Suplemento 1 - Año 2026

RESÚMENES

REVISTA ARGENTINA DE TERAPIA INTENSIVA

ÓRGANO DE LA SOCIEDAD ARGENTINA DE TERAPIA INTENSIVA

ISSN 2591-3387

36° Congreso Argentino e Internacional de Terapia Intensiva

19 al 21 de agosto de 2026

"Investigación e innovación transdisciplinaria basadas en evidencia científica"

29° Congreso Argentino e Internacional de Enfermería en Terapia Intensiva
28° Congreso Argentino e Internacional de Kinesiología en Terapia Intensiva
27° Congreso Argentino e Internacional de Terapia Intensiva Pediátrica
22° Jornadas Nacionales de Bioquímicos en Terapia Intensiva
16° Jornadas de Neonatología en Terapia Intensiva
13° Jornadas Nacionales de Nutrición en Terapia Intensiva
13° Jornadas Nacionales de Farmacéuticos en Terapia Intensiva
10° Jornadas Nacionales de Enfermería Neonatal
3° Jornada Nacional de Fonoaudiología en Terapia Intensiva

Organizado por:

SATI
SOCIEDAD ARGENTINA DE TERAPIA INTENSIVA

www.sati.org.ar

Sociedad Argentina de Terapia Intensiva

Personería Jurídica Nº 2481

Cnel. Niceto Vega 4615/17
C.P. 1414 Buenos Aires, Argentina
Tel.: (54-11) 4556-7330 | 0810-199-7284

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

REVISTA ARGENTINA DE TERAPIA INTENSIVA

Suplemento 1
Año 2026

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

SOCIEDAD ARGENTINA DE TERAPIA INTENSIVA

COMISIÓN DIRECTIVA (2025-2027)

Presidente
Fernando Ríos

Vicepresidente
Héctor Álvarez

Secretario
Alejandro Risso Vázquez

Prosecretario
Nahuel Rubatto

Tesorero
Gustavo Adolfo Benavent

Protesorera
Mónica Quinteros

Director de Publicaciones
Leandro Ismael Tumino

Vocales Titulares
Javier Osatnik
Fernado Palizas (h)
Sofia Putruele
Jonathan Pagliarone
Julia Inés Simonassi
Juan Manuel Sanchez
María del Pilar Arias López
Lucia Vissani

Vocales Suplentes
Cecilia Inés Loudet
Matías Ezequiel Olmos
Nicolás Rocchetti
Enrique Pablo Centeno
Gustavo Andrich Bianco
Mariela Alejandra Velásquez
Carlos Stoltzing
Marcela Adriana Castro

Revisores de Cuentas Titulares
Ruth Gloria Shocron
Victoria Rodríguez
María Natalia Llanos

Revisores de Cuentas Suplentes
Patricio Maskin
Daniela Olmos Kutscherauer
Leonardo Uranga

EX-PRESIDENTES

1972-1973:
Aquiles Roncoroni
1973-1975:
Miguel Herrera
1975-1976:
Juan Carlos Figueroa Casas
1976-1977:
Ernesto Maña
1977-1979:
Héctor De Leone
1979-1980:
José Petrolito
1980-1982:
Roberto Apra
1982-1983:
Roberto Padrón
1983-1985:
Gustavo Marino Aguirre
1985-1987:
Antonio Gallesio
1987-1989:
Carlos Lovesio
1989-1991:
Juan Pacin
1991-1993:
Mario Santamarina
1993-1995:
Fernando Pálizas
1995-1997:
Roberto Bastianelli
1997-1999:
Jorge Neira
1999-2001:
José L. do Pico
2001-2003:
Daniel Ceraso
2003-2005:
Francisco José Criado
2005-2007:
Eduardo San Román
2008-2009:
Elisa Estenssoro
2009-2011:
Ignacio Previgliano
2011-2013:
Cayetano Guillermo Galletti
2013-2015:
Néstor Omar Raimondi
2015-2017:
Rolando Alfredo Gimbernat
2017-2019:
José Luis Golubicki
2019-2021:
Rosa Reina
2021-2023:
Guillermo Ricardo Chiappero
2023-2025:
María Cristina Orlandi

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 | Indice de Autores

Sociedad Argentina de Terapia Intensiva

Personería Jurídica Nº 2481

Cnel. Niceto Vega 4615/17
C.P. 1414 Buenos Aires, Argentina
Tel.: (54-11) 4556-7330 | 0810-199-7284

REVISTA ARGENTINA DE TERAPIA INTENSIVA

Suplemento 1
Año 2026

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

COMITÉS CIENTÍFICOS

Asuntos Laborales
Gustavo Adolfo Benavent

Bioética
Leandro Ismael Tumino

Certificación y Revalidación
Guillermo Ricardo Chiappero

Ecografía en el Paciente Crítico
Matías Nicolás Lompizano

Emergentología y Respuesta Rápida Intrahospitalaria
Cristian Gustavo Cerezo

Ética en Investigación
Mónica Capalbo

Género y Diversidad
Victoria Rodríguez

Gestión, Calidad y Datos
Ariel Leonardo Fernández

Infectología Crítica
Viviana Chediack

Nefrología Crítica
Emiliano Cornu

Neonatología Crítica
Liliana Edith Roldán

Neumonología Crítica
Santiago Izza

Neurointensivismo
Silvana Svampa

Obstetricia Crítica
Diego Lafosse

Oncología Crítica
Margarita Tavella

Patología Crítica Cardiovascular
Mónica Viviana Romero

Patología Digestiva en Pacientes Críticos
Elvis Eglyn Salcedo Noriega

Pediátrico de Neumonología Crítica
Luis Hernán Llano López

Reanimación Pediátrica
Soraya Palletti

Reanimación y Recuperación Cardio Cerebral
Juan José San Emeterio

Recuperación Cardiovascular Pediátrica y Neonatal
María Constanza Chávez

Residentes
Alexis Maciel Banegas

Sedación, Analgesia y Delirium
María Eugenia Terán

Seguimiento y Rehabilitación
Sandra Elizabeth Chuchuy

Shock Pediátrico
Josefina Pérez

Shock y Sepsis
Facundo Javier Gutiérrez

Soporte Nutricional y Metabolismo
Jesica Vanina Asparch

Soporte Vital Extracorpóreo
Néstor Iván Carrizo

Trasplante y Procuración de Órganos y Tejidos
Enrique Pablo Centeno

Trauma
América Toro

Vía Aérea e Interfaces Respiratorias
Marina Elisabeth del Carmen Singh

CAPÍTULOS

Bioquímico
Diego Martín Roselló

Enfermería
Marcelo Fabio Morales

Enfermería en Neonatología
Guillermina Lasala

Farmacéutico en Medicina Crítica
Agustina Natalia Luconi

Fonoaudiología
Cecilia Romero Peralta

Kinesiología Intensivista
Santiago Izza

Kinesiología Pediátrica
Julia Simonassi

Nutrición
Natalia Aparicio

Pediatría
María del Pilar Arias

Veterinario
M.V. María del Carmen La Valle

AUTORIDADES

36° Congreso Argentino e Internacional de Terapia Intensiva

PRESIDENTA
María Cristina Orlandi

COMITÉ EJECUTIVO

Presidente
Mariano Sisterna

Vicepresidenta
Adriana Andino

Secretario
Mauro Ponce

Prosecretaria
Verónica Beron

Coordinadora Nacional
Jorgelina Guyon

Tesorero
Gustavo Benavent

Vocales
Mercedes Roffo
Fernando Tapia
Celina Yunes
Alfredo Piriz

COMITÉ CIENTÍFICO

Presidenta
Graciela Aguilera

Vicepresidente
Carlos SJ Stolzing

Secretaria
Gabriela SL Suárez

Prosecretario
Soledad Quintero

Coordinadora Nacional
Viviana Romero

Vocales
Noelia Reinoso
Wendy Matricardi
Jose Cacciaguerra

REVISIÓN DE TRABAJOS

Fernando Ríos
Cecilia Pereyra
Cecilia Loudet
Leandro Tumino
Judith Sagardia
Mónica Quinteros
Marcela Castro
Silvio Torres
María Del Pilar Arias
Sofía Putruele

JURADO DE PREMIOS

Rosa Reina
Cristina Orlandi
Eduardo San Roman
Elisa Estensoro
Luis Huespe Gardel

29º Congreso Argentino e Internacional de Enfermería en Terapia Intensiva

Presidente
César Mancilla

Vicepresidenta
Adriana Andino

Coordinador Nacional
Darío Bejarano

Vocal
Noelia Reinoso

28º Congreso Argentino e Internacional de Kinesiología en Terapia Intensiva

Presidente
Matías Accoce

Vicepresidente
Pablo Lovazzano

Coordinadora Nacional
Mercedes Ruffo

Vocales
Alfredo Cordido
Fernando Tapia
Verónica Giacoppo
Marina Buhler
Luciano García Olivera
Mariela Ricciardelli
Carlos Nahuel Brito

27º Congreso Argentino e Internacional de Terapia Intensiva Pediátrica

Presidenta
María del Pilar Arias

Vicepresidente
Javier Ponce

Coordinador Nacional
Luis Hernán LLano López

Vocales
Gabriel Pujales
Lucas Sorroche

22º Jornadas Nacionales de Bioquímicos en Terapia Intensiva

Presidente
Diego Martín Roselló

Vicepresidenta
Maria de los Angeles Rodríguez Infante

Coordinador Nacional
Hernán Fabio Cervantes

Vocal
Andrea Bocassi

16º Jornadas de Neonatología en Terapia Intensiva

Presidenta
Liliana Roldán

Vicepresidente
Juan Pablo Berazategui

Coordinador Nacional
Alejandro DInerstein

13º Jornadas Nacionales de Nutrición en Terapia Intensiva

Presidenta
Lorena Magnifico

Vicepresidenta
Natalia Aparicio

Coordinadora Nacional
Yanina Balmaceda

Vocales
Priscilla Navarrete
Nazarena Asus
Romina García

13º Jornadas Nacionales de Farmacéuticos en Terapia Intensiva

Presidenta
Natalia Agustina Luconi

Vicepresidenta
Flavia Nitto

Vocal
Geraldine Richter

10º Jornadas Nacionales de Enfermería Neonatal

Presidenta
Guillermina Lasala

Vicepresidenta
Paola González

Secretaria
Rosa Baños

Vocales
Analía Zerpa
Mariela Quintana
Nayra Santillán
Rosana Cardozo
Inés Eberlé
Gustavo Villalba

3º Jornada Nacional de Fonoaudiología en Terapia Intensiva

Presidenta
Adriana Vélez

Vicepresidenta
Mariela Tello

Coordinadora Nacional
Cecilia Peralta Romero

Vocal
Danila Calabro

INVITADOS EXTRANJEROS

36º Congreso Argentino e Internacional de Terapia Intensiva

Alejandro Rodríguez Oviedo	España
Eduardo Miñambres	España
Jukka Takala, MD, PhD	Suiza
Ever Leonardo Rojas-Díaz	Colombia
Stephen Lapinsky	Canadá
Jaime Fernández Sarmiento	Colombia
Cinthya Lecor	Uruguay
Ernest E. Moore, M.D	Estados Unidos
Katerina Vaporidi	Estados Unidos
Maximiliano A. Hawkes	Estados Unidos
Diana Morales Castro	Costa Rica
Massimo Zambon	Italia
Chang	Estados Unidos

TRABAJOS ORALES

19/08/2026 - 13:30 a 14:30

TRABAJOS ORALES 01

Enfermería

C.C. Guillermo Barrena Guzmán

0085 PERFIL EPIDEMIOLÓGICO, ABORDAJE DE ACCESOS VENOSOS CENTRALES Y MORBIMORTALIDAD EN PACIENTES OBSTÉTRICAS CRÍTICAS: EXPERIENCIA DE UNA COHORTE DE 100 CASOS
R KARATANASOPULOZ, G LEVY, M MENDIETA, A SHERIDAN, L GOSSEN, C JOACHIN, L ANDRADES, JC FLORES, N ACOSTA, A SERRUYA, G BENITEZ, L ARECO, PA OSIPLUK

0356 EFICACIA DEL ACCESO VASCULAR PERIFÉRICO GUIADO POR ECOGRAFÍA REALIZADO POR ENFERMERÍA EN PACIENTES CRÍTICOS CON OBESIDAD MÓRBIDA
R KARATANASOPULOZ, G BENITEZ, A SANCHEZ, C MANSILLA, M ACOSTA, A ACOSTA, A GONZALEZ, L ARECO, P OSEPLUK

0482 FACTORES QUE CONDICIONAN LA CALIDAD DEL SUEÑO EN LOS PACIENTES DE LA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA DEL HOSPITAL PABLO SORIA
FG RAMOS, N PALACIOS, GV LIMÒN, GA CARDOZO, AB CASORLA

19/08/2026 - 13:00 a 13:40

TRABAJOS ORALES 02

Trasplante y Procuración

Auditorio Eloy Próspero Camus

0092 EVOLUCIÓN DEL PERFIL CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO DEL DONANTE DE ÓRGANOS EN HOSPITAL PROVINCIAL NEUQUÉN: ESTUDIO RETROSPECTIVO EN DOS PERÍODOS
G SOTO, F CARBAJAL, M FUMALE, G GABUTTI

0158 CARACTERIZACIÓN DE LOS PACIENTES BAJO SEGUIMIENTO POR GLASGOW ≤7 EN UN HOSPITAL PÚBLICO DE BAHÍA BLANCA
FE ESPINOZA, GN VARGAS, M CRUZ, NA GRASSI, M OTAMENDI, DA DEZURKO, FB VAZQUEZ BRIGNOLE, ST LACO, LG DURAN

0449 LA HIPERTENSIÓN PORTAL CLÍNICAMENTE SIGNIFICATIVA NO SE ASOCIÓ CON MAYOR REQUERIMIENTO VASOPRESOR TEMPRANO TRAS EL TRASPLANTE HEPÁTICO ORTOTÓPICO EN UNA COHORTE RETROSPECTIVA MONOCÉNTRICA
C RODRIGUEZ, D PADILLA

0477 DONACIÓN EN ASISTOLIA CONTROLADA: EXPERIENCIA INICIAL EN UN CENTRO DE ALTA COMPLEJIDAD
JE NARANJO SANCHEZ, E GARAY, J SAGARDÍA, L VISSANI, S LUGO, L LAZCANO, AL PEREZ

19/08/2026 - 13:40 a 14:00

TRABAJOS ORALES 03

Trauma

Auditorio Eloy Próspero Camus

0359 DESAFÍOS EN LA ESTRATIFICACIÓN DE RIESGO DE TROMBOEMBOLISMO PULMONAR EN TRAUMA
M ALOY, P PANKE, L CORVALÁN

0445 ANÁLISIS DE LA MORTALIDAD ANUAL INTRAHOSPITALARIA POR ENFERMEDAD TRAUMA EN EL DEPARTAMENTO DE EMERGENCIAS AÑO 2025
C PETTOROSSO, P PAHNKE, A BUJEDO

19/08/2026 - 13:00 a 14:00

TRABAJOS ORALES 04

Neumonología / Kinesiología 1

Bicentenario Sala Principal

0257 IMPLEMENTACIÓN TÉCNICA DE LA VENTILACIÓN MECÁNICA NO INVASIVA: ANÁLISIS DE EQUIPAMIENTO, INTERFACES Y HUMIDIFICACIÓN. ESTUDIO EPVAR
RA PRATTO, GA PLOTNIKOW, M ACCOCE, JH DORADO, E STEINBERG, J PEREZ, E NAVARRO, FJ GUTIERREZ, RS MORACCI, I ZANDSTRA, S MARTÍNEZ, E PEREYRA ZAMORA, G ÁVILA, J SILVA, G ALTAMIRANO, EM GALLARDO, MC RODRÍGUEZ, R SANCHEZ, M GARELLO, C CHABAN, A SEGURA, M VERDUGUEZ, L GONZALES CORONELY

0297 USO DE VMNI EN EL DESTETE DE LA VENTILACIÓN MECÁNICA INVASIVA. ESTUDIO EPVAR
J DORADO, M ACCOCE, R PRATTO, E STEINBERG, J PÉREZ, E NAVARRO, F GUTIERREZ, R MORACCI, S TELAYNA, J OSATNIK, F DA FONSECA, J WILLINER, , I BROZZI, AS RAMIREZ, F BARRESSI, A MANSILLA, F LEONFORTE, L GARCIA OLIVERA, S FREDES, N TIRIBELLI, M FERREYRA, C PUCHETA, JP GOMEZ, J GARCÍA URRUTIA, G PLOTNIKOW

0322 DESVINCULACIÓN DE LA VENTILACIÓN MECÁNICA NO INVASIVA: IMPACTO DE LA PROTOCOLIZACIÓN Y MÉTODOS DE RETIRO EN UNA COHORTE MULTICÉNTRICA. ESTUDIO EPVAR
RS MORACCI, GA PLOTNIKOW, M ACCOCE, RA PRATTO, JH DORADO, E STEINBERG, J PEREZ, E NAVARRO, FJ GUTIERREZ, FM SINDONI, I ARENAS, ME FERNÁNDEZ, D MIQUERI, J VELÁZQUEZ, J BERTINAT, F LOMBARDIA, R PERICHÓN, M HEIDENREICH, K TORRES, V LAURIA, A LEIVA, L RAPELLA, H COLLAZOS, A CORONEL

0352 COMPLICACIONES DE LA VENTILACIÓN NO INVASIVA EN INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA: INCIDENCIA, FACTORES ASOCIADOS E IMPACTO EN EL FRACASO TERAPÉUTICO. ESTUDIO EPVAR
J DORADO, M ACCOCE, R PRATTO, E STEINBERG, J PÉREZ, E NAVARRO, F GUTIERREZ, R MORACCI, M HUNTER, P LOVAZZANO, MV MIGUELES, VA PAVLOTSKY, MI GRANDO, ML QUILES, X GAMBETTA, AC REBOREDO, , ME BARDIN, KB TORRES, D LECUONA, M BUSICO, , M LAIZ, P GIGLIOTTI, , L RODRIGUEZ, A RUIZ ROBLEDO, A KAMEGAWA, G PLOTNIKOW

0392 CÁNULA NASAL DE ALTO FLUJO EN INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA: IMPACTO SOBRE LA MORTALIDAD Y VALOR PRONÓSTICO DEL ÍNDICE ROX
M MALDONADO, L GALLARDO, B PAEZ, F FERNANDEZ, R LIGARDA, LJ URANGA, S ZIDARICH

0513 VENTILACIÓN MECÁNICA NO INVASIVA EN PATOLOGÍA CARDÍACA: EFECTIVIDAD, MONITOREO Y EL ROL DE LAS COMPLICACIONES COMO PREDICTOR DE FALLA. ESTUDIO EPVAR.
GA PLOTNIKOW, M ACCOCE, R PRATTO, J DORADO, E STEINBERG, J PEREZ, E NAVARRO, FJ GUTIERREZ, RS MORACCI, G APPENDINO, M GOMEZ, M CARRIZO, B CHICHIZOLA, A PERAZZO, D NUÑEZ, A OHOLEGUY, V KIEHR, J SAGARDIA, E DI SALVO, H KAKISU, L MONTELAR, A INGLEDEW, M RUFFO, M JUAREZ, A CONTI, J RODRIGUEZ

19/08/2026 - 13:00 a 14:00
TRABAJOS ORALES 05
Neumonología / Kinesiología 2
Bicentenario Sala Marcación A

0219 VENTILACIÓN MECÁNICA EN ADULTOS MAYORES: UN ACERCAMIENTO A SU EPIDEMIOLOGÍA
D ÀLVAREZ, J VOSS, A ALIAGA, L ROCHA CAMACHO, J BUCAREY, P BALMACEDA, M VÁZQUEZ, C OLGUIN, M ACEVEDO

0276 ANÁLISIS RETROSPECTIVO DE LA TASA DE EXTUBACIÓN DE PACIENTES NEUROCRÍTICOS
RA HOFFMANN, BS AVALOS, MC DELLIZZOTTI

0365 FACTIBILIDAD Y RESULTADOS CLÍNICOS DE UNA ESTRATEGIA PROTOCOLIZADA DE OXIGENOTERAPIA CON CÁNULA NASAL DE ALTO FLUJO Y POSICIONAMIENTO EN PRONO VIGIL EN INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA GRAVE NO-COVID
I SANTOMIL, M OBESIO, N LARGEL, M ESPERATTI, M OLMOS, Z MUZABER, JD SUÁREZ DÍAZ

0366 RESPUESTA FISIOLÓGICA DIFERENCIAL A LA POSICIÓN PRONO VIGIL EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA POR COVID-19 Y SIN COVID-19
M OBESIO, I SANTOMIL, N LARGEL, M ESPERATTI, M OLMOS, JD SUÁREZ DÍAZ

0382 CONOCIMIENTO Y PRÁCTICAS DEL DESTETE DE LA VENTILACIÓN MECÁNICA EN ARGENTINA. ESTUDIO OBSERVACIONAL DE CORTE TRANSVERSAL
M OYOLA, E STEINBERG, D STEINBERG, E MANÍAS, M BERÓN, L GAREGNANI, G PLOTNIKOW, M SETTEN

0452 ASOCIACIÓN ENTRE EL ÍNDICE ROX Y LA ESCALA DE TRABAJO RESPIRATORIO DURANTE LOS PRIMEROS DOS DÍAS DE CÁNULA NASAL DE ALTO FLUJO Y LA NECESIDAD DE INTUBACIÓN ENDOTRAQUEAL
C ARMANINO, J CAFARELLI, J GARCÍA URRUTIA, F PUZZO, S CAGIDE, JP GOMEZ, M CARRERA, G POGGIOLI, L DIAZ-BALLVE

19/08/2026 - 13:00 a 14:00
TRABAJOS ORALES 06
Nefrología
Auditorio Emar Acosta

0037 FACTORES ASOCIADOS AL DESARROLLO DE HIPERNATREMIA DE NOVO EN PACIENTES CRÍTICOS: ESTUDIO PROSPECTIVO
F CEBALLOS, M SERPA, D MASEVICIUS

0043 ASOCIACION DE HIPONATREMIAS Y CAIDAS DE SU PROPIA ALTURA EN POBLACION ADULTA
M DEHEZA, W ROSALES VASCO, J RIVAS ZAMBRANO, J GARCIA GUTIERREZ, N SOUZA

0296 ESTRATEGIA DE ANTICOAGULACIÓN EN PACIENTE CON TERAPIA DE REEMPLAZO RENAL CONTINUA Y ALTO RIESGO DE SANGRADO
M CRUCCI, E CORNU, A ACOSTA, E MANRIQUE, R AVILA

0299 CUANDO EL RIÑÓN ACELERA: HIPERFILTRACIÓN RENAL EN PACIENTES CRÍTICOS
MJ DIAZ, MA MALVICINI, P PRATESI

0519 INJURIA RENAL AGUDA EN PACIENTES CON SÍNDROME DE DISTRÉS RESPIRATORIO AGUDO ASISTIDOS CON ECMO: COMPARACIÓN ENTRE COVID-19 Y NO-COVID
FP REYNOSO, E CORNU, E MANRIQUE, C AMBROSI, M BARREIRO, B BERTAZZO, E SARASQUETA, M BERON, R AVILA

20/08/2026 - 15:00 a 16:00
TRABAJOS ORALES 07
Infectología
Estación San Martín-Posters 2

0278 SCREENING RECTAL DE A. BAUMANNII: IMPACTO EN LA NEUMONIA ASOCIADA A LA VENTILACION
J DOGLIA, V NOVARESE, M SILVIA, B ANALIA, M CECILIA, R FLORENCIA, M SHEPHERD

0343 HIGIENE HOSPITALARIA (HH) E INFECCIONES POR BACILOS GRAM NEGATIVOS MULTIRRESISTENTES (BGNMR) EN ÁREA CRÍTICA
V MÉNDEZ, D ROMERO, J HERTZ, C DELUCA, A BRIZUELA, T GONAZLEZ BAUER, F LANDABURU, E RODRIGUEZ

0451 CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y EVOLUCIÓN DE PACIENTES CON NEUMONÍA POR MYCOPLASMA PNEUMONIAE Y CHLAMYDIA PNEUMONIAE: COMPARACIÓN ENTRE CASOS CON Y SIN INGRESO A UCI EN EL SANATORIO DE LA TRINIDAD SAN ISIDRO
P MARTINEZ MENDEZ, G DOMENICONI, K GAMARRA, L VILASECA, M ULLOA, C NICODEMI, A AVILA

0484 MENINGITIS POSTQUIRÚRGICA, EXPERIENCIA RETROSPECTIVA EN TERAPIA INTENSIVA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL. SERIE DE CASOS
A LUGO, CL FERNANDEZ, F CHOQUECALLATA, C NIÑO

0506 ENDOCARDITIS INFECCIOSA EN LA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA: MORTALIDAD Y REQUERIMIENTO QUIRÚRGICO EN UNA COHORTE INSTITUCIONAL DE 70 PACIENTES
T MARCHESI, G ANDRADA

