es una causa frecuente de hospitalización, por la cual aproximadamente el 49% de ellos reciben soporte ventilatorio¹. La oxigenoterapia a alto flujo mediante cánula nasal (CNAFO2) es una opción de primera línea, que exige seguimiento estricto para poder escalar el soporte en caso de respuesta desfavorable². La ultrasonografía de los músculos respiratorios es una herramienta útil de monitoreo al costado de la cama porque permite identificar la disfunción diafragmática³⁻⁴. Estudios recientes reportaron una asociación entre contracción diafragmática deficiente y reclutamiento del segundo intercostal paraesternal 5-6.

Objetivo: Evaluar el comportamiento de la fracción de engrosamiento del segundo intercostal paraesternal (FEP) y diafragmática (FED) en pacientes con IRA hipoxémica tratados con CNAFO2.

Materiales y métodos: Cohorte prospectiva entre diciembre de 2023 y marzo de 2025. Se incluyeron pacientes adultos con IRA hipoxémica que requirieron CNAFO2. Se midió la FED y FEP, previo a la CNAFO2 y a la hora de terapia.

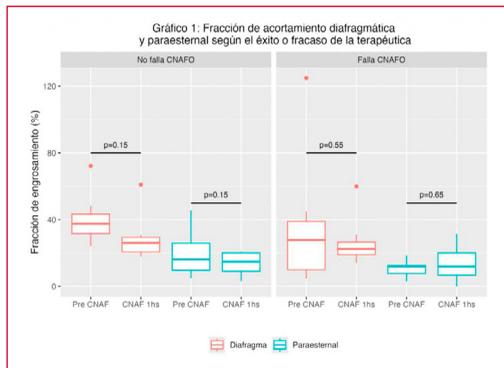
Resultados: De 18 pacientes ingresados al estudio, uno se excluyó por pérdida de datos (Tabla 1). Previo a la CNAFO2, la FED fue de 34% [24-42], 28% [10-39] en quienes fallaron al tratamiento y 38% [30.0-45.0] los que resultaron exitosos (p=0.20). Tras implementar la CNAFO2, la FED disminuyó a 25% [20-30] (p=0.16 vs basal), 26% [20-30] los que no fallaron y 23% [18-28] quienes fallaron al tratamiento (p=0.40). La FEP fue del 12% [8-13] en los fracasos y 16% [9-28] en los éxitos (p=0.30). Posterior a la CNAFO2, la FEP se mantuvo en 13% [8-20] (p=0.54), sin diferencias significativas entre ambos grupos (p=0.8) (Gráfico 1).

La frecuencia respiratoria disminuyó en una mediana de 7 respiraciones por minuto (p<0.001), sin diferencias entre grupos (p=0.50).

Conclusión: La ultrasonografía de los músculos respiratorios aporta información valiosa sobre la respuesta terapéutica a la CNAFO2 en pacientes con IRA hipoxémica, sin embargo su utilidad pronóstica requiere mayor investigación. La disminución significativa de la frecuencia respiratoria podría estar asociada con una disminución del trabajo ventilatorio.

	Tabla 1		p-valor ²
	NO N = 8 [†]	SI N = 9 [†]	
Edad	62 (47, 71)	67 (51, 76)	0.6
Género			>0.9
Hombre	4 (50%)	5 (56%)	
Mujer	4 (50%)	4 (44%)	
Estadía pre-UCI	0.0 (0.0, 2.0)	0.0 (0.0, 0.0)	0.7
Estadía UCI	8 (6, 12)	9 (7, 13)	0.9
Egreso			0.002
MUERTO	0 (0%)	7 (78%)	
VIVO	8 (100%)	2 (22%)	
APACHE II	11 (10, 14)	19 (12, 21)	0.12
SOFA	4.0 (3.5, 5.5)	7.0 (6.0, 11.0)	0.030
Días de CNAFO2	5.50 (4.10, 6.25)	0.40 (0.20, 0.60)	0.008
Horas de CNAFO2	133 (99, 151)	11 (4, 15)	0.006

[†] Mediana (RIQ), número (%)
² Wilcoxon rank sum test; Fisher's exact test; Wilcoxon rank sum exact test



0388 BROTE DE BACTERIEMIA POR PANDORAEA SPUTORUM EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS (UCIP). ¿SE ABRIÓ LA CAJA DE PANDORA?

M PENAZZI(1), F MOURAS SABADELL(1), E VARGAS(1), C PAGELLA(1), C LIZBET(1), C AUTIERO(1), A ZARATE(1)
 (1) Hospital Del Niño. Prof Dr Exeni. San Justo.

Introducción: Pandoraea spp en un bacilo gran negativo (BGN) no fermentador y no esporulado descrito por primera vez en el año 2000 como resultado de un reestudio de las especies comprendidas en el complejo: Raistonia Picketii, Raistonia paucula y Burkholderia cepácea. Hasta el 2022 hay descritas 29 especies de las que solo 19 tienen nombre. Se aísla principalmente en suelos y agua y empezó encontrándose en pacientes con fibrosis quística (FQP), transplantados de órganos sólidos, endocarditis, etc.; suele responder a combinaciones entre tetraciclinas, imipenem y cotrimoxazol. En nuestro país fue aislada por primera vez en el 2017 en un paciente con FQP. Se han descrito escasos brotes en adultos con FQP en Francia, Inglaterra y Dinamarca y uno en adultos no FQP en Alemania.

Objetivos: Descripción del primer brote de bacteriemia por Pandoraea Sputorum en pacientes sin antecedentes en una UCIP de Argentina así como de las medidas implementadas para su control.

Materiales y métodos: Cohorte retrospectiva observacional por revisión de la base de datos de pacientes internados en junio del 2024 en una UCIP de la Pcia de Buenos Aires con bacteriemia por Pandoraea sputorum

Resultados: Pacientes con bacteriemia: 9; mediana de edad: 8 meses (2-24); patología de base predominante: bronquiolitis; signos clínicos específicos: NO; todos presentaron empeoramiento clínico respiratorio; promedio días en ARM pre bacteriemia: 6,4; promedio días para negativización hemocultivos: 6; promedio días de internación: 17,8. Mortalidad: 0%. Tipos de medidas implementadas: diagnósticas, ejecutivas, de organización, de educación, de auditoría, institucionales. Duración del brote: 31 días. Origen del brote: desconocido.

Discusión: se describe el primer brote de bacteriemia por Pandoraea sputorum en pacientes pediátricos sin antecedentes en una UCIP de la Argentina. Especial hincapié en las medidas de prevención y control de infecciones intranosocomiales.

Tabla 1. Descripción de casos

Edad (m)	Sexo	Diagnóstico	Fecha inicio UCIP	Fecha Egr. UCIP	Días Intern.	Días al cult. positivo	Fecha cult. negat.	Fecha cult. posit.	Días al cult. negativo	Motivo del nuevo cult.
8	9	IRAB VSR Secundaria resp.	26/5	12/6	17	5	31/5	7/6	7	
24	11	Shw. cono	25/5	3/6	10	6	31/5	2/6	3	
6	7,3	IRAB (prev. NBS)	1/6	20/6	20	7	8/6	18/6	10	
7	6,5	IRAB IntA	7/6	11/7	34	6	12/6	21/6	9	
8	9,3	IRAB IntA	12/6	1/7	19	6	17/6	22/6	5	
6	5	IRAB Metapneumonia	11/6	28/6	18	8	18/6	22/6	4	
7	10	8	IRAB IntA	14/6	1/7	18	7	20/6	26/6	6
8	8,5	IRAB VSR	15/6	28/6	15	6	20/6	27/6	7	
9	2	5	IRAB x VSR-IntA	16/6	29/6	9	7	23/6	26/6	3

0389 DILATACIÓN CON BALÓN DE ESTENOSIS DIFUSAS DE BRONQUIOS LOBARES POSTERIOR A TRASPLANTE PULMONAR

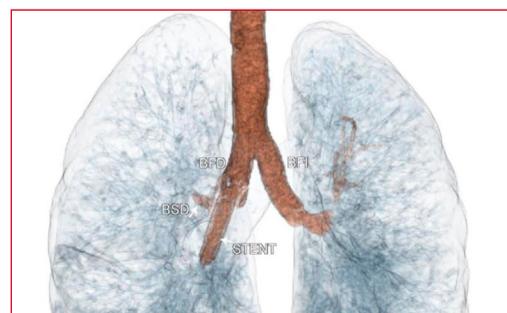
JR BINDA(1), L AGUIRRE(1), LC PEREZ ILLIDGE(1), G TUHAY(1), F KLEIN(1), J OSSES(1)
 (1) Hospital Universitario Fundación Favaloro.

Introducción: Las complicaciones respiratorias post-trasplante pulmonar, especialmente la estenosis bronquial, son causas frecuentes de morbilidad. Esta condición se asocia con disnea progresiva, aumento de las resistencias en vía aérea y alteraciones en los parámetros ventilatorios. La dilatación broncoscópica con balón se ha consolidado como tratamiento inicial para casos de estenosis de grado leve a moderado debido a su bajo perfil invasivo y su capacidad para restaurar la luz bronquial. Presentamos el caso de una paciente con estenosis bronquial difusa que requirió este tratamiento para avanzar en el destete ventilatorio.

Presentación del caso: Mujer de 23 años, antecedente de trasplante bipulmonar por proteinosis alveolar, presentó como complicación post operatoria dehiscencia de anastomosis del bronquio fuente derecho con requerimiento de stent metálico. Evoluciona a los 4 meses con disnea progresiva, broncoespasmo e insuficiencia ventilatoria. Se estudió mediante tomografía 3D la cual evidenció estenosis en bronquio lobar inferior izquierdo. La paciente evolucionó a insuficiencia ventilatoria hipercápnica con requerimiento de intubación orotraqueal. Se realizó fibrobroncoscopia observándose estenosis concéntricas a nivel de los ostium lobares por lo que se realiza la dilatación broncoscópica con balón de los mismos, sin complicaciones. Posterior al procedimiento, se evidenció un descenso de las presiones pico desde 32 a 23 cmH2O y de la auto PEEP de 3 a 0, permitiendo el incremento del VT de 327 cc a 440 cc, permitiendo avanzar con el weaning ventilatorio.

Discusión: La estenosis bronquial post-trasplante tiene una incidencia del 10-20% y sus factores predisponentes incluyen la isquemia, las infecciones y el rechazo crónico. La estenosis bronquial produce aumento de las resistencias de la vía aérea, atrapamiento aéreo y consecuentemente, aumento de la auto-PEEP, con incremento del trabajo respiratorio. La dilatación broncoscópica con balón es el tratamiento inicial recomendado, En nuestro caso, el procedimiento permitió reducir las presiones en la vía aérea y mejorar el intercambio gaseoso, facilitando la desvinculación a la ARM.

Conclusión: La dilatación broncoscópica con balón es una intervención eficaz y poco invasiva capaz de mejorar los parámetros ventilatorios y la mecánica respiratoria favoreciendo el weaning ventilatorio en pacientes con estenosis bronquial post-trasplante pulmonar.



0390 ASOCIACIÓN ENTRE SÍNDROME DE MOYAMOYA Y ENFERMEDAD DE GRAVES.

LN QUISBERT(1), AG HERNANDEZ CORCHADO(1), R GUILLEN VALENCIA(1), L SCHIRO(1), D PIEZNY(1), L KUMAR(1), J SARGARDIA(1), F ORTEGA DIAZ(1)
 (1) Hospital Nacional Prof. Alejandro Posadas.

Introducción: El síndrome de Moyamoya se asocia comúnmente con anemia de células falciformes, neurofibromatosis, radioterapia cerebral y síndrome de Down siendo infrecuente su asociación con la enfermedad de Graves.

Presentación del caso: Paciente femenina de 19 años ingresa por deterioro neurológico asociado a incontinencia de esfínteres. Requiere IOT/ARM para protección de vía aérea. Se la constata hiperdinámica, febril e hipoxémica. TC de Tórax: infiltrados en vidrio esmerilado. TC de cerebro: Hipodensidad en la cabeza del núcleo caudado derecho y corona radiada izquierda. Se realizó dosaje de drogas y punción lumbar que resultaron negativos. Inició tratamiento empírico con Ampicilina-Sulbactam + Claritromicina + Osetamivir ante posible NAC grave.

Por cuadro hiperdinámico y glándula tiroides aumentada de tamaño se sospechó tirotoxicosis. Inicia metimazol, propranolol e hidrocortisona previa determinación de hormonas tiroideas y anticuerpos en suero. HNF para Influenza y antigenuria para neumococo positivos. Se confirma enfermedad de Graves (EG). Se adiciona lugol y ante, refractariedad al tratamiento, se realiza tiroidectomía total y traqueostomía (Tabla 1). Se solicitó Angio-RMN de encéfalo (Figura 1) que evidenció reducción del flujo de arterias carótidas internas a nivel cavernoso y supraclinoideo, y cerebral media anterior a predominio izquierdo, asociado a ramas vasculares finas en el sector proximal del polígono de Willis compatibles con Síndrome de Moyamoya. Neurocirugía decide control y nueva evaluación luego de mejorar cuadro clínico. Alta hospitalaria.

Discusión: La EG genera un estado de hipermetabolismo sistémico e hiperactividad simpática, que en pacientes predispuestos, puede acelerar o descompensar el desarrollo de cambios vasculares típicos del Síndrome de Moyamoya. Existen publicaciones en población asiática, en donde la enfermedad de Moyamoya es más prevalente, que muestran mayor incidencia de accidentes cerebrovasculares en pacientes con EG que en pacientes sin EG.

Conclusión: Reconocer esta asociación, en pacientes con enfermedad de Graves que presentan síntomas neurológicos e Inversamente, en pacientes diagnosticados con Moyamoya, un control riguroso del estado tiroideo es esencial para prevenir descompensaciones. Se resalta la importancia de una visión multidisciplinaria en estos pacientes, integrando neurología, endocrinología y neurocirugía para mejorar el pronóstico y reducir las complicaciones.

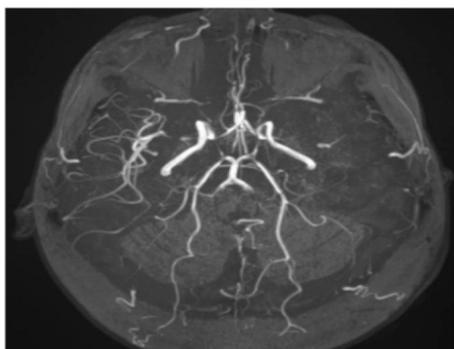


Figura 1: AngioRMN. Reducción del flujo de ambas arterias carótidas internas a nivel cavernoso y supraclinoideo con alteración de la morfología e irregularidad del flujo del sector proximal de ambas cerebrales anterior y medias a predominio izquierdo con ausencia del mismo.

Tabla 1. Valores de laboratorio en relación a la fecha de diagnóstico, inicio de lugol y realización de tiroidectomía. Valores de corte T3 (87-178 ng/dL), T4 (8-1-12.2 ug/dL), T4 L (0.65-2 ng/dL), TSH (0.49-4 uU/ml), Anti receptor TSH (0-0.55 IU/ml).

Día de internación	T3	T4	T4L	TSH	Anti Receptor TSH	PTH	Ca corregido	P/IMG
2	239	>30	5.94	<0.01	8.84	-	-	-
4	209	26.3	4.8	<0.01	-	-	-	-
DÍA 8 INICIA LUGOL								
8	173	-	3.22	<0.01	-	-	-	-
14	210	-	3.6	-	-	-	-	-
DÍA 19 SE REALIZA TIROIDECTOMÍA TOTAL-TRAQUEOSTOMÍA								
20	34	-	1.13	-	-	4	8.3	4.4/1.8
21	-	-	-	-	-	4	8.5	3.7/1.7
22	-	-	-	-	-	-	8.2	4.8/1.3
23	-	-	-	-	-	-	9.04	4.8/2
24	28	7.9	0.43	0.01	-	-	10.3	3.8/2

0391 MANEJO EN UTI POST IMPLANTE DE VÁLVULA AÓRTICA TRANSCATÉTER (TAVI). REPORTE DE UNA SERIE DE CASOS, CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS, SEGURIDAD Y RESULTADOS

L AGUIRRE(1), CA OLIVA MARTINEZ(1), O MENDIZ(1), LC PEREZ ILLIDGE(1), G TUHAY(1), F KLEIN(1)
 (1) Hospital Universitario Fundación Favaloro.

Introducción: El implante valvular aórtico transcateéter (TAVI) es la alternativa de elección en la estenosis aórtica en pacientes seleccionados. El monitoreo post implante se realiza habitualmente en áreas de complejidad intermedia, pero cuando la disponibilidad de camas es superada, son admitidos en UTI para monitoreo por lo que el intensivista debe reconocer y manejar adecuadamente los protocolos y las eventuales complicaciones. El objetivo de esta comunicación es describir la evolución de los pacientes post TAVI admitidos en UTI (ya sea por falta de disponibilidad de camas en otras áreas o por la aparición de trastornos de la conducción)

Métodos: Se describen las características demográficas, comorbilidades, evolución, complicaciones y mortalidad en 24 pacientes admitidos en UTI post TAVI desde noviembre del 2024 a abril del 2025.

Resultados: De un total de 181 procedimientos realizados en la institución en el período de observación, 24 (13%) fueron admitidos en UTI, el 50% fueron varones, con edad promedio de 80,3 (± 4,7) años, APACHE II de 7,9 (± 2,11). Como comorbilidades se encontraron hipertensión arterial en el 83,3%, diabetes 37,5%, enfermedad coronaria 37,5%, dislipidemia 54,1%, fibrilación auricular crónica 16,6%, tabaquismo activo 50%, insuficiencia renal crónica en el 12,5%.

El gradiente pico promedio pre TAVI fue de 59 (± 16.8) mm Hg con un gradiente pico promedio post TAVI de 6.25 (± 5.6) mm Hg y un descenso post TAVI promedio de 52 (±17) mm Hg.

El promedio de estadía en UTI y hospitalaria fue de 1,7 (±0,9) días y de 3,9 (±5,2) días, respectivamente. Las complicaciones observadas fueron aparición transitoria de nuevo bloqueo completo de rama izquierda 54,1%, bloqueo AV de 1er grado 37,5 %, bloqueo transitorio completo de rama derecha 12,5%, ACV 4,1%.

Se requirió marcapasos definitivo (por bloqueo AV completo) en 3 pacientes (12,5%) y no se registró mortalidad asociada al procedimiento.

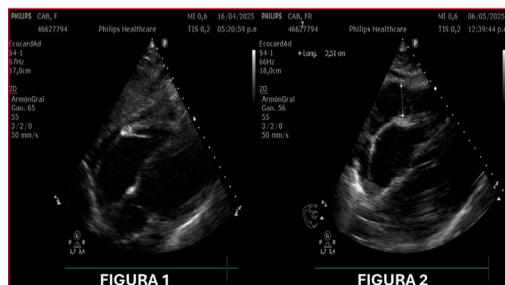
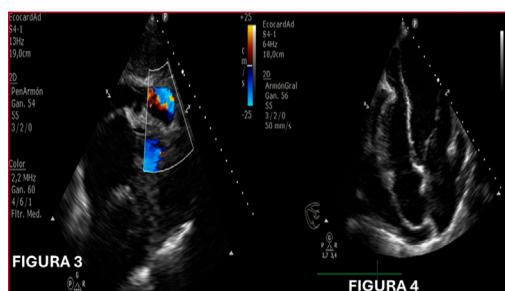
Conclusión: Del análisis de la serie surge que los pacientes post TAVI internados en UTI, presentaron una evolución caracterizada por una corta estadía en UTI y baja incidencia de complicaciones. Dada la frecuencia creciente de este procedimiento, los intensivistas deberían estar entrenados en los protocolos de monitoreo y eventual tratamiento de complicaciones.

0392 RUPTURA DE UN PSEUDOANEURISMA TRAUMÁTICO AL PERICARDIO

M BERMEO RODRIGUEZ(1), L MACCHIAVELLO(1), G ROLANDO(1), S GHIBAUDO(1), P FALVO(1), ML ORTIZ(1), R CARBALLO OROZCO(1), M CAPRILES(1), S HEALY(1), C GARNERO(1), J RIVAS(1), E JIMENEZ(1), M GIRVES(1), C BALASINI(1)
(1) Pirovano.

Paciente de treinta años, ingresa por una herida penetrante de tórax por arma blanca, con shock hipovolémico, se realiza una toracotomía izquierda de urgencia constatando lesión del ventrículo derecho realizando una rafia del mismo; intercorre con FV y paro cardiaco intraoperatorio por diez minutos que resuelve con cinco ciclos de RCP avanzada. Queda con dos tubos de avenamiento pleural No se deja una ventana pericárdica. Ingres a UTI inestable con altas dosis de vasopresores con acidemia. Ecocardiograma de ingreso: DSFSVI, FEY 26% VTI 8 cm/seg ahiquinesia de todos los segmentos mediales y apicales del VI, con hiperquinesia de los segmentos basales, derrame pericárdico leve. GC 3.04 L/mn (a 117 lpm) Fig. 1. Evolucion a disminucion de los vasopresores, con ecocardiograma que muestra mejoría de la función sistólica con una FEY 45%, con hipoquinesia severa de los segmentos medio apicales del VI, sin derrame. Extubación fallida el día 24/04/25 por insuficiencia ventilatoria, evoluciona con una neumonia por SAMR, falla renal y requerimiento de hemodiálisis. El 06/05/25 por persistencia febril se realiza una TC de tórax donde se evidencia consolidaciones pulmonares bilaterales y derrame pericárdico. Ecocardiograma que muestra derrame pericárdico moderado con abundantes ecos en su interior compatibles con fibrina (fig. 2), con flujo Doppler dentro del derrame (fig. 3) asociado un pseudoaneurisma de la punta del VD con solución de continuidad al pericardio, con flujo bidireccional a nivel del cuello y sin signos de taponamiento cardiaco, (fig. 4) con deterioro moderado de la FSVI (FEY 40%). Es derivado de urgencia a un cntro con cirugía cardiovascular.

Discusión: Se presenta una complicación tardía rara por una herida penetrante del ventrículo derecho. El tipo de lesión y el paro cardiaco evidencian la gravedad del trauma que requirió una toracotomía de urgencia y reanimación avanzada. Se pone en evidencia la necesidad de monitoreo permanente para detectar cambios y complicaciones potencialmente mortales. El uso de la ecocardiografía fue clave para detectar una complicación tardía grave infrecuente que no tuvo repercusión hemodinámica.



0393 PAPILOMATOSIS LARÍNGEA JUVENIL RECIDIVANTE CON COMPROMISO SEVERO DE LA VÍA AÉREA: REPORTE DE CASO

F LAMAS(1), E ARTIGAS(1)
(1) Htal Dr Prof Francisco J. Muñiz.

Introducción: La papilomatosis laríngea juvenil (PLJ) es una enfermedad benigna poco frecuente causada por el virus del papiloma humano (VPH), principalmente tipos 6 y 11. Es el tumor laríngeo benigno más común en la infancia. Se manifiesta con disfonía progresiva, estridor y, en casos severos, obstrucción de la vía aérea. Su tratamiento es paliativo mediante resección quirúrgica, con alta tasa de recurrencia.

Presentación del caso: Paciente femenina de 18 años con diagnóstico de PLJ desde los 3 años, en seguimiento por otorrinolaringología. Consulta por disnea progresiva, disfagia y estridor laríngeo, con limitación de la alimentación oral y de sus actividades diarias. Ingres a UTI con taquipnea, taquicardia y estridor severo. Se inicia tratamiento con corticoides y se decide microcirugía laríngea. Durante el procedimiento se observa edema en cartílagos aritenopiglóticos, parálisis de cuerda vocal derecha, y lesiones verrugosas en epiglotis, glotis, comisura anterior y subglotis, que se resecan por radiofrecuencia. Se constata colapso dinámico de tráquea distal sin lesiones endoluminales. Se realiza traqueostomía para asegurar la vía aérea. Evolucion estable en el postoperatorio inmediato.

Discusión: La PLJ puede presentar evolución agresiva, afectando significativamente la calidad de vida del paciente. La recurrencia frecuente, las complicaciones anatómicas y el compromiso de la vía aérea dificultan el manejo. La traqueostomía puede ser necesaria en casos con obstrucción crítica.

Conclusión: La detección precoz y el abordaje multidisciplinario son claves en el manejo de la PLJ. La resección quirúrgica oportuna permite restablecer la vía aérea y mejorar la calidad de vida, aunque no modifica la recurrencia de la enfermedad.

0394 TUBERCULOSIS EN LAS UNIDADES CRÍTICAS DE UN HOSPITAL PÚBLICO DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES. A PROPOSITO DE LA DISPENSA DE ANTIFÍMICOS

MJ OCHOA(1), MJ OCHOA(2), G ARÁN(2), V CHEDIACK(2), M QUINTEROS(2), E CUNTO(2)
(1) F. J. Muñiz. (2) F.j.muñiz.

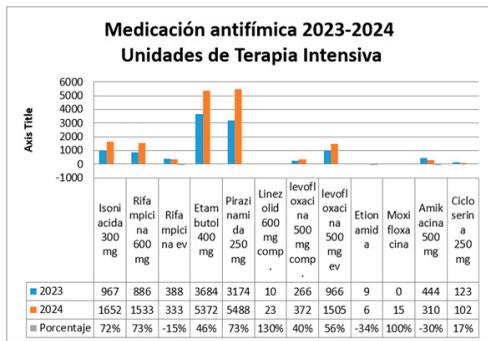
Introducción: La tuberculosis (TB) es una enfermedad infecciosa en ascenso tanto a nivel mundial como en Argentina. En 2024, la tasa de notificación en Argentina alcanzó los 35,4 casos por 100.000 habitantes, lo que representa un aumento del 8,3% respecto a 2023. Además, el número total de casos notificados creció un 9,2%, pasando de 14.914 a 16.647. Las formas graves de TB requieren internación en unidades de terapia intensiva (UTI) y se asocian con un mal pronóstico. El tratamiento adecuado consiste en la administración combinada de varios medicamentos durante un tiempo determinado.

Materiales y métodos: El estudio fue de tipo observacional y retrospectivo, y tuvo como objetivo analizar el consumo de fármacos antifímicos en UTI de hospitales argentinos durante 2023 y 2024, utilizando datos del sistema Sigheos. Se evaluaron los siguientes medicamentos: isoniacida (H), rifampicina (R), etambutol (E), pirazinamida (Z), levofloxacin (LX), moxifloxacin (M), cicloserina, etionamida y amikacina.

Resultado y Discusión: Los resultados mostraron un aumento en la cantidad de pacientes con TB internados en UTI, de 139 en 2023 a 187 en 2024. De forma paralela, se observó un incremento en el consumo de casi todos los fármacos analizados: H (72%), R (73%), E (46%), Z (73%), LX en comprimidos (40%), LX endovenoso (56%), moxifloxacin (100%) y cicloserina (17%). Por el contrario, el uso de etionamida y amikacina disminuyó en un 34% y 30%, respectivamente. El aumento del uso de fármacos de primera línea, de segunda línea y para TB multiresistente sugiere una mayor complejidad en el abordaje terapéutico.

El incremento en el consumo de estos medicamentos fue mayor que el aumento de la tasa de notificación, lo que podría indicar la existencia de casos no reportados oficialmente. Esta situación resalta la necesidad de mejorar los sistemas de registro y vigilancia.

Conclusión: La TB continúa siendo un serio problema de salud pública en Argentina. Es fundamental fortalecer las estrategias de prevención, diagnóstico precoz, tratamiento eficaz, monitoreo de resistencia y seguimiento de contactos para lograr un control efectivo de la enfermedad.



Fármaco	2023	2024	Porcentaje
Isoniacida 300mg	967	1652	72%
Rifampicina 600mg	886	1533	73%
Rifampicina ev	388	333	-15%
Etambutol 400mg	3684	5372	46%
Pirazinamida 250mg	3174	5488	73%
Linezolid 600mg comp.	10	23	130%
levofloxacina 500mg comp.	266	372	40%
levofloxacina 500mg ev	966	1505	56%
Etionamida	9	6	-34%
Moxifloxacina	0	15	100%
Amikacina 500mg	444	310	-30%
Cicloserina 250mg	123	102	17%

0396 EL DIAGNÓSTICO A PARTIR DEL ANÁLISIS DEL ESTADO ÁCIDO-BASE ARTERIAL.

R ROMEGGIO(1), C FAUEZ(1), P PERLO(1), R BERTOLA(1), N PICARD(1)
 (1) Clínica La Pequeña Familia.

Introducción: Las drogas inhibitoras del cotransportador de sodio-glucosa tipo 2 como la dapagliflozina aumentan la excreción urinaria de glucosa. Se ha descrito cetoacidosis diabética (CAD) normoglucemia en pacientes que reciben dicho fármaco aunque el mecanismo no está del todo dilucidado. Sin embargo se sugiere el control de los pacientes ante la presencia de síntomas compatibles.

Presentación del caso: Se describe el caso de un paciente de 44 años con antecedentes de diabetes tipo 2 e hipertensión arterial. Medicación habitual: enalapril, dapagliflozina e insulina. Ingresó a UTI derivado de otra institución por vómitos, cefalea, inestabilidad en la marcha y deterioro neurológico progresivo de 48 horas de evolución. En el examen físico presentó somnolencia sin déficit motor, nistagmus horizontal, dismetría en el examen dedo-nariz y disartria. Se realizó tomografía de encéfalo con contraste endovenoso que evidenció hipodensidad en hemisferio cerebeloso izquierdo, en relación a la evolución de un evento isquémico subagudo, con borramiento de los surcos y cisuras. Requirió craniectomía occipital descompresiva. Reingresó a UTI en asistencia ventilatoria mecánica bajo sedoanalgesia. Intercorrió con inestabilidad hemodinámica y desadaptación al respirador.

El laboratorio evidenció EAB arterial pH 7,19, pCO₂ 48mmHg, pO₂ 105mmHg, HCO₃ 18mEq/L, EB -10, Saturación 96%, ácido láctico 8 mg/dL, sodio 134 mEq/L, potasio 4,1 mEq/L, cloro 99 mEq/L, glucemia 215 mg/dl, uremia 49 mg/dL, creatininemia 0.89 mg/dL. Ante la acidosis metabólica con anión GAP elevado sin acidosis láctica se sospecha CAD normoglucémica, se inició tratamiento con mejoría hemodinámica y del EAB arterial.

Discusión: A partir del análisis del EAB arterial y descartando otras causas de acidosis metabólica se ponderó la CAD normoglucémica ya que el paciente recibía dapagliflozina, siendo un efecto frecuente del fármaco.

Conclusión: Presentamos este caso dado el uso creciente con dapagliflozina que podría generar CAD normoglucémica pues es una consecuencia peligrosa. Su sospecha a partir del análisis del EAB arterial permitió un rápido tratamiento y estabilización del paciente.

0397 MUCORMICOSIS RINO-ORBITO-CEREBRAL EN PACIENTE CON DIABETES TIPO 1: REPORTE DE CASO.

EV GARAY HEINZE(1), E NAVA(2), J VERGARA(2), A SÁENZ VALIENTE(2), A MEDINA(2), R BARRÓN(2), F BENEDETTI(2), J SAGARDIA(2)
 (1) Hosp Nacional Prof A. Posadas. (2) Hnap.

Introducción: La mucormicosis es una infección micótica invasiva, poco frecuente y potencialmente letal, causada por hongos del orden Mucorales, siendo *Rhizopus* spp. (47%) y *Mucor* spp. (18%) los agentes más comunes. Su incidencia ha aumentado en pacientes inmunocomprometidos, especialmente en aquellos con diabetes mellitus descompensada, que representa el principal factor de riesgo en países de ingresos medios. La vía de ingreso puede ser por inhalación de esporas o por inoculación directa. Entre sus formas clínicas, la rino-orbito-cerebral es la más agresiva, con alta mortalidad incluso bajo tratamiento oportuno.

Presentación del caso: Se presenta el caso de una paciente femenina de 24 años con antecedente de diabetes mellitus tipo 1, ingresó por cetoacidosis diabética y celulitis facial izquierda de probable origen odontogénico. Se inició tratamiento empírico con ceftriaxona, luego escalado a vancomicina y clindamicina tras el hallazgo de *Staphylococcus epidermidis* oxacilina resistente en hemocultivos, en contexto de shock séptico.

Tras siete días sin mejoría, fue derivada a nuestro centro con asistencia respiratoria mecánica y soporte vasopresor. Presentaba extensa necrosis en hemicara izquierda, compromiso ocular ipsilateral y necrosis en hallux derecho. La TC de encéfalo mostró múltiples infartos isquémicos y signos de hipertensión endocraneana. La TC de tórax evidenció consolidaciones pulmonares bilaterales.

Se inició tratamiento con meropenem a dosis meníngea y anfotericina B liposomal. La punción lumbar no fue posible por hipertensión endocraneana. RMN descarta trombosis del seno cavernoso, pero evidenció lesiones hemorrágicas en protuberancia. La biopsia facial confirmó mucormicosis invasiva con hifas cenocíticas ramificadas. La paciente evolucionó hacia muerte encefálica. Fue considerada donante real no efectivo.

Discusión: La rápida evolución, la demora en el tratamiento antifúngico, la dificultad interdisciplinaria realizar desbridamiento quirúrgico y la falta de confirmación por LCR dificultaron el manejo. La literatura destaca que la combinación precoz de cirugía y antifúngicos mejora el pronóstico, aunque la mortalidad sigue siendo elevada.

Conclusión: Este caso evidencia la necesidad de una alta sospecha clínica ante celulitis facial en pacientes con cetoacidosis diabética. El tratamiento debe ser inmediato y multidisciplinario para mejorar la sobrevida.

0398 SÍNDROME DE PERCHERÓN COMO CAUSA DE INFARTO BILATERAL TALÁMICO EN PACIENTE POSTOPERATORIA NEUROQUIRÚRGICO: REPORTE DE CASO CLÍNICO

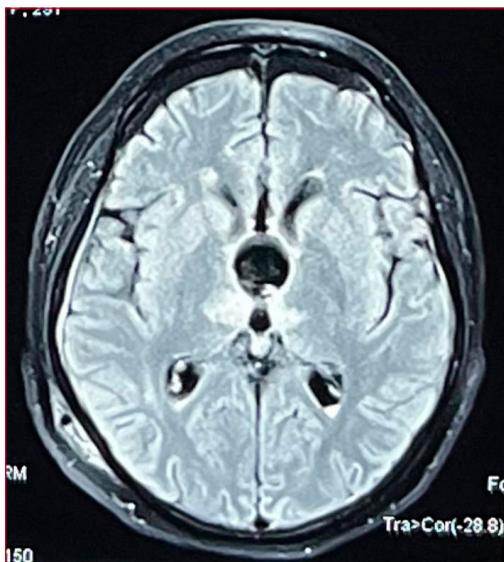
EV GARAY HEINZE(1), H ARCE(2), W RODRIGUEZ(2), F CHOQUECALLATA(2), D PIEZNY(2), F PALOMINO(2), M JUCHANI(2)
(1) Hosp Nacional Prof A. Posadas. (2) Hnap.

Introducción: El síndrome de Percherón es una condición neurológica poco frecuente causada por la oclusión de una arteria perforante única, rama de la arteria cerebral posterior, que irriga ambos tálamos y ocasionalmente el mesencéfalo. Esta variante anatómica inusual puede provocar un infarto talámico bilateral, cuya presentación clínica inicial suele ser inespecífica, dificultando el diagnóstico temprano. Los síntomas característicos incluyen alteración del estado de conciencia, parálisis de la mirada vertical y trastornos cognitivos.

Caso clínico: Se presenta el caso de una paciente de 29 años con antecedentes de obesidad y depresión, en el séptimo día de postoperatorio de resección de una lesión ocupante de espacio selar, compatible con meningioma; evoluciona con mutismo, parálisis vertical de la mirada y coma progresivo. La resonancia magnética cerebral evidenció lesiones isquémicas agudas bilaterales en los tálamos, y la angio-RM mostró signos de vasoespasmismo en el segmento P1 de la arteria cerebral posterior derecha. Se descartaron otras causas isquémicas y no isquémicas, planteándose como etiología más probable un vasoespasmismo cerebral posquirúrgico.

Discusión: El diagnóstico del síndrome de Percherón es clínicamente desafiante debido a la variabilidad de sus manifestaciones y su rareza. Aunque la tríada clásica está bien descrita, no siempre se presenta en su totalidad, y otros signos neurológicos pueden coexistir. Esto, junto con la inespecificidad de los hallazgos iniciales, exige una alta sospecha clínica, especialmente en contextos postquirúrgicos. El vasoespasmismo cerebral, aunque más comúnmente afecta arterias de gran calibre, también puede comprometer ramas perforantes profundas como la arteria de Percherón, provocando isquemia bilateral de los tálamos. La angio-RM y las secuencias de difusión de la RM son herramientas clave para identificar estas lesiones y confirmar el diagnóstico. Reconocer y tratar precozmente el vasoespasmismo, mediante estrategias como hipertensión controlada, uso de nimodipina o incluso angioplastia, puede mejorar significativamente el pronóstico neurológico.

Conclusión: El síndrome de Percherón debe considerarse ante cuadros de alteración aguda del estado de conciencia en el contexto postquirúrgico. Una detección e intervención tempranas son fundamentales para optimizar el manejo y prevenir daños neurológicos permanentes



0400 ESTUDIO PILOTO: EVALUACIÓN DE LA HERRAMIENTA MALDI-TOF MS PARA EL DIAGNÓSTICO Y ESTRATIFICACIÓN EN PACIENTES CON SEPSIS

J ROCCA(1,2), F URTEAGA(1,3), M DI PALMA(1), M PRIETO(1), N RUBATTO(3), E ESTENSSORO(4), P SCHIERLOH(1,3), B REARTE(1,2)

(1) Inei-anlis "Dr. Carlos G. Malbrán". (2) Iib – Conicet Uner. (3) Sanatorio Otamendi. (4) Dirección De Investigación. (5) Escuela De Gobierno En Salud "f. Ferrara". (6) Ministerio De Salud.

Introducción: El estudio proteómico combinado con herramientas de inteligencia artificial constituyen, en la actualidad, una estrategia prometedora para el abordaje de la sepsis. Nuestro objetivo fue evaluar el potencial de las huellas del peptidoma en plasma como herramienta para el diagnóstico y estratificación en sepsis utilizando la tecnología MALDI-TOF MS.

Materiales y Métodos: En este estudio preliminar de cohorte prospectivo se incluyeron 11 pacientes de UTI (mayo-diciembre 2024), clasificados en sépticos (S, n=8) y no sépticos (NS, n=3). Se registraron datos clínicos, bioquímicos y se tomaron muestras seriadas de sangre periférica (días 1, 3, 5 y 7) para el análisis del peptidoma (MALDI-TOF MS) y del inmunofenotipo (citometría de flujo en días 1 y 7). Se adicionó un grupo de sujetos sanos (Ctl, n=7) para citometría y MALDI-TOF. Se procesaron 179 espectros, se extrajeron picos de interés y se aplicaron análisis multivariados (*Binary Discriminant Analysis*) y algoritmos de *clustering* no supervisados para identificar picos discriminantes y evaluar la capacidad de clasificación.

Resultados: *Inmunofenotipo:* la relación neutrófilo-linfocito (NLR) fue elevada tanto en S como en NS, (mediana [RIQ]) S: 7,8 [6,6–11,8]; NS: 7,2 [7–11,9]. Ambos grupos no mostraron diferencias en los estudios de citometría. En S, respecto al grupo Ctl, se observó una disminución de linfocitos T y B (% T: CD4: S = 24,4 [13,2–31,2]; Ctl = 39,5 [26,2–51,9], p<0,05; B: CD19: S = 11,0 [5,7–15,4]; Ctl = 21,4 [14,7–28,9], p<0,05). Además, se evidenció un incremento de neutrófilos inmaduros (% CD11b+/CD10- S = 15,7 [13,8–42,5]; Ctl = 2,7 [1,1–4,4], p<0,05) y una expansión de monocitos intermedios con expresión elevada de PDL1, (% CD14+/PDL1+ S = 46,0 [34,4–74,6]; Ctl = 3,9 [1,3–4,5], p<0,05) demarcando un fenotipo inmunosupresor. *Análisis del peptidoma:* El modelo logró discriminar eficazmente entre S versus NS y Ctl (precisión: 0,967; sensibilidad: 0,921; F1-score: 0,944).

Conclusión: En este enfoque preliminar las variables clínicas e inmunológicas no permitieron diferenciar entre pacientes S y NS, mientras que el estudio del plasma logró establecer una clara discriminación. Estos hallazgos respaldan el potencial del peptidoma plasmático como herramienta para el diagnóstico temprano y la estratificación en sepsis.

0401 SALMONELOSIS ORIGEN DEL SHOCK SEPTICO, CONSECUENCIAS EL PODER DISRRUPTIVO DE UNA INFECCION COMUN

ER PEDRAZA(1), E PEDRAZA(2), A GARCIA(2), A NISNIK(2), E ASINARI(2), M VAZQUEZ(2), M OLAVE(2), L PESCE(2), S BARRIONUEVO(2)

(1) Hospital Misericordia Nuevo Siglo. (2) Hospital Misericordia.

Resumen: La salmonelosis es una enfermedad infecciosa común causada por la bacteria Salmonella, que afecta principalmente el sistema digestivo. Se transmite a través de alimentos y agua contaminados, y los síntomas suelen incluir diarrea, fiebre y dolor abdominal. La mayoría de las personas se recupera sin tratamiento específico en unos días, pero en algunos casos descritos en la bibliografía los pacientes adultos con bacteriemia por NTS no desarrollan gastroenteritis. Los pacientes en shock o coma tienen un pronóstico desfavorable.