0522 IMPACTO DE LAS INFECCIONES POR MICROORGANISMOS MULTIRRESISTENTES EN PACIENTES CRÍTICOS: ASOCIACIÓN ENTRE GRAVEDAD AL INGRESO, USO DE DISPOSITIVOS INVASIVOS Y MORTALIDAD EN UNA UTI POLIVALENTE
L GONZALES CORONEL, D VARGAS LOOR, A VERA CARRILLO, G IZZO, A RODRIGUES, I FIALHO, I MARTINS, D ERLICH, E RODRIGUES, J ANGULO

0541 BROTE DE INFECCIONES DE SITIO QUIRÚRGICO ASOCIADAS A DRENAJE VENTRICULAR EXTERNO EN PACIENTES NEUROQUIRÚRGICOS
R BARREIRO, M SANCHEZ-CUNTO, C STREITENBERGER, M BIANCO, Y ROMERO, N TOWSTYKA, G CERVANTES, C OSUNA

20/08/2026 - 13:00 a 14:00
TRABAJOS ORALES 08
Pediatría 1
Museo Bellas Artes Rawson

0051 PERFIL DE PACIENTES TRAQUEOSTOMIZADOS EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS: ESTUDIO RETROSPECTIVO OBSERVACIONAL
A RETTA, MDP ARIAS, A GATTARI, G GONZALEZ

0055 VENTILACIÓN MECÁNICA NO INVASIVA COMO ESTRATEGIA PARA EVITAR LA INTUBACIÓN EN CRISIS ASMÁTICA GRAVE. ESTUDIO DESCRIPTIVO BICÉNTRICO EN TERAPIA INTENSIVA PEDIÁTRICA (2023-2025)
JI SIMONASSI, NR SCHWAB, MT CANZOBRE, VE LOPEZ FIORITO, AS CORDIDO

0075 MIOCARDITIS AGUDA EN PEDIATRÍA: EXPERIENCIA CLÍNICA INSTITUCIONAL
F TABACCO, L BORGNA, JP ARGUELLO, MG GUTIÉRREZ, MA BORETTO, JC ACUÑA

0270 IMPACTO DE LA EXPOSICIÓN MATERNA A SÍFILIS COMO FACTOR ASOCIADO A DISPLASIA BRONCOPULMONAR MODERADA-SEVERA EN PREMATUROS INTERNADOS EN NEONATOLOGÍA DEL HOSPITAL MATERNO NEONATAL RAMÓN CARRILLO, CÓRDOBA, ENERO 2024 A ENERO 2026
MP BRUNO, A RUIZ ESPAÑOL, FA SIGEL, S TURK, VE CEBALLOS, CS RODRIGUEZ GEREMIA, N DE LA VEGA, ME QUIROGA MARQUEZ, A TEIJEIRO, V HIGA, ME BULLANO

0447 INCIDENCIA DE COMPLICACIONES DE LA MANIOBRA DE APERTURA ALVEOLAR EN PACIENTES PEDIÁTRICOS EN VENTILACIÓN MECÁNICA CON SÍNDROME DE DISTRÉS RESPIRATORIO: ESTUDIO DE COHORTE PROSPECTIVO
J GARCIA URRUTIA, MB CASTELLI, F PUZZO, A JAUREGUY, L MENTA, E CAMPOS, R AMOZA, B GIMENA, L DIAZ-BALLVE

20/08/2026 - 13:00 a 14:00
TRABAJOS ORALES 09
Neumonología / Kinesiología 3
Bicentenario Sala Principal

0184 IMPACTO DE LA CAPACITACIÓN Y PROTOCOLIZACIÓN EN LOS RESULTADOS DE LA VENTILACIÓN MECÁNICA NO INVASIVA EN ARGENTINA. ESTUDIO EPVAR
E STEINBERG, G PLOTNIKOW, M ACCOCE, R PRATTO, J DORADO, J PEREZ, E NAVARRO, F GUTIERREZ, R MORACCI, P EZCURRA, S PIERONI, A VELAZQUEZ, G OLAIZOLA, P CORIA, A MOLINA, E MANIÁS, M ZAKIMCHUK, B SEGOVIA, J LUPPO, J ENRIQUEZ, V KINZLER, J VITELI, J KISNER GIUSTI, JM LEITE, M LUPONIO, A ESTIGARRIBIA

0186 VMNI EN EXACERBACIÓN DE EPOC EN ARGENTINA: RESULTADOS, MONITOREO Y FACTORES ASOCIADOS A LA FALLA. ESTUDIO EPVAR
E STEINBERG, G PLOTNIKOW, M ACCOCE, R PRATTO, J DORADO, J PEREZ, E NAVARRO, F GUTIERREZ, R MORACCIO, R TEIRA, M RODRIGUEZ, ML QUIROZ, JI FERNANDEZ, N IEZZI, D CASTILLO, G GAUDENZI, D TIBALDO, A OLMEDO AROVICH, V GALENDE, M CONTRERAS, L FABARO, A ZURRA, DI GILGADO, G CARDOSO, JP GAGGINO, P MARTÍNEZ, G ECHAVARRÍA, M GUTIERREZ

0226 VENTILACIÓN MECÁNICA NO INVASIVA EN FALLA RESPIRATORIA AGUDA TIPO I: ANÁLISIS DE RESULTADOS Y PREDICTORES DE FALLA. ESTUDIO EPVAR
RS MORACCI, GA PLOTNIKOW, M ACCOCE, RA PRATTO, JH DORADO, E STEINBERG, J PEREZ, E NAVARRO, FJ GUTIERREZ, M SETTEN, S FROSIANI, M BEZZI, L LAURENCE, T NOSETTI, P D'ANDREA, ML ARAUJO, M SALAS, JM CAMPANA, F GHIGGI, A LEW, ME CORONEL, EN DÍAZ ROUSSEUAX, G RIETMANN, MA MATESSA, S CALABRONO

0228 EPIDEMIOLOGÍA DE PACIENTES POSTRASPLANTE HEPÁTICO CON REQUERIMIENTO DE VENTILACIÓN MECÁNICA: ESTUDIO RETROSPECTIVO EN UN HOSPITAL DE ALTA COMPLEJIDAD DE BUENOS AIRES, ARGENTINA
AM BERÓN, M SCHMIDHUBER, E MANIÁS, ZA ZAHER, JI PÉREZ ASOREY, SE MANSILLA YULÁN, M ÁLVAREZ, AM VEINTICINCO, EM STEINBERG

0232 EVOLUCIÓN CLÍNICA, FUNCIONAL Y DE CALIDAD DE VIDA EN SOBREVIVIENTES DE UCI: COHORTE PROSPECTIVA LONGITUDINAL Y ANÁLISIS DE FACTORES ASOCIADOS AL PRIMER Y TERCER MES DEL ALTA
M DEHNE, B VALLEJOS, O OCCHIUZZI, B MAGDALENA

0415 FRECUENCIA Y DETERMINANTES DEL POSICIONAMIENTO EN DECÚBITO PRONO EN PACIENTES DESPIERTOS EN UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS
M OBESIO, N LARGEL, I SANTOMIL, M OLMOS, M ESPERATTI, N FUENTES

20/08/2026 - 13:00 a 14:00
TRABAJOS ORALES 10
Neumonología / Kinesiología 4
Bicentenario Sala Marcación A

0031 PREVALENCIA DEL CIERRE DE VÍA AÉREA EN ADULTOS DE UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS: RESULTADOS PRELIMINARES
R MATTEI, ME DOTTA, FJ VILLALBA, SO FREDES, MG COVELLO, MI MASTANDREA, N TIRIBELLI

0080 ULTRASONOGRAFÍA DIAFRAGMÁTICA EN SUJETOS EN FASE DE DESTETE DE LA VENTILACIÓN MECÁNICA. SERIE DE CASOS
M BONINI, S MONDINI, A CASTRO, M DOMINGUEZ, B CASTRO GELMI, E PÉREZ PORTO

0114 LOS CAMBIOS DE FRECUENCIA RESPIRATORIA IDENTIFICAN LA RESPUESTA MECÁNICA A LA PEEP EN PACIENTES CON SDRA VENTILADOS EN PRESIÓN SOPORTE
J PÉREZ, JH DORADO, M ACCOCE, I TELIAS

0138 CAMBIOS EN LA CALIDAD DE VIDA Y ESTATUS FUNCIONAL EN PACIENTES QUE REQUIRIERON VENTILACIÓN MECÁNICA INVASIVA. SEGUIMIENTO AL AÑO DE TERAPIA INTENSIVA
E SANTILLI, M BONINI, I DEVEIKIS, Y LOPEZ, S SCHUSTEREDER

0521 VENTILACIÓN MECÁNICA INVASIVA VS. CÁNULA DE ALTO FLUJO DE OXÍGENO EN EL SÍNDROME DE DIFICULTAD RESPIRATORIA AGUDA SÉPTICO: PREDICTORES DE ESCALADA VENTILATORIA Y MORTALIDAD
LJ URANGA, L GALLARDO, F FERNANDEZ, R LIGARDA, B PAEZ, S ZIDARICH

20/08/2026 - 13:00 a 14:00
TRABAJOS ORALES 11
Acreditación, Scores, Bioética, Gestión 1
Auditorio Emar Acosta

0214 ¿QUIÉN CUIDA AL QUE PRESCRIBE? EL LADO B DE LA SALUD MENTAL EN LAS UNIDADES CRÍTICAS
FN RAMOS, D BAFUMO, L ZELADA, R SALATINO, R PERDIGUES, A QUIROGA, C LOPEZ, JL SILVESTRE

0351 PLAQUETOPENIA EN SEPSIS: ¿RESULTA EL NUEVO SUB-SCORE "SOFA-2" DE MAYOR CAPACIDAD DISCRIMINATIVA DE PRONÓSTICO?
J DALVIT, M MASSOLA, F FORCHINO, ME TORRES, J CASELLA, V YUNES, C YORLANO, MF IRRUTIA, G PRADENAS, V PETACCIA, P ALBO, J VILLEGAS, ML LUJÁN, M MARENGO, JM GÓMEZ PORTILLO, F KURBÁN

0401 SOFA-1 Y SOFA-2 EN UNA UCI MÉDICO-QUIRÚRGICA: COMPARACIÓN DESCRIPTIVA Y ASOCIACIÓN CON MORTALIDAD HOSPITALARIA
CI LOUDET, J VILCA BECERRA, A SOSA RODRÍGUEZ ITZIAR, R ROSA, JB CAMPOSTRINI, G MALDONADO, S LANCHAS, M MORELLI, JI BIURRARENA, E DEL VALLE, M TOMÁS, D CONTRERAS, J JEAN, M NUCCIARONE, A BETANCUR, F IGLESIAS, L TUMINO, MG SÁENZ

0464 EVALUACIÓN CLÍNICA TEMPRANA FRENTE A APACHE II PARA LA PREDICCIÓN DE MORTALIDAD A LOS 28 DÍAS EN UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA: ESTUDIO OBSERVACIONAL PROSPECTIVO UNICÉNTRICO
CM LOMBARDO, FJ GUTIERREZ

0529 FACTORES ASOCIADOS A LA MORBIMORTALIDAD DE PACIENTES ONCOLOGICOS INGRESADOS EN LA TERAPIA INTENSIVA
M ORTEGA SARAVIA, G GENOVESE, P CORONADO, A ANTIK, A BANEGAS

0539 OPTIMIZACIÓN FARMACÉUTICA DE OPIOIDES Y SEDANTES EN UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA: IMPACTO DE UN PROGRAMA DE TRAZABILIDAD Y CONTROL EN UN HOSPITAL PUBLICO
MJ OCHOA, V CHEDIACK, M QUINTEROS, E CUNTO

21/08/2026 - 13:00 a 14:00
TRABAJOS ORALES 12
Pediatría 2
Museo Bellas Artes Rawson

0285 VARIABLES CLÍNICAS, DEMOGRÁFICAS Y DE MECÁNICA RESPIRATORIA ASOCIADAS A LA DURACIÓN DE LA VENTILACIÓN MECÁNICA INVASIVA EN PACIENTES PEDIÁTRICOS EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DE UN HOSPITAL PÚBLICO DE CÓRDOBA (2024–2025)
MA GARCIA, NY CORVALÁN, AB CLÉRICO, F PICOLA

0290 TRAYECTORIA DE LA MECÁNICA RESPIRATORIA EN NIÑOS CON SÍNDROME DE DIFICULTAD RESPIRATORIA AGUDA PEDIÁTRICA Y EN RIESGO DE DESARROLLARLO
P TAFFAREL, J PALMEIRO, A CARETTA, S MARTIN, M ERVITI, V LAULHE, L LISCIOTTO, V LUNA, M PAZ, L NIZZA, AF MUÑOZ, A CAVAGNA, MC CHAHIN, F JORRO-BARÓN, P CRUCES

0307 PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE LACTANTES INGRESADOS EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS POR ENFERMEDAD RESPIRATORIA AGUDA BAJA
T RENAULT, M ALFANO, A GATTARI, D TURINA, C KLUN, P ECOS FERNANDEZ, N SOLANO, J BENITEZ, M BERGATI, MP ARIAS LOPEZ

0363 RETIRO INNECESARIO DE CATÉTER VENOSO CENTRAL POR SOSPECHA DE INFECCIÓN: PREVALENCIA EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS
J BENITEZ, N SOLANO, C KLUN, G GONZALEZ, MDP ARIAS

0443 SÍNDROME CARDIOPULMONAR FULMINANTE SECUNDARIO A HANTAVIRUS CON REACTIVIDAD SEROLÓGICA CRUZADA EN UN ADOLESCENTE. REPORTE DE CASO
D MORALES MONTECINOS, S ASTORINO, J AZCUY, LL AYLLÓN IRALA, PA CASTELLANI., CM LUTKEVICIUS., W TAPIA., D RAMOS

0486 ACCIDENTE CEREBROVASCULAR EN PEDIATRÍA: SERIE DE CASOS Y DESAFÍOS DIAGNÓSTICOS EN TERAPIA INTENSIVA
MDLÁ NIEVA MOTRÁN, MSM VELASQUEZ, C PIHEN

21/08/2026 - 13:00 a 14:00
TRABAJOS ORALES 13
Neurointensivismo
Auditorio Eloy Próspero Camus

0004 SEVERIDAD IMAGENOLÓGICA Y ADHERENCIA TEMPRANA A MEDIDAS NEUROPROTECTORAS COMO DETERMINANTES DEL RESULTADO FUNCIONAL EN LESIÓN AXONAL DIFUSA GRAVE
R PERDIGUÉS AYUB, G LÓPEZ, R SALATINO, L ZELADA

0096 EVOLUCIÓN CLÍNICA Y GRADO DE DEPENDENCIA TRAS LA DECANULACIÓN EN PACIENTES CON DAÑO CEREBRAL ADQUIRIDO. UN ESTUDIO PROSPECTIVO
A SANTANA MACKINLAY, F FRANCO BENEGAS, N MARTIN, R GOUVERT, F CEOLIN, E LARGENTE, M MALDONADO, D RODRIGUEZ

0098 ECLAMPSISMO RECURRENTE EN LOS TRASTORNOS HIPERTENSIVOS GRAVES DEL EMBARAZO: ESTUDIO PROSPECTIVO
MDLA UÑATES, R GIANNONI, CR GARNICA, MG ARCE GALLARDO, AM ANTÓN, E MARTINEZ

0099 FACTORES ASOCIADOS A RESULTADO FUNCIONAL EN PACIENTES CON ACV HEMORRÁGICO EN UNA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA
JA GRASSI, A POGGIANI, VG TORRES, LR BETTINI

0259 ASOCIACIÓN ENTRE TRATAMIENTO DE REPERFUSIÓN Y REMISIÓN NEUROLÓGICA EN PACIENTES CON FOCALIDAD NEUROLÓGICA AGUDA Y SUBAGUDA: ANÁLISIS ESTRATIFICADO POR NIHSS
MG MAGALU, M TORRACO, MS FERNANDEZ, S DE GIOVANNI ANDREU, J MADARIAGA, GF QUISHPE, J REINALDEZ, M VELA BORJA, F VILLALBA, GP FERNANDEZ ROJAS, SF GARCES BELLO, A BANTAR, P COMIGNANI, S SERRA

21/08/2026 - 10:00 a 20:00
TRABAJOS ORALES 14
Cardiología
Bicentenario Auditorium

0133 MONITOREO MULTIMODAL MEDIANTE POCUS REALIZADO POR INTENSIVISTAS EN IAMCEST POST RE PERFUSIÓN CON ESTREPTOQUINASA
MZ SVENSON, JA DOGLIA, SH GRANGEAT, R RAMON MORALES

0194 VALORACIÓN DE CONGESTIÓN VENOSA EN LA UTI: RELACIÓN ENTRE PROTOCOLO VEXUS Y NT-PROBNP
E NAYI, L GALLARDO, F FERNANDEZ, R LIGARDA, P BELEN, L URANGA, S ZIDARICH

0426 UTILIDAD DEL SCORE VEXUS EN LA VALORACIÓN DE CONGESTIÓN VENOSA SISTÉMICA EN PACIENTES CRÍTICOS
A FELDMAN, G SIBILA, K SIVILA, A ALEJANDRO, E ETCHEGARAY, M LOMPIZANO, C BENAY, M ALIAGA, J CAPELLA

0428 VALORACIÓN HEMODINÁMICA MEDIANTE LA MEDICIÓN DE LA INTEGRAL VELOCIDAD-TIEMPO DEL TRACTO DE SALIDA DEL VENTRÍCULO IZQUIERDO (LVOT-VTI) EN PACIENTES CON SÍNDROME CARDIORRENAL EN TERAPIA INTENSIVA
A FELDMAN, G SIBILA, K SIVILA, A ALEJANDRO, M LOMPIZANO, E ETCHEGARAY, C BENAY, M ALIAGA, C LOPEZ, J CAPELLA

0438 DISTANCIA MINUTO COMO MARCADOR HEMODINÁMICO Y PRONÓSTICO EN PACIENTES CON SÍNDROME CARDIORRENAL EN TERAPIA INTENSIVA
A FELDMAN, G SIBILA, K SIVILA, A ALEJANDRO, M LOMPIZANO, E ETCHEGARAY, C BENAY, C LOPEZ, R ALVARADO, J CAPELLA

21/08/2026 - 13:00 a 14:00
TRABAJOS ORALES 15
Shock y Sepsis
Bicentenario Sala Marcación A

0006 DISFUNCIÓN PULMONAR Y RENAL EN LA SEPSIS GRAVE: ¿RELACIÓN DIRECTA O DISFUNCIONES PARALELAS MEDIADAS POR LA CASCADA INFLAMATORIA?
EM MORALES, LO GALLARDO, B PAEZ, R LIGARDA, F FERNANDEZ, LJ URANGA, S ZIDARICH

0146 INFLUENCIA DEL ACOPLAMIENTO VENTRÍCULO-ARTERIAL MEDIDO POR TERMODILUCIÓN TRANSPULMONAR EN LA MORTALIDAD A TRAVÉS DE DIFERENTES PATRONES HEMODINÁMICOS DE SHOCK EN PACIENTES CRÍTICAMENTE ENFERMOS
C GONZALEZ, A GIORDANA, E PAPINI, C LOVESIO, MI MONGE GARCIA

0204 RELACIÓN ENTRE EL CONTENIDO DE FLUIDO TORÁCICO Y EL BALANCE HÍDRICO EN PACIENTES INTERNADOS EN TERAPIA INTENSIVA CON SEPSIS
V RODRIGUEZ, E CORNU, M BERON, B BERTAZZO, R AVILA

0216 IMPACTO EN LA ADMINISTRACIÓN DE VITAMINA K EN PACIENTES CON SHOCK SÉPTICO
A QUIROGA, P GARRO, I SCHALLER, L ZELADA, R SALATINO, G LOPEZ, JL SILVESTRE

0323 INCOHERENCIA HEMODINÁMICA EN LA PRÁCTICA DIARIA.
P SAÚL, F LIPOVESTKY, B DE ARAUJO CASOTTI, PC MOREIRA SÁNCHEZ, N CAMPAGNUCCI, R GREGORI-SABELLI, E CUNTO, V CHEDIACK

0441 PRECISIÓN Y CONCORDANCIA DE LA MEDICIÓN AUTOMATIZADA VERSUS VISUAL DEL TIEMPO DE RELLENO CAPILAR
C ROGGIERO, S NAPOLI, O BLANCHET, A FERNÁNDEZ, M MUGNO, JD ROMANO, V KANOORE EDUL

0453 SEPSIS EN REHABILITACIÓN: ANÁLISIS DE DERIVACIONES NO PLANIFICADAS A CENTROS DE AGUDOS
A SAVIA, JM SILVA, WR URIARTE CHACÁN, L BARRAZA, JL MOLINA ZAMBRANO

21/08/2026 - 13:00 a 14:00
TRABAJOS ORALES 16
Neumonología / Kinesiología 5
BICENTENARIO SALA PRINCIPAL

0002 ECOGRAFÍA DIAFRAGMÁTICA COMO PREDICTOR DE ÉXITO EN EL WEANING EN PACIENTES CON TRAUMATISMO ENCÉFALO CRANEANO (TEC)
MR ORFALI MARENGO

0030 EFECTOS DE LOS CAMBIOS DE IMPEDANCIA PULMONAR A FIN DE ESPIRACIÓN Y DISTRIBUCIÓN DE LA VENTILACIÓN EN PACIENTES POSOPERATORIOS CON VENTILACIÓN MECÁNICA NO INVASIVA: RESULTADOS PRELIMINARES
T SALOMÓN, F FANEGO, SO FREDES, MI MASTANDREA, ME DOTTA, N TIRIBELLI, P PEREZ, RB MATTEI

0208 COMPARACIÓN DE COMPLICACIONES Y RESULTADOS ENTRE TRAQUEOSTOMÍA PERCUTÁNEA (CIAGLIA Y GRIGGS) VS. QUIRÚRGICA EN UNA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA
JJ NAVOTKA, AN GUTIERREZ, AM OJEDA, JM OCHOA, C LOPEZ, N CRISTALDO, MA COCERES, CS INSAURRALDE

0402 SUBFENOTIPOS CLÍNICOS Y BIOLÓGICOS DEL SÍNDROME DE DISTRÉS RESPIRATORIO AGUDO: CLUSTERING NO SUPERVISADO Y ASOCIACIÓN CON MORTALIDAD HOSPITALARIA
LJ URANGA, L GALLARDO, B PAEZ, G ECHENIQUE, O GIAGETTO, A SALAS, S ZIDARICH

0404 INTERVENCIÓN FONOAUDIOLÓGICA OPORTUNA EN PACIENTES TRAQUEOSTOMIZADOS CON VENTILACIÓN MECÁNICA: ESTUDIO RETROSPECTIVO EN UNIDAD DE CUIDADOS CRÍTICOS- CRÓNICOS
V TON, A MELLINO, M DEL GROSSO, A ELISEIRI

21/08/2026 - 13:00 a 14:00
TRABAJOS ORALES 17
Acreditación, Scores, Bioética, Gestión 2
AUDITORIO EMAR ACOSTA

0020 IMPLEMENTACIÓN DEL EQUIPO DE RESPUESTA DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (ERUCI) EN EL HOSPITAL REGIONAL DE COMODORO RIVADAVIA DURANTE EL 2025
ML MORALES, M GARCIA, J ORTEGA, A QUINTEROS, S ROJAS, C FERREYRA, N BONETTO, S CARRIZO, M RUIZ, P TABORDA, D CARRANZA, J CELIA, L RUARTE, M BUEMO

0065 ESTRATEGIAS DE ENFERMERÍA PARA UNA TERAPIA INTENSIVA SUSTENTABLE Y SEGURA: IMPACTO DEL ENFERMERO PREPARADOR EN LA REDUCCIÓN DE RIESGOS, COSTOS Y RESIDUOS EN UCIA
G GARAY, S GUICHAL, G GONZALEZ, M DELLACHIESA, Y SEGOVIA

0102 EL APRENDIZAJE SITUADO EN MEDICINA CRÍTICA: IMPACTO DE UN MODELO DE SUPERVISIÓN JERARQUIZADA EN LA FORMACIÓN DE GRADO
R KARATANASOPULOZ, G LEVY, A SHERIDAN BARBOZA, HM BELTRAN, V TEMPORETTI AVANZA, KA MARTINEZ, X PELOZO, L FERNANDEZ, MA MONZON FLORES, L SAUCEDO ROMERO, A GOMEZ

0349 BILIRRUBINA Y LOS NUEVOS PUNTOS DE CORTE DEL SCORE "SOFA-2": ¿RESULTAN DE MAYOR PODER PREDICTIVO DE MORTALIDAD EN SEPSIS?
M MASSOLA, F FORCHINO, J DALVIT, ME TORRES, J CASELLA, V YUNES, C YORLANO, MF IRRUTIA, G PRADENAS, V PETACCIA, P ALBO, J VILLEGAS, ML LUJÁN, M MARENGO, JM GÓMEZ PORTILLO, F KURBÁN

0350 CREATININA COMO SUB-SCORE RENAL Y EL NUEVO "SOFA-2" EN SEPSIS: ¿TENEMOS MAYOR VALIDEZ PREDICITVA?
F FORCHINO, J DALVIT, M MARTINA, ME ´TORRES, J CASELLA, V YUNES, C YORLANO, MF IRRUTIA, G PRADENAS, V PETACCIA, P ALBO, J VILLEGAS, ML LUJÁN, M MARENGO, JM GÓMEZ PORTILLO, F KURBÁN

0537 IMPACTO DE UNA ESTRATEGIA MULTIMODAL SOBRE LA APROPIABILIDAD DE LA TERAPIA SUPRESORA DE LA ACIDEZ EN UN HOSPITAL PÚBLICO DE ALTA COMPLEJIDAD DE ARGENTINA: ESTUDIO CUASI-EXPERIMENTAL CON SERIE TEMPORAL INTERRUMPIDA
H IZQUIERDO

21/08/2026 - 15:00 a 16:00
TRABAJOS ORALES 18
Pediatría 3
ESTACIÓN SAN MARTÍN-POSTERS 2

0015 DECÚBITO PRONO EN NIÑOS CON SDRA EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS
A CIAN, D RODRIGUEZ SCHULZ

0103 IMPLEMENTACIÓN DEL BUNDLE ABCDEFGH EN UTIP: IMPACTO EN EL ESTADO FUNCIONAL Y EN LA HUMANIZACIÓN DE LOS CUIDADOS
J FRYDMAN, MF CEBALLOS, A CAVIGLIA, V FRECCERO, MC GONZÁLEZ, MI LÓPEZ, C LUNA

0283 FACTORES ASOCIADOS A LA NECESIDAD DE SOPORTE VENTILATORIO POST-EXTUBACIÓN EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS DE UN HOSPITAL PÚBLICO DE CÓRDOBA (2024–2025)
MA GARCIA, NY CORVALÁN, AB CLÉRICO, P FABIAN

0411 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, GA ROSTAGNO

0490 CARACTERIZAR LA APARICION DE COMPLICACIONES ASOCIADAS A LA INFUSIÓN CONTINUA DE PROPOFOL EN CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS: EXPERIENCIA EN UN CENTRO DE TERCER NIVEL
F OCHAT, A DIGOVANNI, GA ROSTAGNO

0495 MANEJO AVANZADO DE VÍA AÉREA EN LESIÓN TRAQUEAL DISTAL SECUNDARIA A RESECCIÓN ENDOSCÓPICA TUMORAL
PD ECOS FERNANDEZ, ME DE LA NAVA, A BELLOCHIO, T RENAULT, N SOLANO, J BENITEZ, C KLUN, W LORENZ

DISCUSIÓN DE POSTERS ELECTRÓNICOS

19/08/2026 - 10:00 a 11:00

DISCUSIÓN DE POSTERS ELECTRÓNICOS 01

Infectología 1

Estación San Martín-Posters 1

0152 BROTE INTRAFAMILIAR DE PSITACOSIS, DOS DESENLACES OPUESTOS
V BRIZUELA, A GIRA, F LEVERATTO, M GARCIA COLINAS, D MONARDO, P PRATESI

0188 LEUCEMIA LINFOBLÁSTICA AGUDA COMPLICADA CON SEPSIS FULMINANTE POR AEROMONAS SPP., MIOSITIS NECROTIZANTE Y SÍNDROME COMPARTIMENTAL: ROL DE LA TOXICIDAD POR L-ASPARAGINASA
K TORRES, L GALLARDO, B PAEZ, R LIGARDA, F FERNANDEZ, L URANGA, S ZIDARICH

0213 DENGUE GRAVE: CASO CLÍNICO
S BENITEZ ARCE, F RACCA VELÁSQUEZ, M BARÓN SALGADO, F FEITOSA DE SOUZA

0222 REPORTE DE CASO: VASCULOPATÍA CEREBRAL DIFUSA TARDÍA POST-MENINGITIS POR STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE
C MALLO, J ALAGUIBE, A SIONE, C MISER, C PETENATTI

0295 COMA APARENTE COMO PRIMERA MANIFESTACIÓN DE BOTULISMO GRAVE POR NEUROTOXINA A: UN DESAFÍO DIAGNÓSTICO EN TERAPIA INTENSIVA
GA PALACIOS, E CORNU, E SARASQUETA, T APEZTEGUIA, C AMBROSI, E MANRIQUE, R AVILA

0374 ENCEFALOPATÍA ASOCIADA A INFECCIÓN POR HANTAVIRUS CON ESTATUS CONVULSIVO SUPERREFRACTARIO: REPORTE DE CASO
R RONCONI, C OSUNA, S RODRIGUEZ CALIX, F PEREZ, F LOPEZ BAYANI, G TOCALLI, S PULCINELLI, D SOUTO

0532 BOTULISMO POR HERIDA TRAUMATICA REPORTE DE UN CASO
DL CALANI TUMIRI, M SIGUENCIA, H LLANOS, V TEJENA

0533 BOTULISMO - REPORTE DE UN CASO
M SIGUENCIA, L CALANI, H LLANOS TERÁN

0534 REPORTE DE CASO: SÍNDROME CARDIOPULMONAR POR HANTAVIRUS ASOCIADO A SHOCK SÉPTICO Y DISFUNCIÓN MULTIORGÁNICA
AN GUTIERREZ, JJ NAVOTKA, AM OJEDA, A COCERES, N CRISTALDO, MJ OCHOA, C LOPEZ

19/08/2026 - 11:00 a 12:00

DISCUSIÓN DE POSTERS ELECTRÓNICOS 02

Infectología 2

Estación San Martín-Posters 1

0119 TUBERCULOSIS MENÍNGEA EN UN PACIENTE NEOPLÁSICO, REPORTE DE UN CASO
D ARAUJO

0159 TUBERCULOSIS EN PACIENTES CRÍTICOS, ESTUDIO OBSERVACIONAL RETROSPECTIVO EN UTI ESPECIALIZADA EN TÓRAX E INFECCIOSAS. MORTALIDAD Y FACTORES PREDISPONENTES, ¿NECESITAMOS NUEVOS INDICADORES?
DA LANGIANESE, Y ADALA, I PARODI, A PEREZ, C ORELLANO

0174 MANIFESTACIONES ATÍPICAS DE UNA LUMBALGIA PERSISTENTE: CUANDO EL AISLAMIENTO BACTERIOLÓGICO NO EXPLICA LA EVOLUCIÓN. REPORTE DE CASO
MA VILLARRUEL, G FERNÁNDEZ, R LÓPEZ, S VIERA, P DOMINGUEZ, MM TÁRTARA, C MIGLIORANZA

0212 MENINGITIS TUBERCULOSA CON ESTUDIOS BACTERIOLÓGICOS NEGATIVOS: DESAFÍO DIAGNÓSTICO EN CONTEXTO DE ALTA SOSPECHA CLÍNICA
ME FRIEDEL, C IBARROLA, JM PROCHASKO, G AGUERO, G ROJAS, C CONSIGLIO, L PONCE DE LEON, M BRITEZ, M LOPEZ, R CONTRERAS, G GRANBERG, A SANCHEZ, P ALEGRE

0327 INFECCIÓN POR MYCOBACTERIUM BOVIS DISEMINADA: ENFERMEDAD POCO FRECUENTE. REPORTE DE CASO
A RAMÍREZ-AYALA, L GONZALEZ, P SAÚL, Y LAMBERTO, I ÁVILA-FLORES, A GARCÍA-QUISPE, E CUNTO, V CHEDIACK

0338 TUBERCULOSIS POSTRASPLANTE RENAL: TRANSMISIÓN INADVERTIDA DONANTE–RECEPTOR. REPORTE DE DOS CASOS
C OLIVA MARTINEZ, E LEDESMA, A VALLEDOR, J KLEIN, F KLEIN

0422 UN ENEMIGO SILENCIOSO EN PACIENTES INMUNOCOMPROMETIDOS: ASPERGILOSIS INVASIVA RINOSINUSAL EN TERAPIA INTENSIVA
A FELDMAN, G SIBILA, A ALEJANDRO, E ETCHEGARAY, S FREDES, E ARISTA, C BENAY, K SIVILA, J CAPELLA

0515 ANGINA DE LUDWIG COMPLICADA CON MEDIASTINITIS. REPORTE DE CASO
E VALENCIA HEREDIA, JD FERNANDEZ, S SCANDROGLIO, JR VERA, D LINARES, L CARRERAS

0517 PACIENTE SIN ESCUDO: UNA INFECCIÓN QUE AVANZÓ MÁS ALLÁ DE LO HABITUAL
S ESTEBAN, P CASTRO, FS BRION, M PARODI, S CIA, M PUGA

19/08/2026 - 12:00 a 13:00

DISCUSIÓN DE POSTERS ELECTRÓNICOS 03

Infectología 3

Estación San Martín-Posters 1

0154 DE LOXOSCELES A MUCORMICOSIS: EVOLUCIÓN FULMINANTE DE UNA FASCITIS NECROTIZANTE
ME FRIEDEL, C IBARROLA, JM PROCHASKO, G AGUERO, G ROJAS, L PONCE DE LEON, M BRITEZ, M LOPEZ, C CONSIGLIO, R CONTRERAS, G GRANBERG, A SANCHEZ

0175 GLOMERULONEFRITIS RÁPIDAMENTE PROGRESIVA ASOCIADA A STAPHYLOCOCCUS AUREUS EN EL PACIENTE CRÍTICO: REPORTE DE CASO Y REVISIÓN BREVE
D GUERRERO, A CANTOS, D ZERDA, J ARANIBAR, L CARRERA, B DAGLIO, L SOLIZ, C POZO

0189 MENINGOENCEFALITIS POR ESCHERICHIA COLI COMPLICADA CON VENTRICULITIS PIÓGENA EN PACIENTE INMUNOSUPRIMIDO: REPORTE DE CASO
M ROBLES, F FERNANDEZ, L GALLARDO, R LIGARDA, P BELEN, L URANGA, S ZIDARICH

0287 MENINGITIS BACTERIANA POR ENTEROCOCCUS FAECALIS CON EVOLUCIÓN CRÍTICA INICIAL Y RESOLUCIÓN FAVORABLE
N FUNES NELSON, O VEGA NEGRETE

0345 DE LA MASTOIDES AL PULMÓN: CRÓNICA DE UNA TROMBOFLEBITIS YUGULAR POR SAMR
C GARNERO, ML ORTIZ, S HEALY, JA GARCÍA, J ARROYO, E JIMENEZ, S KAMBOURIAN, N SOUZA, JA RIVAS, M CALANI, M BERMEO, M RAGAZZOLLI, C BALASINI

0386 HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA POR MUCORMICOSIS GÁSTRICA INVASIVA EN PACIENTE INMUNOCOMPETENTE: EL DESAFÍO DE LA INMUNO PARÁLISIS POR SEPSIS
CS OSUNA, RA RONCONI, S RODRIGUEZ CALIX, F PEREZ, F LOPEZ BARBAYANI, D SOUTO, S PULCINELLI, V COGO

0390 MENINGOCOCEMIA AISLADA COMPLICADA CON PERICARDITIS Y ACCIDENTE CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO EN AUSENCIA DE MENINGITIS: REPORTE DE CASO
R HERNANDO, L GALLARDO, B PAEZ, F FERNANDEZ, R LIGARDA, LJ URANGA, S ZIDARICH

0472 REPORTE DE CASO – GANGRENA DE FOURNIER COMO COMPLICACIÓN DE SHOCK SÉPTICO EN UN PACIENTE CON DEBUT DE CETOACIDOSIS DIABÉTICA
G FLORES, A BANEGAS, A ANTIK, J ÁLVAREZ, M GARCÍA, P PAREDES

19/08/2026 - 13:00 a 14:00
DISCUSIÓN DE POSTERS ELECTRÓNICOS 04
Infectología 4
Estación San Martín-Posters 1

0025 INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA CON COMPROMISO PULMONAR CAVITADO EN PACIENTE JOVEN CON DIAGNÓSTICO RECIENTE DE LINFOMA DE HODGKIN
SL ROMERO LOMBARDI, AJR PERAZZI, DP BARBIERI, M CAPRILES

0110 ENDOCARDITIS MITRAL Y MASA INTRACAVITARIA EN VENTRÍCULO DERECHO EN CONTEXTO DE ENFERMEDAD INVASIVA NEUMOCÓCICA Y BACTERIEMIA POR STAPHYLOCOCCUS AUREUS METICILINO SENSIBLE: REPORTE DE CASO
I SIMORÉ, CA CENTURIÓN KAUZ, Y ROCHETTA, M RENK, C SANCHEZ, P DAVID

0121 SÍNDROME MANO-PIE-BOCA ATÍPICO SIMULANDO UNA EMERGENCIA INFECCIOSA EN UNA ADOLESCENTE INMUNOCOMPROMETIDA. CUANDO LA CLÍNICA CONFUNDE. REPORTE DE CASO
T MASSIH ALTAMIRANO, UG VILLAVAZA, MA VILLEGAS, E ROMERO, E MINOLDO, R ALVAREZ, F IRADES, C GALLETTI

0224 CUANDO LA MICROBIOTA SE REBELA: SINERGIA POLIMICROBIANA Y PERITONITIS TERCIARIA POR GSA EN EL PACIENTE CRÍTICO
L ROCHA FERREIRA E SILVA, M SALATINO, L ZELADA, JL SILVESTRE, G LOPEZ, AD BRIONES, D VAZQUEZ, DR BAFUMO, N TERSOGLIO, G CHIAROLA, N FOURCADE, L RETA, MV GUZMAN

0332 REPORTE DE DOS CASOS FATALES POR HELCOCOCCUS KUNZII
Y LAMBERTO, P SAÚL, R GREGORI-SABELLI, C DOMÍNGUEZ, S CÁCERES, E CORTEZ, V CHEDIACK, E CUNTO

0347 EPIDEMIOLOGIA DE LAS INFECCIONES TRACTO URINARIO EN HOSPITAL REHABILITACION
OR GALLINI, MM BALDA, MJ LOMBARDI, JA MAZZONE, F COCCHIARALE, CL AVILA, M YEZZI HERRERA

0375 EL DESAFÍO DIAGNÓSTICO DEL SARCOMA DE KAPOSI PULMONAR
N SOUZA, S HEALY, ML ORTIZ, C GARNERO, JA GARCÍA, J ARROYO, S KAMBOURIAN, E JIMENEZ, JA RIVAS, M RAGAZZOLLI, M BERMEO, M CALANI, C BALASINI

0396 PIODERMA GANGRENOSO CON COMPROMISO CENTROFACIAL ASOCIADO A TUBERCULOSIS PLEURAL: REPORTE DE CASO
L JOAQUIM RODRIGUES, C BLANCO, M CATOIRA, B COCOMELLO, A CULQUICONDOR, L FRANCONIERI

0476 NECRÓLISIS EPIDÉRMICA TÓXICA SECUNDARIO A TRIMETROPRIMA-SULFAMETOXAZOL (TMS). REPORTE DE CASO
E VALENCIA HEREDIA, JA MELGAR DIEZ, RD ZENTENO, M GILLI, A CAMELLI

21/08/2026 - 10:00 a 11:00
DISCUSIÓN DE POSTERS ELECTRÓNICOS 05
Nefrología 1
Estación San Martín-Posters 2

0346 REPORTE DE CASO: SINDROME URÉMICO HEMOLÍTICO ATÍPICO ASOCIADO A MUTACIÓN DEL COMPLEMENTO
D CABALLERO SANCHEZ

0381 INJURIA RENAL AGUDA Y COMPLICACIONES MULTIORGÁNICAS POR COCAÍNA: REPORTE DE CASOS
I MARTIN, M MASTRULLI, A RODRIGUEZ, D ERLICH, I FIALHO, D VARGAS, L GONZALES, E RODRIGUEZ

0427 HIPERFILTRACION Y SEPSIS
A BOCASSI, N CUADRA VON HARTMANN, L VILARRUEL, I AVILA FLORES, V FERNANDEZ ABELLO, P SAUL, D ASIN, R GREGORI SABELLI

0429 PREVALENCIA DE DISTURBIOS DEL ESTADO ÁCIDO BASE Y MEDIO INTERNO AL INGRESO DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DE UN HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS DE LA CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES
HF CERVANTES, A BANEGAS, P CORONADO LUJÁN, S SALEMME

0460 SÍNDROME URÉMICO HEMOLÍTICO ATÍPICO, REPORTE DE CASOS
V LOMBARDO, MA BALDI MARTINEZ

0483 HIPOPOTASEMIA GRAVE COMO FORMA DE PRESENTACIÓN DE ENFERMEDAD DE GRAVES
N CANADAS VARELA

0518 CUANDO EL SODIO HABLA: UNA CAUSA OCULTA DE HIPONATREMIA SEVERA
S ESTEBAN, FS BRION, M PARODI, P CASTRO, S CIA, M PUGA

21/08/2026 - 11:00 a 12:00
DISCUSIÓN DE POSTERS ELECTRÓNICOS 06
Nefrología 2
Estación San Martín-Posters 2

0173 MICROANGIOPATIA TROMBOTICA X ACCIDENTE OFIDICO
LE MAIDANA, K OJEDA, A VIEYRA, R ELVIRA, J NUÑEZ, M BORONAT, A AQUINO, S GUERRERO

0200 SINDROME DE RABDOMIOLISIS Y HIPERTERMIA MALIGNA CON DAÑO HEPATICO SECUNDARIO A INTOXICACION POR COCAINA Y USO DE N-ACETILCISTEINA
J BARJA TIRADO, P ZULETA CHAMBI, C HUAYTA VAZQUEZ, M HEREDIA GONZALEZ, D ACUÑA, H LLANOS, L KUMAR, R LUNA

0249 ACIDOSIS LÁCTICA SEVERA POR METFORMINA: REPORTE DE CASO
J ALAGUIBE, C MALLO, A SIONE, C PETENATII, C MISER

0311 HIPOVOLEMIA SECUNDARIO A ESTALLIDO TRAUMÁTICO DE ANGIOMIOLIPOMA RENAL GIGANTE EN PACIENTE CON SOSPECHA DE ESCLEROSIS TUBEROSA
YL ROCHETTA, S CLAUDIA, M RENK, I SIMORE, C CENTURION KAUZ, M RENZI

0313 REPORTE DE CASO: HEMOLISIS POR HIPONATREMIA SEVERA EN PACIENTE EN HEMODIALISIS
GA MALDONADO

0388 REPORTE DE CASO: MÁS ALLÁ DEL RIÑÓN: COMPROMISO NEUROLÓGICO Y CARDÍACO FULMINANTE EN SÍNDROME URÉMICO HEMOLÍTICO ATÍPICO
M TRAMAGLIA, AL AYALA, F MONZALVEZ, C VILLANUEVA

0496 DIABETES INSÍPIDA NEFROGÉNICA SECUNDARIA A SEPSIS PUERPERAL: REPORTE DE CASO
BA LOPEZ MAMANI, V MOSCOSO, K TOVAR, JA MELGAR, R ZENTENO, A CAMELLI, M GUILLI

21/08/2026 - 12:00 a 13:00

DISCUSIÓN DE POSTERS ELECTRÓNICOS 07

Nefrología 3

Estación San Martín-Posters 2

0050 INTERPRETACIÓN DEL ESTADO ÁCIDO-BASE EN CUIDADOS CRÍTICOS. ENCUESTA ANÓNIMA SOBRE CONOCIMIENTOS, MÉTODOS Y AUTOPERCEPCIÓN EN PROFESIONALES DE PACIENTES CRITICOS
DM ROSELLÓ, H CERVANTES, S SUTERA

0061 HIPONATREMIA, DETERIORO DEL SENSORIO Y MEDIO INTERNO: REPORTE DE UN CASO
I CERATTO, P CAPPONI, R BUSTILLO

0129 LESIÓN RENAL AGUDA CON REQUERIMIENTO DIALÍTICO SECUNDARIA A OFIDISMO POR EL GÉNERO BOTHROPS: A PROPÓSITO DE UN CASO
HA ARMANDOLA, MB BARISONE

0155 LESIÓN RENAL AGUDA DIALÍTICA SECUNDARIA A RABDOMIÓLISIS SEVERA COMO MANIFESTACIÓN ÚNICA DE INFECCIÓN POR SARS-COV-2: REPORTE DE CASO
S BARRIONUEVO, A GARCIA, AL NISNIK, M REZNICHENCO, E PEDRAZA, P CENTANNI

0168 CRISIS RENAL ESCLERODÉRMICA COMO DEBUT DE ESCLEROSIS SISTÉMICA DIFUSA CON FALLO MULTIORGÁNICO Y EVOLUCIÓN REFRACTARIA: REPORTE DE CASO
S BARRIONUEVO, A GARCIA, AL NISNIK, M REZNICHENCO, E PEDRAZA, P CENTANNI

0318 REPORTE DE CASO: IMPORTANCIA DEL TRATAMIENTO AGRESIVO INMEDIATO ANTE LA SOSPECHA DE SÍNDROME PULMÓN-RIÑÓN POR DOBLE POSITIVIDAD
S MORANDO

19/08/2026 - 18:00 a 19:00

DISCUSIÓN DE POSTERS ELECTRÓNICOS 08

Sedación, Analgesia y Delirium

Estación San Martín-Posters 1

0054 IMPACTO DE LA SEDACIÓN INHALADA CON ISOFLURANO MEDIANTE DISPOSITIVO SEDACONDA SOBRE LA PRESIÓN INTRACRANEANA EN PACIENTE CON HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA: REPORTE DE CASO
L BORGARUCCI, F CARINI, MV GONZALEZ

0292 HIPERTERMIA MALIGNA SECUNDARIA A FÁRMACOS ANESTÉSICOS EN CONTEXTO DE APENDICECTOMÍA POR APENDICITIS AGUDA
FE GONZALEZ, V TORRALBO GAZZOLI TOLEDO, M SACALINA CAMARGO, MDLM DÖTAVIO COLOMBO, MG ARIAS, N RAIMUNDI, R VILLA

0294 FALLA DE SEDACIÓN INHALADA EN VA-ECMO: IMPLICANCIAS DEL FLUJO PULMONAR EFECTIVO EN LA ENTREGA DEL ANESTÉSICO
V ALTHAUS, E CORNU, B BERTAZZO, E MANRIQUE, R AVILA

21/08/2026 - 14:00 a 15:30

DISCUSIÓN DE POSTERS ELECTRÓNICOS 09

Obstetricia Crítica

Estación San Martín-Posters 2

0045 CUANDO EL SÍNDROME DE HEMÓLISIS, ELEVACIÓN DE ENZIMAS HEPÁTICAS Y PLAQUETOPENIA NO TERMINA CON EL PARTO
L TABOADA DE IRIONDO

0211 COMPLICACIÓN TROMBÓTICA POST PARTO EN PACIENTE EN LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO Y SÍNDROME ANTIFOSFOLÍPIDOS: EL COSTO DE SUSPENDER LA ANTICOAGULACIÓN
AC GARAY RIOS, MJ PADILLA GUILLOTH

0300 IMPLEMENTACION DE UNA UNIDAD DE MEDICINA MATERNO FETAL DE ALTA COMPLEJIDAD EN UN HOSPITAL PEDIATRICO
M KIRSCHBAUM, M MONTENEGRO, MF VALENTI, N BASUALDO, S ARBIOS, F CORIA, D GARCIA, AC HERNANDEZ, D FARIÑA, M DE PAULI, P BELLANI, G ZENYK, A ASTUDILLO, P NEMER, J ARGUELLO, N SANTAGATI, S ANDRES, V BAUMBERGER, S GUTIERREZ, C CANNIZZARO, C MARTINEZ, E DI MEOLA, M BLANCO, L ZUBIETA, J NINNE

0315 PLACENTA ACRETA: CUANDO PREVENIR LA HEMORRAGIA MARCA LA DIFERENCIA
C IBARROLA, F MILENA, P JORGE MARCELO, A GRACIELA INES, R GIMENA VANINA, S ANGEL GABRIEL, C CORINA YAMILA, B MIRIAN, L MARIELA, PDL LAURA, G GUIDO, C RAUL, A MARISA, V ALEJANDRA

0353 FACTORES DE RIESGO PREDISPONENTES A PREECLAMPSIA/ECLAMPSIA EN PACIENTES DE 15 A 30 AÑOS EN UNA UTI DE LA CIUDAD DE CORRIENTES
R KARATANASOPULOZ, G BENITEZ, A SANCHEZ, L ARECO, P OSIPLUK, D MIÑO, M PRADO, D OBREGON, A MENDEZ

0373 EL DESAFÍO DEL DIAGNÓSTICO DE LAS MICROANGIOPATÍAS TROMBÓTICAS EN EL PUERPERIO
J ARROYO, JA GARCÍA, C GARNERO, E JIMENEZ, JA RIVAS, S HEALY, ML ORTIZ, S KAMBOURIAN, M RAGAZZOLLI, N SOUZA, M BERMEO, M CALANI, C BALASINI

0462 HEMOFILIA ADQUIRIDA POSTPARTO, UNA CAUSA INFRECUENTE DE HEMORRAGIA OBSTÉTRICA
ME NAVA ORTEGA, J LAPADULA, F LOIACONO, B MENDOZA PEREZ