Presentación del caso: Paciente de 20 años sin antecedentes médicos, consulta por guardia central por presentar un episodio de lipotimia, fiebre de 38.5°C, disnea de esfuerzo, sudoración profusa. Ingresa caminando, hipotensa, taquicárdica, taquipleica, desaturando aire ambiente, con fascie toxica, relleno capilar enlentecido. Se solicita Laboratorio: PCR: 246, BT 4.4 (BD: 3,65), GB: 5100, Plaquetas: 54.000, LDH: 339, PCT: 14.7, GOT: 73, FAL: 321, GGT: 94, GPT:51, Cr: 2.4, Urea: 132, Láctico: 25, Acidosis Respiratoria, Test Covid e Influenza: Negativos, Ag urinario neumococo y Legionela: Negativo. TAC de torax se evidencia a nivel de torax infiltrado alveolo-intersticial bilateral, que impresiona algodonoso en parches. La paciente ingresa en UTI, Shock séptico con fallo multiorganico: hepático, renal, respiratorio, hemodinámico, coagulación Apache II: 15 pts (Mortalidad 21%), Sofa: 13 pts (Mortalidad 80%). Se toman cultivos, y se aísla en HCx2 Salmonella Oraniemburg (Tipificación Malbrán) por lo que rota tratamiento previo a ceftriaxona 2 gr mas vancomicina 2gr, resolviendo su cuadro luego de 12 días con pase a sala de clínica medica.

Discusión: La infección por Salmonella no tifoidea (NTS) generalmente resulta en una enfermedad diarreica autolimitada en pacientes inmunocompetentes. La enfermedad invasiva (INTS) es poco común en países desarrollados. La bacteriemia por Salmonella es rara en pacientes inmunocompetentes, y se estima que el 5% de los pacientes desarrollan esta complicación. La infección extraintestinal por Salmonella es aún más infrecuente, aunque se han informado varios casos, la mayoría en niños o adultos inmunocomprometidos.

Conclusiones: La salmonella oraniemburg, al igual que otras cepas de salmonella, puede causar septicemia (infección en la sangre) y, en casos graves, shock séptico. Salmonella oraniemburg es una causa común de gastroenteritis, pero también puede provocar infecciones sistémicas y septicemia.

0402 DESENLACE FAVORABLE EN LEPTOSPIROSIS GRAVE MULTIORGÁNICA: UN DESAFÍO EN CUIDADOS CRÍTICOS. REPORTE DE CASOS

FR PÉREZ(1), SL PULCINELLI(1), DO SOUTO(1), H CONDE(1), LA BERLONI(1), LJ GIORDANA(1), FN LIBARDI(1), L LÓPEZ MACCAN(1), MF LÓPEZ(1)

(1) Hospital De Emergencias Dr. Clemente Álvarez.

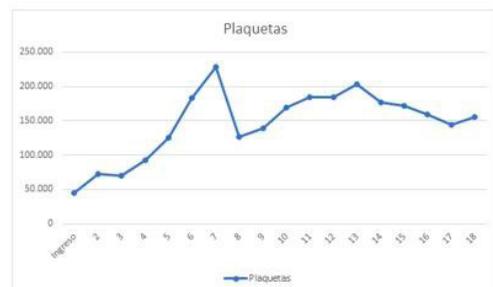
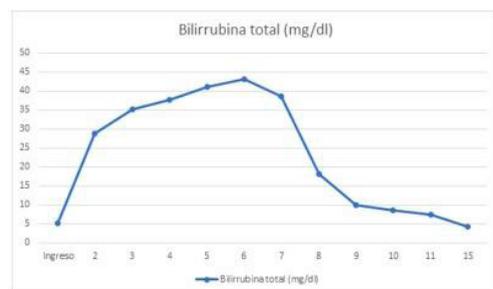
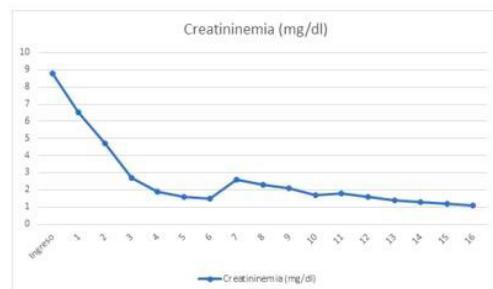
Introducción: La leptospirosis es una zoonosis de distribución mundial. Su presentación clínica es variable, desde formas asintomáticas hasta cuadros graves y fulminantes. La identificación precoz resulta fundamental para mejorar el pronóstico.

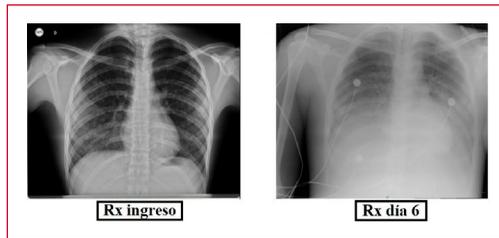
Presentación del caso: Varón de 18 años, sin antecedentes. Refiere actividad recreativa en la isla previo al inicio de síntomas. Consulta por cuadro de cuatro días de evolución caracterizado por fiebre, artralgias, mialgias, cefalea, epistaxis, vómitos y diarrea. Sin foco neurológico, taquipleico. Laboratorio al ingreso: falla renal, anemia y trombocitopenia. Radiografía de tórax: Infiltrados bilaterales

medio basales. Ingresa a Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), se vincula a AVM, inicia tratamiento vasopresor (Noradrenalina 0,18 µg/Kg/m) por hipotensión severa refractaria a fluidoterapia. Se remiten muestras de hemocultivos, urocultivo, miniBAL, PCR Dengue, ELISA y macroaglutinación para Leptospirosis; inicio de antibioticoterapia empírica con Ceftriaxona y Doxiciclina, agregando luego Vancomicina. Se realiza protocolo de ultrasonografía crítica de la unidad donde se evidenció: derrame pleural leve bilateral, líneas B en ambos campos pulmonares, VCI 14.5 mm con colapso inspiratorio. Ecocardiograma: Fracción de eyección conservada, derrame pericárdico leve. A las 48 horas presenta hiperbilirrubinemia y Síndrome de Distrés Respiratorio Agudo (SDRA). A las 72 horas mejora hemodinámicamente y se suspende tratamiento vasopresor; se positivizan muestras para Leptospirosis. Interocurre el día 6 con neumonía asociada a ventilación mecánica (NAV) temprana a SAMR por lo que realiza tratamiento dirigido. Posteriormente se progresa weaning y se extuba el día 11. El día 18 de internación pasa a sala general.

Discusión: La leptospirosis puede evolucionar hacia una forma grave caracterizada por falla multiorgánica, conocida como Enfermedad de Weil. En este caso, se observó compromiso respiratorio, cardiovascular, renal, hematológico y hepático. A pesar de la alta morbimortalidad descrita en la literatura (5-40%), el diagnóstico oportuno permitió una evolución favorable.

Conclusión: El presente caso destaca la importancia de considerar esta etiología en cuadros sépticos con falla multiorgánica en regiones endémicas.





0405 COQUELUCHE GRAVE EN UCI. SERIE DE CASOS.

NM TRESOLS(1), A SARAVI(1), N WATZLAWIK(1), G PEREZ(1), M HERRERA(1), M ZUÁZAGA(1), R RODRIGUEZ SANCHEZ(1)
 (1) Hospital "Prof. Dr. Juan P. Garrahan".

Introducción: La infección por Bordetella Pertussis o coqueluche presenta un incremento en su incidencia en los últimos años asociado a la disminución en las tasas de cobertura de vacunación. Los cuadros graves presentan hipertensión pulmonar (HTP), falla cardíaca, encefalopatía y/o insuficiencia respiratoria (IR). El tratamiento en UCIP implica soporte multiorgánico, tratamiento de la HTP y eventual medidas de leucorreducción.

Objetivos y métodos: Caracterizar y analizar los resultados de pacientes admitidos en UCIP polivalente con diagnóstico de coqueluche grave. Se analizaron las historias clínicas de pacientes pediátricos (1 mes -16 años) ingresados a Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIP) del Hospital JP Garrahan periodo 01-01-2024 al 31-01-2025. Las variables continuas se describieron como mediana y rango intercuartil (RIC) y los datos categóricos se informaron como números absolutos y proporciones.

Casos: Se registraron 4 pacientes, mediana de edad de 13 meses (RIC 10-18,3), peso 7,5 kg (RIC 6,7 -8,25) siendo el 75% mujeres. Score PIM3 al ingreso 2,4% (RIC 1,4 - 5,9). 3 de los pacientes presentaron esquema de vacunación incompleto, 1 con antecedentes respiratorios. El motivo de ingreso de los 4 pacientes fue IR, con requerimiento de soporte ventilatorio tanto invasivo como no invasivo (Tabla 1). Como tratamiento de leucorreducción, el 50% realizó exanguinotransfusión; en ambos casos se realizó con glóbulos blancos mayor a 100.000 asociado a la presencia de IR más HTP (Tabla 1). Uno de los pacientes evolucionó con encefalopatía epiléptica con lesiones en RMN Atrofia/pseudoatrofia encefálica, leucoencefalopatía supratentorial y cambios peri-ictales hipocampal izquierdo. En este grupo de pacientes se observó una prolongada estadía en UCIP junto con tiempo prolongado de soporte respiratorio (Tabla 2).

Discusión: La mediana de edad, es mayor a la reportada en la bibliografía; sin embargo muchos de estos trabajos son previos a la implementación de la vacunación en embarazadas. También observamos diferencia en la mortalidad, pero nuestro grupo de pacientes requirieron soporte cardiorrespiratorio prolongado. La exanguinotransfusión se definió con criterios de laboratorio y clínica, no encontrándose en la bibliografía criterios unificados. En uno de nuestros pacientes observamos una presentación poco habitual, como es el compromiso neurológico.

Tabla 1. Evolución de los pacientes con coqueluche grave en UCIP

Casos	Máximo GB	ET	VMI	SRNI	HTP	ONi
Paciente 1	139.460	Si	Si	Si	Si	Si
Paciente 2	150.690	Si	Si	No	Si	Si
Paciente 3	64.850	No	Si	Si	No	No
Paciente 4	22.840	No	No	Si	Si	No

UCIP: unidad de cuidados intensivos pediátrica; GB: Glóbulos Blancos; VMI: Ventilación mecánica invasiva; SRNI: soporte respiratorio no invasivo (Ventilación no invasiva y/o Cánula nasal de alto flujo); ET: Exanguinotransfusión; HTP: Hipertensión pulmonar; ONi: Oxido nítrico inhalado

Tabla 2. Tratamientos y resultados de los pacientes con coqueluche grave en UCIP

Variables	n=n ¹
Duración AVM (días)	19,5 (14,3 - 20)
Duración VNI (días)	2,5 (0 - 5,6)
Duración ONi (días)	2,5 (0 - 6,8)
Inotrópicos / vasopresores	3 (75)
Duración estadía UCIP (días)	34 (26 - 37)
Duración estadía Hospitalaria (días)	52 (46 - 59)
Sobrevivida	4 (100)

¹ mediana (rango intercuartil); n (%)

UCIP: unidad de cuidados intensivos pediátrica; AVM: Asistencia ventilatoria mecánica; VNI: Ventilación no invasiva; ONi: Oxido nítrico inhalado

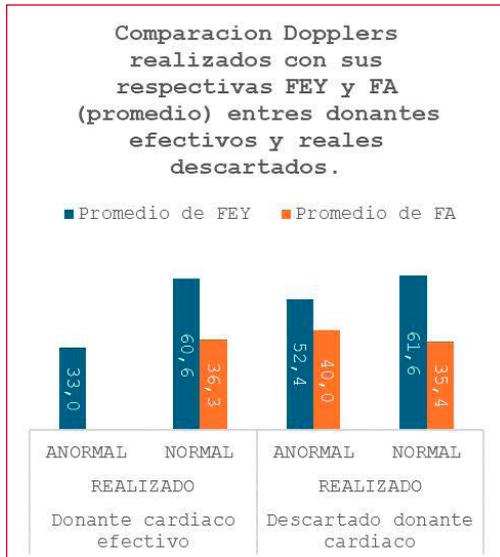
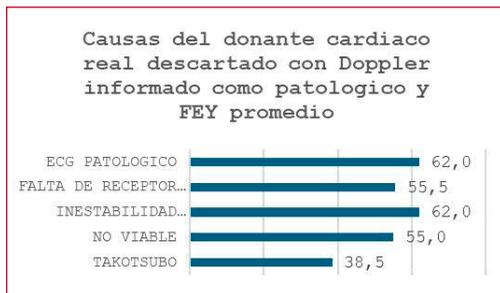
0406 UTILIDAD DEL DOPPLER CARDÍACO EN LA EVALUACIÓN DEL DONANTE CARDÍACO

R GÓMEZ PAZ(1), J VERGES(1), F CICHERO(1), V BALBUENA(1), S FIORETTI(1), M LAGO(1)
 (1) Eait.

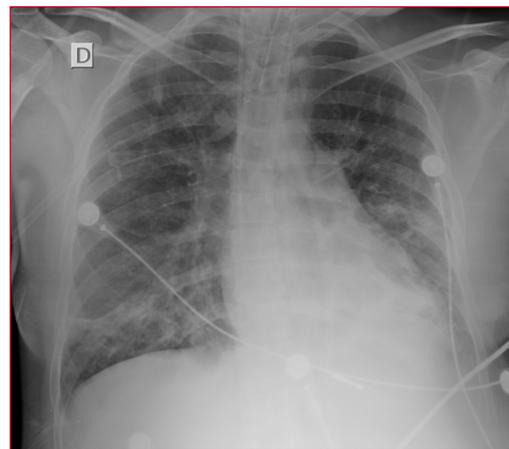
Materiales y/o Métodos: Observacional, retrospectivo donde se evalúa la utilización del Doppler cardíaco en donantes reales y donantes efectivos regionales, y su impacto en convertir un donante en efectivo. Desde enero 2022 a diciembre 2024. Utilización de base de datos CRESI de INCUCAI a nivel nacional y regional, Datos de SINTRA, revisión de historias clínicas.

Resultados: De los 387 donantes reales con apertura de listas intratorácica a nivel nacional, 102 fueron en CABA. De los 102 donantes reales, 30 fueron donantes efectivos cardíacos (29,41%). Se le realizó Doppler Cardíaco en 50 casos (49,02%) de los donantes reales, con un mínimo predominio de instituciones de gestión privada. Donantes efectivos (30) se realizó el estudio a 14 (46,67%) y de estos 10 no presentaron alteraciones en el estudio. FEY promedio 60,57% FA 36,25. 2 casos presentaron trastornos de la motilidad con FEY < 50% y uno de ellos el receptor falleció. Donantes NO efectivos (72) se realizó el estudio a 36 casos (50%), 27 (37,5 %) sin alteraciones en la motilidad regional, FEY promedio 61,57,1% FA 35,4. Siendo las causas de descarte como donante efectivo en estos casos otras. Los estudios con alteraciones en los Doppler de los donantes NO efectivos cardíacos fueron 9 (12,5%)

Conclusiones: La evaluación exhaustiva de la función ventricular en el donante cardíaco es un paso clave en el proceso de selección para el trasplante. Las técnicas de imagen, especialmente la ecocardiografía con Doppler, proporcionan información crucial sobre la contractilidad, el llenado ventricular y la hemodinámica del corazón del donante, lo que permite tomar decisiones informadas sobre la viabilidad del trasplante y el pronóstico del receptor. En CABA la realización de Doppler cardíaco en donantes reales fue de 50%, 13,73% de los Doppler cardíacos realizados son de paciente donantes efectivos (órgano implantado). El 35,9 % son de pacientes que fueron descartados como donantes efectivos, pero solamente el 8,8% (9 estudios) fue concluyente para descartar como donante efectivo, el resto de los pacientes las causas de descarte fueron otras como antropometría, serologías, condiciones del donante o el receptor.



sistema inmunitario podrían generar alteraciones graves y potencialmente mortales.



0407 NEUMONÍA POR CORONAVIRUS HKU1 EN EL EMBARAZO: REPORTE DE CASO

C GARNERO(1), J RIVAS(1), E JIMENEZ(1), S HEALY(1), M CAPRILES(1), R CARBALLO(1), M ORTIZ(1), C BALASINI(1)
 (1) Pirovano.

Introducción: El coronavirus HKU1 es un virus envuelto con un genoma de RNA de cadena sencilla con polaridad positiva y está directamente relacionado con enfermedades del tracto respiratorio, digestivo o el sistema nervioso central con una asociación a convulsiones febriles en el 50% de los casos y respiratorio 15-30%. Presentación del caso: Paciente de 36 años, con antecedentes de retraso madurativo, diabetes gestacional, asma y tabaquismo severo de 28 semanas de gestación. Consultó por disnea, tos productiva, fiebre, taquicardia y taquipnea, por lo que requirió oxígeno suplementario y tratamiento con ampicilina-sulbactam + azitromicina. Evolucionó con shock séptico ingresando a terapia intensiva, requiriendo ventilación mecánica invasiva y drogas vasoactivas. El hisopado nasofaríngeo fue positivo para coronavirus HKU1. La paciente desarrolló síndrome de distrés respiratorio del adulto severo, por lo cual requirió pronó. Se solicita al servicio de obstetricia que realice la cesárea en la misma sala, previa maduración fetal y neuroprotección dentro de la unidad. Tras la cesárea, se observó una mejoría inmediata en la función respiratoria logrando la extubación y posterior alta.

Discusión: Las pacientes embarazadas con neumonía son propensas a parto y nacimiento prematuros, con evolución grave debido a los cambios fisiológicos propios del embarazo. Todos los coronavirus pueden causar complicaciones graves en los ancianos y las personas inmunodeprimidas siendo potencialmente letales para esta población.

Conclusión: Los cambios fisiopatológicos del embarazo sumado a los antecedentes que generan un cambio sobreimpuesto en el

0413 ABSCESO CEREBRAL: A PROPÓSITO DE UNA SERIE DE CASOS

R ACHATA CASILLA(1), M MELEAN(2), R GUZMAN(3), S CASTRO(3), M MORANTE(3)
 (1) Hospital Higa Eva Perón. (2) Higa Eva Peron San Martin.
 (3) Higa Eva Peron De San Martin.

Introducción: El absceso cerebral es una infección focal del sistema nervioso central, encapsulada por tejido inflamatorio, representa una urgencia neurológica. Pese a su baja incidencia, constituye un problema de salud mundial debido a su alta morbimortalidad. Esta serie de casos busca describir las características clínicas, los factores predisponentes y los agentes etiológicos del absceso cerebral en nuestra unidad.

Presentación del caso: En un estudio observacional, descriptivo y retrospectivo, 9 pacientes internados entre 2022 y 2024. El 55,5 % fueron hombres, con una mediana de internación de 47 días (rango 4-121 días). A su ingreso se realizó laboratorios y cultivos. Diagnósticos por tomografía. Recibieron antibiótico según antibiograma o empírico si no pudo aislarse el germen. Se realizó craneotomía más evacuación. La mayoría presentó signos y síntomas sugestivos de absceso cerebral. La alteración del nivel de conciencia estaba presente en el 55,5 %, cefalea (33,3 %), convulsiones (22,2 %) y fiebre (11,1 %).

Los principales factores de riesgo fueron infecciones posquirúrgicas (66,6 %), otitis (33,3 %), traumatismos craneoencefálicos (22,2 %) y

diseminación endógena (11,1 %). La localización más frecuente fue el lóbulo temporal izquierdo. El germen predominante perteneció al grupo Proteae (33,3 %) (*Proteus mirabilis* y *Providencia stuartii*), siendo el resto muy disímiles.

Discusión: Los abscesos cerebrales posquirúrgicos predominaron a pesar de las medidas de bioseguridad, representando una complicación grave. La manipulación del parénquima cerebral, colocación de dispositivos invasivos y presencia de fístulas de LCR constituyen vías de entrada bacteriana. Se observaron casos secundarios a otitis media complicada, complicaciones traumáticas y diseminación hematogena. La inespecificidad de los síntomas iniciales puede retrasar el diagnóstico, aumentando el riesgo de secuelas neurológicas. La recurrencia del absceso (33,3 %) y la mortalidad (22,2 %), por intercurencias al egreso, reflejan la gravedad.

Conclusiones: El absceso cerebral es una entidad clínica de manejo complejo, cuya evolución puede comprometer gravemente la función neurológica y la vida del paciente. La detección temprana, el diagnóstico por neuroimagen y manejo multidisciplinario son claves para mejorar el pronóstico. La prevención, mediante el control de infecciones primarias, el seguimiento riguroso posoperatorio y el tratamiento oportuno de otitis o traumatismos craneales, es fundamental para reducir incidencia.

Tabla 1. Manifestaciones clínicas iniciales y evolución.

Signos y síntomas de inicio	Número	Porcentaje
Cefalea	3	33.3
Fiebre	1	11.1
Convulsiones	2	22.2
Hemiparesia	0	
Hemiplejía	1	11.1
Confusión	5	55.5
Evolución		
Secuela motora	0	0
convulsiones	0	0
coma	2	22.2
Fallece	2	22.2
Recidiva	3	33.3

Tabla 2. Factores de riesgo y hallazgos microbiológicos.

Pa c	Sexo	Edad	Comorbilidades	Motivo de ingreso	Origen del absceso	Detección de germen en SNC	LOCALIZACIÓN
1	Femenina	62 años	HTA LOE craneotomía suboccipital CA. de pulmón con metástasis a SNC	POP drenaje Absceso de fosa posterior	Infección post qx	S EPIDERMIDIS PAE	Cerebelo
2	Femenina	77 años	HTA Cáncer de mama 2015 + Mastectomía	POP Craneotomía P-T izquierda y evacuación de absceso	Endocar ditis	Estafilococo epidermidis en hemocultivos	PT Izquierdo
3	Masculino	17 años	Asma Toxicómano	POP craneotomía con toilette y DVE	Trauma de cráneo	Escherichia coli y Enterococo gallinarum	Occipital izquierdo
4	Femenina	23 años	Otitis	POP craneotomía	Otitis repetición	Proteus mirabilis	Temporal izquierdo
5	Femenina	22 años	Tabaquista Otitis media crónica	POP Craneotomía TPI	Otitis media crónica	Proteus mirabilis	Temporal izquierdo
6	Femenina	69 años	DBT, HTA	POP tumor cerebral	Infección Post-Q	Klebsiella oxytoca	FPT izquierdo
7	Masculino	63 años	HTA ACV isquémico	Craniectomía descom presiva Evacuación de HIP FP derecho	Infección Post-Q	Acinetobacter y PAE	Frontal derecha
8	Masculino	18 años	Sin ATC	POP absceso cerebeloso izquierdo	Otitis media complicada	Providencia stuartii	Cerebeloso izquierdo
9	Masculino	67 años	DBT	Craniectomía descom presiva Bifrontal.	Trauma de cráneo	LCR negativo	Lóbulo frontal izquierdo

0414 EMBOLIA DE LÍQUIDO AMNIÓTICO: REPORTE DE UN CASO

M TOMAS(1), E DEL VALLE(1), JI BIURRARENA(1)
 (1) Higa San Martín De La Plata.

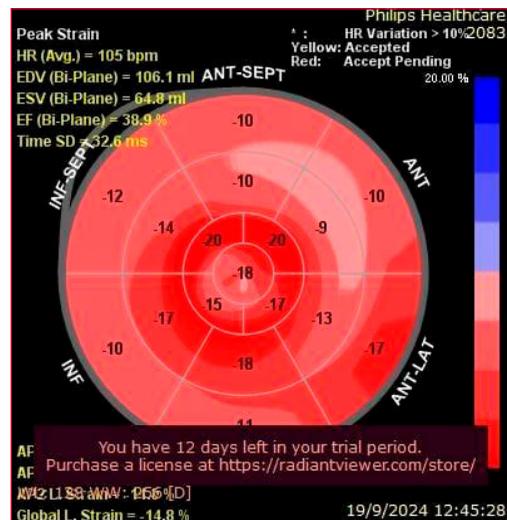
Introducción: La embolia de líquido amniótico es una entidad obstétrica infrecuente pero grave, con una incidencia estimada de 1 en 20.000 partos y una mortalidad materna que puede superar el cuarenta por ciento. Se asocia a ruptura de membranas, trabajo de parto y procedimientos uterinos. Su fisiopatología implica la entrada de líquido amniótico a la circulación materna, generando una respuesta inflamatoria sistémica, disfunción cardiorrespiratoria y coagulopatía. La presentación es abrupta y su diagnóstico es clínico, por exclusión.

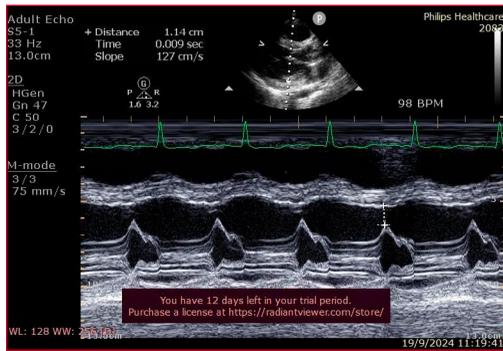
Presentación del caso: Paciente de veintitrés años, con embarazo de 19 semanas, ingresó por ruptura prematura de membranas. Coagulopática. Se realizó legrado uterino que solo evidenció sangrado, sin rescates bacteriológicos. Durante el procedimiento presentó sangrado incoherible con necesidad de histerectomía. En el postoperatorio inmediato ingresó a terapia intensiva con shock con requerimiento de vasopresores e hipoxemia.

El ecocardiograma evidenció hipoquinesia global. En laboratorio se observó actividad de protrombina del quince por ciento, tiempo parcial de tromboplastina activado de 95s y fibrinógeno de 135 mg/dL. La tomografía computada de tórax fue negativa para tromboembolismo pulmonar u otras causas estructurales de hipoxemia. Se descartaron otras causas infecciosas o tromboembólicas. Se interpretó el cuadro como embolia de líquido amniótico. Requirió soporte vasopresor, transfusiones y abordaje multidisciplinario. Evolucionó favorablemente.

Discusión: La paciente presentó una tríada típica de embolia de líquido amniótico: insuficiencia respiratoria, disfunción cardiovascular y coagulación intravascular diseminada, en contexto de ruptura de membranas y procedimiento invasivo. La negatividad de estudios imagenológicos y la ausencia de foco séptico sugieren embolia de líquido amniótico como diagnóstico clínico probable. La literatura reporta casos similares con presentación súbita, rápida progresión y evolución variable, sin método diagnóstico específico. El manejo es fundamentalmente de sostén hemodinámico.

Conclusión: La embolia de líquido amniótico debe sospecharse en cuadros abruptos de shock, hipoxemia y coagulopatía en pacientes obstétricas con factores de riesgo. El diagnóstico precoz y el soporte intensivo son clave para mejorar la supervivencia.





0415 PANCREATITIS POSTRAUMÁTICA EN PEDIATRÍA REPORTE DE CASOS

OH GOMEZ LUND(1), V CÒRDOBA(1), S MORENO(1), R ROCHA(1), S CRADONA(1)
(1) Sanatorio Altos De Salta.

Introducción: Los traumas cerrados pancreáticos son relativamente raros, ocurren en el 3% al 12% de los niños que sufrieron un traumatismo abdominal cerrado y se asocian con altas tasas de morbilidad y mortalidad. Los mecanismos de lesión más comunes en ésta población son los manillares de bicicletas y motos (50%). Otros mecanismos incluyen traumatismo abdominal durante actividades deportivas; accidentes automovilísticos; caer desde altura y colisión durante el juego. La alta tasa de morbilidad del traumatismo pancreático se atribuye directamente a un diagnóstico tardío, una clasificación incorrecta de la lesión o retrasos en el tratamiento.

Presentación del caso: Paciente de 11 años de edad sin antecedentes personales o familiares patológicos, previamente sano. Consulta el 02/08/2024 por presentar traumatismo abdominal cerrado por caída de la bicicleta.

Al examen físico, dolor abdominal localizado en epigastrio y mesogastrio.

Intensidad de 7/10 en escala verbal.

Halo eritematoso en hipocondrio izquierdo compatible con zona de impacto de manubrio de bicicleta.

Dolor de idéntica topografía a la lesión primaria.

Hemodinámicamente compensado, normotenso, abdomen plano, sin signos de irritación peritoneal, doloroso en forma espontánea y a la palpación superficial.

Resto del examen físico sin datos de relevancia

Laboratorio:

Enzimas pancreáticas

Amilasemia de Ingreso 231.

A las 24 hs Amilasemia 1650 Lipasa 1320

Imágenes:

TAC de Abdomen con contraste

Laceración completa de la cola del páncreas

Cirugía:

Manejo conservador y farmacológico

Discusión: El manejo óptimo es controvertido. Aunque la realización temprana de la TC se considera parte del estudio inicial del trauma pancreático, la sensibilidad de la TAC para detectar lesiones del conducto pancreático principal en niños es relativamente baja. La CPRE y la colangiografía (si están disponibles) son útiles para evaluar la lesión del conducto y deben realizarse cuando el estado del conducto pancreático no está claro en la TAC.

Conclusiones: Teniendo en cuenta que el trauma es una de las principales causas de mortalidad y morbilidad en pediatría, ante un trauma cerrado de abdomen mantener un alto índice de sospecha de lesión pancreática y el empleo racional de métodos complementarios para su diagnóstico por parte del equipo tratante debe ser una prioridad.

0416 FALSOS POSITIVOS CLÍNICOS RESULTANTES DE UNA TERAPIA RECIENTE CON INMUNOGLOBULINA INTRAVENOSA: REPORTE DE UN CASO

OH GOMEZ LUND(1), V CÒRDOBA(1), S MORENO(1), ME BOBBIO(1)
(1) Sanatorio Altos De Salta.

Introducción: Las preparaciones de inmunoglobulina representan colectivamente el estado inmunitario de miles de donantes de plasma con una variabilidad significativa entre lotes. Con frecuencia, se solicitan pruebas serológicas para diversas enfermedades infecciosas sin tener conocimiento de la exposición previa a IgIV.

Caso Clínico: Paciente de 4 años de edad con diagnóstico de Encefalitis Inmunomediada.

Antecedentes de reparación de CIA Abril de 2024.

Consulta por Fiebre-Ceguera-Mutismo.

Ingresa al servicio con grave compromiso del estado general a expensas del involucramiento del sistema nervioso central, se descartan etiologías infecciosas y se asume como encefalitis inmunomediada.

Se instaura tratamiento con corticoides en pulsos e inmunoglobulina endovenosa, con regular evolución, se plantea iniciar terapia con agentes biológicos previo a lo que se solicitan serologías como parte de evaluación por protocolo pre infusión. Se reciben resultados positivos para Hepatitis B, Rubeola, CMV, VEB.

Se aborda en conjunto con infectología y ante la posibilidad de falsos positivos por infusión reciente de inmunoglobulinas se analiza carga viral y nuevas serologías que resultan negativas.

Discusión: Las pruebas serológicas en pacientes que reciben o han recibido recientemente terapia con IgIV deben realizarse con precaución. Los resultados falsos positivos como resultado de la seroconversión mediada por IgIV son un riesgo potencial y son más frecuentes en pacientes que reciben más de 100 g de IgIV. Se recomienda evitar las pruebas serológicas en pacientes sometidos a tratamiento con IgIV. Tras el tratamiento, es posible, que se produzcan resultados falsos positivos de forma continua durante varios días o incluso semanas, y que varíen en función de la vida media de la IgG. Esto se verá influenciado por diversos factores, como el perfil de IgG del donante y del receptor, así como por cuestiones relacionadas con el almacenamiento/estabilidad y la preparación del fabricante. Dadas las complejidades de la interpretación de las pruebas serológicas, puede ser prudente realizar pruebas diagnósticas definitivas mediante otra modalidad, si está disponible así como retrasar la repetición de las pruebas en casos seleccionados para observar la serorreversión.

Conclusiones: Ante pacientes pasibles de recibir tratamiento con IgIV, sería prudente solicitar serologías previas, teniendo en cuenta la posibilidad de escalar en el tratamiento con otros inmunosupresores.

0417 ALACRANISMO BIFÁSICO CON MIOCARDITIS Y SEPSIS EN ADOLESCENTE: A PROPÓSITO DE UN CASO

VL COGO(1), AG ANDINO(2), C LEHDER PRERESI(2), A GONZALEZ(2)
(1) Hospital San Felipe. (2) San Felipe.

Introducción: El alacranismo es una urgencia médica creciente en áreas urbanas de Argentina, con más de 8.000 casos anuales. Tityus trivittatus es la especie de mayor impacto clínico. Si bien los cuadros graves son más comunes en niños pequeños, pueden presentarse formas severas en adolescentes, especialmente ante múltiples picaduras, las cuales se asocian a mayor riesgo de toxicidad sistémica. Presentamos un caso de evolución clínica bifásica, con complicaciones cardiovasculares y sépticas que requirieron soporte vital avanzado en UCI.

Presentación del caso: Paciente masculino de 18 años, previamente sano, derivado tras doble picadura de alacrán (cuello y mano). Ingresó con vómitos, temblores y diaforesis. Se administraron 6 ampollas de suero antiveneno con mejoría inicial. A las 12 horas presentó recaída clínica con vómitos, desaturación e hipotensión refractaria

a fluidoterapia, por lo que se inició asistencia respiratoria mecánica y aminas vasoactivas. Se repitió el suero antiveneno a igual dosis por indicación de toxicología. Evolucionó con miocarditis tóxica e insuficiencia cardíaca, tratada eficazmente con dobutamina y milrinona. Posteriormente, presentó sepsis por neumococo resistente a vancomicina, que fue resuelta con antibióticos dirigidos.

Discusión: Este caso ilustra una evolución bifásica infrecuente del alacranismo, con recaída luego de una aparente mejoría. La repetición del suero antiveneno, aunque fuera de protocolo, resultó útil ante la progresión clínica. La miocarditis por toxina escorpiónica, habitual en niños, es menos frecuente en adolescentes, pero debe considerarse. El soporte inotrópico con milrinona y dobutamina se ajusta a reportes previos. La aparición de sepsis por germen multi-resistente en un paciente crítico bajo asistencia invasiva prolongada representa un riesgo añadido y requiere una vigilancia estrecha.

Conclusión: El escorpionismo puede evolucionar de forma impredecible, incluso en pacientes inicialmente estables. Este caso destaca la importancia de un monitoreo intensivo prolongado y un abordaje dinámico que contemple toxicidad cardíaca, recaída clínica y complicaciones infecciosas en cuadros graves, especialmente con picaduras múltiples.

0420 ABSCESO CEREBRAL VS EMPIEMA SUBDURAL

Y YANEF(1), A ARANDA(1)
(1) Hospital 4 De Junio.

Introducción: El absceso cerebral es una acumulación purulenta intraparenquimatosa que puede surgir como complicación de infecciones, traumatismos o procedimientos neuroquirúrgicos. El empiema subdural, en cambio, es una colección purulenta entre la duramadre y la aracnoides. Ambas entidades requieren diagnóstico y tratamiento oportunos debido a su elevada morbimortalidad.

Presentación: Paciente masculino con antecedentes de diabetes mellitus, hipertensión arterial y neurocirugía por hematoma subdural crónico. Ingresó con cefalea, fiebre y hemiplejía izquierda. La tomografía computada sugirió absceso cerebral; se inició tratamiento empírico con vancomicina, metronidazol y ceftazidima. La resonancia magnética, al día 13, confirmó absceso cerebral y empiema subdural. Fue derivado a un centro de mayor complejidad, donde se realizó drenaje quirúrgico y colocación de sensor de presión intracraneana. Ingresó a UCI con asistencia ventilatoria mecánica, con extubación exitosa al octavo día. Evolucionó estable y fue trasladado a clínica médica.

Discusión: La sospecha clínica inicial permitió un tratamiento antibiótico precoz, aunque la confirmación diagnóstica fue tardía. La derivación oportuna a un centro especializado permitió el abordaje quirúrgico y el monitoreo neurológico adecuado. El manejo intensivo precoz favoreció una recuperación neurológica sin complicaciones mayores.

Conclusión: El abordaje integral, con intervención multidisciplinaria y acceso a recursos de alta complejidad, fue clave en la evolución favorable del paciente. El diagnóstico temprano y la acción terapéutica coordinada son determinantes para mejorar el pronóstico en infecciones intracraneales graves, especialmente en pacientes con comorbilidades.

0421 EXPERIENCIA DE APLICACIÓN DEL PROTOCOLO GLASGOW 7 POR LA RESIDENCIA DE TERAPIA INTENSIVA DEL HOSPITAL ESCUELA "GRAL SAN MARTÍN" DE LA CIUDAD DE CORRIENTES.

E BENITEZ(1), H ALVAREZ(1), S LAZZERI(1), L OJEDA(1), J BERNACHEA(1), EG MILELLA(1), M MOSQUEDA(1), LC FIGUERO SALINAS(1)

(1) Hospital Escuela General Jose Francisco De San Martin - Corrientes.

Introducción: Cada año, innumerables pacientes, esperan con esperanza un trasplante que les permita recuperar su salud y calidad de vida. Para lograrlo, es indispensable la detección de potenciales

donantes, siendo de suma importancia además, el seguimiento de los pacientes neurocríticos que ingresen a una Unidad de Cuidados Críticos (UCI) polivalente, permitiendo identificar de forma precoz a los posibles donantes, optimizando los tiempos de intervención y aumentando las probabilidades de éxito en la procuración.

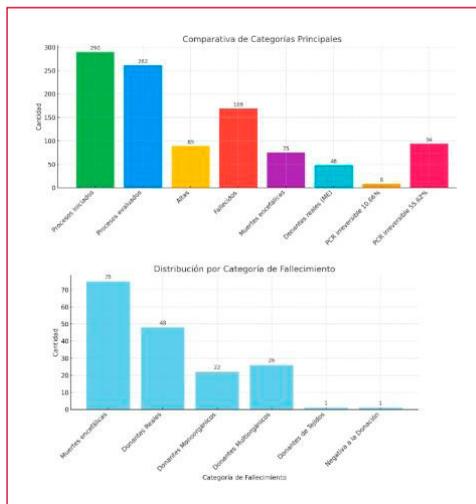
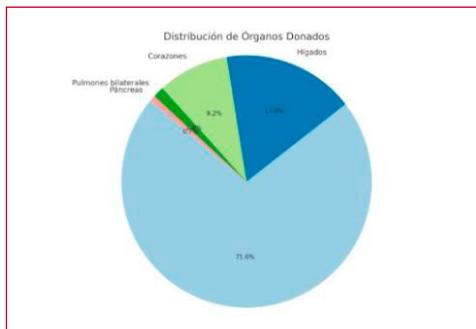
Objetivos: Exponer la experiencia de utilización del protocolo Glasgow 7 del INCUCAI por la residencia de Terapia Intensiva como herramienta clave para la detección y optimización de potenciales donantes en un Hospital Público de Argentina.

Materiales y Métodos: Se realizó una búsqueda en la base de datos del hospital y en el CRESI del INCUCAI, en un periodo comprendido entre el 1 de enero de 2023 al 31 de diciembre de 2024.

Resultados: Durante el periodo analizado, se registraron 1270 ingresos a la UCI y 525 fallecieron (41.34%). Al programa de detección Glasgow 7, ingresaron 290 pacientes (23,96%), de los cuales 117 fueron dados de alta o derivados a otra institución (40 %) y 169 (60%) evolucionaron al óbito. 75 pacientes (44%) hicieron muerte encefálica, de los cuales, 48 fueron donantes reales de órganos (64%), 26 donantes multiorgánicos (54%) y 22 monoorgánicos (46%). 10% de los pacientes presentaron paro cardiorrespiratorio, siendo 5 de ellos donantes de tejidos (62.5%), 2 presentaban expresión negativa a la donación y el resto, 24% presentaron contraindicación médica. 94 fallecidos de causas no neurológicas (56%), 7 fueron donantes de tejidos, 79 presentaban contraindicaciones médicas, y 8 con negativa expresa hacia la donación.

Se procuraron 141 órganos. 101 riñones (71,63%), 24 hígados (17,02%), 13 corazón (9,22%). 2 pulmón bilateral (1,42%), y 1 páncreas (0,71 %).

Conclusión: La detección de potenciales donantes subraya la eficacia del protocolo. De la proporción de muertes encefálicas en pacientes neurocríticos y el alto porcentaje de donación efectiva, confirma la importancia del protocolo Glasgow 7 en la identificación de potenciales donantes de órganos y su posterior procuración, constituyéndose como una herramienta fundamental del proceso donación-trasplante.



0424 DESAFÍO DIAGNÓSTICO DE TUBERCULOSIS MENÍNGEA COMPLICADA CON SDRA EN UN HOSPITAL PÚBLICO DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES. A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO.

J MUÑOZ(1), L MONTAÑO(1), H LOPEZ(2), B FERNANDEZ(3), J MONTES DE OCA(1), D BARRIENTOS(1), J CARDOZO(4), A MONTES DE OCA(1), W VIDETTA(1), A TAMAYO(1)
(1) Municipal Eva Perón De Merlo. (2) Municipal Eva Perón De Merlo. (3) Municipal Eva Perón De Merlo. (4) Municipal Eva Perón Demerlo.