0500 ESTUDIO E IMPLEMENTACIÓN DE BIOMARCADORES SFLT-1/PLGF EN PACIENTES EMBARAZADAS ATENDIDAS EN EL INSTITUTO DE MATERNIDAD Y GINECOLOGÍA "NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES"
A MONACO

19/08/2026 - 09:00 a 10:00

DISCUSIÓN DE POSTERS ELECTRÓNICOS 10

Cardiología 1

Estación San Martín-Posters 2

0187 LEIOMIOMATOSIS INTRAVASCULAR CON INVASION A AURÍCULA DERECHA: REPORTE DE CASO
C ALIAGA, MC ALIAGA, M ZALAZAR, M AUBONE, A PIRIZ

0191 CUANDO NO ES UN INFARTO: MIOCARDITIS LÚPICA EN ADOLESCENTE CON PRESENTACIÓN TIPO SÍNDROME CORONARIO AGUDO
M CAMBRE, P ARTAZA, P DOMÍNGUEZ, R LÓPEZ, G FERNANDEZ

0336 TROMBOSIS DE PRÓTESIS VALVULAR MECÁNICA: DOS ESCENARIOS CLÍNICOS Y ABORDAJE TERAPÉUTICO INDIVIDUALIZADO
ER AGUILAR HERRERA, MI PAEZ LLANOS, LLD VAZQUEZ MONTAÑEZ, GI TUHAY, F KLEIN

0357 TROMBECTOMÍA MECÁNICA POR ASPIRACIÓN COMO TRATAMIENTO EN TROMBOEMBOLISMO PULMONAR DE RIESGO INTERMEDIO-ALTO - REPORTE DE CASO
C ROTEDA, MN CONTRERAS, N PEDANO, GR NIS

0492 TROMBO EN TRÁNSITO EN AURÍCULA DERECHA ASOCIADO A TROMBOEMBOLISMO PULMONAR DE ALTO RIESGO: REPORTE DE CASO
SA SANCHEZ ALVAREZ

0502 CORRELACIÓN Y CONCORDANCIA ENTRE ECOCARDIOGRAFÍA TRANSTORÁCICA, FLOTRAC/VIGILEO Y GASOMETRÍA ARTERIOVENOSA PARA LA MEDICIÓN DEL GASTO CARDÍACO EN PACIENTES POSTOPERADOS CARDÍACOS
B HERRERA, JJ LAUREL TARIFA, RA CAMACHO GARNICA, MD TERAN SALAZAR, D PEREZ FRANCO, MA ALANOCA RAMOS, Y TICONA MAMANI

0507 LA CONCENTRACIÓN ARTERIAL DE OXÍGENO POR GASOMETRÍA SE CORRELACIONA CON EL VOLUMEN SISTÓLICO POR ECOCARDIOGRAFÍA TRANSTORÁCICA EN MEDICINA CRITICA A MUY ALTA ALTITUD
B HERRERA, JA VIRUEZ SOTO, FR JIMENEZ TORRES, HR TICONA FLORES, NF ALI YUCRA, Z VISCARRA MACHACA, A OLIVERA

19/08/2026 - 10:00 a 11:00

DISCUSIÓN DE POSTERS ELECTRÓNICOS 11

Cardiología 2

Estación San Martín-Posters 2

0127 CUANDO EL ELECTROCARDIOGRAMA HABLA POR EL PACIENTE
JL ARIAS AYUBB, DA VILLACRES AGUILAR, JC MOREIRA, MA BARRIENTOS, S MARTTINEZ, DE VERA

0166 SHOCK REFRACTARIO EN INMUNOTERAPIA: MIOCARDITIS FULMINANTE CON DISAUTONOMIA ASOCIADA
R BERTAINA, N ILLESCAS, LA VELEZ, N CANO, MG COLINAS, P FALVO, A GIRA, P PRATESI

0383 INTOXICACIÓN POR AMLODIPINA: UNA CAUSA INFRECUENTE DE SHOCK VASOPLÉJICO SEVERO
JN BAEZ, D VILLANI ULLA, R RODRIGUEZ

0439 EL SÍNDROME INVISIBLE: INSUFICIENCIA CARDÍACA INFILTRATIVA COMO CAUSA DE DISFUNCIÓN HEPÁTICA COLESTÁSICA
V DOMINGUEZ, E RODRIGUEZ, G ABRILE

0494 MANEJO DEL DERRAME PLEURAL RECIDIVANTE EN EL POST OPERATORIO DE CIRUGIA CARDIACA: A PROPOSITO DE UN CASO
G CACERES

0505 A PROPOSITO DE UN CASO: CRISIS TIROTÓXICA ASOCIADA A TAQUICARDIA SUPRAVENTRICULAR POR REENTRADA NODAL EN PACIENTE CON ABANDONO DE TRATAMIENTO
BA LOPEZ MAMANI, V MOSCOSO, K TOVAR, JA MELGAR, R ZENTENO, A CAMELLI, M GUILLI

19/08/2026 - 11:00 a 12:00

DISCUSIÓN DE POSTERS ELECTRÓNICOS 12

Shock y Sepsis

Estación San Martín-Posters 2

0010 SÍNDROME DE SEPSIS ABRUMADORA POST ESPLENECTOMIA
J FRANCO, P RIVERA

0016 EXPERIENCIA CON LA IMPLEMENTACION DE LA TERAPIA DE HEMOADSORCION CYTOSORB EN LA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA DEL HOSPITAL J. A. FERNANDEZ- CABA
A FERNANDEZ, O BLANCHET, MS TEGLIA DAL POGGETTO

0108 INTOXICACIÓN GRAVE POR DIVALPROATO DE SODIO (DVANA): ABORDAJE CON CARBÓN ACTIVADO, L-CARNITINA Y HEMODIÁLISIS. A PROPÓSITO DE UN CASO
TM AGUILAR GASPAR, JF GIMENEZ OSORIO, FA BALCAZAR MORALES, C VERA

0247 REPORTE DE CASO: SHOCK VASOPLÉJICO REFRACTARIO POR INTOXICACIÓN COMBINADA CON BISOPROLOL Y AMLODIPINA
A GONZALEZ VARA

0530 PERFIL COMPLETO DE CITOCINAS PROINFLAMATORIAS Y ANTIINFLAMATORIAS EN EL SINDROME DE DIFICULTAD RESPIRATORIA AGUDA DE ORIGEN SEPTICO: VALOR PRONOSTICO, CORRELACIONES CON DISFUNCION ORGANICA Y COCIENTES PRO/ANTIINFLAMATORIOS
LJ URANGA, L GALLARDO, R LIGARDA, F FERNANDEZ, B PAEZ, S ZIDARICH, F MOLINARIS

19/08/2026 - 12:00 a 13:00

DISCUSIÓN DE POSTERS ELECTRÓNICOS 13

Acreditación, Scores, Bioética, Gestión

Estación San Martín-Posters 2

0177 VASCULITIS PARANEOPLÁSICA CEREBRAL EN ENFERMEDAD ONCOLÓGICA AVANZADA "CUANDO LIMITAR ES CUIDAR"
M GARCIA COLINAS, E BELLONE, N ILLESCAS, P FALVO, R BERTAINA, MJ CHUQUIN, A GIRA, S COSENZA, P PRATESI

0341 EVALUACIÓN DE VARIABILIDAD DE LA FRECUENCIA CARDÍACA Y CARGA DE ESTRÉS EN RESIDENTES DE TERAPIA INTENSIVA
LF CRUZ VBALAREZO, C OLIVA MARTINEZ, G TUHAY, FR KLEIN

0418 PACIENTES QUIRURGICO PROGRAMADOS EN TERAPIA INTENSIVA: ANÁLISIS CLINICO EPIDEMIOLOGICO
C SOLARTE, V PICOLIA, L SANTORO, G RAMOS, C RAMOS, V PAIS, S ORELLANA, S AGUIRRE, C SOLARTE MORA

0461 TROMBOLISIS EN IAMCEST EN PACIENTE NONAGENARIA POST PARO CARDIORRESPIRATORIO: DECISIÓN BASADA EN FUNCIONALIDAD Y BIOÉTICA. REPORTE DE CASO
CS BLANCO CARRERO, BV COCOMELLO, D MIQUELARENA, C GARAYALDE, M OLGUIN, A CULQUICONDOR, L FRANCONIERI

0516 ADECUACIÓN DEL ESFUERZO TERAPÉUTICO (AET) Y CONOCIMIENTO DEL PERSONAL ASISTENCIAL DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HEADR
SA GOMEZ MENDEZ, E ALFONSO, AE CARRERA, CA CORREIA DA SILVA, NP BARRETO, C FARQUARSON, SD RIBAK, RE OTROWSKI, JP ROMERO

19/08/2026 - 13:00 a 14:00

DISCUSIÓN DE POSTERS ELECTRÓNICOS 14

Nutrición / Gastrointensivismo

Estación San Martín-Posters 2

0001 SOPORTE NUTRICIONAL ENTERAL DE PACIENTES EN TERAPIA INTENSIVA: REQUERIMIENTO, PRESCRIPCIÓN Y APORTE
AI MARTIN AGUILA, S VELÁZQUEZ, A SERVÍAN, CI BUSSE, M ORSATTI, ME IRIBARNE

0179 HEPATITIS AUTOINMUNE COMO CAUSA DE INSUFICIENCIA HEPÁTICA AGUDA: IMPORTANCIA DEL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO INMUNOSUPRESOR PRECOZ
R BORLA, L GALLARDO, B PAEZ, F FERNANDEZ, R LIGARDA, L URANGA, S ZIDARICH

0196 HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA POR LESIÓN DE DIEULAFOY: DESAFÍO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS. REPORTE DE UN CASO
I HOYOS, A FASSI

0342 CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y DE EVOLUCIÓN DE PACIENTES CRÍTICOS CON NUTRICIÓN PARENTERAL TOTAL
BJ MARTINEZ, J KLEIN, F YOCCO, F KLEIN

0409 BALANCE NITROGENADO DE PACIENTES CRÍTICOS SÉPTICOS CON RIÑÓN HIPERFILTRANTE
V FERNANDEZ ABELLO, D ASIN, M ABOT, A BOCASSI, P SAUL, I AVILA FLORES, A QUISPE, R GREGORI

0436 PANCREATITIS AGUDA GRAVE SECUNDARIA A HIPERTRIGLICERIDEMIA. REPORTE DE CASO
MJ MESQUITA, B VANINA COCOMELLO, R ECHEGARAY, C BLANCO, H GOUVEA FRANCO, A CULQUICONDOR, L FRANCONIERI

0454 **OFF-LABEL RACIONAL BASADO EN FISIOPATOLOGÍA:RESCATE FUNCIONAL EN INSUFICIENCIA INTESTINAL SEVERA POR SUBOCLUSIÓN INTESTINAL CRÓNICA**
G FERNANDEZ, P DOMINGUEZ, S VIERA, R LÓPEZ, H GARCÍA, A CABRAL

0508 **INSUFICIENCIA PANCREÁTICA EXOCRINA (IPE): UN DESAFÍO DIAGNÓSTICO EN EL PACIENTE CRÍTICO**
A PADILLA IBARRA, F LIPOEVSTKY, C CASABELLA, JF MORALES, L GONZALEZ, F GUIFFREY, F PALIZAS

19/08/2026 - 14:00 a 15:00

DISCUSIÓN DE POSTERS ELECTRÓNICOS 15

Enfermería

Estación San Martín-Posters 2

0101 **INTERVENCIONES DE ENFERMERIA DEL PACIENTE CON TETANOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIATRICOS: CASO CLINICO SANTA FE ABRIL 2026**
L CANTERO, ME BLANCO, MAN MALIZIA

0142 **HALLAZGO PERLA NEGRA. OSTEONECROSIS MAXILAR ASOCIADA A ACIDO ZOLEDRONICO**
J SÁNCHEZ SERRANO, F CACERES, D MANSILLA, A SVENSEN, G ARO, D GUAYMAS, DE VERA

0157 **INSUFICIENCIA RESPIRATORIA GRAVE DE ETIOLOGÍA NO CLARA: NEUMONITIS QUÍMICA SIMULANDO NAC**
MA MARAIN

0255 **BARRERAS PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE PRÁCTICAS BASADAS EN EVIDENCIA EN EL PERSONAL DE ENFERMERÍA DE LA UNIDAD DE CUIDADOS CRÍTICOS DEL HOSPITAL ESCUELA DR. RAMÓN MADARIAGA, POSADAS, MISIONES**
MCI VERDÚN, N MUOLS, VE KRUTKI

0286 **IMPACTO DE LA DIFICULTAD EN EL ACCESO VENOSO PERIFÉRICO SOBRE LA EFICIENCIA, COSTOS Y SEGURIDAD EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS CRÍTICOS**
C ORTIZ, G GARAY, Y SEGOVIA, C GIUFFRE

0320 **CANALIZACIÓN VENOSA PERIFÉRICA ECOGUIADA CON ABOCATH N° 18 EN PACIENTES CON ACCESO VENOSO DIFÍCIL EN LA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA DEL HOSPITAL PABLO SORIA**
ML MORALES

0354 **SHOCK ANAFILÁCTICO Y RCP TRAS INGESTA DE GLUTEN EN PACIENTE CELÍACA**
R KARATANASOPULOZ, G BENITEZ, A SANCHEZ, C MANSILLA, A GONZALEZ, M ACOSTA, A ACOSTA, L ARECO, P OSEPLUK

19/08/2026 - 15:00 a 16:00

DISCUSIÓN DE POSTERS ELECTRÓNICOS 16

Trauma 1

Estación San Martín-Posters 2

0265 **PARECE ANAFILAXIA PERO NO LO ES: MANEJO DEL ANGIOEDEMA HEREDITARIO EN EL SERVICIO DE EMERGENCIAS**
BA KARAS, J AGUAYO

0266 **INTOXICACION GRAVE DE ACIDO VALPROICO**
P MARTINEZ MENDEZ, G DOMENICONI, K GAMARRA, L VILASECA, M ULLOA

0355 **HERNIA DIAFRAGMATICA COMO COMPLICACIÓN GRAVE DEL TRAUMA TORACOABDOMINAL: REPORTE DE UN CASO**
RDLA ROMEGGIO, S ALIANO, C FAUEZ, J FASOLO, ML CAMPASSI, D BANEGAS, F REPETTO

0358 **REPORTE DE CASO: SÍNDROME SEROTONINÉRGICO**
M MORELLI, G SAENZ, C LOUDET, F IGLESIAS, B ALEJANDRO, N MAURICIO

0407 **HALLAZGOS TOMOGRÁFICOS ASOCIADOS A SHOCK HEMORRÁGICO EN LOS PACIENTES POR ENFERMEDAD TRAUMA**
JP TOLISSO, PB PAHNKE, LI CORBALAN

0457 **SHOCK HIPOVOLEMICO SECUNDARIO A TRAUMA HEPATICO POST COLANGIO PANCREATOGRAFIA RETROGRADA ENDOSCOPICA**
A LOPEZ, J VERGARA

19/08/2026 - 16:00 a 17:00

DISCUSIÓN DE POSTERS ELECTRÓNICOS 17

Trauma 2

Estación San Martín-Posters 2

0029 **RUPTURA ESOFÁGICA DE CAUSA INCIERTA Y MEDIASTINITIS EN PACIENTE FEMENINA DE 77 AÑOS: UNA EMERGENCIA DEVASTADORA**
JJ MADERA MERCHAN, J MARTELLETI, J DALMAS, V SYLVESTRE, R NEYRA, L BUSTAMANTE

0086 **INTOXICACIÓN POR ÁCIDO VALPROICO: REPORTE DE CASO**
A POGGIANI, JA GRASSI, FO FIORILLI, JM AMILLATEGUI SCENNA, JC PENDINO, LR BETTINI

0118 **SHOCK HEMORRÁGICO SECUNDARIO A RETIRO DE CATETER VENOSO CENTRAL**
JC MOREIRA, AB ACOSTA GUTIERREZ, MA BARRIENTOS, S MARTINEZ, DE VERA

0165 **TRAUMATISMO PENETRANTE DE CUELLO CON LESIÓN TRAQUEAL. REPORTE DE CASO**
M GONZALEZ, F QUINTERO, D BASUALDO

0192 **POLICITEMIA SEVERA COMO CAUSA DE MIOSITIS ISQUEMICA Y SINDROME COMPARTIMENTAL**
A SOSA

0253 **ERGOTISMO AGUDO DE MIEMBROS INFERIORES TRAS DOSIS ÚNICA DE ERGOTAMINA POTENCIADO POR JUGO DE POMELO: REPORTE DE CASO**
NZ ARANDIA MERCADO, ND FALCON, J CALLE ORLENADO, M CASANOVA

0485 **SATURNISMO POR PROYECTIL RETENIDO DE PRESENTACIÓN ATÍPICA TRATADA CON D-PENICILAMINA: A PROPOSITO DE UN CASO**
HM SARABIA ALBIS, YC RODRIGUEZ PONCE, B MENDOZA PEREZ, JE NARANJO SÁNCHEZ, HJ ARCE SOLIZ, A VOITZUK, MF BENEDETTI, L ARGUEYES

19/08/2026 - 17:00 a 18:00

DISCUSIÓN DE POSTERS ELECTRÓNICOS 18

Reumatología / Inmunología 1

Estación San Martín-Posters 2

0035 **PORFIRIA AGUDA INTERMITENTE - REPORTE DE CASO**
S TEILLER, J NUÑEZ GOYO, G GRANADO

0153 **PÉNFIGO VULGAR MUCOCUTÁNEO GRAVE. REPORTE DE UN CASO**
M MAGALLANES, S SANCHEZ, A GONZALEZ, M MONTENEGRO, C BALENZANO

0160 **PRESENTACIÓN INFRECUENTE DE SÍNDROME DE SUPERPOSICIÓN INMUNOMEDIADA "TRIPLE M"**
R BERTAINA, F LEVERATTO, JC SANTANA, J KOPAS, J ALVAREZ, G FINKELSTEIN, A GIRA, P FALVO, P PRATESI, D MONARDO

0164 **REPORTE DE CASO: PRESUNTA ENFERMEDAD DE FAHR**
S LANCHAS

0167 **TELANGIECTASIA HEMORRÁGICA HEREDITARIA DE PRESENTACIÓN TARDÍA Y EVOLUCIÓN CATASTRÓFICA EN CUIDADOS CRÍTICOS**
JI SAMMARTINO, A CAPRIOTTI, S BARRIONUEVO, G FERNÁNDEZ

0410 LUPUS FLORIDO LO ESENCIAL ES VISIBLE A LOS OJOS AL RESPECTO DE UN CASO CLÍNICO
J SILVA, P IOMINI, F BENEDETI

0469 A PROPÓSITO DE UN CASO: SAF CATASTRÓFICO
S AGUIRRE, V PAIS, L SANTORO, V PICOLLA, C DIANO

0511 VASCULITIS ASOCIADA A ANCA CON COMPROMISO MULTIORGÁNICO GRAVE: UN DESAFÍO DIAGNÓSTICO EN LA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA. REPORTE DE CASO
F PENAYO, D DUARTE, A MONSON, Y ESCOBAR

19/08/2026 - 18:00 a 19:00

DISCUSIÓN DE POSTERS ELECTRÓNICOS 19

Reumatología / Inmunología 2

Estación San Martín-Posters 2

0023 CUANDO NO ES INFECCIÓN: VASCULITIS ANCA COMO GRAN SIMULADORA EN TERAPIA INTENSIVA. SÉRIE DE CASOS
B DE ARAUJO CASOTTI, PC MOREIRA SANCHEZ, P SAUL, F LIPOVESTKY, E MONTES SALABARRIA, R RAMIREZ, Z LLOREDA, M ALVAREZ

0271 COAGULOPATÍA HIPOFIBRINOLÍTICA TRAS GOLPE DE CALOR POR EJERCICIO: HIPERCOAGULABILIDAD OCULTA Y TROMBOEMBOLISMO PULMONAR FATAL. REPORTE DE CASO
CM RUFINER GAREIS

0277 ERROR DE DOSIFICACIÓN CON METOTREXATO: PERFIL CLÍNICO Y LIMITADA UTILIDAD DEL DOSAJE SÉRICO. SERIE DE CASOS
E ALBUQUERQUE, EM PARRAS CANGA, JE DOMINGUEZ, GJ PEREZ, G JULIAN, A VOITZUK

0328 LA PARADOJA DEL OXIGENO:CUANDO EL TRATAMIENTO CONVENCIONAL ALIMENTA EL DANO
V GUZMAN, L ZELADA, R SALATINO, G LOPEZ, A QUIROGA, A BRIONES, D VAZQUEZ, C LOPEZ

0329 MÁS QUE UNA RESACA: GLICOLES, CONVULSIONES Y EL ARTE DE LA ETILTERAPIA
L RETA, A BRIONES, G VELAZCO, C CARRICONDO, H VITALE, L ZELADA, R SALATINO, G LOPEZ, JL SILVESTRE

0526 REPORTE DE CASO: BAJO GASTO CARDIACO EN ESCORPIONISMO GRAVE USO DE LEVOSIMENDAN
DE RUATTA, F PAPATERRA, N ARELLANO, E RIASCOS ANGULO, J BARACAT

0527 TOXICIDAD NEUROMUSCULAR INMUNOMEDIADA POR PEMBROLIZUMAB: REPORTE DE CASO, IMPORTANCIA DE LA DETECCIÓN PRECOZ
J ALVAREZ SANCHEZ, A BANEGAS, A ANTIK, P CORONADO, G GENOVESE, G FLORES, P PAREDES, M MERIDA

20/08/2026 - 10:00 a 11:00

DISCUSIÓN DE POSTERS ELECTRÓNICOS 20

Infectología 5

Estación San Martín-Posters 1

0036 SÍNDROME DE AUSTRIAN CON ENDOCARDITIS TROMBÓTICA DE VÁLVULA TRICÚSPIDE Y TROMBOSIS VENOSA CEREBRAL COMO COMPLICACIÓN TARDÍA: REPORTE DE CASO
W MATRICARDI

0106 SHOCK SÉPTICO EN CONTEXTO DE MEDIASTINITIS SECUNDARIA A ABSCESO ODONTOGENO
L DE LA ROSA, J BELLOTTI, A BALMACEDA

0201 FASCITIS NECROSANTE PERIORBITARIA BILATERAL SECUNDARIA A INFECCIÓN ODONTÓGENA COMPLICADA CON SHOCK SÉPTICO: PRESENTACIÓN DE CASO
FR VARGAS CHAMBI, FR]VARGAS CHAMBI, AMDL LOPEZ CHIAPPESONI, I BRANCO, MA DEL CARLO MARTINEZ

0230 REPORTE DE CASOS: MEDIASTINITIS NECROTIZANTE DE ORIGEN ODONTÓGENO: UN CASO EXTREMO CON SUPERVIVENCIA TRAS 100 DÍAS DE TERAPIA INTENSIVA
MA SERRUDO SALGUEIRO, GE PALACIOS SANABRIA, P SMUKLER, S DOSSI, A ARCH, A BAIRACLIOTI, C CESARI, A CAHUANA

0242 HISTOPLASMOSIS PULMONAR EN PACIENTE INMUNOCOMPROMETIDO: REPORTE DE CASO
A SIONE, C PETENATTI, C MALLO, J ALAGUIBE, C MISER

0245 REPORTE DE CASO: FÍSTULA BRONCOPLEURAL SECUNDARIA A NEUMONÍA POR KLEBSIELLA PNEUMONIAE HIPERMUCOVISCOSA SEROTIPO CAPSULAR K1 DE ORIGEN ODONTÓGENO
MDLM D'OTTAVIO COLOMBO, MG ARIAS, V TORRALBO GAZZOLI TOLEDO, M SACALINA CAMARGO, FE GONZALEZ, R VILLA, N RAIMONDI

0251 HISTOPLASMOSIS PULMONAR AGUDA GRAVE EN PACIENTE INMUNOCOMPETENTE: REPORTE DE CASO
J ALAGUIBE, C MALLO, A SIONE, C PETENATII, C MISER

0256 PERICARDITIS POR CANDIDA GLABRATA COMO COMPLICACION EN PACIENTE INMUNODEPRIMIDO REPORTE DE CASO
LR CARRERA RAMOS, L CARRERA, J ARANIBAR, A CANTOS, D ZERDA, D GUERRERO, B DAGLIO, L SOLIZ, C POZO

20/08/2026 - 11:00 a 12:00

DISCUSIÓN DE POSTERS ELECTRÓNICOS 21

Infectología 6

Estación San Martín-Posters 1

0013 SÍNDROME DE DISTRÉS RESPIRATORIO AGUDO EN CONTEXTO DE SÍNDROME DE HIPERINFECCIÓN POR STRONGYLOIDES STERCOLARIS
A MORENO

0014 INFECCION GRAVE POR LACTOCOCCUS GARVIEAE
ME GARCIA, AK MARQUEZ, P GIL, G MIGLIORETTI, S KÜLLING, CD ARELLANO, E HUALLPA YUCRA, N VARRENTI

0021 PARACOCCIDIOMICOSIS
LM IGLESIAS, MC LARROSA, D VIDAL RIOJA, G GILBERSZAC, R CASTRO

0149 REPORTE DE CASO DE NEUMONÍA INTERSTICIAL BILATERAL POR PNEUMOCYSTIS JIROVECII EN PACIENTE INMUNOCOMPETENTE
J MOSCONI

0195 CUANDO NO ES LUPUS: TUBERCULOSIS PULMONAR MIMETIZANDO ENFERMEDAD AUTOINMUNE CON EVOLUCIÓN A SÍNDROME DE DISTRÉS RESPIRATORIO AGUDO (SDRA). REPORTE DE CASO
IS SCHALLER, M VERA, L ZELADA, R SALATINO, G LÓPEZ, P GARRO, N PUNZINO, I DEL CASTILLO

0275 HEMORRAGIA ALVEOLAR SECUNDARIA A HIPERINFECCION POR STRONGYLOIDES - REPORTE DE CASO
D ROMERO, C MORFU, CG DE LUCA, A LUZZI, J LESCANO, E RODRIGUEZ

0432 REPORTE DE CASO: SÍNDROME PULMONAR HEMORRÁGICO GRAVE POR LEPTOSPIROSIS
JM OCHOA, AN GUTIERREZ, JJ NAVOTKA, AM OJEDA, N CRISTALDO, C LOPEZ

0468 TUBERCULOSIS DISEMINADA EN PACIENTE INMUNOCOMPETENTE. REPORTE DE CASO
BF PORTILLO VILLALBA, H GOUVEA, R ECHEGARAY, BV COCOMELLO, A CULQUICONDOR, L FRANCONIERI

20/08/2026 - 12:00 a 13:00
DISCUSIÓN DE POSTERS ELECTRÓNICOS 22
Infectología 7
Estación San Martín-Posters 1

0026 MENINGOENCEFALITIS POR TRYPANOSOMA CRUZI EN PACIENTE CON INFECCIÓN POR VIH DE RECIENTE DIAGNÓSTICO
SL ROMERO LOMBARDI, AJR PERAZZI, DP BARBIERI, M CAPRILES

0027 MUCORMICOSIS INVASIVA, DIAGNÓSTICO TARDÍO Y EVOLUCIÓN FATAL: REPORTE DE CASO
N LEDESMA, L NICOLAS, G POLETH, L CELESTE, G JOHNNY, F CELESTE, T ARIEL, B ELEONORA

0032 ENDOCARDITIS INFECCIOSA POR AEROCOCCUS Y ROL DE LA ECOCARDIOGRAFIA BEDSIDE EN EL DIAGNOSTICO TEMPRANO
CA FRANCO AVILA, S ROMAN

0176 REPORTE DE CASO: MENINGOCOCCEMIA FULMINANTE
R ROSA

0430 FACTORES DE RIESGO PARA INFECCIÓN DE SITIO QUIRÚRGICO DE ÓRGANO/ESPACIO (MEDIASTINITIS) EN EL POSTOPERATORIO DE CIRUGÍA CARDÍACA: REPORTE DE CASOS
A GHIDINI, G CACERES, N PINZETTA

0471 REPORTE DE CASOS: ESTRONGILOIDIASIS PULMONAR EN UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA
P PAREDES, A BANEGAS, A ANTIK, P CORONADO, M GARCÍA, G FLORES, J ÁLVAREZ

0540 REACTIVACIÓN DE CMV EN PACIENTE CRÍTICAMENTE ENFERMA CON SEPSIS GRAVE POR SAMR Y COMPROMISO DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL: DESAFÍO DIAGNÓSTICO EN TERAPIA INTENSIVA
Y KREMER, H IZQUIERDO

0542 KLEBSIELLA PNEUMONIAE PDR ST258 EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS CRÍTICOS: LECCIONES DE UNA INVESTIGACIÓN EPIDEMIOLÓGICA Y CONTROL DE LA EMERGENCIA
C OSUNA, E MONTIEL, E DUARTE, C STREITENBERGER, N CÁRDENAS, G CERVANTES, K RIQUEL, M SANCHEZ-CUNTO

20/08/2026 - 14:30 a 15:30
DISCUSIÓN DE POSTERS ELECTRÓNICOS 23
Infectología 8
Estación San Martín-Posters 1

0052 REPORTE DE CASO - MASA OCUPANTE DE ESPACIO CEREBRAL DE ETIOLOGÍA FÚNGICA: DESAFÍO DIAGNÓSTICO Y ROL DE LA BIOLOGÍA MOLECULAR POR EXCLUSIÓN
I GIETZ, F BARBONE, C CASTARATARO

0053 SOPORTE CON OXIGENACION POR MEMBRANA EXTRACORPOREA EN SINDROME DE DIFICULTAD RESPIRATORIA AGUDA EN PACIENTE CON INFECCION POR VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA Y COINFECCIONES MULTIPLES. REPORTE DE CASO
L BORGARUCCI, AA MASSA, MS VENUTI, SD VILLARROEL MENDOZA

0109 ENTEROCOLITIS NECROTIZANTE
LM IGLESIAS, C CARITAS MITA, D ROJAS VIDAL, MC LARROSA, G SILBERSZAC, R CASTRO

0122 SÍNDROME DE WÜNDERLICH SECUNDARIO A PIELONEFRITIS ABSCEDADA: REPORTE DE CASO EN PACIENTE CRÍTICA
T MASSIH ALTAMIRANO, UG VILLAVAZA, E ROMERO, I VILLARRUEL, P CALCAGNO, A SORIA, C GALLETTI

0370 ENDOCARDITIS INFECCIOSA PROTESICA TARDIA POR GERMEN MULTIRRESISTENTE. REPORTE DE CASOS
S ALIANO, M CUITIÑO, R ROMEGGIO, C FAUEZ, ML CAMPASSI M. LUZ, F REPETTO, D BANEGAS

0377 CUANDO LOS ANTIBIÓTICOS FALLAN, VOLVER A LOS ANTECEDENTES: NEUMONITIS ACTÍNICA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS
S HEALY, ML ORTIZ, C GARNERO, E JIMENEZ, J ARROYO, JA GARCIA, S KAMBOURIAN, N SOUZA, JA RIVAS, M BERMEO, M RAGAZZOLLI, M CALANI, B CARINA

0488 ABDOMEN AGUDO HEMORRÁGICO COMO DEBUT DE COINFECCIÓN VIRAL ATÍPICA: RUPTURA ESPLÉNICA ATRAUMÁTICA EN UTI
E NOVELLO, S ALMADA

20/08/2026 - 15:30 a 16:30
DISCUSIÓN DE POSTERS ELECTRÓNICOS 24
Infectología 9
Estación San Martín-Posters 1

0038 HIDATIDOSIS PERITONEAL DISEMINADA COMO HALLAZGO DIAGNÓSTICO EN PACIENTE CRÍTICO CON DETERIORO DE LA FUNCIÓN RENAL Y MASAS QUÍSTICAS ABDOMINALES: REPORTE DE CASO
PC MOREIRA SANCHEZ, B DE ARAUJO CASOTTI, F LIPOVESTKY, P SAUL, E MONTES SALABARRIA, R RAMIREZ, M ALVAREZ, A LA MANNA

0040 ABSCESO RENAL POR SALMONELLA OMA: REPORTE DE UN CASO DE INFECCIÓN EXTRAINTESTINAL INFRECUENTE
GE ALVAREZ, G MONTI, MC LLERENA, J QUIROZ, A MEZA, F PACHECO, G ROMERO, N CARLOS

0047 ENFERMEDAD DE WHIPPLE
MF PACHECO AYZA, G MONTI, MC LLERENA, J QUIROZ, N CARLOS, G ALVAREZ, A MEZA

0057 ENDOCARDITIS INFECCIOSA CON EMBOLIZACIÓN SISTÉMICA Y HEMORRAGIA CEREBRAL EN PACIENTE CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA EN HEMODIÁLISIS: REPORTE DE CASO
J BISCARRA

0069 LINFOHISTIOCITOSIS HEMOFAGOCÍTICA SECUNDARIA Y ABSCESO CEREBRAL: "UN DESAFÍO DIAGNÓSTICO EN EL HUÉSPED INMUNOCOMPROMETIDO"
AR CHACON MORA, SM TOLEDO, FH ROJAS, MG RODRÍGUEZ ALVAREZ, LB FIGUEROA, DA SANTOS, JJ BRUGUES HERNANDEZ, MA TEHERAN WILCHES, NA PARENTE

0116 NEUMONÍA GRAVE POR VIRUS VARICELA-ZÓSTER EN INMUNOCOMPETENTE: DE EXANTEMA A SÍNDROME DE DISTRÉS RESPIRATORIO AGUDO
UG VILLAVAZA, T MASSIH, E ROMERO, F IRADES, E MINOLDO, C GALLETTI

0291 ESTAFILOCOCCEMIA INVASIVA CON ABSCESOS MUSCULARES, PIOMIOSITIS Y MULTIPLES FOCOS SÉPTICOS EN PACIENTE ADULTO: REPORTE DE CASO
A GONZALEZ

0303 ABSCESO EPIDURAL ESPINAL CERVICAL COMPLICADO CON CUADRIPARESIA, ENDOCARDITIS Y ABDOMEN AGUDO: REPORTE DE CASO
FN NUÑEZ

0326 HEPATITIS HERPÉTICA: DIAGNÓSTICO TEMPRANO MEJORA LA RESPUESTA CLÍNICA. REPORTE DE CASO
A RAMÍREZ-AYALA, P SAÚL, C DOMÍNGUEZ, Y HUARACHI-CHIRILLA, S CÁCERES, C VARGAS, V CHEDIACK, E CUNTO

20/08/2026 - 16:30 a 17:30

DISCUSIÓN DE POSTERS ELECTRÓNICOS 25

Neumonología / Kinesiología 1

Estación San Martín-Posters 1

0074 EL DESAFÍO DEL WEANING EN PACIENTE CON BOCIO MULTINODULAR TÓXICO
LE VILLARROEL LINARES, SM TOLEDO, MS MUZZILLO, MG RODRÍGUEZ ALVAREZ, LB FIGUEROA, DA SANTOS, ER ECHEGARAY, JJ BRUGUES HERNANDEZ, DL PAZ, JE VALLEJOS

0147 REPORTE DE CASO: FISTULA TRAQUEOESOFAGICA ADQUIRIDA. LIMITES DEL CIERRE PRIMARIO CON MUSCULO
A PEREZ, C ORELLANO, Y ADALA, D LANGIANESE, I PARODI

0190 TRAQUEOSTOMÍA PERCUTÁNEA (TP) GUÍADA POR ULTRASONOGRAFÍA (US) PREVIA Y POR FIBROBRONCOSCOPÍA)(FBB) DURANTE EL PROCEDIMIENTO, RELATO DE UN CASO CLÍNICO
D ROMERO, A TAMAYO, A RODRÍGUEZ

0217 TRAQUEOSTOMÍA: EPIDEMIOLOGÍA DE UNA UCI DE ADULTOS MAYORES
M ACEVEDO, C OLGUIN, D ÁLVAREZ, M VEGA ZAMBRANO, J VOSS, E ÀLVAREZ, J BUCAREY, P BALMACEDA, G VALVERDE

0337 DE LA SOSPECHA CLÍNICA AL CIERRE ENDOSCÓPICO: MANEJO DE UNA FÍSTULA TRAQUEOESOFÁGICA EN PACIENTE CRÍTICO, REPORTE DE UN CASO
E JARAMILLO LUGO, M YEPEZ CARMONA, F NACHMAN, F YOCCO, F KLEIN

0431 COLAPSO DINÀMICO DE LA VA- REPORTE DE 3 CASOS
RC GONZALEZ, S LABASSE

0435 HEMOPTISIS COMO SIMULADOR ONCOLOGICO: ANOMALÍA VASCULAR BRONQUIAL. REPORTE DE CASO
CI VILLANUEVA MASSARDO, M TRAMAGLIA, AL AYALA, F MONZALVES

20/08/2026 - 17:30 a 18:30

DISCUSIÓN DE POSTERS ELECTRÓNICOS 26

Neumonología / Kinesiología 2

Estación San Martín-Posters 1

0198 MÚSCULOS DE ACERO, PULMÓN DE ACEITE: REPORTE DE UN CASO INFRECUENTE DE SÍNDROME DE DISTRÉS RESPIRATORIO AGUDO (SDRA)
IS SCHALLER, M VERA, L ZELADA, R SALATINO, G LÓPEZ, P GARRO, N PUNZINO, I DEL CASTILLO

0218 ASPERGILOSIS BRONCOPULMONAR ALÉRGICA (ABPA) Y DISTRÉS RESPIRATORIO GRAVE
JM OCHOA, AN GUTIERREZ, JJ NAVOTKA, MA OJEDA, C LOPEZ, MA COCERES, C PISARELLO, N CRISTALDO

0236 DECÚBITO PRONO EN EL SÍNDROME DE DISTRÉS RESPIRATORIO AGUDO POR TRAUMA TORÁCICO: REPORTE DE CASO
A SIONE, J ALAGUIBE, C MALLO, C PETENATTI, C MISER

0260 DE LA INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AL DIAGNÓSTICO: DESAFÍO CLÍNICO EN MIASTENIA GRAVIS ANTI-MUSK
L DÍAZ, P VERÓN, P DOMÍNGUEZ, S VIERA

0261 HIPOVENTILACIÓN NOCTURNA DEL ADULTO: A PROPÓSITO DE UN CASO
L DÍAZ, P DOMÍNGUEZ, G FERNANDEZ

0376 DECÚBITO PRONO EN PACIENTES CON SDRA SEVERO: CARACTERÍSTICAS RESPIRATORIAS, HEMODINÁMICAS Y RENALES EN UNA UCI MÉDICO-QUIRÚRGICA
E DEL VALLE, JB CAMPOSTRINI, R ROSA, A CAMPOS, M MORELLI, I BIURRARENA, S LANCHAS, D CONTRERAS, M TOMAS, G MALDONADO, M NUCCIARONE, A BETANCUR, J VILCA, C LOUDET

20/08/2026 - 18:30 a 19:30

DISCUSIÓN DE POSTERS ELECTRÓNICOS 27

Neumonología / Kinesiología 3

Estación San Martín-Posters 1

0028 EVOLUCIÓN CLÍNICA Y ABORDAJE KINÉSICO INTEGRAL EN UN PACIENTE CON HEMORRAGIA ALVEOLAR DIFUSA SECUNDARIA A LEPTOSPIROSIS GRAVE.
MF RONDAN VALDIVIEZO

0039 NÓDULOS PULMONARES CAVITADOS, GRANULOMAS NECROTIZANTES Y ESTUDIOS MICROBIOLÓGICOS NEGATIVOS EN PACIENTE JOVEN: UN DESAFÍO DIAGNÓSTICO ENTRE INFECCIÓN Y ENFERMEDAD INFLAMATORIA SISTÉMICA
JJ MADERA MERCHÁN, M CLAUS SEDENZKI, M CLEMENTE, M AGAZZI, I BLEDEL, G CASTAÑO, C NIGRO, J ROLLERI, S MALNIS, E DIBUR, F REINO, B REYNOSO, E ALAIS

0044 SINDROME DE DISTRES RESPIRATORIO AGUDO (SDRA) SEVERO REFRACTARIO SECUNDARIO A NEUMONÍA GRAVE POR CHLAMYDIA PSITTACI CON REQUERIMIENTO DE ECMO Y COMPLICACION NEUROLOGICA ISQUEMICA: REPORTE DE CASO
M KASTNER, M ZAIEG, S MARTINETTI, L NALLIM

0182 CUANDO EL PULMÓN HABLA: CAMINO HACIA EL DIAGNÓSTICO DE HEMORRAGIA ALVEOLAR / REPORTE DE CASO
CG ARCE

0193 SÍNDROME PULMÓN-RIÑÓN SERONEGATIVO EN UTI: DESAFÍO DIAGNÓSTICO
M CAMBRE, G FERNÁNDEZ, R LÓPEZ, P DOMÍNGUEZ, H GARCÍA, R VARGAS MARTÍNEZ

0331 DESTETE VENTILATORIO EN PACIENTE CON CARDIOPATÍA CONGÉNITA CIANÓTICA COMPLEJA: ¿DISTRÉS RESPIRATORIO O FISIOPATOLOGÍA DE BASE?
MA NAVARRO SALINAS

20/08/2026 - 17:00 a 18:00

DISCUSIÓN DE POSTERS ELECTRÓNICOS 28

Neumonología / Kinesiología 4

Estación San Martín-Posters 2

0081 ¿EXTUBAMOS MÁS DE LO QUE INTUBAMOS? DINÁMICA DE LA VÍA AÉREA EN UNA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA OBSTÉTRICA
R KARATANASOPULOZ, G LEVY, M MENDIETA, JC FLORES, A SHERIDAN BARBOZA, L GOSSEN, V ROMAN, V RUIZ, L LEMOS, L ZADO, G ENCINAS, H SALAS, V SANCHEZ PERALTA

0117 CUANDO LA ALINEACIÓN IMPORTA: DISFAGIA REVERSIBLE TRAS FUSIÓN OCCIPITOCERVICAL
NS ROMERO, DA VILLACRES AGUILAS, JC MOREIRA, F LAROCCA, GT ROLANDELL, S MARTINEZ, DE VERA

0280 REPORTE DE CASO: MANEJO MULTIDISCIPLINARIO DE LA FÍSTULA TRAQUEO-ESOFÁGICA COMO COMPLICACIÓN DE LA TRAQUEOSTOMÍA PERCUTÁNEA
M GUADO, E OJEDA, V GONZÁLEZ, C PEREYRA, G MICAELA, YS PÉREZ, C TORANCIO, M KORSUNSKY, I RITOU

0385 MIASIS TRAQUEOSTOMAL: REPORTE DE CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA
V GALENDE, C OLIVERA, M CONTRERAS, L COLLOSSO

0414 ADENOCARCINOMA DE PULMÓN: SIMULADOR DE SÍNDROME DE DISTRÉS RESPIRATORIO AGUDO REFRACTARIO. REPORTE DE CASO
AL AYALA, C VILLANUEVA, M TRAMAGLIA, F MONZALVEZ

0420 VENTILACIÓN MECÁNICA PROLONGADA EN SUJETOS CON LESIÓN CEREBRAL AGUDA. ESTUDIO OBSERVACIONAL, DESCRIPTIVO Y RETROSPECTIVO
MA RIBEIRO, DJ SALTO, CA FORÉS, JÁ DELGADO QUISPE, SM ANDRÉS JAIME, D RODRIGUEZ, M PETRE

0504 ENFERMEDAD DE LEEUWENHOEK EN VENTILACIÓN MECÁNICA: ANÁLISIS FISIOLÓGICO DE LAS MIOCLONÍAS DIAFRAGMÁTICAS A TRAVÉS DE LA MANOMETRÍA ESOFÁGICA. REPORTE DE CASO
C SUAREZ ABOY, MO VÁZQUEZ, RS MORACCI, V BRAVO, M URDANGARIN GOTI, AY DOMINGUEZ, LM GALVAN, ER BRIZUELA, GA PLOTNIKOW

20/08/2026 - 09:00 a 10:30

DISCUSIÓN DE POSTERS ELECTRÓNICOS 29

Trasplante y Procuración

Estación San Martín-Posters 2

0156 CUANDO EL HÍGADO FALLA Y LA VISIÓN SE APAGA: CEGUERA CORTICAL REVERSIBLE EN ENCEFALOPATÍA HEPÁTICA
MI CAZENAVE, E BELLONE, MJ BONILLA, S PRATESI, A DONNELLY, D CZERWONKO, A GIRA, D MONARDO, S COSENZA

0172 TROMBOSIS EXTENSA SUPRA E INFRARRENAL DE CAUSA MULTIFACTORIAL EN PACIENTE TRASPLANTADA RENAL
A DONELLY, F LEVERATTO, JC SANTANA, J KOPAS, G FINKELSTEIN, R COSTANTINI, D MONARDO, A RIOS, V POUSA, A GIRA, S COSENZA

0273 CUANDO EL HÍGADO LLORA, EL PULMÓN SE INUNDA: REFRACTARIEDAD EN EL POSTRASPLANTE
I DEL CASTILLO, I SCHALLER, P GARRO, RN PUNZINO, L ZELADA, R SALATINO, G LOPEZ, J GARCIA INOSTROSA, JL SILVESTRE

0282 INADECUADA ASIGNACIÓN DE ÓRGANOS ANTE LA EMERGENCIA: FALLA HEPÁTICA FULMINANTE CON DIAGNÓSTICO ETIOLÓGICO TARDÍO
M ARFILLI PÉREZ, C SOLARTE MORA, S AGUIRRE, VB PAIS, C TONELLI, GE RAMOS, V PICOLLA

0330 ATRAPADA EN SU CUERPO: EL DESAFÍO DEL MUTISMO ACINÉTICO POST-TRASPLANTE
D BAFUMO, P GARRO, R SALATINO, L ZELADA, JL SILVESTRE

0335 FALLA HEPÁTICA AGUDA ASOCIADO A FIEBRE Y RASH MACULO PAPULAR
S GOMEZ PERTUZ, A GORNATI, V DESCALZI, L AGUIRRE, F KLEIN

0393 CUANDO LA ASISTOLIA SE CONVIERTE EN ESPERANZA
CM PACHECO

0503 SÍNDROME DE BUDD CHIARI POSTERIOR A TRASPLANTE HEPÁTICO
N PAEZ GALLEGUILLO, J PAULA, C NUÑEZ, S MULLER, J OSATNIK, H HUERTA

20/08/2026 - 10:30 a 11:30

DISCUSIÓN DE POSTERS ELECTRÓNICOS 30

Neurointensivismo 1

Estación San Martín-Posters 2

0113 CRANIECTOMÍA DESCOMPRESIVA COMO TERAPIA DE RESCATE EN ENCEFALITIS HERPÉTICA GRAVE: REPORTE DE CASO Y MANEJO NEUROCRÍTICO
UG VILLAVAZA, T MASSIH, A VILLEGAS, R ALVAREZ, P CALCAGNO, C GALLETTI

0321 REGISTRO DE PACIENTES CON HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA ESPONTÁNEA INGRESADOS A LA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA DEL HOSPITAL ESCUELA DE AGUDOS DR. RAMÓN MADARIAGA
SA GOMEZ MENDEZ, EE ALFONSO, SD RIBAK, R OSTROWSKI, NP BARRETO, AE CARRERA

0362 EVALUACIÓN MULTIMODAL DEL TAP TEST LUMBAR DE GRAN VOLUMEN EN PACIENTES CRÍTICOS: DETECCIÓN DE CAMBIOS NEUROLÓGICOS SUTILES BAJO ASISTENCIA RESPIRATORIA MECÁNICA
CO MURUCHI ACUÑA, JR BINDA, F YOCCO, FR KLEIN

0480 DAÑO CEREBRAL CATASTRÓFICO Y SU RELACIÓN CON LA DONACIÓN DE ÓRGANOS
JD CAMEJO CEDILLO, A AGARZUA, M ARFILLI, S BALDERRAMA, L SANTORO, L TRUNZO, K VILLARROEL

0491 SÍNDROME MELAS COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE ACV ISQUÉMICO EN PACIENTE JOVEN: REPORTE DE CASO
HM SARABIA ALBIS, JE NARANJO SÁNCHEZ, VG COLQUE MAITA, CU FRANZ ÁLVARO, H BONGIOANNI, D PIEZNY, J SAGARDIA

0501 MÁS ALLÁ DE LAS 4,5 HORAS: TROMBÓLISIS EN ACV ISQUÉMICO EN VENTANA EXTENDIDA EN EMERGENCIAS. REPORTE DE CASO
R MARTINEZ, RE MARTINEZ ACUÑA, N VEGA, L AGUILAR, G PEREZ

0509 AFECTACIÓN NEUROENDOCRINA EN EL TRAUMATISMO DE CRÁNEO CON AFECTACIÓN DE REGIÓN SELAR: EXPERIENCIA EN EL HOSPITAL DE URGENCIAS DE LA MUNICIPALIDAD DE CÓRDOBA DURANTE EL AÑO 2025
E BOTTINO, PB PAHNKE

20/08/2026 - 11:30 a 12:30

DISCUSIÓN DE POSTERS ELECTRÓNICOS 31

Neurointensivismo 2

Estación San Martín-Posters 2

0115 IMPACTO DEL USO PRECOZ DE INMUNOGLOBULINA INTRAVENOSA: FALLA DE EXTUBACIÓN COMO MANIFESTACIÓN DE CRISIS MIASTÉNICA ATÍPICA.
DA VILLACRES AGUILAR, AB ACOSTA GUTIERREZ, JC MOREIRA, JL ARIAS AYUBB, MA BARRIENTOS, S MARTINEZ, DE VERA