Introducción: A nivel mundial y en los países en desarrollo como en Latinoamérica, la tuberculosis y sus formas de presentación extrapulmonar como la meningea son de gran importancia, complicaciones y secuelas neurológicas producen grandes costos para el sistema de salud y teniendo en cuenta la limitación, el difícil acceso a estudios diagnósticos ideales y alta mortalidad, es necesario y de vital importancia poder realizar un acertado enfoque que nos pueda ayudar y dar herramientas para un tratamiento oportuno y reducir la mortalidad. en la UTI la monitorización multimodal y seguimiento es fundamental para el pronóstico y evolución adecuada, debido a complicaciones como SDRA, poder hacer una monitorización al pie de la cama es una herramienta que puede iniciar y tomar conductas apropiadas para la mejoría de los pacientes

Objetivos: Describir el desafío diagnóstico de la TBC meningea complicada con hipoxemia refractaria

Resultados: Masculino 50 años, antecedentes: HTA, ICC, consumo de cocaína. ingresa guardia por alucinaciones, confusión, fiebre, disnea progresiva e insuficiencia respiratoria, TC de encéfalo sin alteraciones, evoluciona con IRA tipo II, deterioro de conciencia, IOT-ARM, antibiótico a foco respiratorio, evolucionando con hipoxemia refractaria, prono por 16 horas, se supina y pasa a UTI con inestabilidad hemodinámica, continua hipoxemia refractaria requiriendo cuatro ciclos de prono prolongados, sospecha de meningitis, punción lumbar, características de LCR inflamatorio, PCR-TBC positivo, inicio tratamiento tuberculostático, PCR-TBC secreción respiratoria positivo, neuromonitoreo no invasivo sin signos de hipertensión endocraneana, weanning prolongado, extubado a VNI se realiza neurorehabilitación y motora, pasa a la sala con Rankin modificado de uno.

Discusión: El desafío diagnóstico es notablemente difícil debido a su rápido inicio, con signos y síntomas inespecíficos y la dificultad para diagnosticar el mycobacterium tuberculosis en LCR en este caso se resalta la importancia de la sospecha clínica más la confirmación de método microbiológico utilizado para un tratamiento precoz y así reducir la morbimortalidad

Conclusión: Este caso representa un reto diagnóstico, se necesita un alto grado de sospecha clínica, prueba diagnóstica precoz y tratamiento oportuno, la monitorización hemodinámica, respiratoria, neuromonitoreo no invasivo, sin importar la inestabilidad hemodinámica y poder determinar signos de hipertensión endocraneal mejora el pronóstico como nuestra paciente con actual alta hospitalaria.

0426 FENOTIPOS AUTONÓMICOS EN INSUFICIENCIA HEPÁTICA CRÓNICA MEDIANTE VARIABILIDAD DE LA FRECUENCIA CARDÍACA: ANÁLISIS OBSERVACIONAL Y CLUSTERIZACIÓN EN UN CENTRO DE ALTA COMPLEJIDAD

LC PEREZ ILLIDGE(1), CA OLIVA MARTINEZ(1), LA AGUIRRE(1), JR BINDA(1), L FONTE(1), G TUHAY(1), J MARTINEZ(1), M URANGA(1), FR KLEIN(1), V DESCALZI(1)
(1) Favaloro.

Introducción: La disautonomía es una alteración frecuente en la insuficiencia hepática avanzada, con implicancias pronósticas poco exploradas. La variabilidad de la frecuencia cardíaca (HRV) permite cuantificar la modulación simpático-parasimpática en forma no invasiva. El objetivo fue caracterizar fenotipos autonómicos en pa-

cientes con hepatopatía crónica y su relación con variables clínicas mediante análisis de clusterización.

Materiales y Métodos: Se incluyeron 14 pacientes con insuficiencia hepática crónica. Se registró HRV durante 5 minutos en reposo con software Kubios. Se analizaron índices de variabilidad global (SDNN), vagal (RMSSD), simpático (SNS) y parasimpático (PNS), además del cociente LF/HF y la potencia total. Se obtuvieron scores MELD, MELD-Na, Child-Pugh, bilirrubina y uso de betabloqueantes. Se aplicó análisis de componentes principales (PCA) y clustering K-means no supervisado. Se evaluaron asociaciones estadísticas univariadas y multivariadas.

Resultados: Se identificaron tres fenotipos autonómicos:

Cluster 0 (n=6): perfil autonómico intermedio.

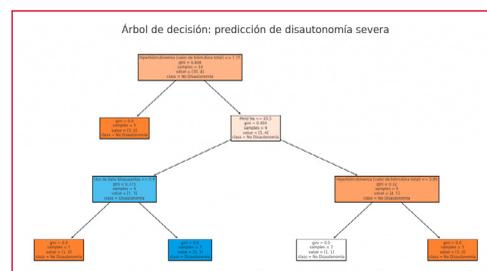
Cluster 1 (n=4): alta HRV (RMSSD 153.4 ± 52.7 ms), predominio vagal y MELD-Na bajo.

Cluster 2 (n=4): disautonomía severa (SDNN 22.9 ± 8.7 ms, SNS elevado), asociado a MELD-Na alto, mayor bilirrubina y Child-Pugh C. En el análisis univariado, MELD-Na se asoció negativamente con LF/HF (r = -0.60, p = 0.023). El uso de beta bloqueantes se relacionó con reducción de SDNN (p = 0.027) y RMSSD (p = 0.0079). Modelos logísticos completos no fueron concluyentes, pero un árbol de decisión permitió visualizar puntos de corte clínicos relevantes.

Discusión: Este estudio exploratorio muestra que la HRV puede revelar patrones de disautonomía en pacientes con hepatopatía crónica que no son evidentes con scores tradicionales. La disminución de la variabilidad y el predominio simpático se asociaron a mayor severidad hepática, lo que respalda su valor como biomarcador funcional. La clusterización no supervisada permitió fenotipar grupos clínicos, lo cual podría tener implicancias pronósticas y terapéuticas. El uso de herramientas no paramétricas como árboles de decisión aporta reglas clínicas simples y potencialmente aplicables.

Conclusión: La HRV permite identificar subgrupos fisiológicos de relevancia clínica en hepatopatía crónica. Su integración con variables clínicas podría optimizar la estratificación de riesgo y orientar estrategias individualizadas de manejo y seguimiento.

Variable	Media (±DE)	Mediana [Rango]
Edad	57.50 (±16.06)	64.00 [22-93.00]
Meld	11.86 (±3.84)	11.00 [8.00-20.00]
Meld Na	16.71 (±5.53)	17.50 [8.00-25.00]
Child pugh	7.50 (±1.91)	7.00 [5.00-12.00]
Superbilirrubinemia (valor de bilirrubina total)	2.29 (±2.30)	1.50 [0.30-20]
PNS index	1.61 (±3.34)	0.49 [2.32-8.91]
SNS index	0.44 (±2.25)	0.08 [2.31-5.08]
SDNN (ms)	75.69 (±72.27)	46.20 [11.30-244.30]
RMSSD (ms)	103.03 (±101.78)	56.60 [9.50-361.50]
LF/HF	1.57 (±1.83)	0.99 [0.13-6.13]
Total Power (ms2)	4062.93 (±9643.73)	1449.00 [59.00-37138.00]



0427 NOCARDIOSIS CEREBRAL EN DOS PACIENTES INMUNOCOMPETENTES

C FAUEZ(1), R ROMEGGIO(1), ML CAMPASSI(1), F REPETTO(1), M CUITIÑO(1)
(1) Clínica La Pequeña Familia.

Introducción: La Nocardia es una bacteria gram positiva que se comporta como un patógeno oportunista. Se encuentra en el suelo, el agua o material en descomposición. Afecta predominantemente a pacientes inmunocomprometidos. La infección ocurre por inoculación directa en la piel o por inhalación y compromete el pulmón, la piel y el cerebro. Se presentan dos pacientes inmunocompetentes con nocardiosis cerebral.

Presentación de casos: El primer caso es un hombre de 59 años con antecedentes de hipertensión arterial e hipotiroidismo que presentó un cuadro de síndrome confusional asociado a paresia moderada facio-braquio-crural izquierda. La tomografía axial computada y resonancia de encéfalo evidenciaron una lesión heterogénea sólida a nivel de ganglio basal derecho con edema perilesional y desviación de la línea media de 5 mm. La espectroscopia informó pico de lactato compatible con absceso. Se solicitaron hemocultivos y se estudió para inmunodeficiencias adquiridas siendo negativos. Se realizó biopsia estereotáxica rescatándose material purulento e inició antibioticoterapia empírica. El informe de bacteriología arrojó como resultado nocardia.

El segundo caso se trata de un hombre de 69 años de edad con antecedentes de hipertensión arterial, epilepsia e hipotiroidismo que se presentó con disartria, ataxia, inestabilidad en la marcha. En la resonancia magnética de encéfalo se evidenciaron lesiones cerebelosas contiguas que realzan en forma heterogénea con contratante endovenoso, de 19 x 16 mm y de 23 x 20 mm, ambas ocluyen el cuarto ventrículo. En la espectroscopia se informó disminución focalizada del pico de N-acetil aspartato inespecífica. Se realizaron hemocultivos y se estudió para inmunodeficiencia adquirida siendo negativos. Se realizó exéresis de ambas lesiones que resultaron purulentas por lo que inició tratamiento antibiótico. Posteriormente el servicio de bacteriología informó nocardia.

Discusión: La nocardiosis cerebral es una localización infrecuente de esta infección bacteriana, más aún en pacientes inmunocompetentes. Requiere una alta sospecha y rápido diagnóstico para afrontar un tratamiento adecuado con menores secuelas neurológicas.

Conclusión: Se presentaron dos casos de pacientes sin evidencia de inmunocompromiso y diagnóstico de nocardiosis cerebral por su baja incidencia y localización infrecuente.

0428 FALLECIMIENTO BAJO CRITERIOS NEUROLÓGICOS EN PEDIATRÍA: INCIDENCIA Y EFECTIVIDAD DE LA PROCURACIÓN DE ÓRGANOS EN TRES UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS

AC BORDOGNA(1), DL RAMOS VARGAS(1), PA CASTELLANI(1), CM LUTKEVICIUS(1), MF PODESTA(2), PL MEDICI(3), NS MAROGNA(2), RO BERNARDI(4)
 (1) Hiaep Sor María Ludovica. (2) Hospital Alta Complejidad En Red "el Cruce". (3) Hiemi Don Victorio Tetamanti. (4) Cuaiba.

Introducción: El fallecimiento bajo criterios neurológicos (FBCN) posibilita la donación de órganos. Sin embargo, en pediatría, la tasa de conversión de potenciales donantes es inferior a la observada en adultos, lo que limita la disponibilidad de órganos sólidos para trasplante. Identificar las barreras en este proceso resulta esencial para optimizar la procuración.

Objetivos: Describir la incidencia de FBCN y analizar la efectividad del proceso de procuración de órganos en tres Unidades de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIPs) de la provincia de Buenos Aires.

Materiales y Métodos: Estudio retrospectivo observacional basado en la revisión de historias clínicas, registros del sistema SATIQ y la base de datos SINTRA. Se incluyeron pacientes con FBCN entre enero de 2021 y diciembre de 2024. Se relevaron ingresos, fallecimientos, pacientes neurocríticos (Glasgow ≤ 7), certificación de FBCN, tiempos entre certificación y clampeo y características del proceso de donación.

Resultados: Se registraron 3733 ingresos y 289 fallecimientos (7,7%). De los 171 pacientes neurocríticos (4,5% de los ingresos), fallecieron 53: 40 por FBCN (13,8% del total de fallecidos) y 13 por paro cardiorespiratorio irreversible. La tasa de conversión fue del 30%, con 12 donantes reales y 8 efectivos (66% de resultado integral del proceso de donación). Hubo 2 donantes exclusivos de tejidos. La mediana del tiempo entre certificación y clampeo fue de 18,6 h. La mediana de edad de los FBCN fue de 84,5 meses, predominando la anoxia (30%) como causa. La negativa familiar alcanzó el 50%.

Conclusiones: La baja proporción de pacientes neurocríticos respecto al estándar internacional (4,5% vs. 8–12%) sugiere un posible subregistro, salvo en la institución con programa activo. La conversión de FBCN en donantes reales fue baja, asociada a la etiología prevalente (anoxia), que implica mayor disfunción orgánica. La negativa familiar, cinco veces mayor que en adultos, impactó negativamente en la eficacia del proceso. El tiempo entre certificación y clampeo fue adecuado, reflejando una correcta organización. Se requieren estrategias para mejorar la detección de potenciales donantes y optimizar la comunicación y acompañamiento familiar

Tabla 1: Características generales de la población

Variable	Hospital 1	Hospital 2	Hospital 3	TOTAL
Ingresos UCIPs totales	1054	1671	1008	3733
Fallecimientos UCIPs	99 (9.4%)	124 (7.4%)	66 (6.5%)	289 (7.7%)
Neurocríticos + Glasgow < 7	38	128	5	171 (4.5%)
Altas	16	102	0	118 (69%)
Neurocríticos fallecidos	22	26	5	53 (31%)
Pacientes con PCR irreversible	3	9	1	13 (24.5%)
Pacientes con FBCN	19	17	4	40 (75.5%)
Donantes reales	5	5	2	12
- Multiorgánicos	- 3	- 2	- 2	- 7
- Monoorgánicos	- 2	- 3	-	- 5
Donantes efectivos	3	3	2	8
Donantes de tejidos	1	1	0	2
Tasa de conversión de donación	26.3%	29.4%	50%	30%
Resultado integral del proceso donación-trasplante	60%	60%	100%	66.6%

Tabla 2: Características de los pacientes con muerte encefálica

Variable	Hospital 1	Hospital 2	Hospital 3	TOTAL
Hospital Certificante	No	Si	No	
Edad (mediana)	95	39	152	84.5
Sexo (M:F)	10: 9	10:7	4:0	24/16
PIM 3 (mediana)	28.31	48.37	79.36	44.03
Principales causas de ME	- Anoxia (7) - TEC (1) - ACV (3) - Infección (2) - Tumores (2) - Otras (4)	- Anoxia (4) - TEC (4) - ACV (4) - Infección (3) - Tumor (2)	- Anoxia (1) - TEC (3)	- Anoxia 12 - TEC 8 - ACV 7 - Infección 5 - Tumor 4 - Otras 4
Métodos complementarios	EEG (17) PE (18) Arteriografía de 4 vasos (2)	EEG (15) PE (7) DTC (2)	EEG (4)	
Contraindicaciones médicas	2 (10.5%)	1 (5.8%)	0	3 (7.5%)
Negativa familiar a la donación	10 (52.63)	8 (47.05)	2 (50%)	20 (50%)
Tiempo entre certificación y clampeo (mediana)	22,6	22,8	16,8	18,61

0429 ACV ISQUÉMICO COMO PRESENTACIÓN INICIAL DE ENDOCARDITIS INFECCIOSA

C FAUEZ(1), R ROMEGGIO(1), D BANEGAS(1), S ALIANO(1), F CINTORA(1)
 (1) Clínica La Pequeña Familia.

Introducción: La endocarditis infecciosa (EI) es una enfermedad sistémica caracterizada por compromiso valvular. Las complicaciones neurológicas vasculares isquémicas o hemorrágicas se presentan entre un 20-40% de los casos durante el transcurso de la enfermedad. Cuando ocurren como la primera manifestación conllevan mayor mortalidad.

Presentación de caso: Se presenta un paciente de 56 años con antecedentes de prolapso mitral, proceso odontógeno 4 meses previo a la consulta y episodios intermitentes de migrañas generalizadas con consumo frecuente de analgésicos. Consultó a la guardia por síndrome confusional, trastornos del habla y debilidad del hemicuerpo derecho de inicio incierto. La angiotomografía de encéfalo evidenció hipodensidad cortico subcortical con borramiento de la interfase sustancia gris sustancia blanca en relación a evento isquémico de evolución aguda. Ingresó a terapia intensiva confuso



con afasia mixta, hemiparesia leve braquio-crural derecha y fiebre. En el laboratorio presentó anemia normocítica normocrómica, plaquetopenia, eritrosedimentación elevada, creatinemia 1,6 mg/dl y sedimento urinario con microhematuria. Se tomaron hemocultivos por 6 muestras y urocultivo e inició tratamiento antibiótico empírico. A las 24 horas se informó hemocultivos positivos para Streptococcus viridans y se ajustó el tratamiento. El ecocardiograma transesofágico evidenció perforación de valva anterior de válvula mitral e insuficiencia mitral moderada con múltiples vegetaciones, la mayor de 15 mm de longitud con gran movilidad. Ante la evidencia de un reciente evento embólico cerebral se decidió la resolución quirúrgica en forma diferida.

Discusión: El accidente cerebrovascular (ACV) isquémico es una causa frecuente de ingreso a terapia intensiva. El inicio incierto de los síntomas cómo la sospecha de El contraindican la terapia fibrinolítica. Si bien la EI es una causa menor de ACV isquémico es importante sospecharla y descartarla porque conlleva una alta morbimortalidad y un tratamiento diferente.

Conclusión: Se describió el caso de un paciente que como primera manifestación de El presentó un ACV isquémico ya que se asocia a mayor mortalidad y de ser sospechada contraindica la terapia fibrinolítica.

0430 IMPACTO DE LA ENFERMEDAD CRÍTICA EN LA MUSCULATURA ESPIRATORIA EVALUADA POR ECOGRAFÍA Y SU RELACIÓN CON LA EXTUBACIÓN

M HUNTER(1), P LOVAZZANO(1), I BONELLI(1), M SETTEN(1) (1) Cemic.

Introducción: La disfunción de la musculatura espiratoria puede contribuir al fracaso de la extubación en pacientes críticos; sin embargo, su evaluación objetiva ha sido escasamente explorada. La ecografía constituye una herramienta accesible y no invasiva para valorar los músculos abdominales implicados en la espiración activa y en el mecanismo de la tos.

Objetivos: Evaluar la asociación entre los cambios en el espesor y la fracción de engrosamiento (FE) de la musculatura abdominal espiratoria y la falla en la extubación.

Materiales y Métodos: Estudio observacional, prospectivo y longitudinal realizado en una unidad de cuidados intensivos de un hospital universitario. Se incluyeron 16 pacientes adultos con requerimientos de ventilación mecánica por más de 48 horas. Se midió mediante ecografía el espesor y la FE del músculo recto anterior (RA) y de la musculatura lateral abdominal en dos momentos: al inicio de la ventilación mecánica (medición basal) y al momento de la extubación. Se definió extubación exitosa como la permanencia sin requerimiento de ventilación mecánica invasiva ni no invasiva durante al menos siete días tras el retiro del tubo endotraqueal. Se utilizó la prueba de Wilcoxon para comparar los cambios en las variables musculares entre pacientes intubados y aquellos no extubados.

Resultados: Se observó una diferencia significativa en el cambio del espesor del RA entre los grupos: los pacientes no extubados presentaron una mayor pérdida de espesor (-0,18 mm [-0,37; -0,13]) en comparación con quienes lograron ser extubados (0,03 mm [0; 0,13]; p = 0,002). No se encontraron diferencias significativas en los cambios del espesor de los músculos laterales ni en la fracción de engrosamiento (RA o laterales).

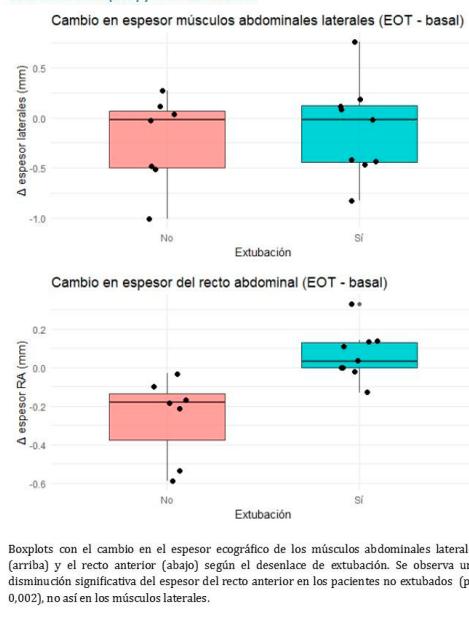
Conclusión: La pérdida de espesor del recto anterior del abdomen, evaluada por ecografía, se asoció de manera significativa con una falla en la extubación. Este hallazgo sugiere que el seguimiento ultrasonográfico del músculo recto anterior podría aportar información pronóstica relevante en el proceso de desvinculación de la ventilación mecánica.

Tabla 1. Características basales de la cohorte (N = 16)

Los datos se expresan como media (DE), mediana [RIC] o número (%), según corresponda.

Variable	Valor
Edad (años)	64 [58, 76]
Sexo	Masculino: 5 (31%) Femenino: 11 (69%)
Índice de masa corporal (kg/m ²)	27,71 (5,95)
Score de Charlson	2,00 [1,00, 4,00]
Clinical Frailty Scale	1,00 [1,00, 2,00]
APACHE II	22 [15, 28]
SOFA	8,00 [5,00, 9,00]
Modo ventilatorio	Mandatorio (VC/PC-CMV): 12 (75%) Espontáneo (PSV/PAV): 4 (25%)
Volumen corriente (ml/kg)	6,80 (0,69)
PEEP (cmH2O)	5,50 (5,00, 8,00)
FiO2	29,9 (5,1)
Presión pico (cmH2O)	21,3 (5,0)
Presión plateau (cmH2O)	16,06 (2,41)
Driving pressure (cmH2O)	9,50 (2,34)
Compliance pulmonar (ml/cmH2O)	45 [40, 56]
Auto-PEEP (cmH2O)	0,00 [0,00, 0,00]
Bloqueantes neuromusculares >12h	1 (6,2%)
Uso de esteroides >12h	7 (44%)
Uso de vasoactivos >12h	9 (56%)
RASS	-4,50 [-5,00, -4,00]
Extubación	Si: 9 (56%) No: 7 (44%)

Figura 1. Cambios en el espesor muscular abdominal comparando el momento de la extubación (EOT) y la medición basal



0431 CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y DE LABORATORIO EN NIÑOS CRÍTICOS CON INFUSIÓN DE PROPOFOL EN LA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA DEL HOSPITAL DE NIÑOS DE LA SANTÍSIMA TRINIDAD.

A DEGIOVANNI(1), F OCHAT(1), G ROSTAGNO(1)
 (1) Hospital De Niños De La Santísima Trinidad De Córdoba.

Introducción: El propofol es un agente hipnótico sedante de uso intravenoso y acción corta. Su uso como parte de esquemas de sedación en unidades de cuidados intensivos pediátricos es mencionado en las últimas guías de práctica clínica publicadas en 2022. A pesar de que el uso del propofol como sedante en infusión continua en la población pediátrica está actualmente difundido en las terapias intensivas, no existen trabajos locales que describan su experiencia. Es el objetivo principal de este trabajo describir las características clínicas y de laboratorio en niños internados en la UCIP del HNST de Córdoba en los cuales se utilizó infusión continua de propofol en un periodo de 18 meses.

Materiales y método: Se realizó un estudio observacional, descriptivo, retrospectivo, incluyendo pacientes de 1 mes a 15 años de edad, internados en UCIP con infusión continua de propofol entre el 01

de septiembre del 2023 y el 28 de febrero del 2025. Se excluyeron pacientes con uso concomitante de nutrición parenteral.

Resultados: Durante este período se utilizó propofol en infusión en 119 pacientes. La indicación más frecuente fue periextubación (45,3%), seguido por sedación dificultosa (32.77%), como parte del esquema propuesto dentro del protocolo de analgesedación hospitalario (14.28%) y en menor medida para manejo de hipertensión endocraneana (7.5%). La media de dosis máxima fue de 3,34 mg/kg/h. Dentro de los pacientes a los cuales se realizó laboratorio (n=56) la hipertrigliceridemia aislada se detectó en un 55%. No se presentaron casos de síndrome de infusión de propofol. Se correlacionó la dosis máxima mayor a 4 mg/kg/h y presencia de hipertrigliceridemia, encontrando una relación estadísticamente significativa. (p 0,01).

Conclusión: El uso de propofol en infusión continua en el estudio presentó un buen perfil hemodinámico, sin registro de síndrome de infusión de propofol. La correlación encontrada entre la dosis mayor a 4 mg/kg/h y la hipertrigliceridemia podría permitir desarrollar protocolos de uso seguro en unidades de terapia intensiva.

Edad (media-rango)	39 (1-183)
Género masculino (FA-FR)	67 (56.3%)
Género femenino (FA-FR)	52 (43.7%)
Antecedentes personales patológicos (FA-FR)	79 (66%)
Internaciones previas en terapia intensiva (FA-FR)	55 (46%)

FA: frecuencia absoluta. FR: frecuencia relativa.

0432 DIAGNOSTICO INCIDENTAL DE MALFORMACION ARTERIOVENOSA PULMONAR EN PACIENTE CON ABCESO CEREBRAL

A BARGAS(1), R AREVILCA(1), N PISTILLO(1)
(1) El Cruce Dr. Nestor Carlos Kirchner.

Introducción: Las malformaciones arteriovenosas pulmonares (MAVP) presentan una incidencia de 2-3 casos/100.000 habitantes. Clasiéndose en congénitas y adquiridas, o bien según la morfología, simples o complejas.

Aproximadamente 60% son asintomáticas. La afectación neurológica suele ser el primer síntoma en el 25% de los casos.

Presentación del caso: Paciente de 36 años, sin antecedentes. Quien consulto por cefalea, vómitos y hemiparesia izquierda al centro derivante, y en donde se diagnostica LOE frontotemporal derecha, que ocasiona síndrome de hipertensión endocraneana por lo que se le realiza craniectomía descompresiva.

Al ingreso a nuestro hospital, se realiza nuevas imágenes. Ante la sospecha de absceso cerebral se decide exéresis completa de dicha lesión, no obteniéndose rescate microbiológico.

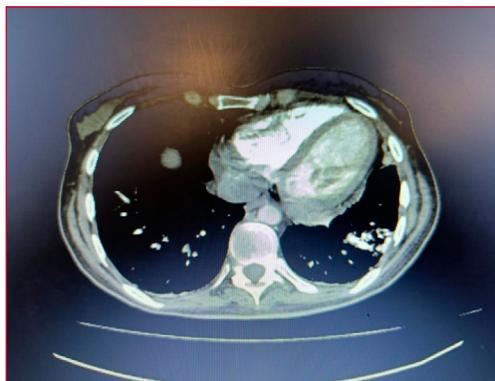
Durante la internación presento múltiples intercurencias: infecciológicas, trombosis de senos venosos cerebrales y del confluente yugulo subclavio y síndrome de trefinado.

En contexto de imagen sospechosa en tórax se le realizó angio-TAC de tórax que evidencio imágenes serpiginosas vasculares a nivel lóbulo inferior izquierdo, compatibles con malformación arteriovenosa realizándose embolización de MAVP con colocación de coils. Evoluciono favorablemente lográndose la externación.

Discusión: La formación de abscesos en MAVP podría deberse a microinfartos sobreinfectados o a microémbolos sépticos durante bacteriemias transitorias.

La ausencia del filtro capilar en las MAVP permite el paso de émbolos sépticos al sistema arterial, favoreciendo la aparición de abscesos cerebrales. La angio-TC fue clave para el diagnóstico y planificación del tratamiento.

Conclusión: Se concluye que ante abscesos cerebrales sin causa clara debe considerarse la MAVP como diagnóstico diferencial, siendo fundamental su detección y tratamiento precoz.



0433 MENINGITIS ASEPTICA

A ARANDA(1), N NEIROT(1), C PEREZ(1), C JAKECS(1)
(1) Hospital 4 De Junio.

Introducción: La meningitis tuberculosa (MTB) es una forma grave de tuberculosis extrapulmonar con alta mortalidad y secuelas neurológicas si no se trata adecuadamente. En Argentina, los casos de tuberculosis han aumentado en los últimos años, lo que subraya la importancia de implementar protocolos de aislamiento para evitar la propagación en los hospitales y el personal de salud.

Presentación del caso: Se presenta el caso de un paciente masculino de 24 años diagnosticado con meningitis tuberculosa, confirmado mediante la prueba GENE-XPRT. El paciente ingresó con síntomas de cefalea intensa, rigidez de cuello y deterioro neurológico, y fue tratado con medicamentos antituberculosos de primera línea. Durante su hospitalización, se detectaron fallas en las medidas de aislamiento, como el uso inadecuado de equipo de protección personal (EPP), la falta de higiene de manos adecuada y la deficiencia en la

ventilación del área de aislamiento, poniendo en riesgo al personal de salud y a otros pacientes.

Discusión: En el ámbito de la enfermería, se reconocen varios mitos sobre el manejo del aislamiento que influyen en la calidad de atención brindada. El miedo del personal a contagiarse puede generar una menor interacción con los pacientes, afectando su bienestar y recuperación.

A pesar de estos temores, es fundamental que el equipo de salud cumpla rigurosamente con las medidas de protección adecuadas y la desinfección diaria. La falta de conocimiento o la interpretación incorrecta de los protocolos pueden comprometer tanto la seguridad del personal como la calidad del cuidado.

Conclusión: Es necesario reforzar los protocolos de aislamiento en hospitales y capacitar al personal para reducir los mitos y temores que afectan la atención. Se presentará un protocolo actualizado que abordará estas deficiencias, mejorando la seguridad del equipo de salud y garantizando una atención adecuada a los pacientes, sin comprometer su calidad de vida durante el aislamiento.

0434 DIRECTIVAS ANTICIPADAS: EN PACIENTE ADOLESCENTE CON LESIÓN MEDULAR INTERNADO UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA EN HOSPITAL NACIONAL DE REHABILITACIÓN

PS IÑIGUEZ(1), ER MAMANI(2), M ZALAZAR(2), N LAZARTE(2)
(1) Sanatorio Belgrano/Inareps. (2) Inareps.

Introducción: La relación que existe entre los derechos de los pacientes y los profesionales del equipo de salud, en Argentina está enmarcada por la Ley 26529 e incorporaciones de la Ley 26742.

Las normas garantizan derechos esenciales los pacientes entre ellos podemos encontrar el trato digno, derecho a la asistencia e intimidad a la información y que su opinión sea tomada primordialmente en cuenta, en adultos como adolescentes, estos derechos se entrelazan con los principios éticos de la enfermería.

Paciente masculino de 15 años, obeso, que ingresó a la institución luego de un traumatismo raquímedular nivel C1-C2 ASIA A. Presentaba cuadriplejía espástica, intestino y vejiga neurogénico, gastrostomía y traqueotomía; en asistencia ventilatoria mecánica. Tenía colocado marcapaso cardiaco definitivo; se le había realizado fijación quirúrgica de columna cervical.

Ingresó al área de Terapia intermedia para tratamiento rehabilitador. Evolucionó con episodios de angustia asociados a dolor neuropático en miembros, descripto como descargas eléctricas de intensidad alta; comienza a manifestar fantasías con la muerte y la idea de "no querer vivir así". Desarrolla episodio de shock séptico que requiere reanimación en la UTI.

Institucionalmente se da inicio al encuadre ético entre personal de salud, el adolescente y sus padres trabajando directivas anticipadas, el propósito y fin de las mismas, devolución ampliada de su situación clínica (pronóstico-expectativas), la posibilidad de rechazar tratamientos o instauración de medios invasivos y la aceptación de cuidados paliativos. Se redactan el asentimiento informado, brindando al paciente la posibilidad que a través de su palabra pueda decidir sobre eventuales medidas terapéuticas ante una urgencia.

En la actualidad persisten episodios de crisis de pánico, angustia y llanto que manifiesta en forma de dolor; se niega a asistir a las terapias físicas y a entrevistas con Psicología. Se retoman junto a todos los actores, los conceptos sobre directivas anticipadas, sus alcances, limitación en tratamiento activo y la persistencia del tratamiento paliativo. Se encuentra en plan de internación domiciliaria.

Conclusión: La promoción y la educación en directivas anticipadas procura el respeto a la autonomía del paciente, mejorando la calidad del cuidado, reduciendo conflictos en la relación paciente/familiar/personal de salud.

0435 PRIMER DONACIÓN PEDIÁTRICA, EN ASISTOLIA CONTROLADA, EN LATINOAMÉRICA.

A PODESTA(1), S LUGO(1), A BUSTOS(1), L VISSANI(1)
(1) Nacional Dr. A. Posadas.

Paciente de 18 meses, internado en Terapia de Crónicos del Hospital Posadas, que ingresa con severa secuela neurológica y dependencia de AVM, secundaria a meningitis bacteriana sin aislamiento.

El niño había sido admitido dos meses antes en la UCIP, evolucionando de manera tórpida, con múltiples complicaciones, incluyendo la colocación de una válvula de derivación ventrículo peritoneal.

Progreso con cuadriparesia espástica, distonías, afasia, desconectado del medio y sin respiración espontánea.

La madre del paciente, desde un inicio manifestó que no quería esa vida para su hijo, que él había venido a este mundo para hacer cosas grandes y que no quería que el paso de su hijo fuese en vano. El equipo interdisciplinario tratante, informando y acompañando a la familia en todo el proceso, pudo lograr que ambos padres entendieran el severo e irreversible compromiso neurológico del mismo, iniciando así el difícil camino hacia el duelo.

En Argentina la donación de órganos y especialmente en pediatría, sigue siendo muy escasa.

En este paciente, la madre del niño, es quien solicita el retiro de las medidas de soporte vital y expreso su deseo de realizar la donación de órganos, en el marco de la Ley 27.447 - RESFC-2023-327-APN-D#INCUCAI.

La madre, según expresó, inició un camino hacia "el milagro", entendiendo que donde ocurre un milagro, existe el sacrificio de una familia y que ese milagro lo portaba su pequeño hijo.

A pesar de la culpa que le generaba a ella seguir viva, pensaba que sentiría más culpa si la misión de su hijo en este plano no se cumpliera, transformando una oportunidad, en una esperanza para otra familia.

Se realizó la donación en asistolia controlada, con técnica de perfusión normotérmica regional abdominal, para la obtención de órganos abdominales, pudiéndose realizar una donación multiorgánica de hígado y riñones.

Presentamos este caso no sólo por la importancia de la donación, si no por la fortaleza de una madre que nos ha dejado una enseñanza de grandeza al dejar trascender a su hijo e iluminar con decisión a otras familias.

0436 NEUMONÍA CAVITADA ASOCIADA A VENTILACIÓN MECÁNICA: SERIE DE CASOS CLÍNICOS EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

S PAGONI(1), MDLA REYES(1), Y RAMIREZ(1), A OLMEDO(1)
(1) Clínica De Imágenes.

Introducción: La neumonía asociada a ventilación mecánica (NAV-M) representa una complicación frecuente en pacientes críticos, asociada a alta morbimortalidad. La aparición de cavitación pulmonar en este contexto agrava el pronóstico y complejiza el abordaje diagnóstico y terapéutico. Su frecuencia exacta es incierta, pero algunos estudios la vinculan a gérmenes multirresistentes, retraso en el inicio del tratamiento antibiótico y fallas en las medidas de prevención.

Presentación del caso: Se presenta una serie retrospectiva de seis pacientes adultos internados en una unidad de cuidados intensivos entre abril y mayo de 2024 con diagnóstico de NAVM, según criterios VIDHA, y hallazgos imagenológicos compatibles con cavitación pulmonar. La edad promedio fue de 56 años. Todos se encontraban con ARM al momento del diagnóstico. Tres pacientes tenían comorbilidades relevantes (diabetes, inmunosupresión y enfermedad

oncohematológica). El APACHE II promedio fue 19. La adherencia a bundles fue <80%. La terapia empírica se indicó dentro de las primeras 24 h y fue adecuada en el 66,6% de los casos. Se aislaron microorganismos multirresistentes en dos pacientes. La evolución clínica fue desfavorable en cuatro pacientes, con prolongación de la estancia y requerimiento de tratamiento antibiótico >7 días en la mitad de los casos.

Discusión: Los hallazgos microbiológicos coincidieron con los descritos en la literatura, con presencia de *K. pneumoniae* productora de carbapenemasa como patógeno predominante. La cavitación pulmonar representó una complicación grave, probablemente favorecida por la baja adherencia a medidas preventivas y condiciones estructurales limitadas. La literatura sugiere que la aparición de cavitación está asociada a una mayor mortalidad, lo que se reflejó en esta serie.

Conclusión: El reconocimiento precoz de la cavitación en NAVM, junto con la vigilancia de gérmenes multirresistentes, la implementación efectiva de medidas preventivas y la adecuación del tratamiento antibiótico, son esenciales para mejorar el pronóstico en pacientes críticos.

0437 SÍNDROME DE DESCONEXIÓN INTERHEMISFÉRICA COMO COMPLICACIÓN DE UN TUMOR DEL CUERPO CALLOSO

KK SAAVEDRA MIRANDA(1), SM HANSEN(1), N GALLUCHI(1), R AREVILLCA(1), B DORFMAN(1)
(1) El Cruce Dr. Nestor Carlos Kirchner.

Introducción: El síndrome de desconexión interhemisférica o "síndrome de Sperry", se produce por la lesión del cuerpo calloso. Se describió en pacientes con sección quirúrgica del cuerpo calloso para controlar la epilepsia refractaria. También se ha relacionado con tumores del mismo. El diagnóstico se basa en la evaluación neuropsicológica y la exploración de las funciones cerebrales afectadas por la falta de comunicación interhemisférica. Las neuroimágenes confirman la lesión anatómica.

Caso clínico: Paciente masculino de 73 años, hipertenso, tabaquista con fiebre reumática. Consulta por alteración en la marcha, bradipsiquia, deterioro cognitivo y temblor.

La RMN demuestra lesión con intensidad de señal heterogénea a nivel de cuerpo calloso con extensión bihemisférica e intraventricular. Ingresa en el Post operatorio de exéresis del tumor. La biopsia reveló un Glioma difuso Grado 3.

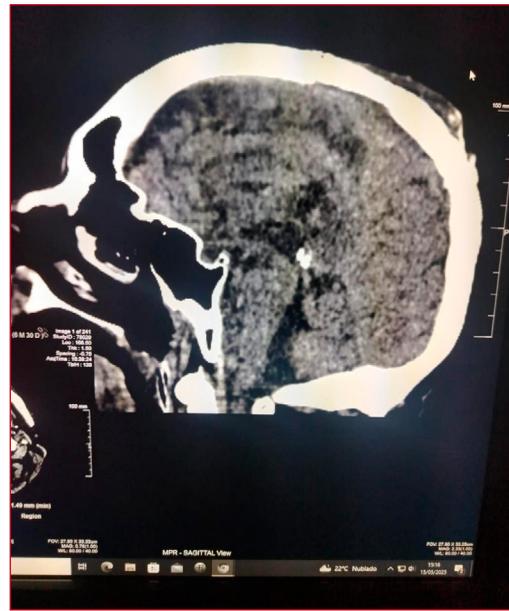
El paciente intercurrió con sangrado quirúrgico, shock neurogénico, fístula de LCR, aleteo auricular.

Evolucionó con alexia táctil izquierda, apraxia ideomotora izquierda, anomia verbal. Se descartaron otras lesiones que justifiquen el cuadro, interpretándose como síndrome de desconexión interhemisférica.

Discusión: Los gliomas de cuerpo calloso son entidades infrecuentes, con un gran impacto en el estado cognitivo y funcional del paciente. En nuestro caso la lesión provocó desconexión interhemisférica.

Hay poca literatura, pero concluye que la sospecha clínica y los tests neuropsicológicos ayudan arribar al diagnóstico.

Conclusión: La exéresis de tumor del cuerpo calloso tiene una alta probabilidad de cursar con un síndrome de desconexión interhemisférica. Es importante reconocerlo para enfocar la rehabilitación y el abordaje de las deficiencias específicas de forma multidisciplinaria.



0438 CASUÍSTICA DE HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA ANEURISMÁTICA EN UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA (2023-2024)

G TOCALLI(1), D SOUTO(1), P SILVIO(1), L BERLONI(1), H CONDE(1)
(1) Hospital De Emergencias Clemente Alvarez.

Introducción: La hemorragia subaracnoidea (HSA) aneurismática es una emergencia neurológica grave con alta morbimortalidad, que requiere manejo intensivo especializado. Este estudio describe las características clínicas, el manejo y los desenlaces de pacientes con HSA ingresados en la UTI del HECA durante un año.

Presentación del caso: Entre septiembre de 2023 y octubre de 2024, se internaron 21 pacientes con HSA aneurismática: 13 hombres y 8 mujeres, con edad promedio de 49 años. La mayoría presentaba aneurismas en el territorio anterior y un estado neurológico favorable (Hunt y Hess I-III). Todos fueron monitoreados con doppler transcraneal (DTC) y 14 también con medición del espesor de la vaina del nervio óptico (VNO). Menos de la mitad desarrolló vasoespasmio (VE), de los cuales un 33% ocurrió en un territorio distinto al aneurismático. Dos tercios presentaron isquemia cerebral tardía (ICT), y el 43% de estos casos no coincidía con el territorio del VE. El espesor medio de la VNO fue levemente menor en los sobrevivientes. Casi todos los pacientes fueron tratados con ventriculostomía y/o clipado quirúrgico. Fallecieron 8 y sobrevivieron 13.

Discusión: Los hallazgos son consistentes con la literatura en cuanto a demografía, localización aneurismática y complicaciones. La falta de coincidencia anatómica entre el VE y la ICT refuerza la hipótesis de una fisiopatología multifactorial del daño isquémico, posiblemente vinculada a mecanismos como inflamación sistémica o disfunción microvascular.

Conclusión: La discordancia entre vasoespasmio e isquemia cerebral en pacientes con HSA aneurismática sugiere una fisiopatología compleja, más allá del compromiso vascular directo. Es necesario profundizar en mecanismos alternativos como disfunción endotelial, microtrombosis o alteraciones en la autorregulación cerebral. Estudios futuros podrían mejorar las estrategias terapéuticas y de monitoreo en esta población.

Tabla 1: Pacientes internados en la UTI del HECA, septiembre 2023 - octubre 2024 (n=21)

Característica	Resultados
Territorio	Anterior (n=17): silviano der. (n=9), com. anterior (n=6), silviano lqz. (n=2) Posterior (n=4): post. D (n=2), com. post. (n=1), com. post. D (n=1)
Hunt y Hess	"Buen grado" (n=13): I (n=5), II (n=7), III (n=1) "Mal grado" (n=8): IV (n=2), V (n=6)
Vasoespasmio (DTC)	Sin VE (n=12) Con VE (n=9): Fisher II (n=1), Fisher III (n=4), Fisher IV (n=4) → Territorio no coincidente con el aneurismático (n=3)
Isquemia cerebral tardía	Con ICT (n=14): Territorio coincidente con el VE (n=8), Territorio no coincidente con el VE (n=6) Sin ICT (n=7)
Monitoreo de VNO	Monitoreados (n=14): - Fallecidos (n=9): grosor promedio = 6,8 mm - Sobrevivientes (n=5): grosor promedio = 6,1 mm No monitoreados (n=7)
Mortalidad y Hunt y Hess	Fallecidos (n=8): I (n=0), II (n=3), III (n=1), IV (n=0), V (n=4) Vivos (n=13): I (n=5), II (n=0), III (n=0), IV (n=2), V (n=2)

0440 EPIDEMIOLOGÍA DE LOS FALLOS DE EXTUBACIÓN EN UNA TERAPIA INTENSIVA PEDIÁTRICA POLIVALENTE.

P CEVASCO(1), NZ WATZLAWIK(2), RI GALLAGHER NORRIS(2)
 (1) Hospital Nacional De Pediatría Prof. Juan.p.garrahan. (2) Hospital Nacional De Pediatría Prof. J. P. Garrahan.

Introducción: La extubación constituye un evento crítico en la terapia intensiva pediátrica, influenciado por múltiples variables clínicas y procedimentales. El fallo de extubación, definido como la necesidad de soporte ventilatorio en las 48 horas posteriores, tiene implicancias clínicas relevantes.

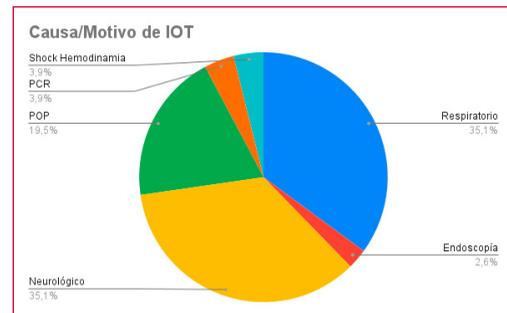
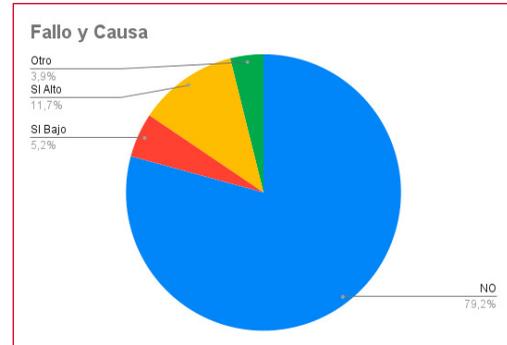
Objetivos: Describir la epidemiología de las extubaciones y analizar variables asociadas al fallo en una UCIP de alta complejidad.

Materiales y métodos: Estudio observacional prospectivo que incluyó a todos los pacientes extubados entre el 1 de septiembre de 2024 y el 8 de abril de 2025. Se recopilaron variables clínicas, demográficas y procedimentales, y se analizaron las causas y características del fallo.

Resultados: Se registraron 77 extubaciones, con una tasa de fallo del 21%. El 52% de las intubaciones se realizaron en la UCIP, 21% en quirófano, 18% en otro hospital, 5% en emergencias, 3% en sala general y 1% en endoscopia respiratoria. Los motivos principales fueron neurológicos (35%), respiratorios (35%) y postquirúrgicos (20%).

De los 16 pacientes con fallo, 44% requirió VNI y 56% reintubación, de los cuales 33% precisaron traqueostomía. Las causas del fallo fueron fallo alto (56%), fallo bajo (25%) y causas mixtas (19%). La media de días de ARM fue de 6,5 días y 9 días en los pacientes con fallo. La media de edad fue de 61 meses, sin diferencias significativas entre grupos. Se observó fuga peri-tuboendotraqueal (>10%) en el 75% de los fallos y en el 65% del total. El 94% de los que fallaron recibió corticoides, frente al 80% del total.

Discusión: La tasa de fallo es alto pero se encuentra dentro del rango esperado según la literatura. Si consideramos sólo quienes requirieron reintubación el valor es menor, lo que refuerza la importancia de la VNI como estrategia de rescate. Las variables analizadas no mostraron asociación significativa con el fallo, probablemente por el tamaño muestral. El estudio continúa en curso y se proyecta ampliar la cohorte para un análisis multivariable más robusto.



0441 BLASTOMA PLEUROPULMONAR TIPO III

ML BALDASSO(1), CN OLGUIN(1), JV MOURADIAN BARON(1), KI BURCHER(1)
 (1) Hospital Humberto Notti.

El Blastoma Pleuropulmonar (PPB) es una neoplasia poco frecuente que se manifiesta principalmente en la infancia, con diagnósticos predominantes en niños menores de 6 años. Se considera una malignidad disembrionaria que surge del mesénquima pleuropulmonar, clasificándose en tres tipos: I (quistico), II (sólido y quístico) y III (sólido), siendo los tipos II y III más agresivos. Este tumor es la enfermedad seminal del espectro de tumores relacionados con DICER1. La resección completa del tumor es crucial para el pronóstico y puede ser realizada al diagnóstico o tras tratamiento neoadyuvante.

Paciente de 4 años con antecedentes de sibilante recurrente. Consultó por dorsalgia izquierda de un mes de evolución, se realizó radiografía de tórax evidenciando imagen radiopaca extensa en lóbulos medio e inferior izquierdo por lo que se realizó biopsia de la lesión que informa Blastoma Pleuropulmonar tipo III. 15 días posteriores ingresa con desmejoría clínica marcada, edema en esclavina y mayor dificultad respiratoria, se evalúa con servicio de UCI y anestesiología y por probable síndrome de compresión de vena cava superior y se decide intubación por vía aérea dificultosa.

Durante su estadía en UTI presentó altos requerimientos de inotrópicos por inestabilidad hemodinámica debido al síndrome de compresión de vena cava y parámetros de ARM no protectivos con altas presiones

Inicio inducción quimioterápica, tres ciclos, cada uno de 21 días de duración, presentando múltiples complicaciones por los efectos adversos de la misma

Luego de 32 días de ARM se realiza traqueostomía por ventilación prolongada, con posterior requerimiento de bipap.

Luego de constatar disminución de masa tumoral se realiza el día 28/03 se realiza exéresis tumoral, pleurectomía y lobectomía inferior izquierda.

Este caso resalta la complejidad del manejo del BPP en pediatría por los dilemas terapéuticos y la toma de decisiones en los tratamientos a seguir tanto quimioterápicos, clínicos y quirúrgicos. No es una patología frecuente, y cuando se presenta es agresiva, con manejo multidisciplinario dificultoso.



0442 EFECTOS MACRO Y MICROVASCULARES DE LOS TESTS DE PREDICCIÓN DE RESPUESTA A FLUIDOS Y LA EXPANSIÓN VOLUMÉTRICA EN PACIENTES CON SHOCK SÉPTICO: ESTUDIO MICROFLUID.

JD ROMANO(1), V EDUL(1), C ROGGIERO(1), ND PALACIO LONDOÑO(1), C LAI(2), X SI(2), A DUBIN(3), R GOMES(2), M FRANCAZZINI(2), X MONNET(2)

(1) Fernández. (2) Bicetre. (3) Otamendi.

Introducción: En el shock séptico el aumento del índice cardíaco (IC) y la presión arterial media (PAM) no garantizan restaurar la perfusión tisular debido a alteraciones microcirculatorias. La correlación entre los cambios sistémicos y microcirculatorios durante la maniobra de elevación pasiva de miembros (EPM) no ha sido suficientemente estudiada.

Objetivos: Comparar la relación entre los cambios en el IC y la PAM inducidos por la EPM y su relación con la microcirculación sublingual, en la etapa temprana y tardía de la reanimación del shock séptico.

Métodos: Se incluyeron prospectivamente 15 pacientes con shock séptico y 11 voluntarios sanos. Se registraron variables clínicas y hemodinámicas, incluyendo monitoreo continuo de IC (PICCO2). La microcirculación se evaluó por videomicroscopía IDF en el área sublingual y la perfusión periférica con el tiempo de relleno capilar (TRC) y el índice pulsatilidad del oxímetro de pulso.

Resultados: El 53% de los pacientes fueron respondedores a fluidos (FR+). Durante la EPM la PAM aumentó tanto en FR+ como en FR-

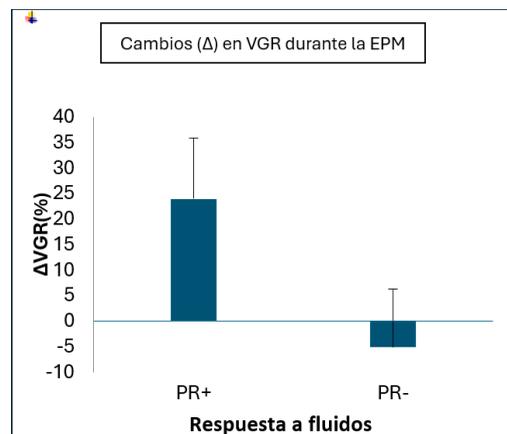
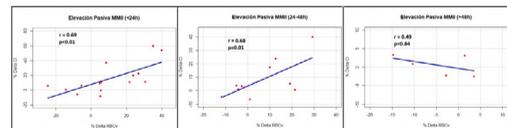
(80 +/-11 a 94 +/-21mmHg, $p=0.01$, vs. 85 +/-15 a 90 +/-13mmHg, $p=0.03$, respectivamente). El IC aumentó en FR+ (2.37 +/-0.59 a 3.0 +/-0.94 l/min/m², $p<0.01$) pero no en FR- (2.97 +/-1.02 a 2.99 +/-1.03 l/min/m², $p=0.30$).

Durante la EPM, la densidad vascular perfundida (DVP) presentó un aumento, no significativo, en FR+ (16.5 [14.8-17.7] a 18.5 [17.2-21.0] mm/mm², $p=0.07$) y no tuvo cambios en FR- (17.0 [16.5-17.2] a 16.0 [16.5-17.2] mm/mm², $p=NS$). Por otro lado, las velocidades de glóbulos rojos (VGR del flujo microvascular) presentó un aumento significativo durante la EPM (757 [723-793] a 946 [893-995] $\mu\text{m/s}$, $p<0.01$) y VE (789 [734-860] a 971 [951-1025] $\mu\text{m/s}$, $p<0.01$).

Encontramos una correlación entre los cambios en la VGR e IC durante EPM en las primeras 24h ($r=0.69$, $p<0.01$) y a las 24-48h ($r=0.68$, $p=0.01$). Luego de las 48h, la magnitud de los cambios disminuyó ($r=0.49$, $p=0.84$). El resto de los parámetros microcirculatorios no se modificó significativamente.

El cociente entre los cambios en VGR sobre los cambios en IC ($\Delta\text{VGR}/\Delta\text{IC}$) durante la EPM fue de 1.16 +/-0.85 en FR+ y -5.02 +/-8.15 en FR-

Conclusiones: En pacientes FR+, encontramos una correlación entre los cambios en el IC y VGR durante la EPM. Esta asociación disminuye su magnitud a lo largo de los días de evolución. El cociente $\Delta\text{VGR}/\Delta\text{IC}$ podría ser un indicador del grado de coherencia entre el flujo microvascular y el IC.



0443 HEMORRAGIA ALVEOLAR DIFUSA EN TERAPIA INTENSIVA COMO PRESENTACIÓN INUSUAL DE LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO: REPORTE DE CASO

EA MOROCHO ROMERO(1), MS VENUTI(1)

(1) Hospital Italiano De Buenos Aires.

Introducción: La hemorragia alveolar difusa es una complicación grave e infrecuente del lupus eritematoso sistémico, que afecta al 2-5 % de los pacientes y puede presentarse como la primera manifestación de la enfermedad.

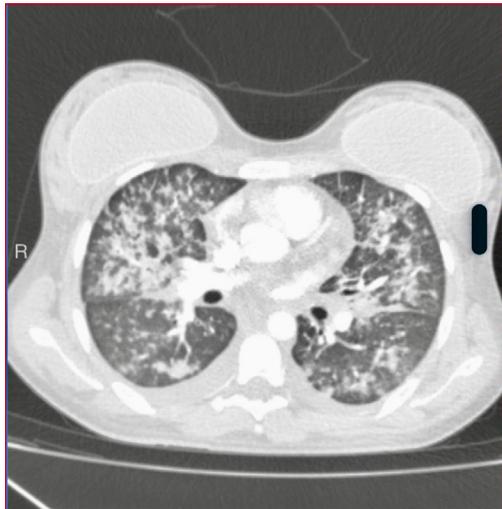
Presentación del caso: Paciente femenina de 22 años, previamente sana, derivada por sospecha de enfermedad linfoproliferativa por triciteopenia y adenomegalias retroperitoneales, con compromiso pulmonar micronodular bilateral sin causal infeccioso. Evolucionó con insuficiencia respiratoria aguda, requiriendo intubación orotraqueal por hipoxemia refractaria, en el contexto de síndrome de distrés respiratorio agudo severo, con una PaO₂/FiO₂ =45, y necesidad de dos maniobras de decúbito prono. Se descartó tromboembolismo pulmonar; el ecocardiograma no evidenció disfunción cardíaca. El hisopado nasofaríngeo resultó positivo para virus sincial

respiratorio. El lavado broncoalveolar mostró líquido hemático, compatible con hemorragia alveolar difusa.

Se descartaron lesión pulmonar aguda relacionada con transfusión y enfermedad oncohematológica. El panel autoinmune fue positivo para lupus eritematoso sistémico. Se inició tratamiento con pulsos y posterior mantenimiento con metilprednisolona, lo que resultó en una mejoría de la oxigenación y una extubación exitosa. Posteriormente, presentó recurrencia del evento con hemoptisis e insuficiencia respiratoria, acompañada de un nuevo lavado broncoalveolar que mostró hemorragia alveolar recurrente y cultivos negativos. Se indicó tratamiento con ciclofosfamida. Evolucionó favorablemente y fue dada de alta con seguimiento ambulatorio.

Discusión: La hemorragia alveolar difusa es un síndrome clínico-patológico caracterizado por sangrado en el espacio alveolar y daño en la microvasculatura pulmonar. Su presentación como forma de debut del lupus representa un desafío diagnóstico, dado que sus síntomas pueden superponerse con otras causas de insuficiencia respiratoria aguda. El diagnóstico se basa en criterios clínicos y radiológicos, siendo el lavado broncoalveolar esencial para confirmar el sangrado y descartar infecciones. Un enfoque multidisciplinario y el manejo intensivo en las fases tempranas son fundamentales, destacando la importancia de un tratamiento inmunosupresor adecuado.

Conclusión: El diagnóstico y tratamiento oportuno de la hemorragia alveolar en el lupus representa un desafío clínico crucial dentro del diagnóstico diferencial de otras patologías respiratorias en el contexto de la unidad de terapia intensiva, especialmente en pacientes jóvenes. Su identificación y manejo temprano pueden mejorar de manera significativa los resultados en estos pacientes.



0444 TUBERCULOSIS MENINGEA : REPORTE DE CASO

B BURGOS(1)

(1) Materno Infantil.

Introducción: La tuberculosis es una enfermedad infecciosa causada por *Mycobacterium tuberculosis*, se transmite por vía aérea, puede presentarse como infección latente asintomática o evolucionar a formas activas graves, como la tuberculosis meningea. A nivel mundial produce un millón de fallecimientos anuales. En Argentina, se notifican aproximadamente 15.000 casos nuevos por año; en Salta en 2024 se diagnosticaron 967.

Presentación del caso: Niño de 7 años, de Salta Capital. En seguimiento por trastorno por déficit de atención e hiperactividad sin medicación de base. Vacunas completas.

Inicia con vómitos, cefalea, fiebre y convulsión tónica generalizada. Ingresó al hospital en estado postictal. Laboratorio: leucocitosis (24.800; neutrófilos 82 %, linfocitos 9 %, PCR 6 mg/L. LCR: celulari-

dad aumentada (213 células; PMN 64 %, MN 36 %), hipoglucorraquia (35,6 mg/dL) y proteínas elevadas (0,7 g/L). Cultivos iniciales negativos. Se inicia tratamiento con ceftriaxona y aciclovir a dosis meningea.

Ingresó a UCIP por deterioro del sensorio. TAC cerebral evidencia imagen redondeada en asta posterior de ventrículo lateral. Electroencefalograma de sueño: normal. Por sospecha de encefalitis autoinmune se solicitan anticuerpos específicos y serología. Segunda punción lumbar: FilmArray negativo, cultivo para micosis profundas negativo. Reacción en Cadena de polimerasa en LCR: *Mycobacterium tuberculosis* positivo. Se inicia tratamiento tuberculostático y meprednisona. Evolucionó favorablemente.

Discusión: Los síntomas meningeos, el líquido cefalorraquídeo con hipoglucorraquia y proteinorraquia, son características compatibles con meningitis tuberculosa. La confirmación por PCR en LCR fue fundamental, dada la baja sensibilidad de la baciloscopia y el cultivo en estas formas extrapulmonares.

La literatura destaca la dificultad diagnóstica en estos casos. Marais et al. (2010) y Thwaites et al. (2004) propusieron sistemas de puntuación diagnóstica para TBC meningea basados en datos clínicos, laboratoriales e imagenológicos. La sospecha clínica, sumada al abordaje integral, permite iniciar tratamiento precoz y evitar daño neurológico irreversible.

Conclusión: La tuberculosis meningea es una forma grave, poco frecuente y difícil de diagnosticar. Ante síntomas inespecíficos del SNC y factores de riesgo epidemiológicos, debe mantenerse una alta sospecha clínica. El diagnóstico precoz, basado en pruebas moleculares, y el inicio oportuno del tratamiento son claves para mejorar el pronóstico neurológico y reducir complicaciones.

0445 ABSCESOS PARAFARÍNGEOS DE ORIGEN ODONTÓGENOS EN TERAPIA INTENSIVA: UNA ENFERMEDAD PREVENIBLE

J SILVA(1), X REYNOSO(1), E NAVA(1), C RODRIGUEZ(1), J SAGARDIA(2), F BENEDETTI(2), A RODRIGUEZ(2), W RODRIGUEZ(2)

(1) Hospital Nacional Posadas. (2) Hospital Posadas.

Introducción: Las infecciones odontogénicas son aquellas infecciones que encuentran su origen en las estructuras dentarias. Estas tienen su génesis a partir del flujo constante de microorganismos provenientes de la flora oral hacia los tejidos periapicales. En casos graves, la infección puede llegar a comprometer espacios anatómicos profundos como el parafaríngeo, mediastino, desarrollar; osteomielitis, sinusitis y absceso cerebral. El análisis de pacientes con abscesos parafaríngeos secundarios a abscesos odontogénicos está escasamente estudiado por lo que es importante profundizar su conocimiento.

Pacientes y Métodos: Serie de casos. Se incluyeron de manera retrospectiva, durante un año, pacientes mayores a 15 años con abscesos parafaríngeos de origen odontogénicos que requirieron internación en UCI.

Objetivos: Describir las características clínicas y microbiológicas de pacientes con abscesos parafaríngeos de origen odontogénico. Comparar la prevalencia anual de esta patología (2023-2024).

Resultados: Se incluyeron 25 pacientes. En la Tabla 1 se muestran sus características y en el Gráfico 1 los aislamientos microbiológicos. En todos los casos los pacientes ingresaron tras el drenaje quirúrgico y requirieron asistencia ventilatoria mecánica por compromiso de la vía aérea.

El tratamiento empírico fue ampicilina sulbactam.

En 2023 hubo 13 casos representando un aumento del 55%.

Discusión: Se ha reportado una frecuencia mayor en varones y una asociación de factores de riesgo, como inmunosupresión, diabetes, consumo de drogas ilícitas, alcohol y tabaquismo, con el desarrollo de infecciones graves.

En nuestra población solo el 16% presentó alguno de estos factores de riesgo aunque, en la totalidad de los casos, se observó falta de

acceso al tratamiento odontológico. Esto último podría explicar también el aumento de los casos en 2024. Hubo una baja frecuencia de diseminación hematológica o por contigüidad. La mortalidad fue baja. Los gérmenes encontrados fueron *S.constellatus*, *S.anginosus* y *Prevotella spp*.

El tratamiento empírico fue adecuado en casi la totalidad de los casos.

Conclusión: Los pacientes eran predominantemente jóvenes y sin comorbilidades por lo que la prevención y tratamiento precoz son prioritarios. Debe mejorarse la accesibilidad del sistema de salud para modificar estos resultados ya que es una enfermedad prevenible.



TABLA 1: CARACTERÍSTICA DE LOS PACIENTES CON ABSCESOS ODONTÓGENOS

Características	
Edad media (DS)	33,4 (11,24)
Sexo	
Femenino	6
Masculino	19
ARM	100%
Días de ARM media (DS)	3 (4)
Días de Internación media (DS)	7 (6)
APACHE media(DS)	17 (5)
Bacteremia n(%)	1 (4%)
Mediastinitis n(%)	2 (8%)
Mortalidad n (%)	1 (4%)
Inmunosupresión n (%)	1 (4%)
Consumo Problemático de sustancias n (%)	3 (12%)
Falta de acceso de APS n(%)	25 (100%)

0447 SÍNDROME DE PERCHERON: REPORTE DE UN CASO

R ROMEGGIO(1), C FAUEZ(1), ML CAMPASSI(1), D BANE-GAS(1), F REPETTO(1)

(1) Clínica La Pequeña Familia.

Introducción: El infarto talámico bilateral o síndrome de Percheron resulta de la oclusión de la arteria homónima. Se trata de una variante anatómica en la cual una única arteria talámo-perforante da irrigación bilateral a ambos talámos mediales y sector rostral del tronco encefálico. Es un cuadro infrecuente que presenta una tríada clínica clásica con trastornos del nivel de conciencia, de núcleos oculomotores y cambios conductuales. Una alta sospecha permite el diagnóstico certero.

Presentación: Se describe el caso de un paciente de 44 años con antecedentes de sobrepeso, hipertensión arterial y tabaquismo que consultó a la guardia por un cuadro de deterioro del sensorio de inicio súbito asociado a registros de hipertensión arterial. En el examen físico presentó obnubilación, movilidad conservada en cuatro miembros ante estímulos, adecuado manejo de vía aérea, sin fiebre. Se realizaron estudios complementarios: laboratorio, ECG, tomografía axial computada de encéfalo y punción de líquido cefalorraquídeo que no evidenciaron alteraciones. En la angiografía magnética nuclear de encéfalo con difusión se informó áreas de restricción en secuencia de difusión que comprometen la región talámica bilateral y a la región mesencefálica, caída de señal en mapa ADC con señal hiperintensa en secuencia FLAIR; sin lesiones vasculares evidentes. Lesiones compatibles con isquemia subaguda. El paciente evolucionó con mejoría del sensorio a las 72 horas pero alternando episodios de excitación psicomotriz, diplopía y leve ataxia. Finalmente fue dado de alta.

Discusión: El infarto talámico bilateral debería ser considerado en pacientes con factores de riesgo vasculares y deterioro del sensorio súbito, trastornos de núcleos oculomotores y alteración conductual. Además puede presentarse con ataxia como fue el caso del paciente expuesto. Ante la sospecha es prioritario realizar una resonancia magnética nuclear de encéfalo.

Conclusión: Se presenta el cuadro de un paciente con síndrome de Percheron por ser un cuadro infrecuente que requiere de una alta sospecha para la realización del diagnóstico adecuado.

0448 CUADRO SISTÉMICO SEVERO EN PEDIATRÍA TRAS PICADURA DE ARAÑA

MG RIQUEL(1), G PRICOLO(1), MEN BOBBIO(1), S PEREZ JOHANNETON(1), MF DALLARDA(1)

(1) Militar Central 601.

Introducción: El loxoscelismo es una forma de aracnoidismo potencialmente grave causada por arañas del género *Loxosceles*. En pediatría, puede presentarse con compromiso multisistémico y de la vía aérea. Se describe un caso con evolución compatible, aunque con identificación dudosa del agente causal como *Kukulcania*, género no habitualmente asociado a toxicidad severa.

Presentación del caso: Paciente femenina de 4 años, previamente sana, consulta por edema progresivo cervicofacial con dificultad respiratoria. Refiere picadura de araña horas antes del inicio del cuadro. Inicialmente evaluada en centro de baja complejidad, se indica corticoides, antibióticos y derivación. Ingresa en shock y con compromiso respiratorio, requiriendo adrenalina y oxigenoterapia. En UTIP recibe tratamiento con corticoides, antihistamínicos y antiveneno específico por sospecha de loxoscelismo. Requiere ARM por obstrucción de vía aérea superior, con intubación dificultosa debido al edema masivo. Se utilizan bajos parámetros ventilatorios, sin patología pulmonar. Presenta hipoxemia, coagulopatía sin sangrado, elevación de enzimas hepáticas y musculares. Se indica soporte hemodinámico, hidratación, vitamina K y ATB empírico por fiebre y leucocitosis. Por las características morfológicas de la araña vista por la familia, el Centro de Toxicología determinó que el agente causal fue la araña *Kukulcania*.

Evoluciona favorablemente, con descenso del edema, normalización de laboratorio y retiro progresivo de soporte. Alta sin secuelas.

Discusión: La severidad del cuadro clínico orientó al diagnóstico presuntivo de loxoscelismo, si bien se reportó como agente causal una araña del género Kukulcania. Esta especie, morfológicamente similar a Loxosceles, no ha sido asociada en la literatura a cuadros clínicos severos. El diagnóstico diferencial incluyó celulitis, angioedema, abscesos y reacciones tóxicas. La evolución favorable tras antiveneno y soporte intensivo refuerza la sospecha de aracnoidismo, aunque no se pudo confirmar la especie implicada con certeza.

Conclusión: Este caso resalta la necesidad de considerar toxinas animales en el diagnóstico diferencial de cuadros severos cervicofaciales en pediatría, aún ante identificaciones iniciales poco habituales. La sospecha clínica y el abordaje oportuno pueden ser determinantes en la evolución.



0449 LESIÓN CÁUSTICA ESOFÁGICA Y FÍSTULA ESOFAGO-VASCULAR: A PROPÓSITO DE UN CASO PEDIÁTRICO CON ARTERIA SUBCLAVIA ABERRANTE.

AF RATTINI(1), N PAOLETTI(1)

(1) Hospital De Niños De La Santísima Trinidad.

Introducción: La ingesta de cuerpo extraño (CE) es frecuente en pediatría, no así la de pila botón (PB). Esta se asocia con riesgo de sufrir graves lesiones, incluso la muerte, principalmente en lactantes. La complicación más grave es la exanguinación por formación de una fístula esofago-vascular (FEV), siendo la causa de muerte más común.

Objetivos: Reportar caso clínico de FEV, secundaria a lesión esofágica por cáustico (PB).

Descripción: Paciente de 21 meses con antecedente de lesión esofágica por ingesta de CE (PB) retirada por endoscopia 72 horas

post-ingesta. 10 días de evolución, consulta por desplazamiento de sonda nasogástrica y hematemesis. Hemodinámicamente inestable, se ventila de forma electiva y se coloca balón de Sengstaken, recibe hemoderivados y se realiza angioTC de tórax. Se interviene quirúrgicamente, donde se visualiza arteria subclavia aberrante derecha, ya conocida por TC, se liga y fístula subclavia aberrante-esofágica, realizando disección y rafia de esófago. Actualmente, 7° día postquirúrgico, complicada con mediastinitis, en asistencia ventilatoria mecánica, libre de sangrados.

Discusión: Múltiples reportes de casos de lesión esofágica, no así de FEV. La FEV es causa poco usual de hemorragia digestiva, fue inicialmente descrita en adultos como complicaciones de aneurismas aórticos o tumores de esófago, en pediatría se observa ante la ingesta de PB. En el diagnóstico, la sospecha clínica es fundamental, pudiendo observarse por radiografía de tórax el cuerpo extraño en esófago y por angioTC la presencia de FEV. La limitación de estas imágenes, no siempre es posible su realización por la urgencia, ya que podría retrasarse la intervención quirúrgica determinando un peor pronóstico.

Conclusión: A pesar de ser una entidad poco frecuente, las lesiones esofágicas cáusticas por PB, presentan una alta morbi-mortalidad, llevando a complicaciones graves. Particularmente cuando hay variaciones anatómicas vasculares en estrecha relación con la lesión esofágica creando FEV. Siendo prioritario el diagnóstico precoz para un tratamiento oportuno para mejorar el pronóstico. Este caso resalta la importancia de un seguimiento estricto post-alta, incluso en pacientes inicialmente estables, y nos obliga a considerar variaciones anatómicas como factores de riesgo determinantes en la evolución clínica.

0450 CORRELACIÓN DEL VOLUMEN TIDAL Y MORBILIDAD EN PACIENTES VENTILADOS MECÁNICAMENTE EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS

VL GOMINA CATALÁN(1), LP GONZALEZ(1), AA VILLEGAS SUDACK(1), MG DE VIANA(1), MS ESTEVEZ(1), AS CORDIDO(1)
(1) Hospital Pediátrico San Luis.

Introducción: La ventilación mecánica es una herramienta de vital importancia en la unidad de cuidados intensivos pediátricos (UTIP). Dentro de las estrategias de ventilación protectora, el monitoreo diario del Volumen Tidal (VT) es clave para evitar un aumento de la morbilidad. La asociación entre el uso de VT excesivo y morbilidades ha sido demostrada en la población adulta, sin embargo, en pediatría sigue siendo una incógnita.

Objetivo: Relacionar VT con morbilidad de los pacientes de una unidad de cuidados intensivos pediátricos.

Materiales y métodos: Estudio observacional retrospectivo analítico en una UTIP. Se incluyeron 41 pacientes que recibieron asistencia ventilatoria mecánica (AVM) entre 1 de enero de 2024 hasta el 31 de diciembre de 2024. Se excluyeron aquellos pacientes que fueron ventilados menos de 24 horas. Las variables cuantitativas se expresaron con mediana y rango intercuartílico. Se describió la frecuencia de variables cualitativas en porcentajes. Se realizó un análisis univariado entre la variable dependiente VT y cada variable independiente.

Resultados: Ingresaron 41 pacientes con una mediana de edad de 27 meses RIQ (12-96), con predominio de sexo masculino (67.5%). El diagnóstico de ingreso fue mayoritariamente respiratorio (53.6%). La mediana de días de AVM fue de 7 días RIQ (3-13), mientras que los días en UTIP tuvo una mediana de 11 días RIQ (6-17). En el análisis univariado los pacientes con VT menor 8ml/kg tuvieron más días en AVM 8 días RIQ (4-13.5) vs 4 días RIQ (3-6.5) p 0.01 y mayor estancia en UTIP 13 días RIQ (8-23) vs 6.5 RIQ (4-10.2) p 0.03.

Conclusión: En nuestra unidad se observó que los pacientes que fueron ventilados con VT menores a 8 ml/kg tuvieron más días de AVM y mayor estancia en UTIP. Este grupo tuvo mayor mortalidad y esto permite inferir que los pacientes con mayor gravedad tuvieron mayor vigilancia del VT. No se observaron diferencias estadísticamente

significativas en las morbilidades ni en la estancia hospitalaria total entre ambos grupos.

Tabla 1. Datos demográficos	
N°	41
Edad meses	27 (12-96)
Sexo	
Femenino	14 (32.5%)
Días AVM	7 (3-13)
Días UTIP	11 (6-17)
Diagnostico	
Respiratorio	22 (53.6%)
Neurológico	7 (17.2%)
Cardiovascular	1 (2.4%)
Otro	11 (26.8%)
Mediana y RIQ - n y %	

Tabla 2. Análisis Univariado			
	VT <8	VT >8	p
Edad meses	22 (11-96)	34 (15.5-84)	
Peso Kg.	13.5 (9-22.5)	12 (7-21)	
Días AVM	8 (4-13.5)	4 (3-6.5)	0.01
Días UTIP	13 (8-23)	6.5 (4-10.2)	0.03
Estancia Hospitalaria	28 (17-59.5)	13.5 (9.5-55.5)	
Complicaciones			
NAVM	2 (6.4%)	1 (10%)	
Neumotórax	2 (6.4%)	2 (20%)	
Derrame Pleural	4 (12.9%)	1 (10%)	
Prono	5 (16.1%)	2 (20%)	
Mortalidad	3 (9.7%)	0	
Mediana y RIQ - n y % Test Mann-Whitney			

0451 HEMORRAGIA DIGESTIVA COMO PRESENTACIÓN DE DOBLE ARCO AÓRTICO

KI BÜRCHER(1), ML BALDASSO(1), CN OLGUIN(1), JV MOURADIAN BARON(1)
 (1) Humberto Notti.

Presentamos el caso de un lactante masculino, nacido a término, sin antecedentes perinatales relevantes, que desde los 5 meses de vida sufre episodios recurrentes de dificultad respiratoria, con múltiples internaciones en UTIP. Fue diagnosticado a los 6 meses mediante fibrobroncoscopia con traqueomalacia moderada (luz del 70%) y broncomalacia izquierda leve (luz del 50%).

A lo largo de su evolución presentó múltiples cuadros respiratorios graves, infecciones respiratorias recurrentes y requerimientos de ventilación mecánica. A los 8 meses se le realizó una traqueostomía debido al colapso de la vía aérea. Y una angioTAC informada como normal. A pesar del tratamiento, continuaron los episodios de descompensación respiratoria.

En enero de 2025, ingresa de urgencia por hemorragia digestiva alta, shock hipovolémico, dificultad respiratoria y acidosis severa (pH 6.9, PCO 150 Hb 5), se evidenció una estenosis esofágica en VEDA con latido pulsátil sin lograr llegar a estómago. Se colocó una cánula de traqueostomía larga para sortear la zona colapsada. Se repite nueva fibrobroncoscopia donde se constata colapso traqueal casi completo (luz del 10%) con mucosa inflamada y latido pulsátil, sugiriendo compresión extrínseca.

Finalmente, una angioTAC reveló la presencia de un doble arco aórtico, malformación vascular congénita poco frecuente que genera compresión traqueoesofágica.

Ingresa a quirófano para resolución de la patología, el paciente fallece durante el procedimiento.

Este caso pone en evidencia las dificultades diagnósticas de las malformaciones vasculares congénitas que se presentan con síntomas respiratorios inespecíficos, y la importancia del trabajo interdisciplinario, se encontraron sólo dos casos reportados con hemorragia digestiva alta y doble arco aórtico sin lograr identificar sitio de sangrado. El diagnóstico incorrecto con respecto a la etiología subyacente retrasó el tratamiento quirúrgico precoz.

El doble arco aórtico debe sospecharse ante cuadros respiratorios recurrentes con malacia severa, especialmente si hay mala respuesta al tratamiento convencional, se debe tener en cuenta a la hemorragia digestiva alta como posible presentación de la misma. La realización precoz de estudios de imagen como angioTAC puede ser determinante para un diagnóstico oportuno y mejorar el desenlace clínico.



0452 TUBERCULOSIS INTESTINAL EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS. REPORTE DE CASO.

M ALFANO(1), N SOLANO(1), A MENECE(1), AH GATTARI(1)
 (1) De Niños Ricardo Gutiérrez.

Introducción: La tuberculosis intestinal (TBI) es una condición poco frecuente pero grave. La obstrucción intestinal, la perforación y la hemorragia digestiva son complicaciones y causas de ingreso a unidad de cuidados intensivos pediátricos (UCIP). Presentamos el caso de un paciente que ingresa en UCIP por perforación intestinal secundaria a TBI.

Caso Clínico: Paciente masculino de 11 años con vacunación completa y antecedente familiar de tuberculosis (TBC). Consulta a guardia por cuadro clínico de 2 semanas de evolución caracterizado por diarrea, tos productiva, astenia y pérdida de peso. Al examen físico se encuentra en regular estado general, adelgazado, icterico con síndrome ascítico edematoso. Las pruebas de laboratorio (tabla 1) evidenciaron anemia, plaquetopenia, alteración de la función hepática, coagulopatía, hipoalbuminemia e hiponatremia. La tomografía computada (TC) de tórax y abdomen mostró derrame

pleural, cavidades pulmonares, múltiples adenopatías en mesenterio, líquido libre y distensión de asas intestinales. Se sospecha TBC multisistémica por clínica, laboratorio y epidemiología. Se realiza toma de muestras e inicia tratamiento antifímico: rifampicina, levofloxacina, amikacina y etambutol asociado a corticoide. Posteriormente se confirma el diagnóstico con baciloscopia positiva para *Mycobacterium tuberculosis* sensible a isoniácida y rifampicina. Se descartan etiologías autoinmunes, hematooncológicas e infectológicas asociadas. Evolución con mal manejo de líquidos por lo que requiere ingresar a UCIP. Se agrega distensión abdominal, dolor intenso y ausencia de ruidos hidroaéreos con radiografías de abdomen compatibles con neumoperitoneo (Figura 1). Se interviene quirúrgicamente, constatándose tres perforaciones intestinales, líquido libre en cavidad abdominal y áreas blanquecinas nodulares en intestino y peritoneo. Requiere resección intestinal, ileostomía y colostomía. Luego de la resolución quirúrgica, se logra descender drogas inotrópicas, desvincular de la ventilación mecánica y normalizar parámetros de laboratorio. Actualmente permanece internado luego de 30 días de internación (25 días en UCIP), continúa con requerimiento de nutrición parenteral y manejo multidisciplinario.

Discusión: La TBI representa el 4% de las formas extrapulmonares de TBC. Nuestro caso presentó como describe la literatura compromiso de intestino, peritoneo y ganglios linfáticos. La sospecha diagnóstica de la complicación y su resolución quirúrgica, disminuyeron la morbimortalidad del paciente.

Conclusión: Un tratamiento antifímico adecuado y precoz puede disminuir las complicaciones intestinales por TBC.

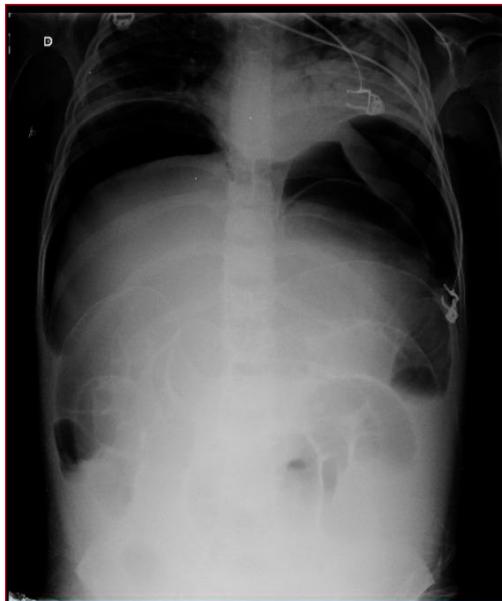


Tabla 1. Parámetros de laboratorio al ingreso y al mes de tratamiento.

Parámetros	Al ingreso	Día 30
Glóbulos Blancos (c/mm ³)	13800	7200
HTO (%)	26%	30
Hb (g/dl)	8,6	9,9
Plaquetas (c/mm ³)	86000	274000
Bilirrubina total(mg/dl)	2,6	2,2
Bilirrubina directa(mg/dl)	2,4	2
GOT (U/L)	88	83
GPT (U/L)	88	73
Proteínas totales(g/dl)	4,4	6,2
Albumina (g/dl)	1,4	3
TP (%)	49	92
KPTT (segundos)	50	43
Ácido Láctico (mmol/L)	5	1,9
Sodio (mEq/L)	119	134
Potasio (mEq/L)	4,3	5
Cloro (mEq/L)	93	101

0453 UNA MANIFESTACIÓN RARA DE TIROTOXICOSIS A PROPÓSITO DE UN CASO

VL PUENTE(1), G ROBERT(1), R VILLARPANDO, J PANIAGUA(1), C MARTINEZ(1), D RODRIGUEZ(1), M MELEAN(1), R ACHATA(1), F DAZA(1)
(1) Higa Eva Peron.

Introducción: La tirotoxicosis es el conjunto de manifestaciones clínicas provocadas por el exceso de hormonas tiroideas. Su forma más grave, la tormenta tiroidea, es una urgencia endocrina poco frecuente pero con alta mortalidad si no se diagnostica y trata precozmente. Aunque los síntomas clásicos son bien conocidos, las formas con predominio gastrointestinal son inusuales y pueden dificultar el diagnóstico, empeorando el pronóstico.

Presentación del caso: Mujer de 42 años con antecedentes patológicos: hipertensión arterial e insuficiencia cardíaca, hipertiroidismo, hospitalizada tras siete días con cuadro clínico caracterizado por presentar náuseas, vómitos persistentes, dolor epigástrico irradiado al dorso y diarrea acuosa. Al examen físico se constata taquicardia (130 lpm), hipotensión y dolor abdominal generalizado. Laboratorio con leucocitosis (11300), insuficiencia renal (1,8) caracterizada como pre-renal y amilaseemia elevada (623 U/L), tomografía abdominal sin hallazgos patológicos; Se interpreta cuadro como pseupancreatitis, iniciando tratamiento medico: hidratación parenteral y soporte sintomático, sin mejoría clínica a las 48 horas con evolución torpida, por lo que ingresa a UTI donde se constata persistencia de acidosis metabólica severa, progresión de falla renal (2.7/ clearance de creatinina 20.89) se optimiza tratamiento con cristaloides y bicarbonato intravenoso sin respuesta a la misma. Se determinó realizar perfil tiroideo revelando TSH suprimida (< 0,01 mIU/L), T4 libre(7,6 mIU/L) y T3 total elevados. Se reinterpreta cuadro como tirotoxicosis, iniciando tratamiento con metazolol anti-tiroideo, propranolol y prednisona. Paciente con mejoría hemodinámica, corrección de la acidemia y recuperación de la función renal, permitiendo el pase a sala general con seguimiento ambulatorio y control endocrinológico.