0384 SEGUNDOS QUE CUENTAN, ESCALAS QUE SALVAN
P VILLECCO, E BLESSIO, P PAHNKE

0387 SÍNDROME CEREBELOSO SUBAGUDO: A PROPÓSITO DE UN CASO
V FERNANDEZ BEASSONI, G WERNICKE, B CAMPS, V DOMINGUEZ, A COSTA, M FERNANDEZ BEASSONI, G ABRILE, CE RODRIGUEZ

0389 REPORTE DE CASO: USO DE MILRINONA INTRA-ARTERIAL COMO TRATAMIENTO DE VASOESPASMO ASOCIADO A HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA DE ORIGEN TRAUMATICO
M YUBEL, C VIDELA

0444 REPORTE DE CASO CLINICO: NEURO MONITOREO NO INASIVO EN TEC GRAVE EN POSICION PRONO
H LOPEZ, B FERNANDEZ, J MUÑOZ, JC MONTES DE OCA, S MONTAÑO, L MONTAÑO, W VIDETTA, A TAMAYO, A MONTES DE OCA

0446 ENCEFALITIS PARANEOPLÁSICA ANTI-HU ASOCIADA A TUMOR DE CÉLULAS GERMINALES MEDIASTINAL: EL ROL DEL MONITOREO ELECTROENCEFALOGRÁFICO Y EL ABORDAJE INTERDISCIPLINARIO EN LA UTI
FI MONZALVEZ, MS TRAMAGLIA, AL AYALA, C VILLANUEVA

0459 HIPEREOSINOFILIA SEVERA ASOCIADA A ENCEFALOPATÍA VASCULOPÁTICA INFLAMATORIA CON DAÑO NEUROLÓGICO IRREVERSIBLE
YC RODRIGUEZ PONCE, CL FERNANDEZ, L KUMAR, H BONGIOANNI

0473 CRISIS EPILÉPTICA EN EL PUERPERIO A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO
J SILVA, X REYNOSO, A SAENZ VALIENTE, L ARGUEYES

20/08/2026 - 12:30 a 13:30

DISCUSIÓN DE POSTERS ELECTRÓNICOS 32

Neurointensivismo 3

Estación San Martín-Posters 2

0244 HIPERTENSIÓN ENDOCRANEANA REFRACTARIA EN CRIPTOCOCOSIS MENÍNGEA: ROL DEL DRENAJE LUMBAR EXTERNO. REPORTE DE CASO
V OLIVA, C GALLETTI, P CALCAGNO, E MINOLDO

0252 TROMBOSIS VENOSA CEREBRAL EXTENSA CON PRESENTACIÓN INICIAL COMO HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA: REPORTE DE CASO
J ALAGUIBE, C MALLO, A SIONE, C PETENATII, C MISER

0267 MONITOREA MAS PARA INTERVENIR MENOS: NEURO MONITOREO MULTIMODAL EN TROMBOSIS VENOSA CEREBRAL-REPORTE DE CASO
D TAIPE, R DELFIN, D CAROLINA, C MARCELO, P FELIX, N NICOLAS, S PABLO, T VERONICA, E CONRADO

0269 ACCIDENTE CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO SECUNDARIO A EMBOLIA GASEOSA CEREBRAL
D TAIPE, R DELFIN, C DIAZ, M COSTILLA, F PALOMINO, N NIHANY, V TERRAZAS, M LAZARO, C ESTOL

0279 REPORTE DE CASO: CRISIS COLINÉRGICA EN PACIENTE CON MIASTENIA GRAVIS DE NOVO
P RAMIREZ, R CASTRO, M DUARTE, M PIAGGIO, L COLLAZO, B PEREZ, N VARGAS, R LOBO

0289 EVENTO TROMBÓTICO CEREBRAL FULMINANTE COMO FORMA DE PRESENTACIÓN INICIAL DE POSIBLE SÍNDROME ANTIFOSFOLIPÍDICO CATASTRÓFICO EN PACIENTE JOVEN
CA CENTURION KAUZ, S IRINA, R YAMILA LUJAN, S CLAUDIA, R MATEO

0301 NEUROMIELITIS ÓPTICA MIMETIZADA
E JIMENEZ, S HEALY, C GARNERO, ML ORTIZ, J ARROYO, JA GARCÍA, M BERMEO, M RAGAZZOLLI, S KAMBOURIAN, M CALANI, N SOUZA, JA RIVAS, A TORO, C BALASINI

0310 VASOESPASMO CEREBRAL COMO COMPLICACIÓN POSQUIRÚRGICA EN LA DESCOMPRESIÓN MICROVASCULAR DEL TRIGÉMINO: REPORTE DE CASOS
P CENTANNI, M BRIZUELA, AL NISNIK, G ANALIA

20/08/2026 - 13:30 a 14:30

DISCUSIÓN DE POSTERS ELECTRÓNICOS 33

Reumatología / Inmunología

Estación San Martín-Posters 2

0083 RHUPUS Y LAS COMPLICACIONES EN SU BÚSQUEDA
S SANCHEZ, M MAGALLANES, A GONZALEZ, D SCAFURO, C BALENZANO

0095 DESAFÍOS METABÓLICOS DEL EFECTO WARBURG EN LA LEUCEMIA LINFOBLÁSTICA AGUDA B (LLA-B) EN EL PACIENTE CRÍTICO
H DE LA HOZ, S RAMIREZ, V REYES, J GELVIZ, I SOZAYA, A MARCANO, C ERAZO

0125 COMA DE CAUSA FRECUENTE EN LA UNIDAD DE CUIDADOS CRÍTICOS INTENSIVOS
JC ACOSTA, DA VILLACRES AGUILAR, JL ARIAS AYUBB, GT ROLANDELLI, S MARTINEZ, DE VERA

0126 EL TRIÁNGULO DE LAS BERMUDAS EN UTI: STILL, SAM Y FARMACODERMIA
NR PUNZINO, I SCHALLER, P GARRO, I DEL CASTILLO, MR SALATINO, G LOPEZ, LE ZELADA, M VERA, JL SILVESTRE

0163 TOXICIDAD POR ANTICUERPO CONJUGADO: UN IMITADOR DE INFECCIÓN EN PACIENTE CRÍTICA A PROPÓSITO DE UN CASO
MV VIEIRA DA COSTA, , S VIERA, P DOMÍNGUEZ, G FERNÁNDEZ

0424 MIOPATÍA NECROTIZANTE INMUNOMEDIADA CON AUTOANTICUERPOS ANTI-PARTÍCULA DE RECONOCIMIENTO DE SEÑAL (ANTI-SRP) CON COMPROMISO RESPIRATORIO SEVERO: DESAFÍO EN EL DESTETE VENTILATORIO
M CAPRETTA, G NIS, P NATALIA, M CONTRERAS, J VEGA ROMERO, C ROTEDA

0499 RECAMBIO PLASMÁTICO TERAPÉUTICO COMO TERAPIA DE RESCATE EN SÍNDROME DRESS CON COMPROMISO HEPÁTICO SEVERO. REPORTE DE CASOS
AL RAMIREZ AYALA, S PIZARRO, D ASIN, A QUISPE, C SUSANA, N CAMPAGNUCCI, G LORENA, RS GREGORI, P SAUL

21/08/2026 - 10:00 a 11:00

DISCUSIÓN DE POSTERS ELECTRÓNICOS 34

Pediatría 1

Estación San Martín-Posters 1

0124 PRIMER DONACIÓN PEDIÁTRICA EN ASISTOLIA CONTROLADA EN ARGENTINA
C OREGIONI, MF ÁLVAREZ, M GUERESCHI, A MUHLBERGER, L CASTILLO, F ONTIVERO, JC POMIRO, J BARTOLI

0309 ABORDAJE FARMACÉUTICO DE LA VARIABILIDAD FARMACOCINÉTICA DE ANTIMICROBIANOS, EN PACIENTES PEDIÁTRICOS EN ECMO: DISEÑO DE UN PROTOCOLO DE VERIFICACIÓN Y DOSIFICACIÓN
A PAULUZZI, A MALVICINI

0456 LESIÓN INVASIVA DE VÍA AÉREA POR LINFOMA T: REPORTE DE CASO
J MOURADIAN, C OLGUIN, L BALDASSO, K BURCHER

0458 PERITONITIS SECUNDARIA A OCLUSIÓN INTESTINAL POSTRAUMÁTICA EN CONTEXTO DE MALTRATO INFANTIL: REPORTE DE CASO
J MOURADIAN, C OLGUIN, L BALDASSO, K BURCHER

0463 HIPERLACTACIDEMIA POR ADRENALINA EN SHOCK ANAFILACTICO. REPORTE DE CASO
C OLGUIN, K BURCHER, L BALDASSO, J MOURADIAN

0523 TROMBOSIS SÉPTICA DEL SENO CAVERNOSO POR STAPHYLOCOCCUS AUREUS RESISTENTE A METICILINA, A PROPÓSITO DE UN CASO.
J ESPINOZA

0525 REPORTE DE UN CASO DE POLIANGEITIS MICROSCÓPICA EN LA INFANCIA
ME PARODI, M BELLO, K BARRETO MANSILLA, V TODONE, J VERDURA, A COLAZO, V PIEROTTI, A PEDRAZZOLI

0543 MIOCARDIOPATÍA POR ESTRÉS TIPO TAKOTSUBO INVERTIDO EN UN PACIENTE PEDIÁTRICO CRÍTICO
C MOREIRA, Y DA LUZ, S ANTÚNEZ, G NAYA

21/08/2026 - 11:00 a 12:00

DISCUSIÓN DE POSTERS ELECTRÓNICOS 35

Pediatría 2

Estación San Martín-Posters 1

0394 LEPTOSPIROSIS GRAVE CON HEMORRAGIA PULMONAR Y FALLA MULTIORGÁNICA EN UN ADOLESCENTE: REPORTE DE CASO
TA BRAVO NUÑEZ, LL AYLLÓN IRALA, W TAPIA, D RAMOS, PA CASTELLANI, M RABINO, MB PREZIOSO

0421 ¿ENCEFALOPATÍA SÉPTICA O SÍNDROME DE ENCEFALOPATÍA POSTERIOR REVERSIBLE? UN DESAFÍO DIAGNÓSTICO EN EL PACIENTE CRÍTICO
A FELDMAN, G SIBILA, M ALIAGA, A ALEJANDRO, K SIVILA, E ETCHEGARAY, C LOPEZ, C BENAY, N FALCON PEREZ, E ARISTA, N TIRIBELLI, J CAPELLA

0423 **HIPOXEMIA REFRACTARIA COMO PRESENTACIÓN DE MALFORMACIONES ARTERIOVENOSAS PULMONARES EN UNA PACIENTE PEDIÁTRICA: A PROPÓSITO DE UN CASO**
BH COSENTINO, F CAMPOS, P CEVASCO, R CARMONA

0425 **COMPLICACIÓN POCO FRECUENTE EN PACIENTE TRASPLANTADA HEPÁTICA CON DIAGNÓSTICO RECIENTE DE SARCOMA DE KAPOSI: A PROPÓSITO DE UN CASO**
BH COSENTINO, C FIAMA, P CEVASCO, A TEVEZ ECHAZU, M ZUAZAGA

0434 **MIOCARDITIS ASOCIADA A INFECCIÓN POR PARVOVIRUS B19 EN PACIENTE PEDIÁTRICO COMO INFECCIÓN AGUDA Y INUSUAL: REPORTE DE CASO**
B BURGOS, V PERNAS

0448 **SHOCK CARDIOGÉNICO EN PEDIATRÍA, MANEJO INICIAL Y RESULTADOS**
M AVILA, S LUGO

0450 **NEUROPARÁLISIS POCO FRECUENTE: REPORTE DE CASO: BOTULISMO ALIMENTARIO GRAVE**
CN OLGUIN, J MOURADIAN, L BALDASSO, K BURCHER

0455 **DONACIÓN EN ASISTOLIA, CAMBIO DE PARADIGMA EN EL FIN DE VIDA**
A BUSTOS, S LUGO, A PODESTÁ, L VISSANI

21/08/2026 - 12:00 a 13:00

DISCUSIÓN DE POSTERS ELECTRÓNICOS 36

Pediatría 3

Estación San Martín-Posters 1

0181 **ÍSTULA TRAQUEOESOFÁGICA 2° A INGESTA DE PILA BOTÓN EN PACIENTE PEDIÁTRICO. COMPLICACIONES MÁS ALLÁ DE LA RESOLUCIÓN QUIRÚRGICA**
E RIASCOS, N PAOLETTI

0207 **NEUMONÍA COMPLICADA CON DERRAME PLEURAL Y REQUERIMIENTO QUIRÚRGICO. REPORTE DE CASOS**
OH GOMEZ LUND, ME BOBBIO, S MORENO

0209 **EXACERBACIÓN ASMÁTICA COMPLICADA CON SÍNDROME DE ESCAPE AÉREO Y EFECTO MACKLIN EN ADOLESCENTE: REPORTE DE CASO**
OH GOMEZ LUND, ME BOBBIO, E MONTERO NUÑEZ

0210 **SÍNDROME DE AORTA MEDIA EN PEDIATRÍA: EMERGENCIA HIPERTENSIVA Y COMPROMISO VASCULAR MULTITERRITORIAL COMO PRESENTACIÓN INICIAL**
DL RAMOS VARGAS, J ASCUY LEDEZMA, W TAPIA VENTEMILLAS, PA CASTELLANI, CM LUTKEVICIUS, MB PREZIOSO, R EGUES ALMEIDA, MA ARRIETA

0240 **ENCEFALOPATÍA HIPERAMONIÉMICA SEVERA ASOCIADA A ÁCIDO VALPROICO EN UN ADOLESCENTE CON POLIFARMACIA PSIQUIÁTRICA Y RESTRICCIÓN ALIMENTARIA**
DL RAMOS VARGAS, M RABINO, MB PREZIOSO, PA CASTELLANI, W TAPIA, T BRAVO

0262 **HIPERTENSIÓN ENDOCRANEANA SECUNDARIA A ABSCESO CEREBRAL POR STREPTOCOCCUS INTERMEDIUS EN UN NIÑO PREVIAMENTE SANO**
M ENZETTI, MB FORCELLI, B ORTIZ BREARD, A CARETTA, C MEREGALLI

0264 **ENCEFALOPATIA NECROTIZANTE AGUDA, A PROPOSITO DE UN CASO**
ME BLANDO, C DUEÑAS, G SCIOLLA, F JUDAIS, M TELLO

0274 **FENOCOPIA DE BRUGADA POR HIPONATREMIA SEVERA COMO DEBUT DE SÍNDROME POLIGLANDULAR AUTOINMUNE TIPO 2 EN ADOLESCENTE: REPORTE DE UN CASO**
M OLIVERA, Y AMILIVIA, F MENDOZA, J BLEIZ, C PEDRAZA

21/08/2026 - 13:00 a 14:00

DISCUSIÓN DE POSTERS ELECTRÓNICOS 37

Pediatría 4

Estación San Martín-Posters 1

0105 **FÍSTULAS ESOFAGOPLEURALES BILATERALES EN PACIENTE PEDIÁTRICA CRÍTICA CON LEUCEMIA LINFOBLÁSTICA AGUDA: REPORTE DE CASO**
L DREILINGER, D DADIN GRADMONT

0123 **ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL DE APARICIÓN ATÍPICA: REPORTE DE CASO**
M BERGATI RUSSELL, R ZALAZAR, G PALACIO, T RENAULT, N SOLANO, J BENITEZ, MP ARIAS LOPEZ

0143 **ACCIDENTE CEREBRO VASCULAR ISQUÉMICO POR ARTERIOPATÍA CEREBRAL FOCAL INFLAMATORIA EN PEDIATRÍA**
N OLIVERA, MA ZUAZAGA, DO VELARDEZ, A TEVES ECHAZU, EA MOTTO

0150 **PANCREATITIS NECROTIZANTE GRAVE, SÍNDROME COMPARTIMENTAL ABDOMINAL Y PANICULITIS PANCREÁTICA. DESAFÍO EN EL TRATAMIENTO DE UN PACIENTE ONCOLÓGICO PEDIÁTRICO**
PL BUREU, MI SUBIRA

0202 **TÉTANOS GRAVE. A PROPÓSITO DE UN CASO**
V MARTINEZ, LA MUCHIUTTI, A VALLEJOS, RM CASTILLA, JM SFORZA, JA MANNIELLO

0298 **EL DERRAME PLEURAL DE ALTO DÉBITO POST-FONTAN COMO MARCADOR DE FRACASO FISIOLÓGICO LINFÁTICO-HEMODINÁMICO. REPORTE DE CASOS**
DA VILLARREAL LEIVA, ES MASSA, J CLAUS, MDV BALESTRINI

0324 **SÍNDROME MEDIASTINAL A TUMOR DE CÉLULAS GERMINALES MIXTO. REPORTE DE CASO SECUNDARIO**
PD ECOS FERNANDEZ, T RENAULT, N SOLANO, J BENITEZ, C KLUN, J STEINER, D TURINA, MP ARIAS

0371 **MIOCARDIOPATÍA DILATADA SEVERA SECUNDARIA A UROPATÍA OBSTRUCTIVA EN PACIENTE PEDIÁTRICA: A PROPÓSITO DE UN CASO**
MG RIQUEL, G PRICOLO, S PEREZ JOHANNETON, MF DALLARDA, RD ORQUEDA, M PITON, MS BUPO

21/08/2026 - 14:00 a 15:00

DISCUSIÓN DE POSTERS ELECTRÓNICOS 38

Pediatría 5

Estación San Martín-Posters 1

0033 **COMPRESIÓN VASCULAR SEVERA Y DISFUNCIÓN DIASTÓLICA POR COLAPSO DE CAVIDADES CARDÍACAS DERECHAS POR SARCOMA DE EWING MEDIASTINAL EN PEDIATRÍA. REPORTE DE CASO**
RB GALLARDO

0104 **PÚRPURA FULMINANS SECUNDARIA A SHOCK SÉPTICO ASOCIADO A DUPLICACIÓN INTESTINAL EN PEDIATRÍA: REPORTE DE CASO**
L DREILINGER, D DADIN

0185 **EL PRECIONDE UN GOL. ACV ISQUEMICO EN PACIENTE PEDIATRICO SECUNDARIO A DISECCION CAROTIDEA**
J GARCIA VALDEZ, RMM DEHEZA MENECES, MDLA ISLAS, P GALLARDO CLAURE, M CACERES MURILLO, E TESTI

0235 **VENTILACIÓN NO INVASIVA EN PACIENTES PEDIÁTRICOS EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS EN UN HOSPITAL PÚBLICO DE LA CIUDAD DE CÓRDOBA (2024-2025). ESTUDIO DESCRIPTIVO**
MA GARCIA, BA CLERICÓ, NY CORVALÁN, F PICOLA

0348 **CRISIS METABÓLICA POR TIROSINEMIA TIPO I CON POLINEUROPATÍA AXONAL SEVERA EN TERAPIA INTENSIVA PEDIÁTRICA: REPORTE DE CASO**
G LENARDUZZI, P MISSIO

0391 **HEMATOMA EXTRADURAL NO TRAUMÁTICO COMO FORMA DE PRESENTACIÓN DE ESCORBUTO EN UNA NIÑA CON TEA. REPORTE DE CASO**
TA BRAVO NUÑEZ, PA CASTELLANI, M RABINO, D RAMOS, W TAPIA

0405 **COQUELUCHE GRAVE EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS: SERIE DE CASOS**
TA BRAVO NUÑEZ, PA CASTELLANI, CM LUTKEVICIUS, M RABINO, MB PREZIOSO, W TAPIA, D RAMOS

0481 **SINDROME DE FIRES. REPORTE DE UN CASO**
ML BALDASSO, CN OLGUIN, JV MOURADIAN BARON, KI BURCHER

19/08/2026 - 14:00 a 15:00

DISCUSIÓN DE POSTERS ELECTRÓNICOS 39

Neurointensivismo 4

Estación San Martín-Posters 1

0112 **LES PRESENTO UN CASO: ENCEFALOPATÍA COMO MANIFESTACIÓN DE LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO**
AB ACOSTA, DA VILLACRES AGUILAR, JC MOREIRA, NS ROMERO, GT ROLANDELLI, S MARTINEZ, DE VERA

0120 **CUANDO LA IMAGEN CONFIRMA LA SOSPECHA: SÍNDROME DE ENCEFALOPATIA POSTERIOR REVERSIBLE EN UTI**
JC MOREIRA, AB ACOSTA GUTIERREZ, NS MARTINEZ, MA BARRIENTOS, S MARTINEZ, DE VERA

0132 **REPORTE DE CASO: PRES CON TRANSFORMACIÓN HEMORRÁGICA**
JC POMIRO, M GUERESCHI, F CHIALVETTO, FG ONTIVERO, CA DEAMBROSSIO, JR BARTOLI

0136 **REPORTE DE CASO: ACV ISQUÉMICO EXTENSO DE TERRITORIO CAROTÍDEO IZQUIERDO DE ORIGEN ATÍPICO**
F ONTIVERO, JC POMIRO, C OREGIONI, C DEAMBROSSIO, F CHIALVETTO, L CASTILLO, M GUERESCHI, JR BARTOLI

0221 **REPORTE DE CASO: DOLICOECTASIA BASILAR TROMBOSADA COMO CAUSA DE COMPROMISO TRONCULAR CATASTRÓFICO EN TERAPIA INTENSIVA**
C VAIRO GAMARRA, A LÓPEZ GAVIRIA, A ARCH, F ONTIVERO, S DOSSI, C CESARI, V CALAUTTI, A CAHUANA

0229 **REPORTE DE CASO: ENCEFALOPATÌA HEPÀTICA - EL MANGANESO, UN NUEVO PROTAGONISTA**
J JARAMILLO, M VÁZQUEZ, S CISNEROS, V ÁVILA, N TANEL, H CICHERO, E ÁLVAREZ, G VALVERDE, L ROCHA

0237 **IAM ANTERIOR COMPLICADO CON ACV ISQUÉMICO AGUDO INTRAPROCEDIMIENTO: REPORTE DE CASO**
M SINGH, G ORSUZA, E TORRES

0241 **ACCIDENTE CEREBROVASCULAR HEMORRAGICO SECUNDARIO A CAVERNOMA PONTINO - REPORTE DE CASO**
CG DE LUCA, D ROMERO, J HERZ, A LUZZI, J LESCANO, E RODRIGUEZ

19/08/2026 - 15:00 a 16:00

DISCUSIÓN DE POSTERS ELECTRÓNICOS 40

Neurointensivismo 5

Estación San Martín-Posters 1

0140 **ENCEFALITIS AUTOINMUNE ANTI-NMDA**
JB CAMPOSTRINI

0148 **CORAZÓN DELATOR: CUANDO LA VÁLVULA MITRAL DICTA LA SENTENCIA CEREBRAL**
N TERSOGLIO, L RETA, R PERDIGUES, MV GUZMAN, MR SALATINO, G LOPEZ, L ZELADA, C DIMARCO, H VITALE

0161 **ANTICUERPOS NEGATIVOS, DIAGNÓSTICO POSITIVO: ENCEFALITIS AUTOINMUNE EN PACIENTE CON CRISIS REFRACTARIAS A PROPÓSITO DE UN CASO**
MV VIEIRA DA COSTA, P VERÓN, P DOMINGUEZ, R LÓPEZ, G FERNÁNDEZ

0162 **LA DERIVACIÓN VENTRÍCULO-PLEURAL COMO ESTRATEGIA DE RESCATE EN SÍNDROME DE DANDY–WALKER**
J KOPAS, E BELLONE, MJ CHUQUIN, L BRANCO, V BRIZUELA, S PRATESI, D MONARDO, D CZERWONKO, A GIRA

0169 **ENCEFALOPATIA POSTERIOR REVERSIBLE ATÍPICA: DISAUTONOMIA Y NEUROPATÍA DE FIBRA FINA COMO CLAVES DIAGNÓSTICAS**
MI CAZENAVE, B PETRINI, JC DI CARLO, MJ BONILLA, L BRANCO, A DONNELLY, P FALVO, D CZERWONKO, E BELLONE, A GIRA, S COSENZA, J ALVAREZ

0178 **STATUS EPILÉPTICO REFRACTARIO SECUNDARIO A TORMENTA TIROIDEA: REPORTE DE CASO**
A CHARRIS VERGARA

0225 **IMPLEMENTACIÓN DE UNIDADES DE ACV EN ÁREAS RURALES, IMPORTANCIA DE INTERVENCION DE ENFERMERIA: IMPACTO EN EL ACCESO A TROMBÓLISIS Y REDUCCIÓN DE INEQUIDADES EN SALUD**
M SINGH, G CASSASOLA, I RODRIGUEZ, B ARAMAYO, A ZAPATA, A LOPEZ, R PEREYRA, M MEDINA, M RODRIGUEZ

0467 **MIDRIASIS ARREACTIVA Y COMA POR CARBAMAZEPINA: UN GRAN SIMULADOR DE MUERTE ENCEFÁLICA. REPORTE DE CASO**
ME NAVA ORTEGA, L ARGUEYES, VG COLQUE MAITA, YC RODRÍGUEZ PONCE, E MOREIRA JAIMES, X REYNOSO GUTIÉRREZ