Discusión y conclusión: Las formas con síntomas gastrointestinales y pseupancreatitis son presentaciones atípicas de tormenta tiroidea, con escasos casos en la literatura. La acidosis y la falla renal pueden enmascarar el cuadro, retrasando el tratamiento específico. Este caso subraya la importancia de sospechar disfunción tiroidea ante pacientes críticos con síntomas inusuales y evolución desfavorable. El diagnóstico precoz y tratamiento oportuno reducen la morbimortalidad y mejoran el pronóstico.

0454 ULTRASONOGRAFIA EN EL DIAGNOSTICO DIFERENCIAL DE AUSENCIA DE SLIDING PLEURAL EN NEUMONIA ABCEDADA SUBPLEURAL

R AREVILLCA YUGAR(1), N PISTILLO(1), D SANCHEZ(1), KK SAAVEDRA MIRANDA(1)
(1) El Cruce.

Introducción: En la actualidad existe fuerte evidencia de la utilidad de la ecografía pulmonar en diagnóstico y seguimiento de neumonía, porque tiene una serie de ventajas sobre el resto de las técnicas radiológicas, como ausencia de radiaciones ionizantes, exploración a la cabecera del paciente disminuyendo así las complicaciones asociadas al traslado de pacientes críticos, valoración en tiempo real. Tiene una sensibilidad 90% y una especificidad 98% para el diagnóstico de consolidaciones alveolares.

La presencia de "broncograma aéreo dinámico" descarta la posibilidad de que la consolidación sea una atelectasia.

Caso clínico: Paciente masculino de 34 años, con antecedente de Malformación de Chiari y fístula dural a seno sigmoideo y petroso inferior derecho, evoluciono con amaurosis e hipoacusia. Se realizaron 5 embolizaciones, la última en 2025 complicada con fístula dural de base del cráneo.

Ingres a terapia intensiva en el post operatorio de cierre de fistula arteriovenosa a seno transverso y sigmoideo derecho + craneotomía occipital.

Intercurió con shock neurogénico, TVP femoral común y poplítea izquierda que requirió colocación de filtro de vena cava.

En contexto de sepsis, se rota catéter venoso central con control ecográfico donde se observa ausencia de sliding pleural, imagen de pleura con borde totalmente irregular, imagen circular con contenido hipoecogenico con bordes definidos con sospecha de Neumonía abscedada derecha.

Discusión: La neumonía nosocomial es una de las causas más importantes de morbilidad y mortalidad.

La ecografía pulmonar a la luz de la evidencia actual está dirigido principalmente a la orientación diagnóstica de las causas más frecuentes de insuficiencia respiratoria aguda en Cuidados Intensivos: neumotórax, neumonías, derrame pleural, incluso con rendimiento superior a la radiografía de tórax.

En nuestro paciente el diagnóstico de neumonía abscedada se llegó con la ecografía, confirmándose con la tomografía.

Conclusión: La ecografía pulmonar puede desempeñar un papel valioso en la detección temprana y complicaciones de neumonía, con alta sensibilidad, especificidad y precisión diagnóstica.

La ecografía está revolucionando en las terapias intensivas, es eficaz para el diagnóstico de neumonía, siendo una herramienta diagnóstica consolidada en manos de médicos con experiencia. Ayudando a la toma de decisiones y guiar el tratamiento.



0455 EPIDEMIOLOGIA DEL PROCESO DE DESVINCULACIÓN DE LA VENTILACIÓN MECÁNICA EN PACIENTES POST QUIRÚRGICOS DE CIRUGÍA CARDIOVASCULAR: ESTUDIO RETROSPECTIVO

G OLAIZOLA(1), VR RUIZ(1), CM WILHELM(1), MM SCHMIDHUBER(1), AM BERÓN(1), E MANIÁS(1), ZA ZAHER(1), JI PÉREZ(1), SE MANSILLA YULAN(1), FA MELGAREJO MEANA(1), GM FERNÁNDEZ VILLAR(1)

(1) Hospital Italiano De Buenos Aires.

Introducción: En las unidades de cuidados coronarios, se considera ventilación mecánica prolongada (VMP) a aquella utilizada por más de 24 horas. No existen estudios hasta el momento que utilicen la clasificación del grupo WEAN SAFE para los pacientes postquirúrgicos de cirugía cardiovascular (CCV). Por lo tanto, el objetivo de este trabajo es describir a la población postquirúrgica de CCV central y clasificarla según WEAN SAFE.

Materiales y Métodos: Estudio observacional de cohorte retrospectivo con muestreo consecutivo. Se incluyeron pacientes postquirúrgicos de CCV con requerimiento de ventilación mecánica invasiva (VMI) de un hospital de alta complejidad entre 2014 y 2023. Se excluyeron los trasplantes cardíacos y aquellos con requerimiento de ECMO V-A. Se realizó análisis descriptivo utilizando media y desvío estándar, o mediana y rango intercuartil (RIQ) según el test de Shapiro-Wilk. Las variables categóricas fueron informadas como frecuencias absolutas y relativas. Aprobación del comité de ética 7161. Se utilizó la clasificación de WEAN SAFE en grupo 0 (sin intento de destete), grupo 1 (destete precoz), grupo 2 (destete intermedio), grupo 3 (destete prolongado) y grupo 4 (destete fallido).

Resultados: Se incluyeron 1.389 pacientes cursando el posquirúrgico CCV, 33,5 % de sexo femenino, mediana de edad de 73 años (RIQ 65-70). Las CCV en orden de frecuencia fueron: cirugía de revascularización miocárdica 712 (72,1%), operación de Bentall de Bono 129 (13.1%) y reemplazo de válvula aórtica 108 (10.9%). Ver Tabla 1 y 2. La distribución según la clasificación WEAN-SAFE fue para el grupo 0 31 pacientes (2,23 %), grupo 1 1.008 (72,57 %), grupo 2 257 (18,50 %), grupo 3 51 (3,67 %) y grupo 4 42 (3,02 %). Fallecieron 73 pacientes (5,26%).

Conclusiones: Utilizar la clasificación de WEAN SAFE en los pacientes postquirúrgicos de CCV brinda información adicional sobre el grupo de VMP, en donde la mayoría se desvincula antes de los siete días.

	Todos	Sin intento de destete	Destete precoz	Destete intermedio	Destete prolongado	Destete fallido	valor p
	N=1389	N=51	N=1008	N=257	N=51	N=42	
Adrenalina	1251 (89.5%)	25 (100%)	921 (95.7%)	227 (89.2%)	30 (60.9%)	41 (100%)	0.197
Milfinona	143 (10.3%)	4 (16.0%)	79 (8.1%)	18 (7.0%)	6 (11.8%)	16 (40.0%)	<0.001
Isoproterenol	15 (1.1%)	2 (8.0%)	10 (1.0%)	1 (0.4%)	1 (2.0%)	1 (2.4%)	0.029
Dobutamina	689 (52.2%)	20 (80.0%)	471 (49.4%)	147 (57.4%)	22 (43.0%)	29 (70.7%)	<0.001
Meperidina	38 (2.8%)	2 (8.0%)	11 (1.1%)	1 (0.4%)	2 (3.9%)	1 (2.4%)	<0.001
Diclofenaco	56 (4.2%)	3 (12.0%)	40 (4.1%)	9 (3.5%)	2 (4.0%)	2 (4.8%)	0.342
Romifentolano	806 (61.4%)	23 (92.0%)	524 (54.3%)	180 (74.7%)	40 (80.9%)	39 (95.1%)	<0.001
Propofol	886 (67.2%)	21 (84.0%)	657 (68.2%)	160 (66.4%)	34 (73.3%)	34 (82.9%)	0.035
Midazolam	598 (45.2%)	15 (60.0%)	426 (44.3%)	114 (47.3%)	22 (43.0%)	21 (51.2%)	0.418
Dexametasona	258 (19.6%)	4 (16.0%)	173 (18.0%)	65 (27.0%)	9 (20.3%)	7 (17.1%)	0.043
Morfina	609 (51.0%)	10 (40.0%)	522 (54.3%)	112 (46.5%)	13 (29.2%)	12 (29.3%)	<0.001
Fentanilo	317 (39.4%)	13 (52.0%)	370 (38.7%)	108 (44.8%)	16 (36.4%)	12 (29.3%)	0.243
Furosemida	1096 (83.5%)	22 (88.0%)	795 (82.8%)	199 (82.4%)	42 (85.9%)	38 (92.7%)	0.073

	Todos	Sin intento de destete	Destete precoz	Destete intermedio	Destete prolongado	Destete fallido	valor p
	N=1389	N=51	N=1008	N=257	N=51	N=42	
Sexo femenino	466 (33.7%)	18 (35.3%)	311 (31.2%)	100 (39.3%)	17 (33.3%)	16 (38.1%)	0.008
Edad	730 (52.6%)	78 (153.1%)	732 (73.2%)	266 (103.1%)	79 (152.9%)	77 (178.8%)	<0.001
Etnia	763 (54.9%)	27 (52.9%)	702 (70.2%)	234 (91.1%)	36 (70.6%)	30 (69.0%)	0.007
Tiempo de estancia	1481 (106.6%)	141 (276.7%)	1481 (148.1%)	147 (57.2%)	147 (288.4%)	148 (342.9%)	0.002
Diabetes	292 (21.0%)	7 (13.7%)	188 (18.7%)	53 (20.6%)	10 (19.6%)	14 (31.9%)	0.049
Arterioesclerosis coronaria	199 (14.3%)	5 (9.8%)	169 (16.7%)	25 (9.7%)	5 (9.8%)	5 (11.4%)	0.009
Insuficiencia Cardíaca	221 (15.9%)	10 (19.6%)	191 (18.9%)	65 (25.3%)	12 (23.5%)	15 (33.3%)	<0.001
Asma	73 (5.3%)	2 (3.9%)	58 (5.8%)	10 (3.9%)	3 (5.9%)	3 (6.9%)	0.049
Enfermedad renal crónica	262 (18.9%)	10 (19.6%)	199 (19.7%)	60 (23.3%)	12 (23.5%)	10 (22.4%)	0.049
Insuficiencia renal crónica	82 (5.9%)	3 (5.9%)	56 (5.6%)	13 (5.1%)	4 (7.8%)	4 (9.0%)	0.061
Enfermedad Pulmonar Obstruccion Crónica	88 (6.3%)	3 (5.9%)	56 (5.6%)	20 (7.8%)	3 (5.9%)	4 (9.0%)	0.109
Enfermedad venosa periférica	78 (5.6%)	1 (1.9%)	53 (5.3%)	13 (5.1%)	4 (7.8%)	4 (9.0%)	0.375
Edad de inicio de hipertensión	149 (10.7%)	5 (9.8%)	144 (14.4%)	31 (12.1%)	5 (9.8%)	5 (11.4%)	0.003
Tiempo de estancia en UCI	10 (0.7%)	0 (0.0%)	10 (1.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0.001
Verificación de Mecánica Prolongada	225 (16.2%)	28 (54.9%)	80 (8.0%)	102 (39.7%)	68 (133.3%)	31 (71.4%)	<0.001

0456 DISFUNCIÓN CARDÍACA EN TORMENTA TIROIDEA

Jl BIURRARENA(1), J VILCA BECERRA(1), F IGLESIAS(1), M CORDOBA(1), A CUCCI(1), D CONTRERAS(1), A BETANCUR(1), M NUCCIARONE(1)
 (1) Higa San Martin.

Introducción: La tormenta tiroidea es una urgencia endocrinológica poco frecuente con una incidencia anual en la población general de aproximadamente 0,57 a 0,76 casos por cada 100.000 personas pero potencialmente mortal (15 al 30% mortalidad), que representa una exacerbación aguda del hipertiroidismo con compromiso multiorgánico. El diagnóstico se basa en criterios clínicos, siendo el Burch-Wartofsky Point Scale (BWPS) uno de los sistemas más utilizados.

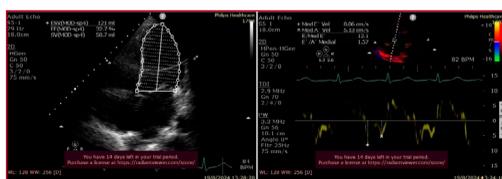
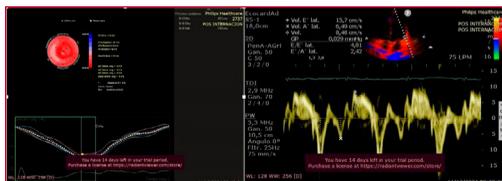
Caso clínico: Paciente femenina de 32 años con antecedentes personales de G4C4 e hipertiroidismo tratado con metimazol en seguimiento irregular, cursando puerperio tardío (2 meses). Consulta por cuadro de diarrea, vómitos, fiebre, cefalea y taquicardia. Al ingreso se constata taquicardia sinusal en ECG y neutropenia. Se interpreta como descompensación tiroidea grave y se interna en UTI.

Presenta perfil tiroideo al ingreso de TSH < 0.03 uUI/ml (0.30-4.00), T4L 5.21 ng/dl (0.58-1.64), T4T > 30ug% (6.09-12.23) T3 384.30 ng% (87-178), se descarta infección (cultivos negativos). Se interpreta neutropenia inducida por metimazol, inicia plasmaféresis (4 sesiones), sin mejoría clínica ni bioquímica. Se inicia Lugol y se realiza tiroidectomía total. En el postoperatorio inmediato, desarrolla hipocalcemia tratada con calcio EV y oral. A las 48 hrs presenta hipertensión arterial (162/77 mmHg), desaturación y requerimiento de oxigenoterapia, mala mecánica ventilatoria con uso de músculos accesorios. Ecografía pulmonar con líneas B bilaterales y ProBNP elevado (31750 pg/ml), troponinas y ECG negativos para SCA, presenta ecocardiograma muestra disfunción diastólica e insuficiencia mitral leve. Se interpreta cuadro como edema agudo de pulmón por insuficiencia cardíaca aguda. Se inicia VNI, diuréticos y nitroglicerina EV, con rápida mejoría.

Presenta perfil hormonal posterior al evento de TSH < 0.03 uUI/ml (0.30-4.00) T4L 1.28 ng/dl (0.58-1.64) T4T 14.39 ug% (5.20-12.70) T3 51.92 ng% (87-178)

Discusión: El cuadro fue compatible con tormenta tiroidea (Burch-Wartofsky: 65 puntos). La neutropenia obligó a suspender metimazol, utilizando plasmaféresis como terapia puente hasta la tiroidectomía. Si bien la fiebre es habitual, se inició cobertura antibiótica hasta descartar infección. La insuficiencia cardíaca aguda fue una complicación infrecuente, probablemente multifactorial (hipermecabolismo, disfunción miocárdica, sobrecarga de volumen), y requirió tratamiento intensivo. La paciente evoluciona favorablemente, se da alta médica de la unidad crítica y posterior alta hospitalaria, presenta evaluación y seguimiento posterior con ecocardiograma control por mismo operador siendo normal.

Conclusión: La tormenta tiroidea debe sospecharse ante cuadros clínicos floridos en pacientes con antecedentes de hipertiroidismo. Aunque las manifestaciones cardiovasculares son comunes, como taquicardia, hipertensión, taquiarritmias (Fibrilación auricular), la insuficiencia cardíaca aguda es poco frecuente, pero grave, y debe ser reconocida precozmente para evitar complicaciones mayores.



0457 REPORTE DE CASO: TERAPIA DE REEMPLAZO RENAL CONTINUA CON HEMOADSORCIÓN PARA DISFUNCIÓN MULTIORGÁNICA SECUNDARIA A SHOCK SÉPTICO POR LEPTOSPIROSIS

V RODRIGUEZ(1), E MANRIQUE(1), E CORNU(1), R AVILA(1), M CRUCCI(1), B JULIETA(1)
 (1) Hospital Privado.

Introducción: La leptospirosis puede desencadenar un cuadro de shock séptico con síndrome de disfunción orgánica múltiple (SDOM), mediado por una respuesta inflamatoria sistémica exacerbada. La hemoadsorción es una terapia extracorpórea que permite remover estos mediadores inflamatorios circulantes, contribuyendo a la estabilización hemodinámica y mejoría clínica.

Presentación del caso: Paciente masculino de 45 años que ingresó con shock séptico sin foco evidente. Mostraba hiperlactacidemia, plaquetopenia, falla renal anúrica e interleuquina 6 (IL-6) > 9500 pg/ml. Requirió soporte con noradrenalina y vasopresina. Evolucionó en modalidad de hemodiafiltración venovenosa continua junto a hemoadsorción. En menos de 24 horas se observó una reducción significativa de los vasopresores y extubación exitosa. Fue tratado con ceftriaxona y dado de alta a los 10 días, sin requerimientos de diálisis. Posteriormente se confirmó diagnóstico de leptospirosis por serología.

Discusión: Este caso evidencia el beneficio potencial de la hemoadsorción como complemento a la TRR en pacientes con shock séptico refractario y elevada carga inflamatoria. Estudios recientes sugieren que esta técnica puede reducir los requerimientos vasopresores y modular la respuesta inmune. Sin embargo, los ensayos clínicos aleatorizados no han demostrado consistentemente una mejora en mortalidad o disfunción orgánica, por lo que su uso debe evaluarse individualmente.

Conclusión: El tratamiento precoz e integral del shock séptico es clave. La hemoadsorción podría representar una herramienta prometedora en pacientes seleccionados.

COMPARACIÓN PRE Y POST INICIO DEL TRATAMIENTO

Parámetro	Antes del tratamiento	12 horas después del tratamiento
Índice Cardíaco (litros/minuto m ²)	2.3	2.8
Volumen Sistólico (mililitros)	31	56
Variación del Volumen Sistólico (porcentaje)	17	30
Índice de Resistencia Vascolar Sistémica (dinas·seg·cm ⁻⁵ ·m ²)	5591	2597
Presión Venosa Central (milímetros de mercurio)	14	1
Lactato (milimoles por litro)	6.14	1.85
Interleucina 6 (picogramos por mililitro)	5591	30.7
Dosis de Noradrenalina (microgramos/kg/hora)	0.6	<0.4
Presión Arterial Media (milímetros de mercurio)	70	90
Frecuencia Cardíaca (latidos por minuto)	135	94
Índice de Perfüción	<1	2.8

0459 REPORTE DE CASO: TERAPIA EXTRACORPÓREA EN TÁNDEM EN PACIENTE TRASPLANTADO HEPÁTICO CON DISFUNCIÓN PRIMARIA DEL INJERTO

E ANDRÉS(1), R FLORENCIA(1), B JULIETA(1), E MANRIQUE(1), R AVILA(1)
(1) Privado De Cordoba.

Introducción: La disfunción primaria del injerto es una complicación en el trasplante hepático (TH), especialmente en el período precoz, con necesidad de retrasplante. La plasmaféresis (PF) y la terapia de reemplazo renal continua (TRRC) constituyen estrategias de soporte extracorpóreo que permiten depurar toxinas, remover citocinas inflamatorias y corregir alteraciones hemodinámicas y electrolíticas.

Presentación del caso: Paciente masculino de 69 años con cirrosis alcohólica, ingresó a terapia intensiva (UTI) tras TH. El procedimiento se complicó por laceración hepática, disección de la arteria hepática del donante y receptor, sin posibilidad de anastomosis arterial ni perfusión del injerto. Fue enlistado en emergencia para retrasplante por disfunción primaria del injerto.

Se inició PF de alto volumen combinada con TRRC. El soporte en tándem permitió mantener y estabilizar al paciente hasta el retrasplante, efectuado 16 horas después.

Discusión: La PF de alto volumen mostró beneficios en la estabilización hemodinámica y corrección de la coagulopatía grave. Es la terapia extracorpórea con mayor evidencia en falla hepática aguda en combinación con la TRRC. Ensayos clínicos han demostrado que la PF mejora la sobrevida a 30 días frente al tratamiento estándar. La terapia en tándem permite utilizar un solo acceso vascular y disminuir las interrupciones y recursos.

Conclusión: El soporte extracorpóreo en tándem permite optimizar recursos, realizando dos modalidades distintas al mismo tiempo, lo cual, en casos de falla hepática aguda es una ventaja para el soporte vital como puente al TH.



0460 ESÓFAGO NEGRO EN CONTEXTO DE INMUNOSUPRESIÓN GRAVE: REPORTE DE CASO

C SACK(1), LA JORDAN SERRUDO(1), N TEDONE(1), LN QUIBERT(1), J SAGARDIA(1), MF BENEDETTI(1), M ROMERO(1), JA PARRADO SERRUDO(1)
(1) Hospital Nacional Profesor Alejandro Posadas.

Introducción: La necrosis esofágica aguda (NEA) o "esófago negro", es una entidad poco frecuente de etiología multifactorial, que suele presentarse con sangrado gastrointestinal alto. Afecta predominantemente a hombres mayores de 60 años, con una relación de 4:1 respecto a las mujeres. Debido a su baja incidencia, es una condición poco comprendida y subdiagnosticada.

Presentación del caso: Paciente femenina de 56 años derivada por sospecha de síndrome mielodisplásico. En nuestro centro, se realiza biopsia de médula ósea compatible con aplasia medular. Inicia tratamiento con pulsos de metilprednisolona y ciclofosfamida. Ingresó a UCI en contexto de hemorragia digestiva alta e hipotensión, sin requerimiento de soporte vasopresor. Se realiza endoscopia alta, que evidencia úlcera necrótica en borde lateral derecho de la lengua de donde se toma biopsia (en la anatomía patológica se detecta genoma viral de herpes simplex virus). Lesión proliferativa en hipofaringe. A 3,5 cm del esfínter esofágico superior se constata isquemia esofágica circunferencial con sangrado espontáneo compatible con Esófago Negro (Imagen 1).

Discusión: La NEA es una entidad poco frecuente con una mortalidad reportada del 38- 55%. La forma de presentación habitual es la hemorragia digestiva alta. Para el diagnóstico puede ser suficiente la endoscopia. Su fisiopatología es multifactorial: hipoperfusión, reflujo ácido severo y daño en la barrera mucosa. Se asocia a estados críticos, infecciones virales, inmunosupresión. Su tratamiento se basa en fluidoterapia, inhibidores de la bomba de protones y tratamiento de enfermedad de base. Dentro de las complicaciones más comunes, en forma temprana se destacan la perforación esofágica y la sepsis; en forma tardía la estenosis esofágica. En este caso, la detección de HSV podría haber sido una condición predisponente.

Conclusión: El presente caso destaca la importancia de sospechar esta entidad en pacientes con factores de riesgo predisponentes, aun en ausencia de shock refractario o deterioro clínico severo. Su detección y tratamiento precoz puede disminuir la mortalidad. La asociación con herpes simplex, si bien es poco frecuente sugiere un posible rol sinérgico viral en la lesión mucosa.



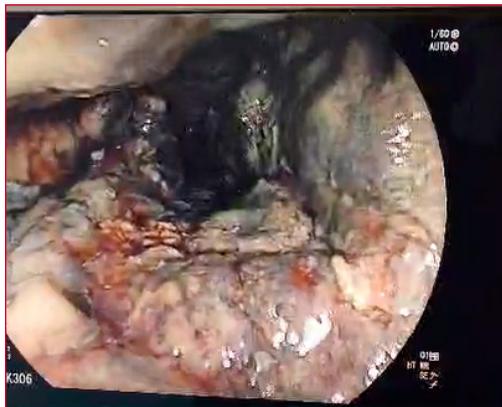


FIGURA 1 : EJE LARGO ENDOCARDITIS INFECCIOSA SOBRE CUERDA TENDINOSA ABERRANTE



FIGURA 2 : EJE CORTO ENDOCARDITIS INFECCIOSA SOBRE CUERDA TENDINOSA ABERRANTE



0461 ENDOCARDITIS INFECCIOSA SOBRE CUERDA TENDINOSA ABERRANTE: CASO CLÍNICO

X REYNOSO(1), L ARGÜELLES(1), R GUILLEN(1), E NAVA(1)
(1) Hospital Nacional Posadas.

Las cuerdas tendinosas aberrantes son variantes benignas, estructuras únicas o múltiples, que conectan el tabique interventricular con la pared libre o los músculos papilares. Son hallazgos infrecuentes en ecocardiograma y necropsias. Se trata de una patología rara, y suelen asociarse a insuficiencia mitral, miocardiopatías hipertroóficas, arritmias ventriculares como taquicardia ventricular o ritmos de preexcitación e infecciones. Su presencia no se asocia a aumento en la mortalidad, pero su rotura puede desencadenar insuficiencia cardiaca aguda.

Masculino de 51 años, antecedente de soplo en la infancia. Consulta por fiebre, adinamia, cefalea. Al ingreso se constata febril, soplo diastólico II/VI aórtico y signos meníngeos. TC encéfalo sin alteraciones, LCR compatible con meningitis bacteriana. Evoluciona con shock séptico con requerimiento de asistencia respiratoria mecánica. En hemocultivos se aisló *Estafilococo aureus* metilicilina sensible. Ecocardiograma transtorácico: cuerda tendinosa aberrante en VI y sobre la misma una imagen nodular, móvil, compatible con una vegetación e insuficiencia aórtica leve, sin insuficiencia mitral. Se interpretó como shock séptico por SAMS con meningitis y endocarditis infecciosa sobre una cuerda aberrante. El paciente posteriormente presenta síndrome convulsivo, TC encéfalo con infarto isquémico temporo parietal derecho con transformación hemorrágica, con evolución fatal.

Este caso expone la cronología de una bacteremia que progresa a una forma atípica de endocarditis, donde la vegetación compromete una estructura anatómica variante. Donde se instaura tratamiento correspondiente y progresa a un impacto séptico cerebral. Este caso resalta la importancia de considerar la endocarditis infecciosa sobre estructuras cardíacas no valvulares, cuya identificación precoz va a influir en el pronóstico.

0462 A PROPÓSITO DE UN CASO: ABSCESO EPIDURAL LUMBOSACRO A PUNTO DE PARTIDA DE INFECCIÓN DE SENSO DÉRMICO

J MOURADIAN(1), ML BALDASSO(1), CN OLGUÍN(1), KI BURCHER(1)
(1) Notti.

El seno dérmico espinal es un tracto tubular producido por una incompleta separación entre el ectodermo neural y epitelial durante las primeras semanas de gestación. Es una variedad de disrafismo que permite una potencial comunicación entre la piel y el sistema nervioso central. Su localización más frecuente es a nivel lumbar. Las complicaciones infecciosas pueden ser meningitis bacteriana, absceso cerebeloso y lumbosacro.

Se presenta a continuación caso clínico de paciente de 1 año con antecedente de seno dérmico que comienza con fiebre y eritema en región lumbosacra. Se asume como celulitis y se indica tratamiento antibiótico vía oral y seguimiento ambulatorio.

Por desmejoría clínica asociando vómitos y continuar con registros febriles se decide su internación.

En sala común presenta clínica de sepsis por lo que comienza tratamiento antibiótico endovenoso de amplio espectro. Asocia signos neurológicos: hipotonía de MMII, fotofobia y rigidez de nuca.

Se realiza RMN de columna, se constata trayecto tubular desde superficie cutánea sacra hacia el interior del canal raquídeo a nivel de S3 con colección líquida en espacio epidural posterior desde región craneorraquídea a región sacra. Efecto compresivo sobre saco tecal y cordón medular. A nivel de L4 a S3 se observa ocupación epidural anterior y colecciones que envuelven raíces nerviosas sacras. Ingres a quirófano, se drena absceso lumbosacro y se identifica disrafia de L5 y S1.

En postoperatorio ingresa a UTIP vinculado a ARM. Presenta mejoría clínica, se extuba a las 24 hs con remisión de signos de los signos neurológicos antes mencionados.

Se aísla *Enterococcus avium* en hemocultivos y LCR. En cultivo de líquido de absceso se aísla *E. Avium*, *E. Faecium* y *Rothia*.

Continúa con tratamiento antibiótico endovenoso con controles

seriados de RMN en las que se observan disminución paulatina de colecciones hasta su desaparición .

Este caso destaca la necesidad de un examen físico exhaustivo en pacientes con seno dérmico para evaluar posibles comunicaciones con estructuras profundas. La ecografía es una herramienta útil para valorar el trayecto en casos sospechosos. Aunque las complicaciones infecciosas son poco frecuentes, pueden ser graves y requerir atención inmediata.



0463 REPORTE DE CASO CLÍNICO: ACIDEMIA METILMALÓNICA SECUNDARIA A DÉFICIT DE VITAMINA B12.

CN OLGUIN(1), ML BALDASSO(1), JV MOURADIAN(1), KI BURCHER(1)
(1) Pediátrico Humberto Notti.

La acidemia metilmalónica es una enfermedad metabólica rara que puede ser congénita o secundaria a déficit de vitamina B12 (menos frecuente).

Presentamos el caso de un paciente masculino de 2 años, con historia de alimentación vegana y fallo de medro, quien consultó por vómitos incoercibles, astenia y dificultad respiratoria. En guardia se observó en mal estado general, con mala perfusión y alteración de conciencia, presentando acidosis metabólica severa (ph 6.8, HCO₃-4), lo que llevó a su admisión en terapia intensiva.

A su ingreso en UTIP se sospecharon causas de acidosis metabólica con anión GAP y ácido láctico aumentado; cetoacidosis diabética, patología infecciosa, intoxicación por glicoles, entre otras causas, por lo que se pancultivo, inició tratamiento antibiótico con requerimiento de inotrópicos, múltiples correcciones de bicarbonato y medio interno, valores de glucemia normal, y por imposibilidad de dosaje de glicoles se realizó empíricamente eutiterapia la que se mantuvo por aproximadamente 24 hs.

A las 12 horas, presentó mejoría clínica, disminución de inotrópicos con persistencia de la acidosis metabólica; se descartó causa nefrológica, desde servicio de enfermedades metabólicas solicitaron

dosaje de vitamina B12, constatando un valor de 100 pg/ml, confirmando el déficit de la misma. Inició suplementación, y tras 48 horas, los niveles se elevaron a 841 pg/ml, con una mejora significativa en el estado clínico del paciente.

Este caso ilustra la importancia del adecuado seguimiento y asesoramiento nutricional de pacientes con dieta restrictiva y la necesidad de considerar condiciones metabólicas raras incluso déficit vitamínico en la presentación de acidosis metabólica severa.

Tabla 1: Estado ácido base durante la internación.

Hora	Ph	pCO2	pO2	HCO3-	EB	GAP	Ac.	HTO	NA	K	CL	Glucemia Lactico
Hora 0	6.8	24.8		4.4	-29.3	34	3	33	138	4.39	104	60
Hora +24	7.31	33	260	16.4	-8	18	1.5	32	140	3.5	127	70
Hora +48	7.44	40		27	3.6	13		34	136	4.64	100	84

0465 INFARTO BITALAMICO EN PACIENTE CON SINDROME DE PERSONA RIGIDA

R AREVILLCA YUGAR(1), N PISTILLO(1), D SANCHEZ(1)
(1) El Cruce.

Introducción: La arteria de percherón es una variante anatómica que irriga el tálamo paramediano y la porción rostral del mesencéfalo, presente en aproximadamente un tercio de la población. El infarto de la arteria de percherón es infrecuente, la incidencia es el 0.6% del total de ACV isquémico y del 4-35% del total de ACV talámicos.

Las etiologías más habituales son la embolia cardiogénica y la arteriopatía de pequeños vasos.

Los síntomas son variados, incluyen deterioro de la memoria, alteración de conciencia, parálisis de la mirada vertical, debilidad unilateral, ataxia cerebelosa, debilidad y anomalías oculomotoras. El diagnóstico es por neuroimágenes, de preferencia RNM.

Presentación del caso: Paciente de 55 años con antecedente de HTA, diabética, síndrome de la persona rígida en tratamiento con Gammaglobulinas.

Inicio sus síntomas con visión borrosa y diplopía, al ingreso a otro hospital, se constata deterioro del sensorio requiriendo Intubación orotraqueal.

Ingresó a nuestro hospital presentando anisocoria con midriasis derecha areactiva, reflejos de tronco presentes, se realiza TC y posterior RNM de encéfalo llegando al diagnóstico infarto bitalámico, fuera del tiempo de tratamiento trombolítico.

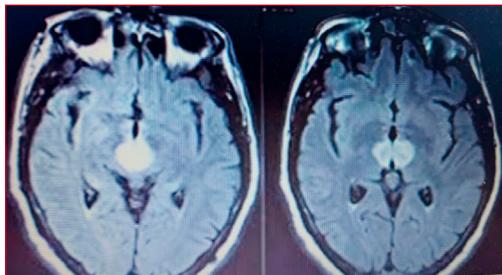
Se descarto origen cardioembólico y arteriopatía. Serología, SAF, panel para autoinmunidad y paraneoplásicos negativos. LCR con resultado anti GAD65 + y Ac antififisina negativo

Intercorrió con eventos de convulsión, crisis de distonía acompañado de disfunción autonómica con HTA, taquicardia, taquipnea, hipoxia, cianosis generalizada. EEG sin descargas epileptiformes. se reinterpreto cuadro como exacerbación de su enfermedad. Evoluciona con mayor frecuencia y profundización de crisis de distonía por lo que se realizó tratamiento escalonado con baclofeno. pulso de corticoides, plasmaféresis siendo refractaria a tratamientos. Evoluciona con profundización del estado neurológico, llegando a óbito.

Discusión: El Síndrome de persona rígida es extremadamente rara y única y no se encontró en la literatura una relación con el infarto bitalámico, sin embargo, el vasoespasmo de este síndrome es una complicación potencial, se cree que podría afectar la circulación sanguínea, no hay evidencia que sustente esta teoría.

Conclusión: Se ha descrito una entidad infrecuente. El tratamiento temprano con Tpa o/y trombectomía mecánica tiene un impacto

positivo en la evolución del paciente. Si el paciente esta fuera del tiempo de ventana terapéutica de la trombólisis, el tratamiento antiplaquetario a largo plazo sigue siendo fundamental.



0466 PRODON-AR: IMPLEMENTACIÓN DEL DECÚBITO PRONO EN POTENCIALES DONANTES DE ÓRGANOS: ENSAYO CLÍNICO ALEATORIZADO Y MULTICÉNTRICO

P CENTENO(1), DA RODRIGUEZ(2), F ZARRA(3), E ESTENSSORO(4), F RIOS(5), H VITALE(6), E MONTIEL(7), MA PETRE(2), L VISSANI(7), A SANTANA MACKINLAY(2), B MURGUIA(8), B EVELYN(2), E RODRIGUEZ(8), NB LEALES(2), C ECKARD(9), G BRUNETTI

(1) Hospital De Alta Complejidad Del Bicentenario De Esteban Echeverría. (2) Hospital De Alta Complejidad Del Bicentenario Esteban Echeverría. (3) Hospital Municipal De Merlo. (4) Dirección De Investigación Del Ministerio De Salud De La Pcia De Bs As. (5) Sociedad Argentina De Terapia Intensiva. (6) Hospital Central De Mendoza. (7) Hospital Cuenca Alta Nestor Kirchner. (8) Hospital Simplemente Evita. (9) Hospital Padilla. (10) Hospital Escuela San Martin. (11) Hospital San Martin. (12) Hospital Eva Perón. (13) Hospital San Roque.

Introducción: El mantenimiento pulmonar en donantes con muerte encefálica (ME) es complejo, debido a disfunciones inducidas por la cascada neurogénica, el soporte ventilatorio y la inactividad muscular respiratoria, que comprometen el intercambio gaseoso. El decúbito prono (DP) podría mejorar la oxigenación y la relación ventilación/perfusión (V/Q), favoreciendo la procuración pulmonar. **Objetivos:** Evaluar si el uso de DP tras certificar la ME incrementa la cantidad de pulmones aptos para trasplante. Analizar su impacto hemodinámico y sobre la procuración de órganos sólidos. **Métodos:** Se elaboró un estudio clínico, aleatorizado, prospectivo, multicéntrico, en grupos paralelos. Se desarrolló en 12 UCI de Argentina entre 2023 y 2025. Se incluyeron donantes con ME y criterios para donación multiorgánica, sin oposición documentada. Se aleatorizaron en grupo control (decúbito supino, DS) y grupo experimental (DP). En la figura 1 se muestra el protocolo del estudio. **Resultados:** Se incluyeron 253 donantes: 125 en DP y 128 en DS. El 65% fueron hombres, edad media 46 años, y el 63% presentó ACV como causa de ME. El 90% fueron donantes reales efectivos. En la evaluación pre-ablación, el 33,3% del grupo DP y el 32% del grupo DS fueron considerados potenciales donantes pulmonares (OR: 1,14; IC95%: 0,63-2,03). La figura 2 muestra la evolución entre evaluación inicial y pre-ablación, diferenciando entre donantes ideales, marginales o no aptos para trasplante pulmonar. En cuanto a otros órganos, el grupo DP presentó mayor procuración en todos los casos: pulmones (7,2% vs 1,5%; OR=0,20 IC95% 0,04-0,97; p=0,033), corazón (20,8% vs 17,2%), hígado (61,6% vs 58,6%), riñón derecho (93,6% vs 91,4%), riñón izquierdo (94,4% vs 90,6%), páncreas (8% vs 6,2%). El DP mejoró la dosis de noradrenalina, PaO2/FiO2 y compliance respiratoria estática (Csr) pero sin diferencias significativas. **Conclusiones:** Analizando a la población total, el DP mostró una mejoría en la potencialidad de donar pulmones, aunque sin significancia estadística. No obstante, al evaluar subgrupos, el DP benefició especialmente a aquellos donantes clasificados como marginales tras la certificación de ME. Secundariamente, el DP mejoró la dona-

ción efectiva de órganos sólidos, mejoró el índice PaO2/FiO2, la Csr y redujo el requerimiento de vasopresores en un 12,5%.

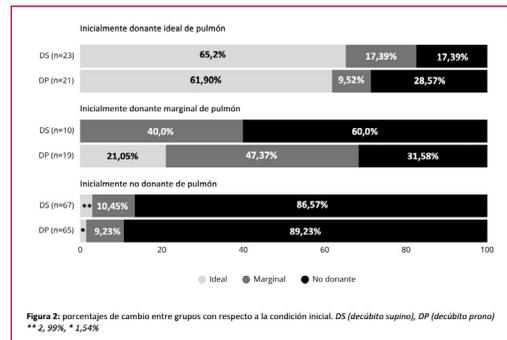


Figura 2: porcentajes de cambio entre grupos con respecto a la condición inicial. DS (decúbito supino), DP (decúbito prono) ** 2, 99%, * 1,34%

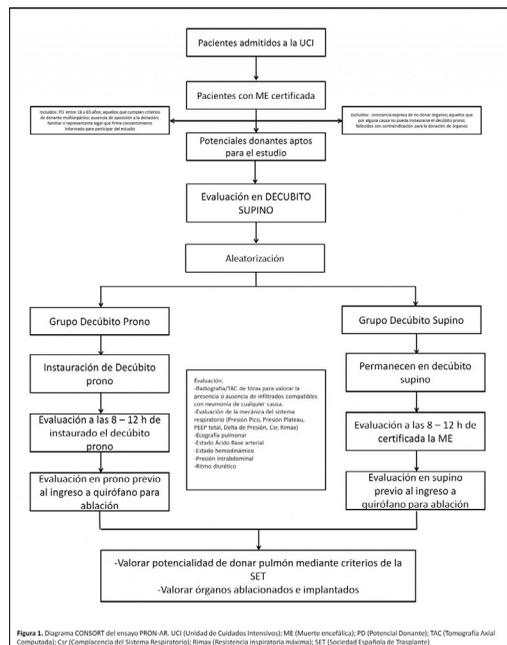


Figura 1: Diagrama CONSORT del ensayo PRODON-AR. UCI (Unidad de Cuidados Intensivos); ME (Muerte encefálica); PD (Potencial Donante); TAC (Tomografía Axial Computarizada); CIR (Compliance del Sistema Respiratorio); RIMA (Resistencia inspiratoria máxima); SET (Sociedad Española de Trasplante)

0467 CUANDO LA PERICARDITIS NO ES IDIOPÁTICA: PRESENTACIÓN INICIAL DE CÁNCER OCULTO CON EVOLUCIÓN TÓRPIDA

I SEGANFREDDO(1), B VANINA(1), S GUSTAVO(1), V PABLO(1), Y MARCOS(1), T MARIANA(1), C LUCIANA(1), B DAIANA(1), L MIRELLA(1)
 (1) Sanatorio Parque.

Cuando la pericarditis no es idiopática: presentación inicial de cáncer oculto con evolución tórpida.

Introducción: La pericarditis aguda suele ser benigna y autolimitada, con etiología viral o idiopática en la mayoría de los casos. Sin embargo, puede ser secundaria a tuberculosis, enfermedades autoinmunes, traumatismos o neoplasias.

Presentación del caso: Masculino de 46 años consulta por disnea. Signos vitales conservados, taquipnea, hipoventilación bíbasal. Estudios complementarios evidenciaron: electrocardiograma con supradesnivel del ST generalizado y descenso del PR, anemia, falla renal, PCR elevada y ecocardiograma sin compromiso hemodinámico pero con signos limitrotrofe. La PCR en sangre para citomegalovirus y anticuerpo anti-early antigen fueron positivos. Se interpretó como pericarditis viral y se realizó pericardiocentesis (exudado, sin aislamientos) Por recidivar, se efectuó ventana pleuropericárdica sin hallazgos microbiológicos ni anatomopatológicos, y fue externado con ibuprofeno, corticoides y colchicina. Reingresó por ortopnea

con diagnóstico de pericarditis constrictiva, requiriendo pericardiectomía. Cursó el postoperatorio con mediastinitis, shock séptico y falleció 38 días después de la primera consulta. La anatomía patológica reveló carcinoma poco diferenciado de alto grado.

Discusión: Las manifestaciones pericárdicas son frecuentes en pacientes oncológicos, ya sea por invasión directa, tratamiento oncológico o causas paraneoplásicas. El derrame pericárdico puede ser la primera manifestación. Ante sospecha de etiología neoplásica, se recomienda citología de líquidos y biopsia pericárdica por pericardiocopia. El tratamiento incluye drenaje, instilación intrapericárdica de citostáticos y tratamiento sistémico. ² La pericarditis constrictiva requiere pericardiectomía. Los pacientes con pericarditis aguda tienen mayor riesgo de diagnóstico oncológico en el año siguiente al evento.

Conclusión: Este caso resalta la importancia de una búsqueda etiológica exhaustiva ante pericarditis de curso atípico. La citología de líquidos y biopsia pericárdica precoz pueden orientar el diagnóstico y permitir un abordaje dirigido, potencialmente modificando el pronóstico del paciente.

0469 UNA POSIBLE RELACIÓN ENTRE EL TROMBOEMBOLISMO PULMONAR Y LA HEMORRAGIA INTRACRANEANA

D LÓPEZ CAMPOS(1), LA TRUNZO(1)
 (1) Clínica La Sagrada Familia.

La relación entre el tromboembolismo pulmonar (TEP), la trombosis venosa profunda (TVP) y las enfermedades críticas como la sepsis, trauma, pancreatitis, etc., es conocida desde el siglo XVIII. Desde los trabajos de Virchow, sabemos que la tríada de estasis venosa, la hipercoagulabilidad y el daño vascular están estrechamente relacionados con el desarrollo de TVP/TEP. En el contexto de los cuidados críticos, factores como la inmovilización, el daño endotelial y el estado procoagulante contribuyen a la formación de TVP/TEP. El diagnóstico potencial requiere un alto nivel de alerta y la profilaxis antitrombótica como la compresión neumática intermitente o el uso de heparina debe iniciarse tan pronto como sea posible.

La TVP está claramente descrita en pacientes que sufren de una hemorragia intracranéa (HIC). Un bajo porcentaje, sufrirán de un TEP que puede ser una complicación potencialmente fatal. Dado que estos pacientes con HIC están sometidos a internaciones prolongadas, la TVP y/o TEP son condiciones que deben atenderse rápidamente. Más aún, el tratamiento requerido para esta condición es la anticoagulación, la cual frecuentemente debe ser retrasada en el contexto de una hemorragia del sistema nervioso central. Se realizó un estudio de cohorte prospectivo de pacientes con HIC y/o accidente cerebrovascular (ACV) y diagnóstico de TEP al ingreso al centro de salud.

Resultado primario: incidencia de TEP al ingreso de pacientes con una hemorragia intracranéa y/o ACV, menor a 48 horas de la admisión.

Resultados preliminares: durante el período del 15 de abril del 2024 hasta el 4 de noviembre del 2024 (203 días), evaluamos un total de 153 pacientes que ingresaron por urgencias. Realizamos una angioTC de tórax en pacientes con hemorragia intracranéa y ACV isquémico al ingreso a la institución. Incluimos en el análisis final 8 (ocho) pacientes que fueron diagnosticados de un TEP asumiendo que es de reciente comienzo (desde el inicio de síntomas), presentando una incidencia de 5,2 %.

Conclusiones: En este estudio nos propusimos reconocer la incidencia real de TEP en pacientes que ingresan de manera aguda (< 48 horas) con una enfermedad neurocrítica. Reconocimos en esta cohorte de casos una incidencia del 5,2 % de TEP.

Estudios complementarios		
Ecocardiograma		
Fey	55.75	[35-75]
PRP	5	62.5 %
PSN	1	12.5 %
PR	1	12.5 %
TAPSE	20.4	[16-24]
OST	10	[8-11.8]
Akinesia de VD	1	12.5 %
PSAP	39.5	[25-45]
DDVD	<41	
Dilatación VD	1	12.5 %
Angio-CT		
Derecho	7	87.5 %
Izquierdo	2	25 %
Art. Pul.	0	0 %
SdM (Saddle)	0	0 %
ECG		
ST	0	
SVT	1	12.5 %
BCRD	3	37.5 %
BCRI	1	12.5 %
Eje	5°	[-45°+60°]
S1Q3T3	1	12.5 %
Doppler de MMII		
Proximal	0	0 %
Distal	3	37.5 %
PaO₂/FiO₂ ratio		
Day ₁	329	[96-550]
Day ₂	289	[123-533]
Day ₃	292	[140-453]
NA (1 st 24hs)	0.123	y [0-0.53]
MV at admission	3	37.5 %
MV (1 st 24hs)	8	100 %
Prolonged MV	4	50 %
TQT	4	50 %
Days of MV	14	[6 - >21]
Mortality 28d	2	25 %

Características basales		
Edad (años)	68,8	[42-83]
Género masculino	3	37.5 %
Comorbilidades	8	100 %
Hipertensión	7	87.5 %
Diabetes mellitus	1	12.5 %
Fibrilación auricular	2	25 %
Enf. Cerebrovascular	1	12.5 %
EPOC	1	12.5 %
Infarto de Miocardio	0	0 %
TEP	0	0 %
Tabaquismo	3	37.5 %
Enofismo	1	12.5 %
Obesidad	3	37.5 %
Cáncer	0	0 %
Insuficiencia cardíaca	1	12.5 %
Anticoagulación	1	12.5 %
Hallazgos clínicos		
TAS	140	[111-180]
TAD	73	[57-94]
TAM	96	[81-120]
FC	91	[80-109]
FR	19	[17-20]
T°C	37	[36.6-38.7]
SatO ₂	98	[95-100]
GCS	10	[5-15]
pH	7.34	[7.26-7.45]
pO ₂	181	[74.03-390]
Na ⁺	141	[133-151]
K ⁺	4	[3-4.5]
Hematocrito	40	[26.5-54.7]
Leucocitos	15.2	[5.1-22.2]
Creatinina	1.16	[0.59-2.72]
Marcadores de injuria miocárdica		
CK	807	[56-4962]
MB	6	[1-18.2]
TnT	98	[1-420]
ProBNP	3765	[250-9999]
Scores		
IS	0.67	[0.43-0.98]
PESI	90	[42-160]
APACHE II	8	[4-13]

0470 ADECUACIÓN DEL ESFUERZO TERAPÉUTICO EN UNA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA POLIVALENTE: EXPERIENCIA EN EL HOSPITAL DURAND

MV ZÚCCARO(1), RODRÍGUEZ GÓMEZ, MA (1), A BANE-GAS(1), GS GENOVESE(1), M KARINA(1), E MARÍA(1), A AN-TIK(1), P CORONADO LUJÁN(1)
 (1) Durand.

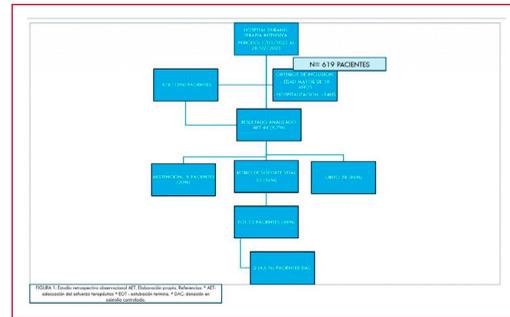
Introducción: La adecuación del esfuerzo terapéutico (AET) se define como la decisión de no iniciar medidas diagnósticas y terapéuticas o de suspenderlas en base a la condición del paciente, para evitar conductas potencialmente inapropiadas y redirigir el tratamiento hacia el confort y bienestar. Su implementación varía entre instituciones, influenciada por factores clínicos, culturales y por la presencia (o ausencia) de protocolos que orienten la toma de decisiones. Está enmarcada en principios éticos y legales, pero existen diversos retos a nivel práctico. Cada proceso de adecuación es único y dinámico, y debe abordarse contemplando a cada paciente en particular y a su familia.

Objetivo: Describir las características clínicas, modalidades y resultados de las AET realizadas en la UTI del Hospital Durand.

Materiales y métodos: Estudio retrospectivo, descriptivo, observacional. Período 01-03-23 al 28-02-25. Terapia intensiva - Hospital Durand. Fuente de datos SATI-Q. Criterios de inclusión mayores de 18 años e internación mayor a 24 hs. Resultado analizado: AET. Variables analizadas: edad, sexo, comorbilidades, motivo de ingreso, APACHE y SAPS de ingreso, días de internación hasta decisión de AET, modalidad de AET, evolución a óbito en la terapia intensiva, y donación.

Resultados: Durante el período egresaron 619 pacientes, de los cuales cumplieron con los criterios de inclusión 478 y se aplicó AET en 44 pacientes (9,20%). Figura 1. Las características basales de los pacientes en AET se presentan en la Tabla 1. Modalidad de AET: abstención 9 (20%), retiro 25 (56%), extubación terminal (EOT) 13 (48%), tiempo de internación hasta AET 12 días (DS 8.33), fallecidos 38 (86%), donantes de órganos y tejidos 2 (4.54%).

Conclusiones: La AET se realizó predominantemente en adultos mayores con comorbilidades, orientada al retiro o abstención del soporte vital en pacientes con mal pronóstico. En la mitad de los casos con ARM se realizó EOT terminal. 2 pacientes fueron donantes.



0471 ESTUDIO DESCRIPTIVO SOBRE LA UTILIZACIÓN DE TRAQUEOSTOMÍA EN UNIDAD DE CUIDADOS CRÍTICOS

D ARAUJO(1), J OSATNIK(2), L BERTORELLO ANDRADE(2)
 (1) Hospital Aleman. (2) Aleman.

Introducción: La traqueostomía es un procedimiento frecuente en pacientes críticos que requieren ventilación mecánica prolongada o protección de la vía aérea. Su indicación facilita el destete del respirador, mejora el confort y reduce las complicaciones asociadas a la intubación prolongada; conlleva también una serie de riesgos y desafíos en el manejo posterior. La prevalencia de traqueostomía en unidades de cuidados críticos (UCI) se estima que es entre un 10% y 15%.

Objetivo: El presente estudio retrospectivo tiene como objetivo realizar un análisis descriptivo del uso de traqueostomía en pacientes ingresados en la unidad de terapia intensiva.

Diseño: Estudio cohorte retrospectiva unicéntrica desde Junio 2024 hasta Abril 2025 donde se incluyeron pacientes mayores a 18 años con asistencia ventilatoria mecánica (AVM) y con requerimiento de una traqueostomía por primera vez.

Resultados: De una cohorte de 1073 pacientes de UCI, 236 requirieron AVM y 55 una traqueostomía; se excluyeron 5 pacientes que tenían antecedentes de traqueostomía previa, obteniendo una muestra de 50 pacientes. El 72% (n=36) fueron percutáneas y el 28% (n=14) quirúrgicas. El 52% eran mujeres y las indicaciones más frecuentes fueron la necesidad de ventilación prolongada en un 84% (n=42), lesiones en la vía aérea (n=3) y otras causas como alteraciones de la deglución, coma prolongado o fallos repetidos en la extubación (n=5). Los días promedio de AVM a la realización de la TQT fueron 12.34 días, con un tiempo total promedio de AVM de 28.3 días. Se evidenciaron como complicaciones inmediatas 2 eventos de sangrado autolimitado y complicaciones tardías (> 7 días) con 5 eventos de estenosis subglótica y 1 caso de traqueomalacia. Durante su internación el 28% (n=14) de los pacientes lograron ser decanulados en la UCI de forma exitosa; 15 pacientes no fueron decanulados pero egresaron sin conexión a AVM y 15 pacientes egresaron vinculados a AVM. La mortalidad global en esta población fue del 22%.

Conclusión: Comprender la prevalencia de traqueostomías, analizando abordaje, factores asociados, la incidencia de complicaciones y decanulación así como el tiempo a la ventilación espontánea y el destino al alta es esencial para mejorar los procesos de atención, optimizar recursos y promover estrategias que favorezcan una recuperación precoz.

Tabla 1. Características de los pacientes con AET (n=44)

Variable	Promedio (DS); n (%)
Edad	70,11 años (±11,72)
Sexo	F 20 (45,45%) M 24 (54,55%)
Comorbilidades:	
- Neoplasia	- 11 (25,00%)
- Inmunosupresión	- 12 (27,27%)
- Cardiológicas	- 12 (27,27%)
- Enfermedad pulmonar	- 7 (15,91%)
- Hemorragia digestiva	- 2 (4,55%)
Motivo de ingreso:	
- Cardiológico	- 5 (11,36%)
- Digestivo	- 2 (4,55%)
- Endocrino-metabólico	- 1 (2,27%)
- Causa externa	- 15 (34,09%)
- Infeccioso	- 7 (15,91%)
- Neurológico	- 2 (4,55%)
- Postoperatorio	- 2 (4,55%)
- Renal	- 9 (20,45%)
Escala SAPS al ingreso	45,38 (±21,42)
Escala APACHE II	21,18 (±9,18)
Días desde ingreso hasta AET	11 (±13,68)
Modalidad de AET:	
- Abstención	- 9 (20%)
- Retiro	- 25 (56%)
EOT terminal	13 (48%)
Fallecidos durante la internación	38 (86%)
Donantes	2 (4,54%)

*las variables cuantitativas se presentan como promedio y DS
 *las variables cualitativas se presentan como n y porcentaje (%)

0473 FACTORES ASOCIADOS CON LA INGESTA ORAL EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA GRAVE CON REQUERIMIENTO DE CÁNULA NASAL DE ALTO FLUJO Y PRONO VIGIL. ESTUDIO DE COHORTE RETROSPECTIVO

A VIÑOLO(1), M OLMOS(1), C VIÑAS(1), ME GONZALEZ(1), A MIRANDA TIRADO(1), L STEIN(1), M ESPERATTI(1), N FUENTES(1)

(1) Hospital Privado De Comunidad.

Introducción: En pacientes críticamente enfermos, un soporte nutricional adecuado es fundamental para optimizar la recuperación y reducir complicaciones. Durante la pandemia de COVID-19, el uso de estrategias no invasivas como la cánula nasal de alto flujo (CNAF) y la posición prono vigil (PPV) presentaron nuevos desafíos nutricionales. Las guías de ESPEN recomiendan priorizar la vía oral cuando sea posible, siempre que se logre cubrir al menos el 70 % de los requerimientos nutricionales. Sin embargo, se desconocen cuáles son los factores asociados con el cumplimiento de este objetivo en pacientes con insuficiencia respiratoria aguda grave (IRAG) tratados con CNAF y PPV.

Objetivos: Identificar factores asociados con una ingesta nutricional oral adecuada durante los primeros cinco días de internación en UCI en pacientes con IRAG por COVID-19 tratados con CNAF y PPV.

Materiales y Métodos: Estudio de cohorte retrospectivo realizado entre enero de 2021 y febrero de 2022. Se incluyeron pacientes adultos con IRAG hipoxémica por COVID-19 que recibieron CNAF y PPV durante al menos cuatro horas diarias. Se excluyeron pacientes con nutrición enteral o parenteral previa, contraindicaciones para PPV o enfermedades graves preexistentes. Se consideró ingesta adecuada si el paciente consumió ≥ 70 % de las comidas durante cinco días o hasta el alta. Se recolectaron variables clínicas, demográficas y bioquímicas, y se aplicó un modelo de regresión logística multivariada.

Resultados: Se analizaron 251 pacientes (mediana de edad: 61 años; 28,3 % mujeres); el 29,5 % alcanzó ingesta adecuada. Este grupo presentó menor requerimiento de ventilación mecánica (18,9 % vs. 31,1 %; $p = 0,049$) y menor mortalidad a 28 días (10,8 % vs. 28,2 %; $p = 0,003$). Una PCR elevada al ingreso se asoció positivamente con la ingesta adecuada (OR = 1,06; IC95 %: 1,01–1,12; $p = 0,022$), mientras que más horas en PPV se asociaron negativamente (OR = 0,90; IC95 %: 0,82–0,99; $p = 0,038$) (Tabla-Figura).

Conclusiones: Menos de un tercio de los pacientes alcanzó una ingesta oral adecuada. La inflamación sistémica se asoció positivamente con el cumplimiento nutricional, mientras que la mayor exposición a PPV lo limitó. Es necesario interpretar estos resultados considerando las limitaciones del estudio y confirmarlos en futuras investigaciones.

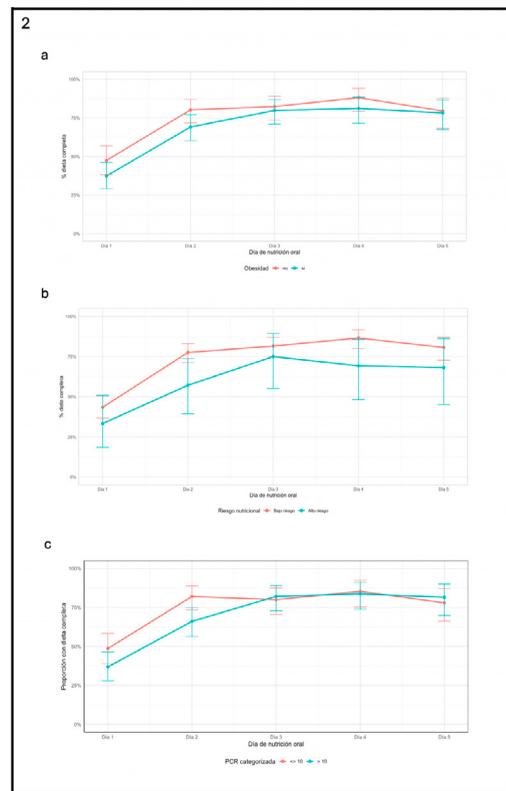
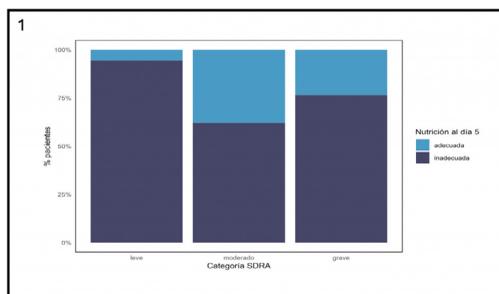


Tabla: Características basales y desenlaces comparando los pacientes según adecuación de la ingesta oral (adecuado-inadecuado)

	Dieta adecuada (N=74)	Dieta inadecuada (N=177)	Total (N=251)	p
Datos filiatorios				
Edad, Med. (RIQ)	58 (47-69)	62 (51-72)	61 (50-71)	0.159
Mujer, n (%)	21 (28.4%)	50 (28.2%)	71 (28.3%)	0.983
IMC, Med. (RIQ)	29 (28-33)	31 (28-34)	30 (28-34)	0.136
Orden de no intubar, n (%)	2 (2.7%)	15 (8.5%)	17 (6.8%)	0.097
Comorbilidades, n (%)				
Obesidad	34 (45.9%)	98 (55.7%)	132 (52.8%)	0.159
Diabetes	16 (21.6%)	40 (22.6%)	56 (22.3%)	0.885
Hipertensión	29 (39.2%)	86 (48.6%)	115 (45.8%)	0.173
Respiratoria	15 (20.3%)	37 (20.9%)	52 (20.7%)	0.910
Cardiovascular	35 (47.3%)	103 (58.2%)	140 (55.8%)	0.080
Renal	5 (6.8%)	11 (6.2%)	16 (6.4%)	0.873
Hepática	3 (4.1%)	10 (5.7%)	13 (5.2%)	0.603
Oncohematológica	1 (1.4%)	4 (2.3%)	5 (2.0%)	0.539
Neoplasia sólida	1 (1.4%)	5 (2.8%)	6 (2.4%)	0.486
Immunosupresión	5 (6.8%)	5 (2.8%)	10 (4.0%)	0.146
Neurología	5 (6.8%)	12 (6.8%)	17 (6.8%)	0.995
Gravedad				
APACHE II, Med. (RIQ)*	15 (13-18)	17 (13-20)	16 (13-19)	0.130
SOFA, Med. (RIQ)*	3 (3-4)	4 (3-4)	3 (3-4)	0.187
NUTRICIA, Med. (RIQ)	3 (2-4)	3 (2-4)	3 (2-4)	0.455
Riesgo nutricional alto, n (%)*	7 (9.5%)	29 (16.4%)	36 (14.3%)	0.154
Categoría de SDRA				
SDRA leve, n (%)	1 (1.4%)	17 (9.6%)	18 (7.3%)	0.004
SDRA moderado, n (%)*	48 (65.8%)	79 (45.4%)	127 (51.4%)	
SDRA grave, n (%)*	24 (32.8%)	78 (44.8%)	102 (41.3%)	
Biomarcadores y oxigenación				
PCR, Med. (RIQ)	8 (3-15)	11 (6-19)	10 (6-17)	0.011
PaO2/FiO2, Med. (RIQ)*	126 (94-153)	102 (86-161)	106 (87-157)	0.104
ROX1, Med. (RIQ)*	5.87 (4.89-7.94)	5.66 (4.68-6.86)	5.83 (4.80-7.41)	0.221
Soporte no invasivo				
Horas DPV, Med. (RIQ)*	16 (14-18)	16 (12-18)	16 (13-18)	0.110
Días de DPV, Med. (RIQ)*	4 (3-6)	4 (3-7)	4 (3-6)	0.885
Días de CNAF, Med. (RIQ)	4 (3-6)	4 (2-7)	4 (2-7)	0.699
Evolución entre día 0 y día 1				
Delta ROX1, Med. (RIQ)	-1.93 (-5.61-0.08)	-1.96 (-5.60-0.72)	-1.93 (-5.61-0.63)	0.825
Delta PCR, Med. (RIQ)*	2.27 (0.21-5.25)	1.07 (-0.60-3.63)	1.61 (-0.56-3.90)	0.034
Desenlaces				
VMI, n (%)	14 (18.9%)	55 (31.1%)	69 (27.5%)	0.049
Estadía UCI, Med. (RIQ)	5 (3-9)	7 (4-13)	6 (4-12)	0.008
Estadía total, Med. (RIQ)	12 (8-18)	13 (9-22)	13 (8-21)	0.528
Muerte día 28, n (%)	8 (10.8%)	50 (28.2%)	58 (23.1%)	0.003
Muerte día 90, n (%)	13 (17.6%)	59 (33.3%)	72 (28.7%)	0.012

0474 OSTEOMIELITIS AGUDA ASOCIADA A MATERIAL DE OSTEOSINTESIS POR ENTEROBACTERIA PRODUCTORA DE CARBAPENEMASA POSITIVA: A PROPOSITO DE UN CASO

KL BARRETO MANSILLA(1), ME PARODI(1), A BERWART(1), V TODONE(1), MJ VERDURA(1), J TONA(1)
(1) Materno Infantil San Roque.

Introducción: Las infecciones osteoarticulares son infrecuentes en pediatría. La Osteomielitis es la inflamación del tejido óseo, generalmente de origen bacteriano. De origen no hematogeno asociado a material protésico, los principales agentes son Staphilococcus aureus, Streptococco epidermidis, Enterococos y Bacilos Gram negativos. Los microorganismos llegan por inoculación directa de la prótesis en el momento de la implantación. Dada la infrecuencia de la infección por patógenos multirresistentes asociado a prótesis articulares, se presenta este caso, el cual evoluciono favorablemente sin retiro del material.

Presentación del caso: Paciente de 12 años que ingresa a Cirugía programada de Artrodesis de T5 a L2 y vertebrectomía, durante la cual presenta shock hipovolémico. Posteriormente agrega dificultad respiratoria y fiebre por lo que ingresa a UCIP diagnosticándose shock hipovolémico y séptico. En internación persiste febril con secreción purulenta en herida quirúrgica, ingresando a quirófano para Toilette. Por desmejoría se policultiva aislándose Klebsiella Pneumoniae Carbapenemasa Positiva en secreción de herida quirúrgica, hueso, piel y partes blandas, sensible a Colistin; adecuando tratamiento antibiótico. Por persistir febril con laboratorio infeccioso en ateneo, se decide continuar con igual antibiótico, sin retirar material protésico. Por ausencia de cuadro infeccioso agudo, se rota a Levofloxacina cumpliendo un año en forma ambulatoria, con cultivos negativos y posterior alta médica.

Discusión: Presentamos este caso, por la baja incidencia de esta patología en pediatría. Con cultivos positivos durante la realización de toilette, se adecua tratamiento con Colistin, decidiendo no retirar material protésico por riesgo de presentar inestabilidad hemodinámica o complicaciones postquirúrgicas. Cumpliendo tratamiento ambulatorio, se realiza Resonancia Magnética con hallazgos normales. La revisión bibliográfica reporto escasos casos similares. Se destaca, la importancia de retirar el material de osteosíntesis como primera medida terapéutica, asociada a la adecuación de antibióticos.

Conclusión: La Osteomielitis por Klebsiella Pneumoniae Productora de Carbapenemasas asociada a prótesis propone un desafío multidisciplinario, por la baja incidencia en pediatría. Tanto la adecuación del antibiótico como la extracción del material protésico son fundamentales para reducir la morbimortalidad, pero ante el riesgo de secuelas osteoarticulares e inestabilidad hemodinámica, continúa siendo de elección el tratamiento médico adecuado.

0475 COMPARACIÓN DE LOS DESENLACES CLÍNICOS ASOCIADOS AL USO DE POSICIÓN PRONA VIGIL EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA GRAVE POR COVID-19 VERSUS NO COVID-19

M OLMOS(1), M ESPERATTI(1), Z MUZABER(1), N LARGEL(2), A MIRANDA TIRADO(1), ME GONZALEZ(1), A VIÑOLO(1), L STEIN(1), N FUENTES(1)

(1) Hospital Privado De Comunidad. (2) Hospital Privado De Comunidad.

Introducción: En pacientes con insuficiencia respiratoria aguda grave (IRAG) secundaria a COVID-19, la posición prono vigil (PPV) combinada con cánula nasal de alto flujo (CNAF) ha demostrado reducir la necesidad de intubación y la mortalidad. No obstante, existe escasa evidencia sobre su asociación con desenlaces clínicos en pacientes con IRAG de etiología no-COVID.

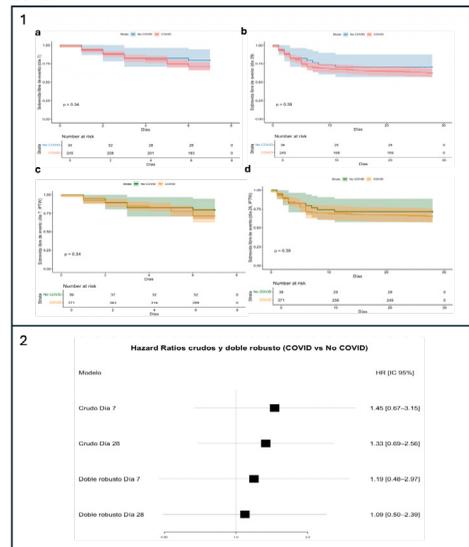
Objetivos: Comparar el riesgo de intubación o muerte a día 7 y 28 entre pacientes con IRAG tratados con PPV+CNAF según la etiología (COVID-19 vs. no-COVID-19).

Materiales y Métodos: Estudio observacional de dos cohortes prospectivas en un centro de cuidados intensivos. La cohorte COVID-19 incluyó pacientes entre enero 2021 y febrero 2022; la cohorte no-COVID entre agosto 2023 y febrero 2025. Todos los pacientes presentaban IRAG hipoxémica y fueron tratados con un protocolo estandarizado de CNAF y PPV. El desenlace primario fue intubación o muerte al día 7; el secundario, al día 28. Se estimaron riesgos absolutos y diferencias de riesgo con IC95%. Los efectos relativos se evaluaron mediante regresión de Cox cruda y modelos ponderados por la inversa de la probabilidad de tratamiento (IPTW), con ajuste adicional por edad, sexo, IMC, comorbilidades cardiovasculares, APACHE II y SOFA (doble robusto).

Resultados: Se incluyeron 279 pacientes (245 COVID-19, 34no-COVID). Al día 7, la incidencia de intubación o muerte fue de 29 % en el grupo COVID y 20.6% en no-COVID (diferencia absoluta: 8.4%; IC95: -6.3% a 23.1%). Al día 28, fue 37.6% vs. 29.4%, respectivamente (diferencia: 8.1%; IC95: -8.3% a 24.6%). El riesgo de desenlace-combinado HR 1.45 (IC95: 0.67-3.15) al día 7 y HR1.27 (IC95: 0.66-2.44) al día 28. Ajustados fue HR 1.19 (IC95: 0.48-2.97) y 1.44 (IC95: 0.62-3.35), respectivamente.

Conclusiones: En pacientes con insuficiencia respiratoria aguda grave tratados con cánula nasal de alto flujo y posición prona vigil, aquellos con COVID-19 presentaron mayor riesgo absoluto de intubación o muerte a 7 y 28 días, aunque sin diferencias estadísticamente significativas tras el ajuste, posiblemente por falta de poder. Estos hallazgos sugieren que esta estrategia ventilatoria podría utilizarse en contextos de IRAG de otras causas. Se requieren estudios adicionales para evaluar su efectividad.

Figura. Desenlaces clínicos en pacientes con IRAG por COVID 19 vs no COVID.



1. Curvas de Kaplan-Meier no ajustadas (a-b) y ajustadas mediante IPTW truncado (c-d) para intubación o muerte a día 7 y 28 según COVID-19. Las curvas ajustadas se estimaron mediante Kaplan-Meier ponderado por la inversa de probabilidad de tratamiento; los números en riesgo corresponden al total acumulado de pesos.

2. Forest plot de hazard ratios (HR) e IC95% para COVID-19 vs. No COVID, a partir de modelos de Cox crudos y doble robustos (ajustados por edad, sexo, IMC, comorbilidades cardiovasculares, APACHE II y SOFA).

Tabla. Tabla. Características basales y desenlaces comparando los pacientes según la causa de IRAG (No COVID vs COVID)

	No COVID (N=34)	COVID (N=245)	Total (N=279)	p
Características demográficas n (%)				
Edad	72 (59-75)	61 (50-71)	62 (51-72)	< 0.001
Mujer	18 (52.9%)	70 (28.6%)	88 (31.5%)	0.004
IMC	27 (25-31)	30 (28-34)	30 (27-34)	< 0.001
Orden de no intubar	4 (11.8%)	17 (6.9%)	21 (7.5%)	0.318
Comorbilidades n (%)				
Respiratoria	4 (11.8%)	50 (20.4%)	54 (19.4%)	0.232
Tabaquismo Nunca	21 (61.8%)	68 (27.8%)	89 (31.9%)	< 0.001
Cardiovascular	3 (8.8%)	135 (55.1%)	138 (49.5%)	< 0.001
Renal	5 (14.7%)	15 (6.1%)	20 (7.2%)	0.059
Hepática	3 (8.8%)	14 (5.7%)	17 (6.1%)	0.478
Oncohematológica	7 (20.6%)	5 (2.0%)	12 (4.3%)	< 0.001
Neoplasia solita	6 (17.6%)	6 (2.4%)	12 (4.3%)	< 0.001
Inmunosupresión	12 (35.3%)	9 (3.7%)	21 (7.5%)	< 0.001
Neurología	6 (17.6%)	17 (6.9%)	23 (8.2%)	0.033
Diabetes	11 (32.4%)	57 (23.3%)	68 (24.4%)	0.247
Hipertensión	17 (50.0%)	117 (45.3%)	128 (45.9%)	0.607
Score de gravedad y variables fisiológicas al Ingreso Med (RIQ)				
APACHE II	21 (17-23)	16 (13-19)	17 (13-20)	< 0.001
SOPA	6 (4-7)	3 (3-4)	4 (3-4)	< 0.001
PaO2/FiO2	132 (96-155)	114 (90-169)	116 (91-163)	0.666
SaO2/FiO2	190 (133-239)	136 (131-141)	137 (131-179)	0.071
ROX index	6.82 (5.22-9.85)	5.83 (4.78-7.86)	5.84 (4.84-7.78)	0.054
Soporte ventilatorio Med (RIQ)				
Días de CMAP	3 (2-6)	4 (2-8)	4 (2-8)	0.878
Horas PPV	10 (7-12)	16 (13-18)	15 (12-18)	< 0.001
Hs PPV primer día	9 (7-12)	16 (13-18)	16 (12-18)	< 0.001
Días PPV	2 (2-4)	4 (3-6)	4 (2-6)	< 0.001
Desenlaces				
VMI n (%)	4 (11.8%)	70 (28.6%)	74 (26.5%)	0.038
Estadía en UCI Med (RIQ)	8 (5-13)	6 (3-12)	6 (4-13)	0.212
Estadía Hospitalaria Med (RIQ)	15 (11-21)	12 (8-20)	12 (8-20)	0.221
Intubación/Muerte día 7 n (%)	6 (22.5%)	74 (30.2%)	82 (29.4%)	0.423
Intubación/Muerte día 28 n (%)	10 (29.4%)	92 (37.6%)	102 (36.6%)	0.356

PPV: posición prone vigíl; CMAP: cámara nasal de alto flujo; VMI: ventilación mecánica invasiva; RIQ: riesgo intensivo; ROX: índice ROX; APACHE II: Acute Physiology and Chronic Health Evaluation II; SOPA: Sequential Organ Failure Assessment.

0476 SÍNDROME DE AUSTRIAN: ENDOCARDITIS, MENINGITIS Y NEUMONÍA POR STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE FA CHOQUECALLATA URQUIDI(1), C RODRIGUEZ(2), V RODRIGUEZ(2), M FERNANDEZ(2) (1) Nacional "Posadas". (2) Posadas.

Síndrome de Austrian: Endocarditis, meningitis y neumonía por Streptococcus pneumoniae

Autores: Cecilia Rodríguez Porco, Franz Choquecallata, Claudia Ortega Mariani, Victoria Rodríguez, Martín Fernández, Florencia Lissiani, María Mercedes Llorca, María Fernanda Benedetti.

Introducción: El síndrome de Austrian es una entidad clínica poco frecuente que se caracteriza por la triada de endocarditis, meningitis e infección pulmonar por Streptococcus pneumoniae. Fue descrito por Robert Austrian en 1952 y se atribuye a la infección causada por la introducción de los antibióticos y vacunas antineumocócicas, o bien asociadas a una mortalidad elevada en el 90%. Incluye con frecuencia alteración de la respuesta inmune y la presentación simultánea o sucesiva de los tres componentes definen la tríada clásica.

Caso clínico: Paciente masculino de 62 años, con antecedentes de diabetes mellitus tipo 2, con diagnóstico por un cuadro de una semana de fiebre caracterizada por dolor abdominal, eritema nodular y fiebre de 38.5°C en el día de ingreso al hospital.

Al ingreso hospitalario se constata eritema nodular, bronquitis y disarrea en tiempo y espacio. Más adelante ventilatoria, con afectación de musculatura respiratoria y la triada clásica de endocarditis, meningitis e infección pulmonar. Se inició tratamiento con ampicilina y vancomicina. La tomografía computarizada (TC) de tórax mostró signos de consolidación en la base posterior derecha con broncograma aéreo y derrame pleural de bajo volumen (Tabla 1).

Se ingresó al cuadro como neumonía grave de la comunidad asociada a Streptococcus pneumoniae por lo que se requirió el diagnóstico microbiológico mediante técnicas de cultivo y pruebas de inmunidad. La serología mostró un resultado positivo para Streptococcus pneumoniae y un resultado negativo para Streptococcus pneumoniae en la prueba de inmunidad. Se confirmó la triada clásica. El enfermo desarrolla falla multiorgánica, shock y

Insuficiencia cardíaca.

El reconocimiento temprano del síndrome de Austrian es crucial para instaurar un tratamiento dirigido y evitar su elevada mortalidad. La triada neumocócica, presentación inespecífica y factores confundidores relacionados a enfermedades preexistentes hacen las tentativas de la prueba pueden retrasar el diagnóstico. Este caso ilustra la complejidad clínica y evolución grave de la infección neumocócica triada, incluso en la era de los antibióticos.

Referencias:

Austrian R. Pneumococcal endocarditis, meningitis, and rupture of the aortic valve. Arch Intern Med. 1952;90(3):339-53.

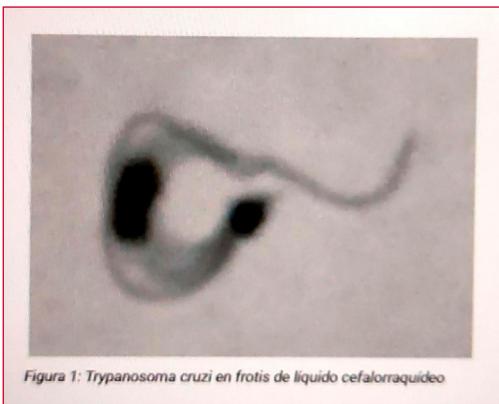
Coffin BA, Nelson MC, Brody S. Austrian syndrome revisited. Heart Lung. 2013;32(2):291-295.

Luciani-Rangel MA, Espinosa-Peña S, Ramirez-Hernández M, et al. Austrian syndrome: clinical approach to a rare entity. Rev Clin Esp. 2017;237(11):112-113.

Brazner MC, van de BEEK S. Pneumococcal meningitis in adults: Diagnosis and management. Clin Opin Infect Dis. 2018;31(1):78-84.

Acosta JG, Peduzzi P, Quagliarello VJ. Community acquired bacterial meningitis: risk stratification for adverse clinical outcome and effect of antibiotic timing. Ann Intern Med. 1996;124(11):1082-1089.

Sung JY, Eun BK, Nelson MH. Diagnosis of pneumococcal pneumonia: Current practice and new forward. Infect Chemother. 2019;10(4):336-346.



0478 ENCEFALITIS POR ANTICUERPOS ANTI NMDA UN DESAFÍO DIAGNÓSTICO EN TERAPIA INTENSIVA. SERIE DE CASOS LN QUISBERT(1), CL SACK(1), LA JORDAN SERRUDO(1), EA CARABAJAL(1), CL FERNANDEZ(1), J VERGARA(1), HJ ARCE SOLIZ(1), H BONGIOANNI(1) (1) Hospital Nacional Prof. Alejandro Posadas.

Introducción: Presentamos tres casos de mujeres jóvenes con diagnóstico de encefalitis por anti NMDA. Se registran en el periodo del 2023 al 2025 en una terapia médica/quirúrgica de la provincia de Buenos Aires.

Presentación del caso: Los pacientes presentaron inicialmente manifestaciones clínicas de patología aguda orgánica y psiquiátricas con progresión subaguda (tabla 1). Se retrasa su ingreso hospitalario, en promedio de tres meses. Como complicaciones inmediatas se registra requerimiento de ventilación mecánica en contexto de deterioro rostro caudal en una única paciente. Sin hallazgos imagenológicos patológicos. Una paciente presenta extreme delta brush en electroencefalograma. En dos, la punción lumbar presentaban leve hiperproteinorrea y predominio mononuclear. Por alta sospecha clínica se decide iniciar tratamiento empírico en simultáneo con metilprednisolona + plasmaféresis, que ante falta de respuesta clínica se agrega rituximab.

Discusión: La encefalitis autoinmune representa una entidad clínica de creciente relevancia especialmente en mujeres jóvenes. Su reconocimiento precoz es fundamental, ya que con frecuencia se manifiesta con síntomas neuropsiquiátricos que llevan a diagnósticos erróneos y retrasos terapéuticos. Dado que es una causa potencialmente reversible de encefalopatía, su identificación oportuna

Laboratorio de ingreso		Actividad		PH	
Sodio	141	Bilirrubina T	0.3	RIN	7.06
Potasio	4.4	Bilirrubina D	0.19	TP	27
Cloro	104	ASAT	16	PO2	127
Calcio	8.2	ALAT	13	KPTT	45.7 seg
Fósforo	6.1	FAL	533	Cetonemia	+++
Magnesio	2.4	Prot totales/albumina	5.3/2	EB	-21.5
				Lactico	1.3
				Saturacion	96

LCR	Leucocitos	recuento no realizado	Hemátiles	recuento no realizado
Aspecto	turbio/sanguinolento			
Proteinorraquia	1743	Lactico	24	Glucorraquia
				43

0477 REPORTE DE CASO: ENCEFALITIS POR CHAGAS EN PACIENTE CON LEUCEMIA MIELOIDE AGUDA Y TRASPLANTE DE MÉDULA ÓSEA J BRAVO(1), R AVILA(1), E MANRIQUE(1), E CORNU(1), M CRUCCI(1), V RODRIGUEZ(1) (1) Hospital Privado Universitario De Cordoba.

Introducción: La enfermedad de Chagas es endémica de Argentina, causada por el Trypanosoma cruzi. El compromiso neurológico es más frecuente en niños y en pacientes inmunocomprometidos. La encefalitis por Chagas es poco frecuente, pero se ha descrito en formas agudas o crónicas reagudizadas.

Presentación del caso: Paciente de 55 años, trasplantada de médula ósea, ingresa por síndrome febril. Evolución con coma. Resonancia

permite instaurar un tratamiento dirigido, y los casos que estén asociados a neoplasias, posibilita un abordaje integral que mejora sustancialmente el pronóstico.