19/08/2026 - 16:00 a 17:00

DISCUSIÓN DE POSTERS ELECTRÓNICOS 41

Neurointensivismo 6

Estación San Martín-Posters 1

0064 **ACV CRIPTOGÉNICO EN EL ADULTO JOVEN. (REPORTE DE CASOS Y ANÁLISIS CLÍNICO DE ABRIL 2026) JHOELIN**
J NÚÑEZ, S TEILLER, G GRANADO

0067 **SINDROME DE PRES: UN RETO DIAGNOSTICO EN TERAPIA INTENSIVA**
W ANDALUZ, D SUAREZ

0078 **STATUS EPILÉPTICO SUPERREFRACTARIO EN ADULTO JOVEN: SOSPECHA DE ENCEFALITIS AUTOINMUNE SERONEGATIVA EN EL CONTEXTO DE STATUS EPILÉPTICO DE NOVO REFRACTARIO (NORSE)**
P FAVIER, M JAUREGUIBERRY, F SANCHEZ, MP ETCHEMENDI, A ROMANO, MA CAPUTTO

0082 **REPORTE DE CASO - CARCINOMATOSIS MENÍNGEA COMO CAUSA DE ESTADO DE MAL CONVULSIVO REFRACTARIO EN CÁNCER DE MAMA**
G GENTINA, F BARBONE, C CASTARATARO

0088 **TROMBOSIS DEL SENO VENOSO CEREBRAL EN EL PRIMER TRIMESTRE DEL EMBARAZO POR FERTILIZACIÓN IN VITRO. REPORTE DE CASO**
MC PALACIO, D BOSCH, JC MEDINA, C HERBAS, C BEDOYA, A PEREZ, I CARRASCAL, M RAMOS, M CHAMADOIRA

0107 **ENCEFALITIS POR FLAVIVIRUS PRESENTADA COMO STATUS EPILÉPTICO REFRACTARIO: REPORTE DE CASO Y DESAFÍO DIAGNÓSTICO EN TERAPIA INTENSIVA**
Y KREMER, A CHARRIS VERGARA, H IZQUIERDO, M HERRERA

0442 **TROMBOSIS ARTERIAL MÚLTIPLE ASOCIADA A TROMBOFILIA POR FACTOR V DE LEIDEN CON COMPLICACIONES SEVERAS DE REPERFUSIÓN: DESAFÍO TERAPÉUTICO. REPORTE DE CASO**
J ARANDA TRUJILLO

0466 **TROMBOSIS DE SENO VENOSO UN DESAFIO DIAGNOSTICO Y TERAPEUTICO: REPORTE DE CUATRO CASOS**
E VALENCIA HEREDIA, JA MELGAR DIEZ, RD ZENTENO, A CAMELLI, M GILLI

19/08/2026 - 17:00 a 18:00

DISCUSIÓN DE POSTERS ELECTRÓNICOS 42

Neurointensivismo 7

Estación San Martín-Posters 1

0007 **VALORACION DE NERVIO FRENICO PARA COLOCACION DE MARCAPASOS DIAFRAGMATICO**
L GOMEZ, C HORNOS, J PINAZZO

0008 **ENCEFALITIS AUTOINMUNE POR ANTICUERPOS NMDA**
L TORRES

0017 **DE LA CLÍNICA AL DIAGNÓSTICO: LESIÓN INTRAVENTRICULAR Y FARMACODERMIA POR ANTICONVULSIVANTES EN PACIENTE JOVEN. REPORTE DE UN CASO**
B DE ARAUJO CASOTTI, PC MOREIRA SANCHEZ, PA SAUL, F LIPOVESTKY, F MANNARA, A LA MANNA, E MONTES SALABARRIA, MA ALVAREZ

0041 **INTOXICACIÓN GRAVE POR MONÓXIDO DE CARBONO CON COMPROMISO NEUROLÓGICO EXTENSO Y RECUPERACIÓN FUNCIONAL PARCIAL: REPORTE DE CASO**
ME NAYA, L GALLARDO, R LIGARDA, F FERNANDEZ, P BELEN, L URANGA, Z SILVIA

0042 **TROMBOSIS VENOSA CEREBRAL EN PUERPERIO INMEDIATO: DE CEFALEA A COMPROMISO NEUROLOGICO SEVERO. UN DESAFIO**
A MEZA PEREZ, G MONTI, MC LLERENA, J QUIROZ, G ALVAREZ, G ROMERO, F PACHECO

0049 **ACCIDENTE CEREBROVASCULAR EN PACIENTE JOVEN CON COMPROMISO MULTIFOCAL DE GRANDES VASOS: REPORTE DE CASO**
R BUSTILLO, P CAPPONI, I CERATTTO

0062 **REPORTE DE CASO - STATUS EPILÉPTICO REFRACTARIO SECUNDARIO A TIROIDECTOMÍA E INTERRUPCIÓN DE TRATAMIENTO**
A BARRIRERO, F BARBONE, C CASTARATARO

0063 **EFECTOS DEL CO2 SOBRE LA HEMODINAMIA CEREBRAL EVALUADA MEDIANTE DOPPLER TRANSCRANEAL EN PACIENTES CRÍTICOS**
L GONZALES CORONEL, D VARGAS LOOR, A VERA CARRILLO, A RODRIGUEZ, I MARTIN, I FIALHO, D ERLICH, G IZZO, E RODRIGUEZ, M MASTRULI

21/08/2026 - 15:00 a 16:00

DISCUSIÓN DE POSTERS ELECTRÓNICOS 43

Pediatría 6

Estación San Martín-Posters 1

0068 **MANEJO AGRESIVO POR FASCITIS NECROTIZANTE Y GANGRENA DE FOURNIER EN PACIENTE CON DEBUT LEUCÉMICO**
V RAMELLS, F TABACCO, MG GUTIERREZ, MA BORETTO, JC ACUÑA, C LEMOINE, L FLYNN, E ALVAREZ

0090 **DONACIÓN EN ASISTOLIA EN PEDIATRIA A PROPOSITO DE UN CASO**
E ALVAREZ, N BARDAZZI, MA BORETTO, EM MANSILLA GUEVERA, S DANIEL, A NAL, V RAMELLS, MG GUTIERREZ

PREMIOS

19/08/2026 - 08:00 a 10:00

PREMIO 01

Trabajos a Premio

Estación San Martín-Posters 1

0012 VARIABLES DE PROGRAMACIÓN Y MONITOREO VENTILATORIO ASOCIADOS AL FRACASO EN EL PROCESO DE WEANING EN PACIENTES CRÍTICOS: UN ESTUDIO RETROSPECTIVO
E STEINBERG, L GAREGNANI, D STEINBERG, E MANIAS, J DORADO, R BRAGAGNOLO, G PLOTNIKOW, L GALVÁN, A DOMINGUEZ, L GIMENEZ, N LAVITOLA, P LOVAZZANO, L MAZZINI, J NIETO, M SETTEN

0097 LA PRESEPSINA AL INICIO DE LA SEPSIS PREDICE LESIÓN RENAL AGUDA EN PACIENTES CRÍTICOS CON FUNCIÓN RENAL PRESERVADA
D AMITRANO, J ASPARCH, V MONZÓN, I HUESPE, P WEBER ORTIZ, L CASES, J NAGOURNEY, N CONTRERA ROLÓN, I CARBONI BISSO, I FERNÁNDEZ CEBALLOS, E PRADO

0268 RENDIMIENTO DE HUMIDIFICADORES ACTIVOS EN VENTILACIÓN NO INVASIVA: ESTUDIO EXPERIMENTAL
V BRAVO, LM GALVAN, M URDANGARIN GOTI, AY DOMINGUEZ, C SUAREZ ABOY, MO VAZQUEZ, ER BRIZUELA, RS MORACCI, GA PLOTNIKOW

0368 REPROCESAMIENTO DE LA MÁSCARA FACIAL TOTAL PARA VENTILACIÓN NO INVASIVA EN LAS UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA EN UN HOSPITAL PÚBLICO PEDIÁTRICO DE ALTA COMPLEJIDAD: USABILIDAD, BIOSEGURIDAD Y SUSTENTABILIDAD
J SIMONASSI, G STARCHUK, MT CANZOBRE, M KANNEMAN, V LOPEZ FIORITO, V BONADA

0419 VARIABILIDAD RESPIRATORIA DEL FLUJO MICROVASCULAR SUBLINGUAL EN PACIENTES CON SHOCK SÉPTICO Y VOLUNTARIOS SANOS.
J ROMANO, A DUBIN, C ROGGIERO, X MONNET, M MUGNO, A BARRUETA, V KANOORE EDUL

0489 PRESIÓN SISTÉMICA MEDIA (PSM): INTERCAMBIABILIDAD DE MÉTODOS DE MEDICIÓN Y ASOCIACIÓN DE SU COMPORTAMIENTO CON OTRAS VARIABLES HEMODINÁMICAS EN PACIENTES CON SHOCK. CONTINUIDAD DE ESTUDIO
MA ORELLANO, JC PENDINO, LR BETTINI, FO FIORILLI, JI IBARZABAL, WD SACCHI, GB HARVEY

0497 UTILIDAD DEL ULTRASONIDO PULMONAR, DIAFRAGMÁTICO Y CARDÍACO EN LA PREDICCIÓN DE FALLA DE EXTUBACIÓN EN PACIENTES CRÍTICOS: ESTUDIO MULTICÉNTRICO INTERNACIONAL ECO-WEANING
A SOSA, I HUESPE, L BERTORELLO ANDRADE, M KLEINERT, F DALDOSS, B TORT ORIBE, M VAENA, R LUMINI, J ZABALLA, J VILLEGAS, P STAFFOLANI, M EMILIA MALCUN, N CAPUTO, L BUJÁN, D AVILA POLETTI, A CUCCI, M CÓRDOBA, C LOUDET, O BOLAÑOS LADÍNEZ, S LÓPEZ LAAZ, J JOSÉ FOLCO, G GÓMEZ, A GIRA, P SAÚL, P LORAN, Á PÉREZ, G OLAIZOLA, I FERNÁNDEZ CEBALLOS

20/08/2026 - 18:00 a 19:00

PREMIO 02

Trabajos a Premio

Bicentenario Auditorium

0093 IMPACTO DEL APORTE PROTEICO ELEVADO SOBRE LA RESOLUCIÓN DE LA FALLA RENAL AGUDA EN PACIENTES CRÍTICOS: ANÁLISIS MULTICÉNTRICO CON EMULACIÓN DE ENSAYO CLÍNICO
E MANRIQUE, A FERRERO, E CONRU, V MONZON, N CONTRERA, J ASPARCH, N FALCON, I HUESPE, C KESCKES

0151 PREDICCIÓN TEMPRANA DE LESIÓN RENAL AGUDA Y ESCALAMIENTO VASOPRESOR EN SHOCK SÉPTICO MEDIANTE REDES NEURONALES RECURRENTES
G OLAIZOLA, S PRATI, D AMITRANO, C VIDELA, N PHOENIX, L MORAND, AD GAITÁN, S VENUTI, N COSTA ALLUÉ, Á FERNANDEZ MADRID, V CASARES RODRIGUEZ, J RUBIO RUIZ, R FERRER ROCA, I HUESPE

0293 FACTORES ASOCIADOS A LA REINTUBACIÓN EN PACIENTES CON VENTILACIÓN MECÁNICA INVASIVA: ANÁLISIS POST HOC DE UN ENSAYO CLÍNICO ALEATORIZADO
M BEZZI, S GIGENA, M ANDREU, M BERTOZZI

0339 BRECHA ENTRE PRESCRIPCIÓN Y ADMINISTRACIÓN DE NUTRICIÓN ENTERAL EN PACIENTES CRÍTICOS: IMPACTO DE LA DISFUNCIÓN GASTROINTESTINAL CUANTIFICADA POR GIDS
E CATTAY, NC ROMERO

0378 EL METABOLISMO ANAERÓBICO EXPLICA EL AUMENTO DEL POTASIO PLASMÁTICO EN EL SHOCK HEMORRÁGICO
JF CAMINOS EGUILLOR, G FERRARA, HS CANALES, F GUTIERREZ, L GATTI, G ROSSI, G PONTIGGIA, MC DU PLESSIS, MO POZO, A DUBIN, B LATTANZIO

0416 MICROCIRCULACIÓN SUBLINGUAL EN EL TRAUMA GRAVE: COHORTE PROSPECTIVA Y COMPARACIÓN CON PACIENTES CON SHOCK SÉPTICO Y VOLUNTARIOS SANOS
JF CAMINOS EGUILLOR, VS KANOORE EDUL, B LATTANZIO, F GUTIERREZ, J ROMANO, M MUGNO, A DUBIN

20/08/2026 - 08:00 a 10:00

PREMIO 03

Trabajos a Premio

Estación San Martín-Posters 1

0077 CORTICOIDES EN EL SÍNDROME DE DISTRÉS RESPIRATORIO AGUDO: UNA REVISIÓN DE REVISIONES SISTEMÁTICA Y METAANÁLISIS DE NOVO
F VAZQUEZ BRIGNOLE, LG DURAN, IM DOPAZO DANIELI, MA ATENCIO, NA GRASSI, FE ESPINOZA, L MAS LAMANDIA, DA DEZURKO, R OLIVA, MG MONTENEGRO FERNANDEZ, M OTAMENDI, L SANTIAGO TOMAS, JA SCHERNENCO, C MAGDALENA

0134 CARACTERIZACIÓN DE LAS TELECONSULTAS POST-UTI Y SATISFACCIÓN DE LOS PACIENTES
D DEZURKO, FB VAZQUEZ BRIGNOLE, ST LACO, FG VEGAS, JR GIAMPIERI, RA HEGEL, NA GRASSI, FE ESPINOZA, M OTAMENDI, M CARRIZO MARINO, LG DURAN

0258 OPTIMIZACIÓN PRETRASPLANTE CON IMPELLA 5.5 Y SU IMPACTO EN LA RECUPRACIÓN POST TRASPLANTE CARDÍACO
D AMITRANO, I HUESPE, A JENA, D SANGHAVI, S BAUQUE, S VILLARROEL

0281 ASOCIACIÓN ENTRE EL ÁREA DEL ANTRO GÁSTRICO Y LA INTOLERANCIA GÁSTRICA EN PACIENTES CRÍTICOS CON NUTRICIÓN ENTERAL
T TENEZACA, M DEHEZA, A GOLD, D PRIETO, P CAIZA

0306 NUEVAS MORBILIDADES ASOCIADAS A CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS: INCIDENCIA, FACTORES DE RIESGO Y SEGUIMIENTO LONGITUDINAL EN UN CENTRO ARGENTINO
SI RAMOS ELIZAGARAY, IV MARINELLI, MS GUERRERO, MB FRATE, DF MARCONI

0437 EVALUACIÓN DEL ESFUERZO INSPIRATORIO MEDIANTE EL ÍNDICE TENSIÓN-TIEMPO DERIVADO DE LA PRESIÓN DE OCLUSIÓN: UN ANÁLISIS EXPLORATORIO DE CONCORDANCIA FISIOLÓGICA
LM GALVAN, FJF BIANCHINI, RS MORACCI, A SANTANA MACKINLAY, E GOGNIAT, G PLOTNIKOW

0536 **FENOTIPOS CLÍNICOS Y PREDICCIÓN DE MORTALIDAD EN PACIENTES CON SHOCK SÉPTICO: ANÁLISIS SECUNDARIO DEL ENSAYO CLÍNICO ALEATORIZADO ANDROMEDA-SHOCK I**
NA GOETTE

20/08/2026 - 13:00 a 14:30

PREMIO 04

Trabajos a Premio

Estación San Martín-Posters 1

0091 **INJURIA RENAL AGUDA EN LOS TRASTORNOS HIPERTNSIVOS GRAVES DEL EMBARAZO: UN ESTUDIO DE COHORTE PROSPECTIVO**
R GIANNONI, AM ANTON, MG ARCE GALLARDO, CR GARNICA, MDLA UÑATES, FD MASEVICIUS

0141 **DESARROLLO Y VALIDACION INTERNACIONAL DE UN MODELO PREDICTIVO DE RIESGO CARDIOVASCULAR A 5 AÑOS EN SOBREVIVIENTES DE SEPSIS: SMART-REACH SEPSIS**
M FLAMINI MARCZUK, J DELGADO MORENO, I HUESPE, J SINNER, E PRADO, V MONZÓN, D SANGHAVI, S BAUQUE, JM SOTO SOTO

0215 **LINFOPENIA ASOCIADA A SEPSIS: EVALUACIÓN DINÁMICA Y SU ASOCIACIÓN CON SEPSIS RECURRENTE EN PACIENTES CRÍTICAMENTE ENFERMOS**
ND FALCON, V MONZON, I HUESPE, E ANGAROLA, J NAGOURNEY, M BEZZATI, J SINNER, N DUCASA, DA GIANNONE, MV ACEVEDO, MB VECCHIONE, MF QUIROGA, G OLAIZOLA, E PRADO

0248 **RESULTADOS DE SUPERVIVENCIA CON RCP ASISTIDA POR LUCAS® VERSUS RCP MANUAL EN PACIENTES OBESOS CON PARO CARDÍACO INTRAHOSPITALARIO**
AJ PEREZ DE ANDES, I HUESPE, J SINNER, S DEVANG, A PAREEK, A PATHAK, S SUJANYAL, S BATEH, J DELGADO, A JENA, R VENKATESAN, V PATEL, D THATIGOLLA, A BISWAS, F SALEEM, O TITILOPE, A HANSON, K STONER, J SOTO, A SHAPIRO, P PATEL, P MORENO FRANCO, N KELLY

0284 **EPIDEMIOLOGÍA DE LA VENTILACIÓN MECÁNICA NO INVASIVA EN LA ARGENTINA. ESTUDIO OBSERVACIONAL MULTICÉNTRICO EPVAR**
GA PLOTNIKOW, RA PRATTO, JH DORADO, E STEINBERG, J PÉREZ, E NAVARRO, M ACCOCE, FJ GUTIERREZ, RS MORACCI

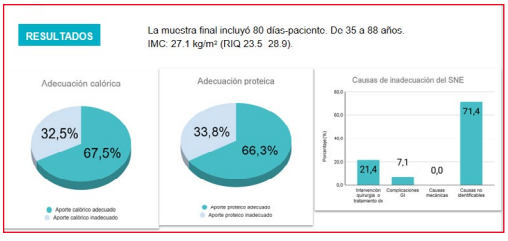
0470 **IMPACTO DE LA IMPLEMENTACIÓN DE LA ESCALA DE VALORACIÓN DE ALERTA TEMPRANA (EVAT) EN EL PERFIL DE DETERIORO Y MORBIMORTALIDAD DE PACIENTES PEDIÁTRICOS CON PATOLOGÍA ONCOLÓGICA CRÍTICA EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS**
E CHIOSSONE, A FINOCCHI, P CASTELLANI, B INSAURRALDE, J MARIN

RESÚMENES

0001 SOPORTE NUTRICIONAL ENTERAL DE PACIENTES EN TERAPIA INTENSIVA: REQUERIMIENTO, PRESCRIPCIÓN Y APORTE

AI MARTIN AGUILA(1), S VELÁZQUEZ(1), A SERVÍAN(1), CI BUSSE(1), M ORSATTI(1), ME IRIBARNE(1)
(1) HIGA Rodolfo Rossi.

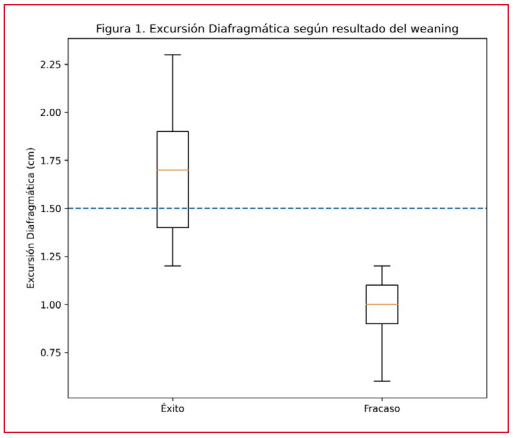
Introducción: El Soporte Nutricional Enteral (SNE) mejora la evolución del paciente crítico. Alcanzar ≥80% de los requerimientos diarios de energía (RDE) reduce la morbimortalidad, aunque suele existir discrepancia entre lo requerido, lo prescrito y lo realmente aportado.
Objetivos: Describir la correspondencia entre los RDE estimados frente a las cantidades prescritas e ingresadas en pacientes con Nutrición Enteral Exclusiva (NEE) en una Unidad de Terapia Intensiva (UTI).
Diseño: Auditoría de procesos. Serie de casos.
Material y método: Se analizaron historias clínicas de 30 pacientes (66% hombres; edad promedio 61.9 años) con NEE y estadía ≥7 días, sumando 80 días-paciente. El RDE se estimó mediante ecuaciones predictivas. Se consideró aporte adecuado si cubría ≥80% del RDE.
Resultados: La mediana de RDE fue: Energía 1.950 kcal/día (RIC 1.650-2.250) y Proteínas 97.5 g/día (RIC 82,5-117,0). El aporte fue adecuado (≥80% del RDE) en el 67,5% de los días para energía y 66,3% para proteínas. Sin embargo, la satisfacción del 100% de lo prescrito solo se logró en el 35% (energía) y 32,5% (proteínas). Solo se prescribió el 100% de los requerimientos en el 47,5% de los días-paciente para energía y 55% para proteínas. En el 71.4% de las inadecuaciones no se identificó causa.
Conclusiones: Se alcanzó la meta de aporte (≥80%) en más de dos tercios de los casos. No obstante, existe una brecha significativa en la prescripción inicial y el cumplimiento total del volumen indicado, frecuentemente sin causas justificadas registradas.
Palabras clave: Unidad de Terapia Intensiva, Soporte nutricional enteral, Aportes, Inadecuación.

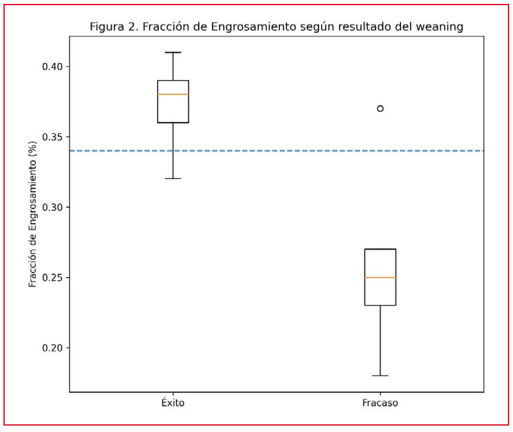


0002 ECOGRAFÍA DIAFRAGMÁTICA COMO PREDICTOR DE ÉXITO EN EL WEANING EN PACIENTES CON TRAUMATISMO ENCÉFALO CRANEANO (TEC)

MR ORFALI MARENGO(1)
(1) Angel Cruz Padilla.

Introducción: La debilidad diafragmática es un factor determinante en el fracaso del destete de la ventilación mecánica. En el TEC, representa un desafío particular debido a alteraciones tanto del control central de la respiración como de la función neuromuscular periférica; aumentando así la morbimortalidad, estancia en UCI y traqueostomías innecesarias.
En este contexto, la ecografía diafragmática se ha propuesto como una herramienta complementaria para evaluar la viabilidad del destete. Si bien la excursión (DE) y la fracción de acortamiento diafragmática (DTF) han demostrado utilidad predictiva en población general de UCI, no existen puntos de corte claramente establecidos en pacientes neurocríticos.
Objetivo general: Evaluar la capacidad predictiva de la DE y DTF para éxito de weaning en pacientes neurocríticos, determinando posibles puntos de corte en esta población.
Material y métodos: Estudio observacional, analítico y prospectivo realizado en una UCI polivalente (Enero –Junio 2025). Se incluyeron 24 pacientes adultos (ambos sexos) con TEC diagnosticado, que estén en Ventilación Mecánica ≥72 horas. Durante la prueba de ventilación espontánea tubo en "T", se midieron a los 20 minutos iniciales, la DE (cm) y DTF (%).
Se definió éxito como ausencia de reintubación en 48 – 72 horas.
Se calcularon sensibilidad, especificidad; y se establecieron puntos de corte mediante análisis ROC.
Resultados: El 79% (19 pacientes) presentó éxito en el weaning.
Se identificaron puntos de corte predictivos:
• DE ≥1,5 cm (sensibilidad 73,6%; especificidad 100%)
• DTF ≥34% (sensibilidad 89,4%; especificidad 80%)
Ambos demostraron alta capacidad discriminativa (AUC >0,90).
Los pacientes con GCS ≤8 presentaron mayor tasa de fracaso.
Conclusión: La ecografía diafragmática mostró alta capacidad discriminativa para predecir el éxito del weaning en pacientes con TEC. En esta población, donde no existen puntos de corte definidos, los valores identificados podrían aportar criterios objetivos para la toma de decisiones clínicas.
Si bien el tamaño muestral es limitado, los resultados justifican realizar estudios multicéntricos con mayor tamaño muestral.