Es importante considerar que, a pesar de la negativa en las pruebas serológicas, el diagnóstico de encefalitis autoinmune no se debe basar únicamente en la presencia de anticuerpos. La sospecha clínica, las manifestaciones neurológicas y psiquiátricas, así como a la respuesta al tratamiento inmunomodulador, corticoides y aféresis, son fundamentales para el diagnóstico y la toma de decisiones.

Conclusión: La encefalitis inmunomediada anti-NMDA requiere un alto índice de sospecha, en pacientes jóvenes, mujeres y con cuadros neuropsiquiátricos subagudos. Se resalta, que en una terapia polivalente la presencia de dichos casos, en una periodo corto de tiempo, podría implicar un aumento en la incidencia, o en la concientización para su diagnóstico. El inicio precoz y agresivo en el tratamiento modifica el pronóstico. Las manifestaciones clínicas son el pilar fundamental para instaurar terapéutica.

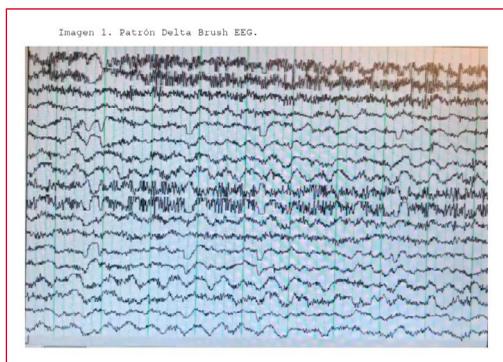


Imagen 1. Patrón Delta Brush EEG.

TABLA 1: Comparación de casos clínicos con sus principales características.

Característica	Caso 1	Caso 2	Caso 3
Edad	17 años	25 años	25 años
Antecedentes relevantes	No especificados	Marihuana, dengue (octubre 2024)	Ánax, dengue (octubre 2024)
Inicio del cuadro	Octubre 2023	Octubre - noviembre 2024	Octubre 2024
Presentación inicial	Encefalitis aguda	Trastorno del ánimo, autolesiones	Parestesias, alucinaciones, labilidad emocional
Clinica	mioclonías, mutismo	no responde órdenes simples, no verbaliza, mutismo	no responde órdenes simples, no verbaliza, mutismo
Disautonomía	SI	SI	SI
Fiebre	SI	No	SI
Movimientos orolingüofaciales	SI	SI	SI
Hiponatremia	SI	SI	SI
Diagnóstico confirmado	sospecha de SA seronegativa	encefalitis autoinmune anti-NMDA	encefalitis autoinmune anti-NMDA
Líquido cefalorraquídeo	linfomonocitosis, hiperproteínoorraquia (15)	hiperproteínoorraquia (52)	LCR no patológico
TAC/RMN	Sin hallazgos patológicos	Sin hallazgos patológicos	Sin hallazgos patológicos
Electroencefalograma	Sin hallazgos patológicos	Extreme Delta Brush	Sin hallazgos patológicos
Convulsiones	Tónico-clónicas generalizadas	Tónico-clónicas generalizadas	Tónico-clónicas generalizadas
inmunoterapia	Corticoides, plasmáferesis, rituximab	Corticoides, plasmáferesis, rituximab	Corticoides, plasmáferesis, rituximab
screen oncológico	se hizo, negativo	se hizo, negativo	se hizo, negativo

0479 CRISIS TIROTOXICA EN CONTEXTO DE CONSUMO DE COCAÍNA Y MIOCARDIOPATÍA DILATADA

M ORTEGA SARAVIA(1), VM ZUCARO(2), M RODRIGUEZ(2), B GONZALEZ(2), A BANEGAS(2), G NUÑEZ(2), PD CORONADO LUJAN(2), A ANTIK(2)

(1) Hospital De Agudos Carlos Durand. (2) Hospital Durand.

Introducción: La tirotoxicosis es un agravamiento de los síntomas del hipertiroidismo, se caracteriza por niveles excesivos de hormonas tiroideas, hipertermia, disfunción cardiovascular, hepática o neurológica y es potencialmente mortal. Desencadenada por infecciones, traumatismos, cirugías, interrupción brusca del tratamiento antitiroideo, consumo de cocaína. El diagnóstico es clínico mas las alteraciones de perfil tiroideo. El consumo de cocaína, uno de sus desencadenantes, de forma aguda causa vasoconstricción arterial y aumento de la trombosis, su consumo crónico causa aterogénesis, hipertrofia del ventrículo izquierdo, isquemia o infarto de miocardio, aneurisma de la arteria coronaria y miocardiopatía dilatada. Presentamos este reporte de caso con el objeto de alertar al intensivista, ya que el diagnóstico y tratamiento precoz modifican su evolución y mortalidad.

Presentación del caso: Mujer de 37 años hipertiroidea sin tratamiento, tabaquista, consumo problemático de cocaína. Ingres a guardia por cuadro de palpitaciones, disnea CF III en contexto de consumo, asociado a distensión abdominal y anasarca evoluciona con progresión de disnea CF IV, desaturación, con requerimiento de IOT/ARM. Pasa a UTI, evoluciona con FAARV y shock cardiogénico por miocardiopatía dilatada, se determina tirotoxicosis por clínica y perfil tiroideo (TSH 0,01 T4 17,2 T4L 4,3 T3 542 ATPO >600 TRAB >40 ATG US 21) se establece tratamiento con lugol, hidrocortisona y metimazol a la cual presenta reacción adversa manifestada con rash cutánea y plaquetopenia, se baja dosis y se continuo tratamiento. Tras 16 días en UTI por mejoría clínica, pasa a sala de clínica medica.

Discusión: Presentamos un caso de Crisis tirotoxicas en paciente cocainómana con miocardiopatía dilatada. Nuestro paciente presenta las causas desencadenantes de una crisis tirotoxicas: hipertiroidea sin tratamiento, consumo problemático de cocaína que causa miocardiopatía dilatada. Los efectos adversos por la medicación y las complicaciones que se podrían presentar por la tirotoxicosis fueron las dificultades que se presentaron durante el tratamiento y la conducta medica.

Conclusión: La tirotoxicosis es una enfermedad con alta mortalidad, por lo cual el personal medico debe pensar como diagnostico considerando todos los factores de riesgo y antecedentes del paciente.

0480 SÍNDROME AUTOINFLAMATORIO POR VARIANTE EN EL GEN OTULIN: INFORME DE CASO

L BARSANTE(1), D TURINA(1), MDP ARIAS(1), T RENAULT(1), N SOLANO(1), J BENITEZ(1), L AIZAGA(1), AC GOMEZ RACCIO(1), J STEINER(1)

(1) Hospital De Niños Ricardo Gutierrez.

Introducción: Los Errores Innatos de la Inmunidad (EII) son un grupo de trastornos genéticos que afectan el sistema inmunitario, causando una respuesta inmune disfuncional. Dentro de estos, están los síndromes autoinflamatorios, caracterizados por inflamación sistémica recurrente o permanente. La desubiquitinasa Otulin es un regulador negativo de la inflamación asociada a la vía NFkB. Presentamos el caso de un paciente con variante monoalélica del gen OTULIN, que presenta compromiso inflamatorio severo posterior a una cirugía menor.

Caso Clínico: Paciente con sospecha de EII por presentar infecciones bacterianas recurrentes desde la infancia. A los 16 años luego de varicolectomía evoluciona a gangrena de Fournier, shock séptico y fallo multiorgánico. Seguidamente presenta fascitis necrotizante a punto de partida de tromboflebitis en sitio de venopunción, que requiere resección muscular extensa y múltiples toilettes quirúrgicas en sitios de úlceras de presión. Es derivado a UCIP de centro de mayor complejidad para diagnóstico y tratamiento. Ingres a asis-

tencia respiratoria mecánica, traqueostomizado y con requerimiento de inotrópicos. Requirió múltiples intervenciones quirúrgicas (Cirugía Plástica/ Traumatología) por sangrados e intercorrientes infecciosas en piel y partes blandas con compromiso óseo y nula cicatrización. Presentó además insuficiencia renal aguda con requerimiento de terapia de reemplazo renal continua durante 48hs. A pesar de la resolución de las infecciones, el paciente persiste con parámetros inflamatorios elevados con necrosis extensa de piel y partes blandas. Teniendo en cuenta la evolución de las lesiones y su anatomía patológica, se sospecha EII: actinopatía versus síndrome autoinflamatorio. Se inicia tratamiento con corticoides a altas dosis y gammaglobulina sustitutiva, presentando buena respuesta. Luego se recibe resultado genético que informa variante heterocigota de gen OTULIN por lo que inicia tratamiento con Adalimumab (biológico Anti- TNF α) que luego es reemplazado por Baricitinib (JAK inh). El paciente evoluciona favorablemente; egresa de UCIP en 83 días y del hospital luego de 262 días de internación. Continúa seguimiento ambulatorio.

Conclusión: El caso ilustra presentación grave de un EII de escasa prevalencia, con evolución tórpida y complicaciones severas que requirió abordaje interdisciplinario e individualizado. Se resalta la importancia de sospechar este tipo de patologías en forma temprana, para reducir la morbimortalidad mediante tratamiento oportuno y dirigido.



0481 REPORTE DE CASO: ENCEFALITIS HERPÉTICA CON PRESENTACIÓN NEUROLÓGICA SEVERA EN PACIENTE ADULTO SIN ANTECEDENTES PATOLÓGICOS

LA TEJERINA SALDAÑA(1)

(1) Cuenca Alta Néstor Kirchner.

Introducción: La encefalitis herpética es una infección viral del sistema nervioso central, causada comúnmente por el virus del herpes simple tipo 1 (VHS-1). Representa hasta el 20% de todas las encefalitis virales y puede evolucionar rápidamente con alta morbimortalidad si no se diagnostica y trata de forma precoz. Clínicamente puede manifestarse con alteraciones del sensorio, crisis convulsivas y signos neurológicos focales.

Presentación del caso: Paciente masculino de 61 años, sin antecedentes médicos, ingresa por convulsiones y hemiplejía izquierda. Es derivado a centro de mayor complejidad por deterioro neurológico progresivo. A su ingreso, presenta somnolencia, pupilas mióticas e hiporreactivas, y hemiplejía izquierda. La TAC muestra hipodensidad temporal derecha subaguda. Ingres a Terapia Intensiva con Glasgow 10/15, que desciende a 7/15, por lo que se intuba. La RMN revela lesiones edematosas temporales derechas, compatibles con encefalitis viral. El EEG muestra actividad periódica en región fronto-centro-temporal derecha. La punción lumbar presenta pleocitosis mononuclear, glucorraquia de 48 mg/dl y proteínas elevadas. El panel molecular en LCR confirma VHS-1. Se inicia tratamiento con Aciclovir 10 mg/kg/8 h. Cultivos respiratorios positivos para *A. baumannii* y *S. aureus*, tratados con Colistina y Vancomicina.

Discusión: El diagnóstico se fundamentó en la clínica, la neuroimagen y la PCR positiva para VHS-1. La topografía temporal de las lesiones, junto con la actividad epileptiforme en EEG, concuerdan con lo reportado en la literatura. Se descartaron otras causas como evento isquémico y se inició tratamiento antiviral específico de forma oportuna.

Conclusión: La encefalitis herpética puede manifestarse como un cuadro neurológico severo en pacientes previamente sanos. El reconocimiento precoz y el inicio temprano de tratamiento antiviral son claves para reducir la morbimortalidad y evitar secuelas neurológicas graves.

0482 HIPONATREMIA Y TUBERCULOSIS MENINGEA

E ARTIGAS(1), A BOCASSI(1), V FERNÁNDEZ ABELLO(1), V CHEDIACK(1), R GREGORI SABELLI(1), C DOMÍNGUEZ(1), P SAUL(1), I ÁVILA(1), E CUNTO(1)

(1) Muñiz.

Introducción: La tuberculosis la meníngea (TM) es la manifestación extrapulmonar de la tuberculosis (TB) asociada a mayor letalidad y complicaciones incapacitantes. La hiponatremia es un trastorno electrolítico frecuentemente hallado en pacientes con TM y está vinculado con la gravedad de la enfermedad. Los pacientes viviendo con VIH (PVVIH) tienen probabilidad mayor de padecer TM.

Objetivos: Determinar si el nivel de hiponatremia en TM se asocia con mortalidad

Materiales y Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo con revisión de historias clínicas periodo (2021 -2025), se incluyeron 68 pacientes con diagnóstico de tuberculosis meníngea internados en terapia intensiva. Las variables continuas se describen como medianas (M) y rangos (mínimos – máximo) y las categóricas como totales y porcentajes. Se define hiponatremia cuando los niveles de sodio plasmático (Na+) se encuentran por debajo del límite de referencia (135 mEq/L). Hiponatremia grave: Na+ < 120 mEq/L, moderada: 121-129

mEq/L y leve 129-135 mEq/L. La TM se define por criterios epidemiológicos y estudio de LCR.

Resultados: N =68. Edad (M) 37 años (23-68), 74% fueron hombres, VIH 50,7%, 43% requirió ARM, APACHE II (M) 16 (5-24), SOFA (M) 4 (1-12). Se halló hiponatremia (M) 131 mEq/L (151-112) en el 74%. En cuanto a los niveles se detectó un 8 % grave, 42 % moderada y 50 % leve. Los síntomas neurológicos predominantes: convulsiones (78%), somnolencia (50%), síndrome confusional (42%). La mortalidad global fue de 26%. Cuando se analizó por grupos se observó que los óbitos se produjeron mayormente con niveles moderados y leves. Sí, se evidenció mayor mortalidad cuando se analizó el grupo PVVIH. Es de destacar que este último grupo cursó con otras enfermedades marcadoras.

Discusión: Contrario a lo esperado los niveles graves de hiponatremia no se asociaron con mayor letalidad. Otros factores como el estado inmunológico y la gravedad clínica medida por los scores APACHE y SOFA influyen e el pronóstico.

Conclusión: El monitoreo de la natremia es fundamental en pacientes con TM especialmente en PVVIH, aunque la hiponatremia grave no fue predictora de mayor mortalidad en esta cohorte.

0484 REPORTE DE CASOS DE PACIENTES QUE COMPLICAN CON CUADRO DE NEUMONÍA ASOCIADA A VENTILACIÓN MECÁNICA EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS EN LO TRANSCURRIDO DEL AÑO 2025

C LEHDER(1)

(1) Hosp Interzonal General De Agudos San Felipe.

Introducción: La neumonía asociada a la ventilación mecánica (NAV) es una de las principales infecciones nosocomiales en UCI, con una incidencia estimada de 5 a 10 episodios cada 1.000 días de ARM. Suele aparecer a las 48-72 hs de la intubación, asociada a disfunción de barreras defensivas y colonización del tracto respiratorio. Se vincula a mayor morbimortalidad, estancia prolongada en unidad de cuidados críticos y costos hospitalarios elevados.

Presentación del caso: Entre enero y abril de 2025 ingresaron 50 pacientes a la UCI del Hospital San Felipe; 12 de ellos (24%) requirieron ARM a lo largo de su evolución. De estos, 7 desarrollaron NAVM

(58,3%), predominando la forma tardía (5/7; 71,4%). El germen aislado preponderante fue *Pseudomona aeruginosa* (42,9%) y la mortalidad en este grupo alcanzó el 71,4%.

Discusión: La incidencia observada fue mayor a la reportada en la literatura (10–30%), posiblemente por ventilación prolongada o limitaciones en prevención. Predominó la NAVM tardía, frecuentemente asociada a multirresistencia, coincidiendo con el aislamiento de *P. aeruginosa*. La alta mortalidad también superó cifras esperadas (20–50%).

Conclusión: Este análisis resalta la importancia de implementar medidas preventivas, optimizar el diagnóstico precoz y ajustar el tratamiento dirigido para reducir la incidencia y el impacto clínico de la NAVM en pacientes críticos ventilados.

0485 PREVALENCIA DE LA MORBILIDAD ADQUIRIDA EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON REQUERIMIENTO DE VENTILACIÓN MECÁNICA. ESTUDIO MULTICÉNTRICO

J SIMONASSI(1), M RICCIARDELLI(2), J FRYDMAN(3)

(1) Garrahan. (2) Hospital T. Schestakow. (3) Hospital Central De Pediatría De Malvinas Argentinas.

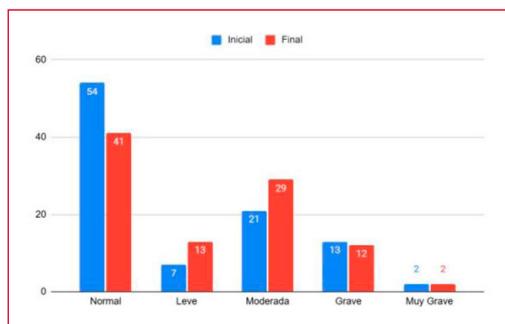
Introducción: La mortalidad en las unidades de cuidados intensivos pediátricos (UCIP) ha disminuido (<5%), desplazando el foco hacia la morbilidad residual, entendida como secuelas funcionales adquiridas durante la internación. Factores como sedación, ventilación mecánica, inmovilidad y ambientales contribuyen a estas alteraciones. La escala Funcional Status Scale (FSS) evalúa seis dominios (conciencia, comunicación, alimentación, motricidad, sueño y estado respiratorio), siendo clave para identificar déficits al alta. En Latinoamérica, su uso es limitado, con escasos reportes en Argentina.

Objetivo: Identificar la morbilidad adquirida en las UCIP en los sujetos que requirieron ventilación mecánica no invasiva (VMNI) e invasiva (VMI).

Materiales y métodos: Estudio observacional prospectivo longitudinal, de carácter descriptivo. Los centros participantes fueron el Hospital Nacional de Pediatría Juan P. Garrahan, el Hospital Central de Pediatría de Malvinas Argentinas y el Hospital T. Schestakow. Se incluyeron sujetos de 1 mes a 15 años, que ingresaron en UCIP con requerimiento de VMNI y/o VMI. El reclutamiento se llevó a cabo durante el periodo del 1 de julio al 30 de septiembre de 2024.

Resultados: De los 106 sujetos que ingresaron, 9 fallecieron (8,5%). Se analizó la evolución de los 97 sujetos restantes a través de la escala FSS. Al ingreso a la unidad, el 56% de los sujetos presentaba un FSS normal, el 7% una disfunción leve, el 22% moderado, el 13% grave y el 2% muy grave. Al alta de la UCIP, 42% de los sujetos presentaron un FSS normal, 13% leve, 30% moderado, 13% grave y 2% muy grave. La tasa de morbilidad adquirida fue del 14%, siendo la función motora y el estado respiratorio las esferas más comprometidas al egreso de la unidad.

Conclusión: La morbilidad adquirida en UCIP presentó una prevalencia significativa, mayor que la mortalidad en el mismo periodo. Los dominios más afectados al alta fueron principalmente el motor y respiratorio. Estos hallazgos destacan la necesidad de estrategias que mitiguen estos déficits funcionales.



	N	106
EDAD meses (mediana-RIQ)	10	(3-58)
PESO kg (mediana-RIQ)	8	(6-16)
SEXO Masculino (n-%)	57	(53%)
Diagnóstico ingreso (n-%)		
Respiratorio	83	(77%)
Quirúrgico	7	(7%)
Infeccioso	5	(5%)
Gastrointestinal	4	(4%)
Neurológico	3	(3%)
Afectación multisistémica/multiorgánica/otros	2	(2%)
Cardiovascular	1	(1%)
Endocrino/metabólico	1	(1%)
Condición crónica compleja por sujeto (n-%)	66	(62%)
Presencia de 1 CCC	43	(65%)
Presencia de 2 CCC	23	(35%)
CCC totales	n: 89	
Neurológica/Neuromuscular	24	(27%)
Respiratoria	22	(25%)
Dependencia tecnológica	13	(15%)
Genética	10	(11%)
Prematuréz	5	(6%)
Gastrointestinal	5	(6%)
Hematológica/inmunológica	3	(3%)
Cardiovascular	3	(3%)
Metabólica	2	(2%)
Renal/uroológica	1	(1%)
Trasplante	1	(1%)
Uso de CAFO	19	(18%)
CAFO-Días (mediana-RIQ)	4	(3-5)
Uso VNI	58	(55%)
VNI-Días (mediana-RIQ)	3	(1-6)
Uso VMI	78	(74%)
VMI-Días (mediana-RIQ)	7	(4-12)
PIM3 (mediana-RIQ)	2	(0,4-3,4)
Estadía en UTIP - Días (mediana-RIQ)	9	(5-18)
Estadía hospitalaria - Días (mediana-RIQ)	16	(8-25)
Óbitos totales (n-%)	11	(10%)
UTIP	9	(82%)
Internación	2	(18%)

0486 CARACTERÍSTICAS URINARIAS Y MORTALIDAD HOSPITALARIA EN PACIENTES CIRRÓTICOS CON INSUFICIENCIA RENAL AGUDA

G PALACIOS(1), E CORNU(1), J BERNASCONI(1), E MANRIQUE(1), R AVILA(1)

(1) Hospital Privado Universitario De Cordoba.

Introducción: La insuficiencia renal aguda (IRA) en pacientes con cirrosis es una complicación frecuente y con alta mortalidad. Las características urinarias y biomarcadores como NGAL pueden aportar información sobre el tipo de daño renal y su pronóstico. Este estudio evaluó diferencias bioquímicas y clínicas entre pacientes con y sin mortalidad hospitalaria.

Resultados: Se incluyeron 22 pacientes con cirrosis e IRA. La mortalidad hospitalaria fue del 45.5% (n=10). La edad fue mayor en los fallecidos (58 vs. 55 años, p=0.22). No se observaron diferencias significativas en los parámetros plasmáticos: urea (108 vs. 101 mg/dL, p=0.50), sodio (130.8 vs. 128.2 mEq/L, p=0.41), potasio (4.33 vs. 4.47 mEq/L, p=0.77) ni creatinina (2.37 vs. 2.36 mg/dL, p=0.69).

En cuanto a las variables urinarias, los pacientes fallecidos presentaron mayores niveles de NGAL (mediana 161 vs. 89 ng/mL, p=0.15), mayor FeK (19.1% vs. 16.0%, p=0.44) y menor urea urinaria (9.5 vs. 14.0 mg/dL, p=0.46). La FeNa fue baja en ambos grupos (0.22% vs. 0.19%, p=0.92). El MELD-Na fue similar (29.3 vs. 28.6, p=0.84).

La única diferencia significativa entre grupos fue la presencia de sepsis, más frecuente en los fallecidos 75% (p=0.04).

Discusión: Los hallazgos sugieren que los pacientes fallecidos presentaron un patrón compatible con disfunción renal estructural, con mayor NGAL y FeK. Si bien las diferencias no alcanzaron significación estadística, podrían tener relevancia clínica. La asociación significativa con sepsis refuerza su papel como factor determinante de mal pronóstico en cirróticos con IRA.

Conclusión: En esta cohorte, sepsis se asoció significativamente con mortalidad hospitalaria. Las características urinarias como NGAL, FeK y urea urinaria mostraron diferencias no significativas, pero podrían tener valor pronóstico. Se requieren estudios más amplios para confirmar estos hallazgos.

	Vivo	Muerto	p
Edad	49 (43-59)	58 (49-64)	0,22*
MELD-Na	29 (22,4-33)	28,5 (27,2-30,5)	0,84*
Diagnóstico - ACLF - Cirrosis descompensada	7(47%) 5(72%)	8(53%) 2(28%)	
Sepsis	25%	75%	0,04**
Creatinina al ingreso	2,28 (1,85-2,93)	1,76 (1,62-2,98)	0,7*
Sodio plasmático	130 (124-132)	131 (128-133)	0,4*
Sodio urinario	15(8,7-44)	27(7,25-37)	0,7*
Potasio urinario	30(24,2-42)	40(29-66)	0,8*
FeNa %	0,18 (0,1-0,83)	0,22(0,05-1,31)	0,9*
FeK %	16(10,2 - 19,9)	19(12-32)	0,4*
NGAL urinario	89 (48-209)	161 (111-339)	0,1*

ACLF (Acute on chronic liver failure), NGAL (neutrophil gelatinase-associated lipocalin), FeNa (fracción excretada de sodio) FeK (fracción excretada de potasio). *Diferencias evaluadas por test de Mann Whitney, ** Test de Fisher. p < 0,05

0487 ANEMIA ADQUIRIDA EN UCI

D CONTRERAS(1), J JEAN(2), J VILCA, F MARTIN, M TOMAS, E DEL VALLE(2), I BIURRARENA(2), C LOUDET
 (1) H.i.g.a. San Martin. (2) H.i.g.a San Martín.

Introducción: La anemia es un problema de salud altamente prevalente en la población y más aún en pacientes que requieren hospitalización y cuidados críticos. Los factores asociados al desarrollo de la misma son múltiples, algunos factores contribuyentes podrían ser los asociados a extracciones para controles rutinarios.

Objetivos: Describir la incidencia de anemia en la UCI y posibles factores asociados en pacientes ingresados por cualquier patología excluyendo pérdidas hemorrágicas y enfermedades hematológicas. Describir la prevalencia de anemia hospitalaria de los pacientes ingresados a la UCI.

Diseño: serie de casos

Lugar y periodo: UCI médico quirúrgica de 21 camas en periodo de 4 meses.

Métodos: Se determinó la prevalencia de anemia de los pacientes incluidos al ingreso hospitalario de acuerdo a definición de OMS considerando valores ≤ 13 g/dl en hombres y ≤ 11 g/dl en mujeres. Luego se determinó la incidencia de anemia en la UCI y los días al desarrollo de la misma. Se registraron cantidad de volumen sanguíneo extraído para estudios y requerimiento transfusionales. Los datos se reportan como N (%), media o mediana según la distribución.

Resultados: De 191 pacientes ingresados en el periodo, 137 no presentaron sangrados previos ni intra-UCI ni patologías hematológicas. De ellos 116 (85%) ya presentaron anemia al ingreso hospitalario según criterio OMS: 69 (59%) hombres, con un promedio de Hb de $11,7 \pm 2,5$ y 47 (41%) mujeres con promedio de $10,8 \pm 3$.

De 21 pacientes que ingresaron a la UCI con Hb ingreso $14,7 \pm 1,7$, 12 pacientes (60%) la desarrollaron en 2[1-3] días (Hb $11 \pm 0,5$) sin ningún evento de sangrado ni trastorno hematológico. Características de los pacientes: edad 49 ± 12 . APACHE II 13 ± 6 , SOFA $6[4-7]$, mortalidad UCI y hospitalaria 25%.

Se extrajo un volumen sanguíneo para muestras de 32[30-36]ml, de ellos el 70% tenían una línea arterial. Dos pacientes requirieron hemodiálisis, 4 pacientes (33%) requirieron transfusiones con Hb $6,4 \pm 0,7$.

Conclusiones: La prevalencia de anemia en el medio hospitalario resultó llamativamente alta.

La incidencia de anemia intra-UCI fue elevada y desarrollada en escaso tiempo con alto requerimiento transfusional, no asociado a sangrado evidente.

Factores como extracciones repetidas sin control de volumen, y hemodiálisis podrían contribuir a esta pérdida inadvertida y requerimiento transfusional, representando un problema para seguir investigando.

0488 SINDROME DE HIPERINFECCION POR STRONGYLOIDES STERCORALIS

P MARTINEZ MENDEZ(1), CL HUAYTA(1), A GUTIERREZ(1), P ZULETA(1), HP AGUILAR(1), M CASANOVA(1), C NAVEDA(1), E QUISPE(1), E POLO(1), J RIVADINEIRA(1)
 (1) H. Municipal Derqui.

Introducción: La parasitosis producida por Strongyloides stercoralis (Ss), con una alta endemicidad en el noreste Argentino. La hiperinfección por Strongyloides Stercoralis es una infección grave que se produce cuando el cuerpo tiene un gran número de parásitos y el sistema inmunitario está debilitado, provocando disfunción multiorgánica, e incluso la muerte.

Presentación del caso: Masculino de 60 años, con antecedentes de meningioma en tratamiento con corticoides (3 meses) cursaba internación por disuria y tenesmo interpretado como ITU, evoluciona con disnea que fue progresiva, deterioro neurológico, distensión abdominal, llegando a requerir ventilación mecánica por insuficiencia respiratoria, en TC de tórax se evidenció infiltrado bilaterales en vidrio esmerilado, además de shock refractario y disfunción multiorgánica, se realiza cultivos evidenciando en materia fecal y aspirado traqueal, nemátodos: Strongyloides Stercoralis(Ss), inicia tratamiento con ivermectina evoluciona desfavorablemente por la Hiperinfección por Ss y sin respuesta a tratamiento paciente fallece.

Discusión: El cuadro clínico respiratorio se produce por infiltración larvaria de los espacios vasculares y alveolares produciendo edema pulmonar, microhemorragias intraalveolares produciendo neumonitis e insuficiencia respiratoria y fallo multiorgánico.

En pacientes con inmunosupresión secundario a tratamiento prolongado con corticoides se debe sospechar de infecciones oportunistas.

Conclusiones: En pacientes con factores de riesgo que incluyen inmunosupresión como: trasplantados, enfermedades crónicas, quimioterapia, especialmente el uso de corticoides aumenta la susceptibilidad a cursar cuadros graves y riesgos de complicaciones, y su detección temprana disminuiría la morbimortalidad

0489 PRESIÓN SISTÉMICA MEDIA (PSM): INTERCAMBIABILIDAD DE MÉTODOS DE MEDICIÓN Y ASOCIACIÓN DE SU COMPORTAMIENTO CON OTRAS VARIABLES HEMODINÁMICAS EN UN GRUPO DE PACIENTES DURANTE LA REANIMACIÓN CON FLUIDOS

MA ORELLANO(1), JC PENDINO(1), LR BETTINI(1), JI IBARBAL(1), WD SACCHI(1), GB HARVEY
 (1) Hospital Provincial Del Centenario.

Resumen: La Psm es un determinante del retorno venoso. Se puede estimar por: fórmula antropométrica y técnica de oclusión circulatoria del miembro superior.

Objetivos: analizar intercambiabilidad de métodos, evaluar el cambio relativo en la Psm posterior a la reanimación con fluidos y modificaciones en la presión venosa central (PVC), el gradiente Psm-PVC y el gasto cardíaco (GC).

Materiales y métodos: estudio transversal observacional de 15 pacientes que cursaron internación por shock de diferentes etiologías en terapia intensiva desde mayo del 2024 a mayo del 2025, que registraron prueba de respuesta a fluidos positiva y posterior reanimación. El GC fue estimado por el análisis del tiempo de tránsito de la onda de pulso (esCCO). Análisis estadístico: Bland-Altman, correlación de Spearman y tablas de contingencia tras la dicotomización de variables en función de la mediana. Comparación de valores antes y después de fluidos mediante el test Wilcoxon. Se consideró significativo valor de $p < 0,05$.

Resultados: no hay intercambiabilidad entre los métodos (6,67% de diferencias fuera de los límites de concordancia) (Gráfico 1). No se encontró relación en los cambios relativos de los valores de la Psm estimada por cada método luego del bolo de fluidos ($p=0,602$). Respecto a los valores pre y post reanimación, hubo variación significativa en el delta de la Psm ($p=0,001$), la PVC ($p=0,008$), el gradiente Psm-PVC ($p=0,007$) y el GC ($p=0,030$) (Tabla 1).

Discusión: los métodos de medición no resultaron intercambiables. En ambos, los valores de Psm aumentaron, sin resultar estadísticamente significativa la correlación entre el cambio relativo porcentual de ambas variables. Acorde a otros trabajos, la administración de fluidos en pacientes respondedores aumentó la Psm, el gradiente Psm-PVC y el GC. El GC no tuvo un aumento estadísticamente significativo en comparación con las otras variables, lo cual pudiera explicarse por: ausencia de nueva prueba de respuesta a fluidos posterior al primer bolo, volumen de fluidos insuficiente y consideraciones técnicas de la estimación del GC por esCCO. Se continuará incorporando pacientes para incrementar el tamaño muestral.

Tabla 1 - Comparación de las variables evaluadas pre y post fluidos. Psm con método de oclusión circulatoria de miembro superior.

	Pre fluidos	Post fluidos	Delta (diferencia Post-Pre)	p-value*
Psm	28,7 (23,8-33,0)	32,7 (30,0-37,2)	4,0 (1,5-7,0)	0,001
PVC	8,0 (4,0-9,5)	9,0 (5,0-12,0)	1,0 (0,5-2,0)	0,008
Gradiente Psm-PVC	20,3 (17,2-27,3)	25,0 (18,3-32,5)	3,0 (0,5-5,2)	0,007
GC	6,7 (5,2-8,3)	6,9 (5,7-9,2)	0,3 (0,1-0,9)	0,030

Los datos se presentan como: mediana (1er cuartil - 3er cuartil). * Test de Wilcoxon.

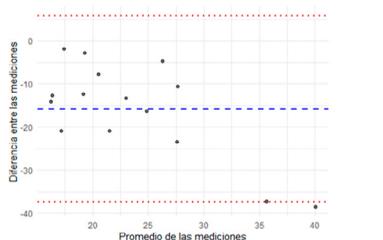


Gráfico 1 - Gráfico de Bland-Altman correspondiente a las mediciones pre fluidos.

0490 RELACIÓN ENTRE EL LUNG ULTRASOUND SCORE, MECÁNICA PULMONAR Y OXIGENACIÓN EN POTENCIALES DONANTES DE ÓRGANOS. UN ESTUDIO OBSERVACIONAL PROSPECTIVO

ER BRIZUELA(1), E BRIZUELA(1), GM BRUNETTI(1), JM VILLAGRASA(1), E AZUAJE DUARTE(1), JM ZEYUNTSIAN MATEO(1), D RODRIGUEZ(1), A SANTANA MACKINLAY(1), M LEDESMA(1), N LEALES(1), M PETRE(1), MF BILBAO
 (1) Hospital De Alta Complejidad Del Bicentenario De Esteban Echeverría.

Introducción: La escasez de donantes y los estrictos criterios de selección reducen la disponibilidad de pulmones para trasplante. Actualmente, la relación PaO₂/FiO₂ es un criterio clave, lo que po-

dría excluir órganos viables. La ecografía pulmonar ha demostrado correlacionarse con la distensibilidad pulmonar y podría mejorar la selección de pulmones aptos para trasplante.

Objetivos: Analizar la relación entre el Lung Ultrasound Score (LUS), la mecánica ventilatoria y la oxigenación en potenciales donantes en dos momentos: al diagnóstico de muerte encefálica y antes de la ablación. Además, evaluar la variación del LUS en el tiempo y su impacto en la disponibilidad de pulmones.

Metodología: Estudio observacional, prospectivo y cuantitativo en donantes mayores de 18 años con certificación de muerte encefálica. Se evaluará la mecánica pulmonar y el LUS en dos tiempos. El análisis estadístico incluyó pruebas de normalidad y análisis de comparación de media (T test) o mediana (Wilcoxon) según corresponda. Se empleó regresión lineal para analizar la relación entre LUS, mecánica pulmonar y oxigenación. Los análisis se realizaron en RStudio 4.4.2.

Resultados: Se analizaron 51 potenciales donantes (PD) (edad media: 49 años). Los PD con PaO₂/FiO₂ < 300 presentaron una mediana LUS más alta que aquellos con PaO₂/FiO₂ > 300, tanto al diagnóstico ($p: 0,25$) como en la ablación ($p: 0,15$). Al diagnóstico, a menor LUS, mayor compliance ($R^2 0,05$, $p: 0,0587$); esta relación se redujo en la ablación ($R^2 0,02$, $p: 0,17$). Un mayor LUS se asoció a mayor driving pressure al diagnóstico ($R^2 0,12$, $p: 0,0071$), relación que disminuyó en la ablación ($R^2 0,04$, $p: 0,0981$). A menor PaO₂/FiO₂, al diagnóstico, mayor driving pressure ($R^2 0$, $p: 0,272$), asociación más marcada en la ablación ($R^2 0,07$, $p: 0,0344$).

Conclusión: El LUS mostró una mejor correlación con la mecánica pulmonar en el momento del diagnóstico, etapa en la cual se evalúan y ofrecen los órganos en condiciones óptimas. En cambio, la relación PaO₂/FiO₂ resultó ser más representativa en el momento de la ablación, cuando los órganos ya habían sido previamente aceptados.

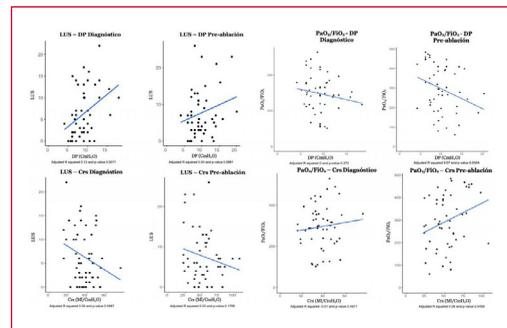


Tabla 2. Resultados (n = 51)

Variable de estudio	Pos diagnóstico	Pre ablación	p
ml/kg, Mediana (RIQ)	7.55 (7.22-7.97)	7.36(6.96-7.61)	0,2
Presión Pico, Media (DS)	24.61(± 4.47)	27.33 (± 6.78)	
Presión Plateau, Mediana (RIQ)	17 (15-19)	19(16-22)	0,044
Driving Pressure, Media (DS)	8.99 (± 2.82)	9.71(± 3.39)	0,24
Compliance estática, Mediana (RIQ)	54 (43,80-67,74)	51(38,67-60)	0,3
Elastancia Normalizada, Media (DS)	1.19(± 0.38)	1.32 (± 0.47)	0,12
PaO ₂ /FiO ₂ , Mediana (RIQ)	297 (235-358)	296 (196-409)	0,96
Lung Ultrasound Score, Media (DS)	6.31 (± 5.60)	7.60 (± 6.34)	0,27

0493 EL TIEMPO DE ACELERACIÓN PULMONAR POR ECOCARDIOGRAFÍA TRANSTORÁCICA DURANTE LA PRUEBA DE VENTILACIÓN ESPONTÁNEA UN FACTOR DE FRACASO EN LA DESCONEXIÓN DEL VENTILADOR MECÁNICO Y EXTUBACIÓN EN MEDICINA CRÍTICA A MUY ALTA ALTITUD

B HERRERA(1), FR JIMÉNEZ TORRES(1), B HERRERA AGUILAR(1), JA VIRUEZ SOTO(1), MC MERIDA IPORRE(1), Z VISCARRA MACHACA(1), MC AVILA VIRUEZ(1), JC VILLCA LIMACHII(1), CA DE LA CRUZ CHOQUE(1), B CHOQUE POMA(1), W HUALLPA(1), JJ HUALLPA YANIQUE(1), NF ALI YUCRA(1), A TINTAYA MAQUERA(1), JV CHARCA CALLE(1), AB GOMEZ APATA(1), HN TICONA FLORES(1), C VARELA ROMERO(1), AA OLIVERA RODRÍGUEZ(1)
 (1) Norte.

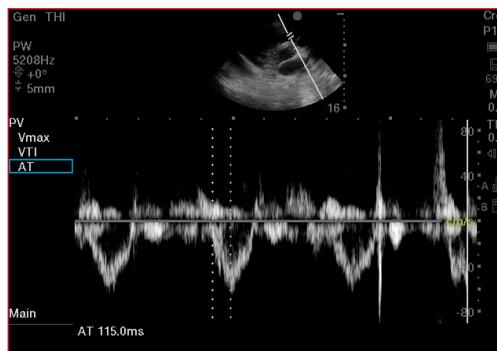
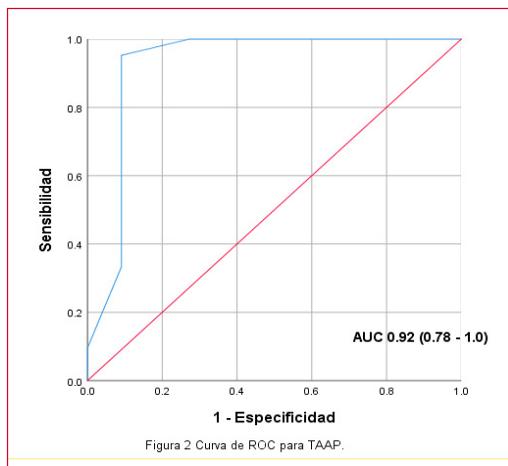
Introducción: La prueba de ventilación espontánea (PVE) es un paso crucial previo a la extubación, y a lo largo del tiempo se han desarrollado diversos predictores y marcadores para evaluar su éxito. En este contexto, la ecocardiografía transtorácica (ETT) ha cobrado relevancia como una herramienta complementaria, especialmente en relación con el tiempo de aceleración pulmonar (TAAP). No se cuentan con estudios previos sobre el TAAP a muy alta altitud.

Objetivo: Este estudio busca determinar si la medición del TAAP mediante ecocardiografía transtorácica durante la PVE puede ser un factor determinante en el éxito o fracaso de la desconexión del ventilador mecánico y la extubación en pacientes críticos.

Materiales y Métodos: Se realizó un estudio observacional, descriptivo, transversal y unicéntrico en la Unidad de Cuidados Intensivos Adultos del Hospital del Norte, Bolivia a muy alta altitud. Se incluyeron pacientes elegibles para PVE, a quienes se les realizó ETT para determinar el TAAP. Para el análisis de los datos, se utilizó la curva ROC, área bajo la curva (AUC) y estableciendo puntos de corte específicos para determinar sensibilidad y especificidad, valor predictivo negativo (VPN), valor predictivo positivo (VPP) y el Hazard Ratio (HR). La recolección de datos y los cálculos se realizaron en la plataforma Excel y SPSS v.20. El protocolo del estudio fue aprobado por el Comité de Bioética Hospitalaria.

Resultados: Se establecieron dos puntos de corte para el TAAP: el corte de 92 con una sensibilidad del 66% y una especificidad del 90%, alta especificidad para el éxito en la PVE. El corte de 75: con una sensibilidad del 95% y una especificidad del 90%, consolidándose como un marcador clave en la predicción del éxito o fracaso del destete ventilatorio.

Conclusión: La medición de la TAAP mediante ecocardiografía transtorácica ha demostrado ser una herramienta no invasiva de gran utilidad en la práctica clínica, contribuyendo significativamente a la toma de decisiones en la desconexión del ventilador mecánico y la extubación. Su alta sensibilidad lo posiciona como un excelente parámetro de riesgo de fallo en el destete. Asimismo, su elevada especificidad confirma con certeza el éxito del destete.



0495 MENINGOENCEFALITIS A VIRUS DE SAINT LOUIS: UN CASO Y MUCHOS INTERROGANTES

CM RUFINER GAREIS, GF VECHIETTI(1)
 (1) Militar Regional Paraná.

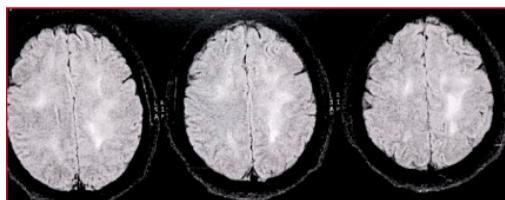
Introducción: La encefalitis de Saint Louis es causada por el virus de Saint Louis cuyo vector son mosquitos de la especie Culex. En Argentina, se registran casos esporádicos. La tasa de mortalidad es de 5 a 30%. Solo 1% de las infecciones son sintomáticas, en los que se registra un pródromo de síndrome febril y cefalea, que evoluciona a meningoencefalitis en el 1% de los casos

Presentación del caso: Se presenta un caso de Meningoencefalitis a virus de San Luis, que se manifestó clínicamente como Síndrome PRES. Ocurrió en el mes de mayo de 2024, en el norte de Entre Ríos, durante un brote de dengue a nivel nacional.

Se trata de una paciente femenina de 42 años con antecedentes de hipotiroidismo e HTA que consulta en hospital local, por cefalea, fiebre y diarrea de 5 días de evolución. Constata plaquetopenia y anemia. Deciden internación con diagnóstico presuntivo de dengue. Evoluciona con deterioro del sensorio, se realiza punción lumbar, objetivándose en LCR pleocitosis mononuclear. Inician ceftriaxona, aciclovir, dexametasona. Derivan a nuestro servicio con Glasgow 10/15, fiebre y rigidez de nuca. Agrega paresia braquiocrural izquierda. Se realiza RMN de cerebro con difusión: hallazgos compatibles con Síndrome PRES. Se solicita panel de anticuerpos y marcadores tumorales que resultan negativos. La paciente cumple 10 días de tratamiento con Ceftriaxona y Aciclovir. Al alta, presentaba como secuela: paresia braquiocrural izquierda en regresión. Finalmente, se recibe resultado de panel viral: IgM positivo para virus de San Luis en LCR, el cual fue confirmado mediante técnica de neutralización con antígeno específico.

Discusión: ¿Tiene la encefalitis de San Luis tan poca incidencia como las estadísticas lo dicen? ¿Son tantos los casos de dengue? ¿Puede asociarse el síndrome de PRES a la encefalitis de San Luis? ¿Existen otros vectores de virus de San Luis además del ya conocido?

Conclusión: Consideramos necesario tener presente las reacciones cruzadas entre arbovirus y los falsos positivos en las pruebas de paneles virales



0497 CARACTERIZACIÓN DE LOS PACIENTES CON PATOLOGÍA ONCOCRÍTICA QUE INGRESARON A LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS (UCIP) DEL HOSPITAL SOR MARÍA LUDOVICA DURANTE EL DESARROLLO DEL PROTOCOLO EVAT

E CHIOSSONE(1), A FINOCCHI(1), P CASTELLANI(1)
 (1) Hospital Sor Maria Ludovica.

Introducción: Los niños con patología oncológica frecuentemente desarrollan enfermedad crítica, superando su mortalidad a la observada en el resto de los pacientes que ingresa a UCIP, con rangos que varían entre un 6.8 y 50%.

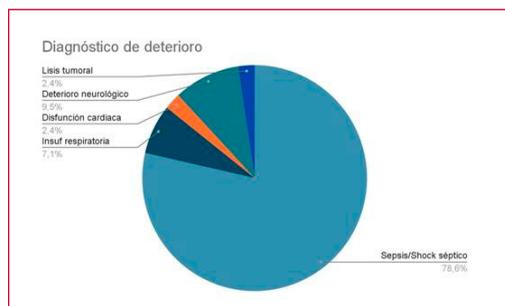
El objetivo fue caracterizar a los pacientes que ingresaron por eventos de deterioro en nuestra UCIP.

Materiales y Métodos: Estudio prospectivo y descriptivo. Se incluyeron todos los pacientes que ingresaron a la UCIP desde la Sala de Inmunosuprimidos por un evento de deterioro clínico entre el 01/03/2023 y el 30/04/2025. Se utilizó la base de datos desarrollada como parte del protocolo EVAT (Escala de Valoración de Alerta Temprana), llevado a cabo en conjunto con el St. Jude Children's Research Hospital. Se analizaron variables clínicas y de laboratorio. Se definió como evento de deterioro a los traslados no programados a UCIP, necesidad de soporte inotrópico, ventilación mecánica, realización de maniobras de reanimación cardiopulmonar o fallecimiento durante su permanencia en la sala de internación. Los datos se expresarán en frecuencia y porcentaje.

Resultados: Se incluyeron 42 pacientes que requirieron traslado a UCIP. La mediana de edad fue 112 meses, 24 (57%) fueron niñas. El diagnóstico más frecuente fue patología hematológica maligna. El traslado a UCIP representó el 59.5% de los eventos de deterioro, seguido por requerimiento de inotrópicos. El PIM 2 tuvo una mediana de 6.6. Se constató neutropenia en 28 pacientes (66%) y en 32 plaquetopenia (76.2%). La causa de deterioro más frecuente fue el shock séptico, con 33 pacientes (78.6%). Requirieron soporte de inotrópicos 30 pacientes (71.4%) y 17 ventilación mecánica (40.5%). Dentro de la primera hora se ventilaron 13 pacientes (74.4%) y de estos, 3 fallecieron.

La mediana de días de internación fue de 3 días. Fallecieron 4 pacientes, siendo la mortalidad del 9.5%. El 75% de las muertes ocurrieron dentro de las primeras 24 horas.

Conclusión: Este trabajo permite asentar una base comparativa para evaluar el impacto de medidas a implementar, como el protocolo EVAT, para disminuir la morbimortalidad.



	Todos n=42	Sobrevivientes n=38	Fallecidos n=4
Características			
Edad, mediana (IQR)	112 (51.5-162.7)	112 (62.5-166.7)	80 (26.5-134)
Femenino, n (%)	24 (57%)	22 (57%)	2 (50 %)
Motivo de ingreso hospitalario			
Diagnóstico inicial	13 - 31 %	11 - 28.9%	2 - 50%
Tratamiento de infección	10 - 23.8%	10 - 26.3%	-
Quimioterapia programada	10 - 23.8%	9 - 23.7%	1 - 25%
Cirugía programada	1 - 2.4%	-	1 - 25%
Recaida de enfermedad	8 - 19%	8 - 21.1%	-
Diagnóstico oncológico, n - (%)			
Hematológico maligno	33 - 78.6%	30 - 78.9%	3 - 75%
Tumor sólido	6 - 14.3%	6 - 15.8%	-
Otro	3 - 7.1%	2 - 5.3%	1 - 25%
Valores de laboratorio			
Láctico > 2 mmol/L, n - %	17 - 40%	15 - 39.5%	2 - 50%
Trombocitopenia <50x10 ⁹ /L, n - %	32 - 76.2%	28 - 73.7%	4 - 100%
Neutropenia <500, n - %	28 - 66%	25 - 65.7%	3 - 75%
PIM 2, mediana - IQR	6.6 (3.7-10.1)	6.3 (3.7-9.5)	8.6 (5.5-14.9)
Intervenciones requeridas en los eventos de deterioro			
Requerimiento de vasoactivos, n - %	30 - 71.4%	26 - 68.4%	4 - 100%
Días de vasoactivos, mediana - IQR	2 - (1-4)	2 - (1-4)	1.5 (1-2.5)
Requerimiento de AVm, n - %	17 - 40.5%	13 - 34.2%	4 - 100%
Días de AVm, mediana - IQR	5 - (3-17)	6 (3-20)	1 - (1-5)
AVm en la primera hora, n - %	13 - 74.4%	10 - 76.9%	3 - 75%
Requerimiento de TRRC	2 - 4.7%	2 - 5.3%	-
Estadía en UCIP, mediana - IQR	3 (2 - 6)	3.5 (2-6)	1 (1-5.5)

0498 SÍNDROME ANTISINTETASA CON AFECTACIÓN PULMONAR GRAVE: UN DESAFÍO CLÍNICO EN TERAPIA INTENSIVA (ANÁLISIS DE CASO)

MA VELASQUEZ(1), M TAPIA(1), MA LAZARO(1), DJ TAIPE CHICAIZA(1), J SENZANO(1), X NIETO(1)
 (1) Sanatorio Guemes.

El síndrome antisintetasa es un tipo de miopatía inflamatoria idiopática (MII) autoinmune, poco frecuente, de entidad clínica compleja. Es la producción de autoanticuerpos dirigidos contra las enzimas aminoacil-ARNt sintetasas, siendo el anticuerpo anti-Jo1 el más frecuentemente detectado. Las manifestaciones clínicas se caracterizan por inflamación muscular (miositis), compromiso pulmonar intersticial, artritis múltiple (poliartritis), lesiones cutáneas y alteraciones vasculares como el fenómeno de Raynaud.

Presentación del caso: Varón de 60 años, previamente sano, presenta dolor torácico, disnea progresiva, tos, y fiebre por 20 días. Consulta a guardia sanatorial donde evidencian Tomografía de tórax con neumonía bilateral. Se retira de alta voluntaria con Amoxicilina/Clavulánico + Claritromicina. Evoluciona con SDRA e ingresa UCI con requerimiento de cánula de alto flujo flujo 60 L/min y FiO2 100%. Se evidencia neumonía con patrón intersticial bilateral con estudios de TBC negativos, SARS COV2 negativo. Leucocitosis con eosinofilia leve, se decide escalar tratamiento antibiotico, sin mejoría. Se sospecha neumonía eosinofílica, iniciando tratamiento corticoideo. Estudios revelan hiperferritinemia (739 ng/mL) y Anti-Jo1 (+) confirmando síndrome antisintetasa. Inicia Rituximab con mejoría, destete de oxígeno. Este caso resalta la importancia de considerar enfermedades autoinmunes como causa subyacente de EPI severa y demuestra que un abordaje precoz puede ser determinante para la sobrevida del paciente.

0501 CARACTERÍSTICAS MACROHEMODINÁMICAS Y DE PERFUSIÓN EN PACIENTES CON VASOPLEJÍA POST CIRUGÍA CARDIOVASCULAR

VM ALTHAUS(1), E CORNU(1), E ANDRES(1), B BERTAZO(1), R AVILA(1)
 (1) Hospital Privado Universitario De Cordoba.

La vasoplejía postoperatoria es una complicación frecuente tras la cirugía cardiovascular, caracterizada por hipotensión con gasto cardíaco preservado y una marcada reducción del tono vascular sistémico. Su detección precoz y caracterización hemodinámica son claves para guiar el tratamiento vasopresor oportuno.

En el contexto del shock séptico, se ha propuesto el índice diastólico de shock (IDS: frecuencia cardíaca/presión arterial diastólica) como un marcador indirecto de disfunción vasomotora. Este índice parte del principio fisiológico de que la presión diastólica debería aumentar proporcionalmente ante una mayor frecuencia cardíaca. Valores elevados podrían reflejar una falla en la respuesta vasomotora compensatoria. Aunque ha sido explorado en shock séptico, su aplicación en la vasoplejía postquirúrgica no ha sido evaluada. Este estudio busca describir las características hemodinámicas y de perfusión en pacientes con y sin vasoplejía, incluyendo este índice.

Resultados: Se analizaron 18 pacientes sometidos a cirugía cardiovascular: 6 con vasoplejía y 12 sin.

El grupo con vasoplejía presentó mayor dosis de noradrenalina (0.34 [0.07–0.57] vs. 0.08 [0.06–0.08] mcg/kg/min, p=0.2), lactato más elevado (3.46 [3.40–3.53] vs. 2.12 [1.76–3.46], p=0.1025,) y Tensión arterial media (65.0 [59.0–71.0] vs. 84.5 [75.3–92.3], p=0.0087). El IDS fue significativamente mayor (1.65 [1.38–1.94] vs. 1.25 [0.96–1.38], p=0.0491) y la presión arterial diastólica (50.5 [50.0–53.2] vs. 65.5 [58.8–75.3], p=0.02) fue menor. El tiempo de circulación extracorpórea fue mayor en vasopléjicos (155.0 [137.0–226.0] vs. 98.0 [84.5–120.5] min, p=0.0411). No hubo diferencias significativas en saturación venosa central, el índice de perfusión periférica (IP), ni edad.

Discusión: Este análisis exploratorio resalta diferencias relevantes en parámetros hemodinámicos entre pacientes con y sin vasoplejía. El IDS fue más alto en el grupo vasopléjico al mismo tiempo que la Tensión diastólica fue menor respalda su utilidad como marcador indirecto del tono arterial. Si bien esta métrica ha sido propuesta en el contexto del shock séptico, su comportamiento aquí sugiere que podría ser extrapolable a la población quirúrgica cardiovascular.

Conclusión: Los pacientes con vasoplejía post cirugía cardiovascular presentaron menor presión diastólica, mayor requerimiento de vasopresores y signos indirectos de hipoperfusión. El IDS podría constituirse como un marcador sensible de disfunción vasomotora y merece ser validado en estudios con mayor tamaño muestral

	Con vasoplejia	Sin vasoplejia	p
Edad (años)	49 [32-68]	67.5[57-71.5]	0.52
Lactato (mmol/l)	3.45 [3.39-3.53]	2.12 [1.76-3.46]	0.1
Índice de perfusión periférica	2.84 [0.75-4.65]	1.75[1.18-2.72]	0.68
Saturación venosa central (%)	77 [70-77]	70[68, 4-77.8]	0.88
SOFA	7 (4,75-7)	5 (4-5)	0.1
APACHE	10 [6,5 - 17,25]	11,5 [8-13,5]	1
Tensión arterial sistólica (en mmhg)	93 [90-103]	109 [94-135]	0.09
Tensión arterial media (en mmhg)	65 [59-71]	84 [75-92]	0,008 [†]
Tensión arterial diastólica (en mmhg)	50[50 - 53]	65,5 [58,8-75,3]	0,009 [†]
Frecuencia cardiaca	82[72-100]	82[74-90]	0,85
Dosis de noradrenalina (en mcg/kg/min)	0,34 [0,07 - 0,6]	0,08[0,06-0,08]	0,2
Tiempo de circulación extracorpórea (en min)	155 [137-226]	98[84,5-120]	0,04 [†]
Índice sistólico de shock	1,65 (1,35-1,94)	1,25 (0,95-1,38)	0,049 [†]

* Test de mann whitney
 ** mediana y rango intercuartílico 25-75
 † estadísticamente significativo a través de test de mann whitney

0502 INTOXICACIÓN POR LITIO: SERIE DE CASOS

R GUILLEN(1), E CARABAJAL(1), C RODRIGUEZ(1), MF BENEDETTI(1), M LLORIA(1), F LOIACONO(1), N MARQUEZ(1), J SAGARDIA(1)
 (1) Posadas.

Introducción: El litio es uno de los fármacos de elección para el tratamiento del trastorno bipolar y tiene un rango terapéutico estrecho. Su potencial toxicidad se relaciona con aumento de la ingesta, accidental o intencional, o disminución de su excreción (interacción farmacológica, depleción de sodio o volumen plasmático, reducción de la tasa de filtración glomerular). La intoxicación por litio puede producir toxicidad neurológica, renal, cardiovascular, tener efectos gastrointestinales y endocrinos. Las formas clínicas de presentación son diversas.

Diseño: Serie de casos.

Resultados: Se presentan las características y evolución de 4 pacientes que ingresaron a UCI por intoxicación con litio (Tabla 1).

Discusión: La toxicidad renal incluye diabetes insípida nefrogénica, nefritis perdedora de sodio, síndrome nefrótico entre otras y es más frecuente en tratamientos crónicos con litio. Se sugiere la hemodiálisis si la litemia es > 5 mEq/L, hay síntomas neurológicos significativos o el tiempo esperado para reducir la concentración de litio a < 1 mEq/L es mayor a 36 horas. En esta serie, los pacientes sufrieron intoxicación debido a excreción insuficiente durante el tratamiento crónico. Todos tuvieron insuficiencia renal al momento del ingreso y tres desarrollaron diabetes insípida nefrogénica con hipernatremia. Dos pacientes recibieron hemodiálisis siguiendo las recomendaciones.

La neurotoxicidad puede tener manifestaciones leves o llegar a situaciones críticas como convulsiones y coma. Puede persistir después de conseguir litemia en rango terapéutico, incluso se describen secuelas neurológicas permanentes. Todos los pacientes tuvieron neurotoxicidad aguda y los síntomas no desaparecieron al normalizar la litemia. Las manifestaciones clínicas cardiológicas que incluyen hipotensión arterial y alteraciones electrocardiográficas se relacionan a disfunción mitocondrial y estrés oxidativo en los miocardiocitos. La interrupción del fármaco revierte estos efectos. Dos pacientes presentaron síntomas de cardiotoxicidad sin repercusión clínica.

Conclusiones: La intoxicación por litio es un evento potencialmente grave. En la mayoría de los casos es prevenible con educación en el uso y el monitoreo frecuente de la litemia. La sospecha diagnóstica, asegura el inicio temprano de medidas terapéuticas que disminuyan sus niveles circulantes. La hemodiálisis es una herramienta terapéutica con indicaciones precisas que debe ser utilizada tempranamente si la situación lo requiere.

TABLA 1: CARACTERÍSTICAS Y EVOLUCIÓN DE LOS PACIENTES INTOXICADOS CON LITIO

VARIABLE	Paciente 1	Paciente 2	Paciente 3	Paciente 4
Edad (años)	70	66	45	54
Indicación del litio	Trastorno bipolar	Trastorno bipolar	Trastorno bipolar	Trastorno bipolar
Género	Masculino	Masculino	Femenino	Masculino
Factores de riesgo	HTA Deshidratación	HTA	NO	Insuficiencia renal crónica Diabetes HTA
Tratamiento Crónico con Litio	SI	SI	SI	SI
Cuadro Clínico Ingreso	Intoxicación por litio no intencional Insuficiencia renal aguda Neurotoxicidad Neumonía aspirativa	Intoxicación por litio no intencional Insuficiencia renal aguda Neurotoxicidad Neumonía aspirativa	Intoxicación por litio no intencional Insuficiencia renal aguda Neurotoxicidad Diabetes insípida	Intoxicación por litio no intencional Insuficiencia renal reagudizada Neurotoxicidad
Apache II	29	26	9	9
AVM	SI	SI	SI	NO
Litemia	2.1	1.6	3.9	4.4
Creatinina de ingreso (mg/dl)	1.9	1.8	2.51	2.77
Diabetes insípida nefrogénica	SI	SI	SI	No
Neurotoxicidad	SI	SI	SI	SI
Cardiotoxicidad	NO	SI	NO	SI
Tratamiento	Sostén vital.	Sostén vital	Sostén vital Diálisis	Sostén vital Diálisis
Días de ARM	9	10	9	NO
Días UTI	14	25	15	continua
Días hospital	31	82	50	continua
Estado de evolución	VIVO	VIVO	VIVO	VIVO

0503 CARACTERÍSTICAS DE INGRESO Y RESULTADOS DE LOS PACIENTES CON NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD POR STAPHYLOCOCCUS AUREUS EN UNA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES: ESTUDIO OBSERVACIONAL Y RETROSPECTIVO
A COLABELLI(1), A SOLÉ(1), DG SEBASTIAN(1), C NOELIA(1)
(1) Hospital Teodoro Alvarez.

Staphylococcus aureus (SAU) es uno de los principales agentes etiológicos de la Neumonía Adquirida en la Comunidad (NAC) que requieren internación en una Unidad de Terapia Intensiva (UTI) y Ventilación Mecánica (VM). Diversos factores de riesgo, tanto del huésped como del microorganismo, se asocian con una mayor morbimortalidad. El reconocimiento temprano de las características clínicas y microbiológicas es clave para un tratamiento antibiótico apropiado, adecuado y óptimo, resultando en menor mortalidad. En un período de 24 meses (2023 y 2024) se realizó un estudio observacional, descriptivo y retrospectivo. Se incluyeron 20 pacientes mayores de 18 años internados en la UTI con diagnóstico de neumonía y aislamiento representativo de SAU en muestras de aspirado traqueal. Se analizaron edad, género, estadía hospitalaria, necesidad de VM, uso de vasopresores, bacteriemia y mortalidad, además del perfil de susceptibilidad antimicrobiana. La identificación bacteriana y sensibilidad se realizaron utilizando VITEK®-MS y VITEK®2 (bioMérieux). Los datos clínicos fueron recolectados de historias clínicas digitalizadas. SAU fue aislado en 20 pacientes (6.5%). La distribución por sexo fue del 50% femenino y 50% masculino, con una mediana de edad de 54 años. La mortalidad fue del 65% (n=13), y el 35% (n=7) desarrolló bacteriemia por SAU. Todos los pacientes requirieron VM y soporte con vasopresores. En 15 de 20 casos, el aislamiento ocurrió dentro de los primeros 6 días de admisión. El 50% de los aislamientos correspondieron a cepas resistentes a meticilina (SAMR). Las concentraciones inhibitorias mínimas (CIM) para vancomicina fueron: CIM50: 0.5 mg/ml y CIM90: 2 mg/ml. El objetivo principal de nuestra investigación es analizar las características demográficas, clínicas, los tratamientos y resultados de los pacientes con Neumonía Aguda de Comunidad por SAU en una Unidad de Terapia Intensiva de la Ciudad de Buenos Aires.

Figura 1: Diagrama de Flujo

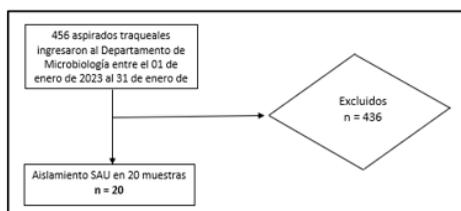


Tabla 1: Factores de riesgo y complicaciones asociados a la infección por SAU

Variable Pacientes	N:20	%
Factores de riesgo		
Tratamiento antibiótico previo	7	35
Alcoholismo	7	35
Infecciones recurrentes en piel y partes blandas	3	15
Diabetes	6	30
Inhibidor de bombas de protones	14	70
Complicaciones		
Bacteriemia por SAU	7	35
Infiltrados multilobulares o cavitados	13	65
Efusión pleural	11	55

0504 EXTUBACIÓN PALIATIVA EN PACIENTES PEDIÁTRICOS EN CUIDADOS INTENSIVOS EN EL HOSPITAL DE NIÑOS DE LA SANTÍSIMA TRINIDAD

YH QUIROGA VALDEZ(1), NV PAGANINI(1), C DAVILA(1), M FERREYRA(1), M MARTINEZ(1), GA ROSTAGNO(1), MJ MONTE(1)
(1) Hospital De Niños De La Santisima Trinidad.

Introducción: La extubación paliativa (EP) constituye una intervención fundamental en los cuidados al final de la vida, orientada a aliviar el sufrimiento, brindar confort y permitir una muerte natural cuando los tratamientos, incluyendo el soporte ventilatorio, resultan fútiles. En pediatría, la escasa literatura científica incrementa el riesgo de implementación inadecuada, pudiendo afectar el proceso de morir, impactar negativamente en la familia y equipo sanitario. **Objetivo:** Describir la extubación paliativa en la Unidad de Terapia Intensiva del Hospital de Niños de la Santísima Trinidad.

Métodos: Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo. Se obtuvieron datos de historias clínicas de pacientes a quienes se le realizó EP en el período septiembre 2019-diciembre 2024.

Resultados: Se realizaron 18 EP, media de edad 4,3 años, sin predominio de sexo. El 88% presentaba patologías preexistentes. Según la clasificación de la Association for Children's Palliative, 55% correspondía al grupo 4 (condiciones irreversibles no progresivas con discapacidad severa), 33% al grupo 1 (condiciones amenazantes con tratamiento curativo) y 12% al grupo 3 (condiciones progresivas sin opciones curativas). Los intensivistas propusieron la EP en 94% de los casos. Sólo un paciente estaba bajo adecuación de esfuerzo terapéutico. El 95% recibió abordaje multidisciplinario.

El 72% de los pacientes falleció en la unidad de terapia intensiva, 22% en otras áreas hospitalarias; sólo un paciente (6%) permaneció vivo recibiendo cuidados paliativos domiciliarios. El tiempo medio entre la EP y el fallecimiento en unidades críticas fue de 21 horas. Todos recibieron opioides y benzodiazepinas previo al procedimiento, y oxigenoterapia tras la EP; sólo uno requirió ventilación no invasiva. El acompañamiento familiar estuvo presente en la totalidad de los procedimientos.

Conclusión: La EP pediátrica plantea desafíos éticos y clínicos ante el actual desarrollo tecnológico. Todos los pacientes del estudio pertenecían a grupos con indicación de cuidados paliativos según clasificaciones internacionales. Es esencial que el intensivista reconozca oportunamente el punto de inflexión en donde las intervenciones invasivas devienen fútiles, para iniciar un abordaje paliativo. Ambos enfoques no son excluyentes, sino complementarios en la atención del paciente crítico pediátrico. Resulta imperioso generar evidencia específica y consensos sobre EP pediátrica para avanzar hacia una práctica especializada, ética y efectiva.

0505 REPORTE DE CASO: VASCULITIS DE WEGENER CON HIPOXEMIA REFRACTARIA Y FALLA MULTIORGÁNICA

LA TEJERINA SALDAÑA(1), H IZQUIERDO(2), V IGLESIAS(2)
(1) Cuenca Alta Nestor Khisner. (2) Cuenca Alta Nestor Kirchner.

Introducción: La granulomatosis con poliangeitis (vasculitis de Wegener) es una enfermedad rara, caracterizada por inflamación necrosante de vasos sanguíneos pequeños y medianos, que afecta principalmente las vías respiratorias y los riñones. Su presentación clínica puede ser heterogénea, pero la afectación pulmonar severa con hipoxemia refractaria es una complicación poco frecuente que aumenta la morbimortalidad. Se presenta este caso para destacar la importancia del diagnóstico temprano y manejo multidisciplinario.

Presentación del caso: Paciente masculino de 50 años, con antecedentes laborales en frigorífico, consulta por síntomas respiratorios progresivos de 3 semanas de evolución, incluyendo tos, hemoptisis y disnea. A su ingreso, presentó insuficiencia respiratoria grave con hipoxemia refractaria a oxígeno suplementario, además de compromiso renal con elevación de creatinina y proteinuria. Las prue-

bas diagnósticas incluyeron radiografía y tomografía de tórax que mostraron infiltrados pulmonares bilaterales, serología positiva para c-ANCA y biopsia renal compatible con vasculitis necrosante. El paciente evolucionó con falla multiorgánica (renal, respiratoria y hemodinámica) que requirió soporte ventilatorio con decúbito prono, diálisis y tratamiento inmunosupresor con corticosteroides y ciclofosfamida. Presentó complicaciones infecciosas durante la hospitalización y finalmente falleció a pesar de las intervenciones.

Discusión: La granulomatosis con poliangeitis se presenta con un espectro variable, desde síntomas leves hasta falla orgánica severa. La hipoxemia refractaria es un signo de compromiso pulmonar grave, a menudo secundario a hemorragia alveolar o inflamación intensa. El diagnóstico se basa en la combinación de hallazgos clínicos, serológicos (c-ANCA) y anatomopatológicos. Los diagnósticos diferenciales incluyen otras vasculitis sistémicas, infecciones pulmonares y enfermedades autoinmunes. Este caso resalta la importancia de un abordaje temprano y agresivo, aunque la mortalidad sigue siendo alta en presentaciones severas, como se reporta en la literatura.

Conclusión: Este reporte enfatiza la necesidad de considerar la vasculitis de Wegener en pacientes con insuficiencia respiratoria progresiva y hallazgos sistémicos, para instaurar tratamiento oportuno. La hipoxemia refractaria y la falla multiorgánica son indicadores de mal pronóstico que requieren manejo intensivo multidisciplinario.

0506 NEUROMIELITIS ÓPTICA, ENTRE LO INVISIBLE Y LO URGENTE; DISAUTONOMÍA, AUTOINMUNIDAD Y EL DESAFÍO DEL TRATAMIENTO OPORTUNO, ANÁLISIS DE UN CASO

FP MANGONE(1), M TAPIA(1), IL VILLARROEL PAREDES(1)
(1) Sanatorio Guemes.

Introducción: La neuromielitis óptica es una infección del sistema nervioso central provocando desmielinización grave, inmunomediada y daño axonal afectando los nervios ópticos conjuntamente la médula ósea es más común en mujeres entre las edades 31 y 41 años presentan paraparesias o cuadriparesia, disautonomías,

llegando al diagnóstico por pruebas inmunológicas donde se observa anticuerpos sérico NMO -inmunoglobulina G específico de la enfermedad que se une selectivamente a la acuaporina-4 (AQP4) el cual distingue de otras enfermedades autoinmunes como ser mielitis transversa, con estudios como resonancia magnética y bandas oligoclonales en el líquido cefalorraquídeo tratamiento inicial pulso de corticoides, plasmaféresis y fármacos inmunosupresores clásicos (azatioprina)

Presentación del caso: Mujer de 63 años de edad, con antecedentes de Hipotiroidismo, cuadro clínico de 10 días caracterizado por dolor abdominal asociado a episodios diarreicos no disintéricos. Desde lo neurológico, debilidad muscular y parestesias desde región inguinal hacia miembros inferiores. En contexto de antecedentes clínicos se realiza punción lumbar, cómo hallazgo positivo hipoglucoorraquia en la primera y RMN de columna con presencia de lesiones líticas. Ingresando a terapia intensiva con sospecha de mielitis transversa donde evoluciona con deterioro del sensorio y mala mecánica ventilatoria, por lo que requirió soporte ventilatorio, disautonomías con manejo noradrenalina y dopamina , con manejo multidisciplinario, ante severidad de cuadro y evolución tórpida se decide instaurar tratamiento temprano de 5 pulsos de corticoides, luego 7 sesiones de Plasmaféresis sin aún no tener los resultados inmunológicos, durante ese tiempo desde la parte inmunológica presentó múltiples infecciones, se obtuvo resultado de los anticuerpos positivo para neurolitelitis optica recibiendo 2 ciclos de Ravalizumab. Actualmente paciente estable hemodinámicamente, realizando rehabilitación kinesiología motora

Discusión: El curso clínico es típicamente recurrente, y cada brote puede dejar secuelas permanentes. El diagnóstico temprano como en la prevención agresiva de recaídas. El manejo multidisciplinario y el acceso a terapias de alta complejidad son determinantes en la evolución funcional del paciente

Conclusiones: La disautonomía representa un desafío diagnóstico considerable, dada la amplia variedad de síntomas. Es indispensable continuar investigando biomarcadores y estrategias de estratificación de riesgo, que permitan identificar qué pacientes se beneficiarían más de un tratamiento inmunomodulador precoz, minimizando a su vez los riesgos de sobretratamiento.

ÍNDICE DE AUTORES

Autor	Resumen	Autor	Resumen	Autor	Resumen
A					
Acevedo, M	152	Bermeo Rodriguez, M	392	Cunto, E	82
Achata Casilla, R	413	Bertaina, R	80	Cunto, E	163
Acosta, B	76	Bertorello Andrade, L	180	Cyunel, M	374
Acosta, B	77	Bertozzi, M	159	D	
Acuña Amaya, R	68	Binda, JR	389	Daza Siles, FD	120
Agarzua, A	169	Biurrarena, JI	456	De Araujo Casotti, B	89
Aguirre Duarte, AG	17	Bocassi, A	329	De Luca, C	79
Aguirre, L	391	Bordogna, AC	428	Degiovanni, A	431
Alcaino, MA	194	Borgarucci, L	265	Del Valle, E	69
Alcaino, MA	200	Bossio, G	365	Dezurko, D	96
Alcaino, MA	201	Botto, G	15	Dominguez, AY	385
Alet, M	98	Bravo, J	477	Domínguez, P	319
Alfano, M	452	Brizuela, ER	490	Dorado, J	60
Althaus, VM	501	Brugues Hernandez, JJ	162	Dueñas, C	161
Alvarez, D	153	Bruno, MP	81	Duran, LG	94
Amitrano, D	243	Bujan Molins, L	57	E	
Amundarain, E	186	Bujan Molins, L	59	Echarri, MM	266
Ancavil, A	136	Bürcher, KI	451	Ensuncho, G	49
Andres, E	459	Bureau, PL	253	Espinola, MM	191
Antik, A	181	Burgos, B	444	Espinoza, FE	11
Appendino, G	5	Bustillo, R	349	Etchepareborda, G	366
Appendino, G	8	C			
Aranda, A	433	Camejo Cedillo, JD	193	F	
Aranda, G	204	Camps, B	339	Fauze, C	427
Araujo, D	471	Capdevila Vicente, GL	263	Fauze, C	429
Arevilca Yugar, R	454	Capriles, M	267	Feldman, A	24
Arevilca Yugar, R	465	Carassai, ML	197	Feldman, A	25
Arias Cobos, JE	19	Carbone, DC	175	Feldman, A	47
Arias Lopez, MDP	158	Casella, JB	184	Feldman, A	93
Armandola, HA	12	Casorla, B	290	Feldman, A	101
Armandola, HA	35	Castellón Gómez, JG	4	Feldman, A	214
Armandola, HA	50	Castro, LV	64	Feldman, A	215
Armandola, HA	70	Castro, SI	14	Feldman, A	216
Armandola, HA	138	Cazenave, MI	34	Feldman, A	278
Artigas, E	482	Cazenave, MI	42	Felix, G	104
Asencio Ibañez, ME	376	Centeno, P	466	Fernandez Beassoni, V	335
Avila Benavides, MG	310	Cervantes, HF	326	Fernández, AL	325
Avila Benavides, MG	311	Ceschini, F	61	Ferrari, K	241
Avila Flores, IA	112	Ceschini, F	359	Fiore, A	312
Avila Poletti, D	333	Cevasco, P	440	Flamini Marczuk, M	296
B					
Bacigalupo, D	52	Chediack, V	84	Fleita, R	358
Baldasso, ML	441	Chetti, C	66	Flores Rivera, G	114
Balderrama Vargas, S	179	Chialvetto, F	62	Formaggio, M	166
Balezano, C	207	Chiappero, G	127	Franco, J	2
Bargagna, M	133	Chiossone, E	497	Fugas, VA	39
Bargagna, M	135	Choquecallata Urquidi, FA	476	Funes Nelson, N	274
Bargas, A	432	Chorolque, AP	63	G	
Barreto Mansilla, KL	474	Cirese, AP	195	Galvan, LM	386
Barroso, L	338	Claverie, KE	251	Gamboia Cusi, HC	103
Barsante, L	480	Cogo, VL	417	Garay Heinze, EV	368
Becerra, DJ	86	Colabelli, A	503	Garay Heinze, EV	397
Bejarano, MB	236	Conde, HR	13	Garay Heinze, EV	398
Benitez, E	421	Contreras, D	487	Garcia Urrutia Inchaustegui, JA	178
Benitez, J	102	Copello, RA	217	Garnero, C	407
		Corradi, TG	150		
		Cuervo, MT	83		

Autor	Resumen	Autor	Resumen	Autor	Resumen
Giacoppo, V	373	Martinez Mendez, P	488	Perré, F	350
Giordana, A	33	Martinez, S	74	Petel, I	115
Giordana, L	340	Masso, A	28	Pettorosso, C	367
Gomez Carreño, F	324	Masso, A	32	Picardi, I	23
Gomez Lund, OH	415	Mastandrea, M	348	Pistillo, N	198
Gomez Lund, OH	416	Matricardi, W	134	Podesta, A	435
Gómez Paz, R	406	Mejia Benavides, EA	156	Polizzi, MJ	95
Gomez, JP	125	Mera, H	168	Pomiro, JC	131
Gomina Catalán, VL	450	Miranda, C	343	Prati, SM	295
Gonzales, L	144	Montaño Rocha, L	308	Primerano, FA	85
Gonzales, L	206	Montenegro Fernandez, MG	123	Puente, VL	453
Gonzalez, G	256	Monzon, VE	41		
Gouvea Franco, H	364	Morales, M	289	Q	
Grassi, N	73	Moreira, J	90	Quiroga Valdez, YH	504
Gregori Sabelli, R	294	Morocho Romero, EA	443	Quiroga, DE	121
Guaymas, D	54	Mouradian, J	462	Quiros, JJ	208
Guillen, R	502	Muñoz, J	424	Quisbert, LN	390
Guzmán Tapia, F	248	Muzaber, Z	475	Quisbert, LN	478
Guzmán Tapia, F	249				
Guzmán Tapia, RV	277				
		N		R	
H		Navarro, MA	297	Ramirez Ayala, AL	344
Healy, S	303	Nuñez, C	286	Rattini, AF	449
Healy, S	357			Renault, TS	119
Herrera, B	493	O		Ressia, M	75
Herz, J	91	Occhiuzzi, A	261	Reynoso, X	461
Hunter, M	430	Ochoa, MJ	394	Riquel, MG	448
		Olaizola, G	345	Rivas, J	356
I		Olaizola, G	455	Rivera, P	3
Iñiguez, PS	434	Olguin, CN	463	Rocca, J	400
		Oliva Martinez, CA	372	Rodriguez Altamirano, A	147
J		Oliva, V	106	Rodriguez Calix, S	379
Jimenez, E	275	Olivera Rodríguez	493	Rodriguez Cortina, JE	363
		Ontivero, F	53	Rodriguez Sanchez, R	177
K		Orellano, MA	489	Rodriguez Sanchez, R	405
Karatanasopuloz, R	257	Orozco Chima, LJ	29	Rodriguez, AR	192
Kuron, A	254	Ortega Saravia, M	129	Rodriguez, V	457
Kuron, A	255	Ortega Saravia, M	479	Rodriguez, WJ	167
		Ortega Soza, M	298	Rojas Salgado, JM	233
L		Ortega Soza, M	299	Romano, JD	442
Laco, S	65	Otamendi, M	172	Romeggio, R	396
Lafosse, D	346			Romeggio, R	447
Lamas, F	393	P		Romero Saravia, G	18
Latanzi, M	97	Pagnoni, S	436	Romero, EL	105
Lathrop, C	44	Palacio, MC	37	Romero, EL	108
Ledesma, N	360	Palacio, MC	38	Romero, EL	242
Lehder, C	484	Palacio, MC	45	Rossi, L	218
Lima Guarachi, R	369	Palacios, G	486	Roteda, C	331
Limon, GV	287	Paredes, TYM	288	Rozzi, LB	283
Lompizano, M	260	Paula Guapulema, JA	107	Rufiner Gareis, CM	495
López Campos, D	305	Pavicic, J	55	Ruiz, V	71
López Campos, D	469	Pavicic, J	212		
Lopez Maccan, L	347	Pedalino, CP	352	S	
Lopez, H	341	Pedraza, ER	401	Saavedra Miranda, KK	437
López, MF	402	Penazzi, M	388	Sack, C	460
Lozano, V	160	Peralta, AM	291	Sammartino, J	320
		Perez Illidge, LC	327	Santana, JC	9
M		Perez Illidge, LC	328	Scafuro, D	259
Mangone, FP	506	Perez Illidge, LC	426	Schwab, N	284
Marchesi, T	293	Pérez, FR	402	Seganfredo, I	467
		Perez, R	202	Seoane, L	165

Autor	Resumen	Autor	Resumen	Autor	Resumen
Serruto Alegria, F	137	Tocalli, G	438	Venuti, MS	40
Sigel, FA	72	Toledo, SM	122	Verdún, MCI	313
Silva, J	337	Tomas, M	414	Vicentini, M	126
Silva, J	445	Tonelli, C	332	Vieira Da Costa, MV	155
Silva, JN	342	Torres, KB	301	Vieria Da Costa, MV	321
Simonassi, J	232	Troncoso, N	240	Vilchez, NF	235
Simonassi, J	485			Villacres, D	78
Simoré, I	361	U		Villarando Mita, RR	302
Solano, N	87	Uranga, LJ	245	Villarroel Sanchez, KJ	292
Solano, N	300	Uranga, LJ	247	Villegas, MA	237
Solis, MA	132	Uranga, LJ	250	Villegas, MA	238
Soto, G	1	Urdangarin Goti, M	370	Víñolo, A	473
Steinberg, D	187				
Steinberg, E	130	V		Y	
Steinberg, E	213	Vaena, M	140	Yaneff, Y	420
		Vaena, M	190	Yorlano, C	171
T		Vairo Gamarra, JC	188		
Taboada De Iriondo, L	334	Vairo Gamarra, JC	189	Z	
Talma, RDM	362	Valdez, E	92	Zabaleta, F	174
Tejerina Saldaña, LA	481	Varela Romero, C	493	Zarate, A	252
Tejerina Saldaña, LA	505	Vargas, E	211	Zavattieri, A	128
Tenezaca, T	309	Vasquez, MA	149	Zúccaro, MV	470
Terlesky, AM	262	Vazquez Brignole, F	27		
Ticona Flores, HR	493	Velasquez, MA	498		