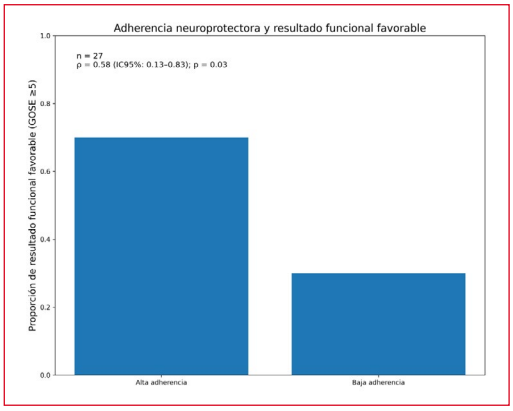


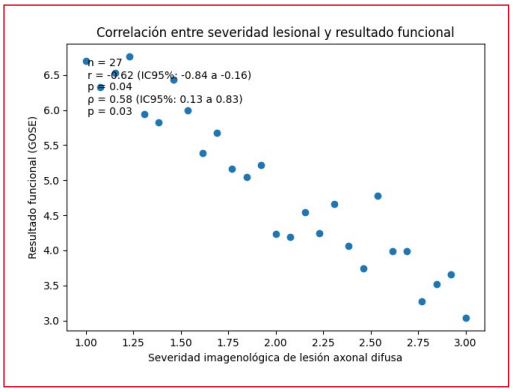


0004 SEVERIDAD IMAGENOLÓGICA Y ADHERENCIA TEMPRANA A MEDIDAS NEUROPROTECTORAS COMO DETERMINANTES DEL RESULTADO FUNCIONAL EN LESIÓN AXONAL DIFUSA GRAVE

R PERDIGUÉS AYUB(1), G LÓPEZ(1), R SALATINO(1), L ZELADA(1)
(1) Hospital Central De Mendoza.

Introducción: La lesión axonal difusa constituye una de las principales causas de coma prolongado, discapacidad severa y mortalidad en pacientes con traumatismo craneoencefálico grave. Si bien la magnitud del daño axonal primario influye en la evolución clínica, la lesión cerebral secundaria potencialmente prevenible representa un determinante crítico del pronóstico. La identificación de factores clínicamente modificables en la fase aguda es un objetivo central del neurointensivismo contemporáneo.
Objetivo: Evaluar la asociación entre la severidad imagenológica de la lesión axonal difusa, la adherencia temprana a un paquete de medidas neuroprotectoras y el resultado funcional hospitalario.
Métodos: Estudio observacional, retrospectivo y analítico que incluyó pacientes adultos con traumatismo craneoencefálico grave (Escala de Coma de Glasgow ≤ 8) internados en unidad de cuidados intensivos entre enero de 2024 y diciembre de 2025. La severidad de la lesión axonal difusa se clasificó según criterios imagenológicos en tomografía computada y/o resonancia magnética. Se registraron eventos secundarios tempranos (hipotensión e hipoxia dentro de las primeras 24 horas) y el grado de adherencia a un protocolo neuroprotector estandarizado. El resultado funcional se evaluó mediante la Escala de Resultado de Glasgow Extendida. Se aplicaron correlaciones de Pearson y Spearman con cálculo de intervalos de confianza al 95%. Se consideró significativo un valor de $p < 0,05$.
Resultados: Se incluyeron 27 pacientes (edad media 37 años; 78% varones). La severidad lesional mostró correlación negativa moderada con el resultado funcional (r = –0,62; IC 95%: –0,84 a –0,16; p = 0,04), con tamaño de efecto clínicamente relevante. La adherencia al paquete neuroprotector evidenció correlación positiva significativa con mejor evolución funcional ($_2$ = 0,58; IC 95%: 0,13 a 0,83; p = 0,03). Los eventos secundarios tempranos estuvieron presentes en el 80% de los casos fatales.
Conclusiones: En pacientes con lesión axonal difusa grave, la severidad imagenológica no constituye el único determinante del pronóstico. La adherencia temprana a medidas neuroprotectoras mostró una asociación significativa y de magnitud clínicamente relevante con mejor resultado funcional, lo que destaca el papel activo del manejo neurointensivo en la modulación del curso evolutivo de esta entidad.





0006 DISFUNCIÓN PULMONAR Y RENAL EN LA SEPSIS GRAVE: ¿RELACIÓN DIRECTA O DISFUNCIONES PARALELAS MEDIADAS POR LA CASCADA INFLAMATORIA?

EM MORALES, LO GALLARDO(1), B PAEZ, R LIGARDA, F FERNANDEZ, LJ URANGA, S ZIDARICH
(1) Hospital Italiano De Córdoba.

Introducción: EL síndrome de dificultad respiratoria aguda, (SDRA) y la lesión renal aguda (AKI) coexisten frecuentemente, pero la naturaleza de su relación —directa o mediada por factores comunes— no ha sido completamente elucidada. Las interleucinas IL-6 e IL-10 han sido implicadas como mediadores de daño orgánico múltiple.
Objetivo: Analizar la correlación entre la severidad del SDRA (relación PaO_2/FiO_2, PAFI) y la función renal (creatinina, urea), y evaluar la asociación entre los niveles de citocinas (IL-2, IL-6, IL-10, IFN-$_2$, TNF-$_2$) y los marcadores de daño renal en una cohorte de pacientes con SDRA séptico en UCI.
Material y métodos: Estudio observacional analítico en 73 pacientes adultos con SDRA séptico (UCI, 2021–2025). Se calcularon correlaciones de Spearman entre PAFI y marcadores renales (creatinina, urea) y entre citocinas y función renal. La AKI se definió como creatinina > 1.2 mg/dL. Las comparaciones entre grupos se realizaron con Mann-Whitney y Kruskal-Wallis.
Resultados: No se encontró correlación significativa entre PAFI y creatinina (p = –0.023, p = 0.873), ni entre PAFI y urea (p = –0.283, p = 0.076), ni entre PAFI y los grupos de severidad del SDRA (Kruskal-Wallis, p = 0.491). Por el contrario, IL-6 (p = 0.322, p = 0.006) e IL-10 (p = 0.328, p = 0.005) correlacionaron significativamente con creatinina; IL-10 también se correlacionó con urea (p = 0.305, p = 0.019). El láctico mostró la correlación más fuerte con creatinina ($_2$ = 0.497, p < 0.001). Los pacientes con AKI presentaron valores de IL-6 (1616 vs. 223 pg/mL, p = 0.048) e IL-10 (160 vs. 32 pg/mL, p = 0.037) significativamente superiores a los pacientes sin AKI. La mortalidad fue del 79.4% en pacientes con AKI vs. 46.2% sin AKI.
Conclusiones: La severidad del SDRA y la disfunción renal son disfunciones orgánicas paralelas en la sepsis grave, sin correlación directa entre sí, pero ambas mediadas por la misma tormenta citocínica — particularmente IL-6 e IL-10. El láctico emerge como el nexo fisiopatológico más potente entre el fallo hemodinámico y el daño renal. Estos hallazgos respaldan el concepto de fallo multiorgánico como respuesta inflamatoria sistémica común más que como una cascada de lesiones secuenciales.

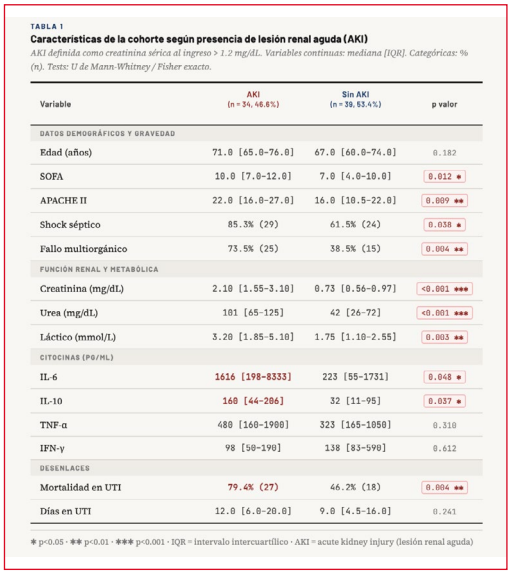


TABLA 1
Características de la cohorte según presencia de lesión renal aguda (AKI)
AKI definida como creatinina sérica al ingreso > 1.2 mg/dL. Variables continuas: mediana [IQR]. Categóricas: % (n). Tests: U de Mann-Whitney / Fisher exacto.

Variable	AKI (n = 34, 46.6%)	Sin AKI (n = 39, 53.4%)	p valor
DATOS DEMOGRÁFICOS Y GRAVEDAD			
Edad (años)	71.0 [65.0–76.0]	67.0 [60.0–74.0]	0.182
SOFA	10.0 [7.0–12.0]	7.0 [4.0–10.0]	0.012 *
APACHE II	22.0 [16.0–27.0]	16.0 [10.5–22.0]	0.009 **
Shock séptico	85.3% (29)	61.5% (24)	0.038 *
Fallo multiorgánico	73.5% (25)	38.5% (15)	0.004 **
FUNCIÓN RENAL Y METABÓLICA			
Creatinina (mg/dL)	2.10 [1.55–3.10]	0.73 [0.56–0.97]	<0.001 ***
Urea (mg/dL)	101 [65–125]	42 [26–72]	<0.001 ***
Láctico (mmol/L)	3.20 [1.85–5.10]	1.75 [1.10–2.55]	0.003 **
CITOCINAS (PG/ML)			
IL-6	1616 [198–8333]	223 [55–1731]	0.048 *
IL-10	160 [44–286]	32 [11–95]	0.037 *
TNF-α	480 [160–1900]	323 [165–1050]	0.310
IFN-γ	98 [50–190]	138 [83–590]	0.612
DESENLACES			
Mortalidad en UTI	79.4% (27)	46.2% (18)	0.004 **
Días en UTI	12.0 [6.0–20.0]	9.0 [4.5–16.0]	0.241

* p<0.05 · ** p<0.01 · *** p<0.001 · IQR = intervalo intercuartílico · AKI = acute kidney injury (lesión renal aguda)

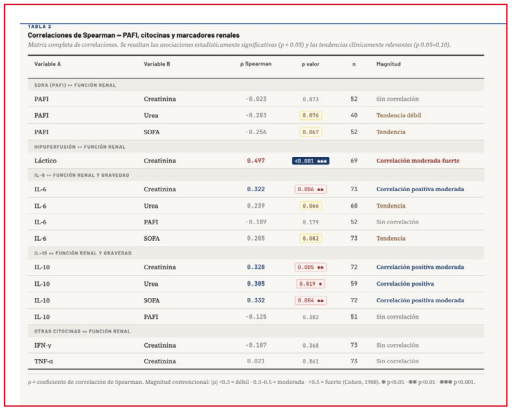


TABLA 2
Correlaciones de Spearman — PAFI, citocinas y marcadores renales
Matriz completa de correlaciones. Se resaltan las asociaciones estadísticamente significativas (p < 0.05) y las tendencias clínicamente relevantes (p 0.05–0.10).

Variable A	Variable B	ρ Spearman	p valor	n	Magnitud
SOFA (PAFI) ↔ FUNCIÓN RENAL					
PAFI	Creatinina	−0.023	0.873	52	Sin correlación
PAFI	Urea	−0.283	0.076	40	Tendencia débil
PAFI	SOFA	−0.256	0.067	52	Tendencia
HIPOPERFUSIÓN ↔ FUNCIÓN RENAL					
Láctico	Creatinina	0.497	<0.001 ***	69	Correlación moderada fuerte
IL-6 ↔ FUNCIÓN RENAL Y GRAVEDAD					
IL-6	Creatinina	0.322	0.006 **	73	Correlación positiva moderada
IL-6	Urea	0.239	0.066	60	Tendencia
IL-6	PAFI	−0.189	0.179	52	Sin correlación
IL-6	SOFA	0.205	0.082	73	Tendencia
IL-10 ↔ FUNCIÓN RENAL Y GRAVEDAD					
IL-10	Creatinina	0.328	0.005 **	72	Correlación positiva moderada
IL-10	Urea	0.305	0.019 *	59	Correlación positiva
IL-10	SOFA	0.332	0.004 **	72	Correlación positiva moderada
IL-10	PAFI	−0.125	0.382	51	Sin correlación
OTRAS CITOCINAS ↔ FUNCIÓN RENAL					
IFN-γ	Creatinina	−0.107	0.368	73	Sin correlación
TNF-α	Creatinina	0.021	0.861	73	Sin correlación

ρ = coeficiente de correlación de Spearman. Magnitud convencional: |ρ| <0.3 = débil · 0.3–0.5 = moderada · >0.5 = fuerte (Cohen, 1988). * p<0.05 · ** p<0.01 · *** p<0.001.

0007 VALORACIÓN DE NERVIO FRENICO PARA COLOCACIÓN DE MARCAPASOS DIAFRAGMATICO

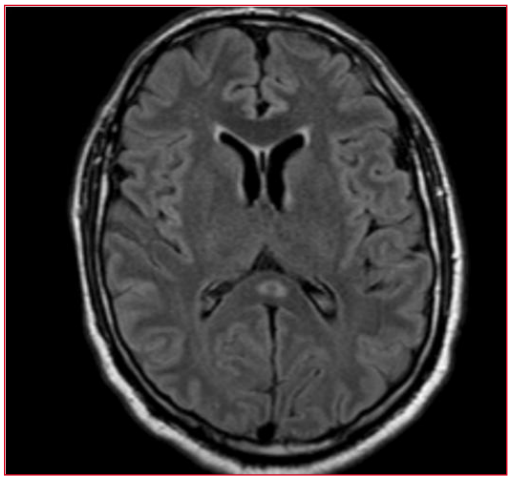
L GOMEZ(1), C HORNOS(1), J PINAZZO(1)
(1) Paysandu

Introducción: Se fundamenta su presentación, en su aplicación ante la aparición de casos similares en la evolución, la ausencia de casos reportados en Uruguay, y el beneficio que se generaría en la desvinculación del paciente de la Asistencia Respiratoria Mecánica logrando colocar un marcapasos diafragmático.
Presentación del caso clínico: 23 años, sexo masculino, Politraumatizado Grave por siniestro de tránsito.
TAC y RMN de Cráneo - Columna Cervical:
Múltiples trazos de fractura en cuerpo de C3 a C5, compromete canal raquídeo.
Extenso edema medular, desde C2 hasta T1, con hemorragia medular.
Ingresa a Cuidados Intensivos, en Asistencia Respiratoria Mecánica.
Neurocirugía: Fijación de Columna Cervical mediante abordaje anterior.
Evolución posterior en cuidados intensivos: incambiada situación neurológica, lúcido, pentapléjico, gastrectomizado, traqueostomizado, crítico crónico, con dependencia absoluta de la Asistencia Respiratoria Mecánica. Se realizan reiterados intentos por progresar en la desvinculación, no logrando progresar en la misma.
Neurocirujano y Cirujano Toráxico plantean la posibilidad de colocación de:
Marcapasos Diafragmático. Se realiza interconsulta con Jefe de Cirugía Torácica del Hospital Privado Universitario de Córdoba y con Neurólogo- Neurofisiólogo de dicho Hospital:
Para tener indicación de colocación de marcapasos diafragmático realizaron un Electrodiagnóstico, evaluando la integridad y función del nervio frénico.
Estimulación externa a través de electrodos colocados a nivel de la piel y los músculos. No se logra contracción diafragmática.
Estimulación interna, directa sobre el nervio frénico derecho a través de un video toracoscopia, realizando registros electromiográficos a nivel diafragmático. Se reconoció correctamente nervio frénico, se colocan estimuladores en diafragma, se intenta estimular con hasta 25 map, sin lograr contracción muscular.
Por lo tanto, el procedimiento fue realizado en forma exitosa, sin complicaciones, pero con resultado negativo. Se descarta indicación de marcapasos diafragmático.
Conclusiones: Se considera importante el procedimiento realizado: Por ser en el interior del país; realizado en una Institución de Salud Pública; por lograr el traslado de especialistas extranjeros, y por ofrecer la opción terapéutica de colocar un marcapasos diafragmático en un paciente con un traumatismo raquimedular severo, con la intención de desvincularlo de la asistencia respiratoria mecánica definitiva.

0008 ENCEFALITIS AUTOINMUNE POR ANTICUERPOS NMDA

L TORRES(1)
(1) Sanatorio Sagrado Corazon

Introducción: La encefalitis autoinmune mediada por anticuerpos contra el receptor N-metil-D-aspartato (NMDA), es poco frecuente en hombres mayores de 45 años. Se manifiesta principalmente como un cuadro psiquiátrico con ideas delirantes, agitación, psicosis y rara vez puede tratarse de un síndrome paraneoplásico. La síntesis de anticuerpos intratecales hacen obligatoria su medición en líquido cefalorraquídeo (LCR). Es fundamental que el tratamiento se inicie temprano, lo que mejora el pronóstico. Sin embargo, la detección de anticuerpos es tardía.
Caso clínico: Paciente masculino de 45 años. En 2022 luego de viaje presentó episodios de desorientación autolimitados sin hallazgos de causa orgánica. En octubre del 2025 consultó por cefalea, excitación psicomotriz, ideas delirantes místico religiosas, megalomanía e hipertimia placentera. Luego de descartar causa orgánica, se derivó a centro psiquiátrico, donde evolucionó con sensorio alternante y mutismo. Ante la sospecha de encefalitis,fue derivado a terapia intensiva. Ingresó estuporoso, con rápido deterioro neurológico hasta coma, requiriendo intubación orotraqueal. Punción lumbar con LCR claro, presión de apertura normal. RMN mostró lesión con restricción en difusión sobre el esplenio del cuerpo calloso. Fue traqueostomizado luego de catorce días de ventilación mecánica. Un mes después se reporta anticuerpos anti NMDA en LCR positivos, iniciando tratamiento con metilprednisolona y plasmaféresis cinco sesiones, continuando luego con meprednisona 1 mg /kg/día. Presentó posteriormente mejoría del sensorio, apertura ocular al estímulo, movilizando extremidades de manera espontánea. Se logró desvincular del soporte ventilatorio. Evolucionó luego con episodios de desconexión con el medio y disautonomías. Por recaída, se realizó nuevamente plasmaféresis y Rituximab 2 gr. En enero 2026 fue derivado a centro de rehabilitación, decanulado, fonando, deglutiendo y deambulando con asistencia mínima.
Discusión: Se presenta caso de encefalitis autoinmune por anticuerpos NMDA con detección tardía de éstos, con posterior recaída y requerimiento de segunda línea terapéutica con anticuerpos monoclonales. Se plantea que la causa de las secuelas psiquiátricas sea secundaria al inicio tardío del tratamiento específico.
Conclusión: Si bien la detección de anticuerpos en LCR son un criterio diagnóstico, su reporte tarda más de 3 semanas, lo cual impacta directamente en el pronóstico y probabilidad de recaída en pacientes que no inician tempranamente el tratamiento adecuado.



0010 SÍNDROME DE SEPSIS ABRUMADORA POST ESPLENECTOMIA

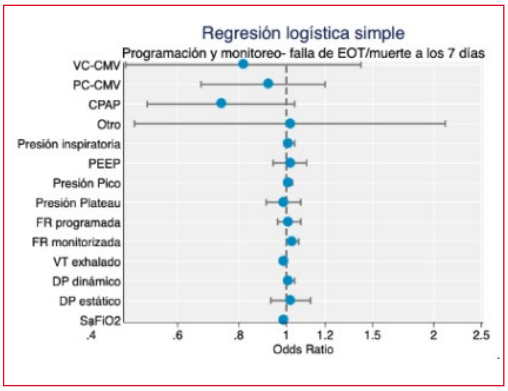
J FRANCO, P RIVERA(1)
(1) Sanatorio Sagrado Corazón

Introducción: El síndrome de sepsis abrumadora post esplenectomía (OPSI) es una entidad grave caracterizada por evolución fulminante, alta mortalidad y asociación frecuente a bacteriemias por gérmenes encapsulados, particularmente Streptococcus pneumoniae.
Caso clínico: Paciente masculino de 50 años, con antecedente de esplenectomía por púrpura trombocitopénica idiopática, consulta por cuadro de 48 horas de evolución con fiebre, dolor abdominal difuso y diarrea profusa. Ingresa con shock (TA 95/56 mmHg, FC 135 lpm), signos de hipoperfusión y compromiso respiratorio.
Laboratorio inicial evidenció acidosis metabólica severa con hiperlactacidemia (lactato 13 mmol/L), insuficiencia renal aguda y leucocitosis. Evoluciona con empeoramiento hemodinámico, trombocitopenia y coagulopatía.
Se inicia soporte intensivo con fluidos, vasopresores, ventilación mecánica y antibióticos empíricos (ceftriaxona). Hemocultivos informan cocos gram positivos en cadena y posteriormente antígeno urinario positivo para Streptococcus pneumoniae, confirmando bacteriemia neumocócica.
Se plantea diagnóstico de shock séptico con sospecha de síndrome de shock tóxico y se administra inmunoglobulina intravenosa.
Discusión: Este caso ilustra una presentación típica de OPSI en paciente asplénico, con evolución rápidamente progresiva hacia shock séptico y falla multiorgánica. La ausencia de bazo condiciona alteración en la depuración de bacterias encapsuladas, facilitando bacteriemias masivas.
A pesar de vacunación previa, el riesgo de infección invasiva persiste, lo que destaca la importancia de la sospecha clínica precoz. La presentación con síntomas gastrointestinales inespecíficos, seguida de deterioro hemodinámico abrupto, es característica.
El hallazgo de Streptococcus pneumoniae confirma la etiología más frecuente en OPSI. La fisiopatología comparte mecanismos con el síndrome de shock tóxico, mediado por liberación de citocinas y respuesta inflamatoria desregulada.
El manejo requiere tratamiento antibiótico precoz, soporte hemodinámico intensivo y, en casos seleccionados, inmunoglobulina intravenosa como terapia adyuvante, aunque la evidencia sigue siendo limitada
Conclusiones: El OPSI es una emergencia médica con alta mortalidad que requiere diagnóstico y tratamiento inmediato. En pacientes esplenectomizados, la sospecha clínica debe ser alta ante cuadros febriles inespecíficos.
La rápida progresión a shock séptico y falla multiorgánica obliga a instaurar tratamiento empírico precoz dirigido a gérmenes encapsulados.
Este caso resalta la necesidad de educación continua, vacunación adecuada y seguimiento estrecho en pacientes asplénicos, así como la importancia del reconocimiento temprano para mejorar el pronóstico.

0012 VARIABLES DE PROGRAMACIÓN Y MONITOREO VENTILATORIO ASOCIADOS AL FRACASO EN EL PROCESO DE WEANING EN PACIENTES CRÍTICOS: UN ESTUDIO RETROSPECTIVO

E STEINBERG(1), L GAREGNANI(1), D STEINBERG(2), E MANIAS(1), J DORADO, R BRAGAGNOLO, G PLOTNIKOW(3), L GALVÁN(3), A DOMINGUEZ(3), L GIMENEZ(4), N LAVITOLA(4), P LOVAZZANO(5), L MAZZINI(6), J NIETO(5), M SETTEN(6)
(1) Hospital Italiano. (2) Sanatorio Anchorena San Martín. (3) Hospital Británico. (4) Sanatorio Mitre. (5) Cemic Saavedra. (6) Cemic Pombo

Introducción: La extubación es un evento crucial en el curso clínico de los pacientes críticos; sin embargo, puede fallar incluso en aquellos que completan con éxito una prueba de respiración espontánea. Este estudio evaluó qué variables de configuración del ventilador y de monitoreo se asocian con el fallo de extubación.
Métodos: Estudio de cohorte retrospectivo multicéntrico (NCT06683781) realizado en siete terapias intensivas (2021-2024). Incluimos pacientes mayores de 18 años con al menos 48 horas de ventilación mecánica y una extubación. El resultado primario fue el fallo de la extubación (reintubación o muerte dentro de los siete días), y el secundario, el fracaso de la primera prueba de respiración espontánea. Aplicamos modelos de regresión logística univariados.
Resultados: Se incluyeron 1086 pacientes, de los cuales 342 (31,4%) fallaron la EOT. La frecuencia respiratoria monitorizada se asoció con la falla de EOT (OR 1,03 IC95% 1 - 1,06; $p < 0,05$), mientras que una mejor oxigenación (SaFiO2) actuó como factor protector contra la misma (OR 0,99 IC95% 0,994 - 0,998; $p < 0,05$). En cuanto a la primera prueba de respiración espontánea, valores elevados de PEEP, presión pico, presión inspiratoria, driving pressure dinámico y frecuencia respiratoria redujeron la probabilidad de extubación. En contraste, una mejor oxigenación, un mayor volumen corriente exhalado y el uso de CPAP aumentaron el éxito. Adicionalmente, quienes fallaron la extubación presentaron mayor delirium al momento de la misma y un uso más frecuente de bloqueantes neuromusculares.
Conclusión: En pacientes con ventilación mecánica mayor a 48 horas, la frecuencia respiratoria se asocia con la falla de la extubación, mientras que una mejor oxigenación la previene. Asimismo, la PEEP, presión pico, presión inspiratoria, driving pressure dinámico y frecuencia respiratoria se asociaron con menos chances de extubarse luego de la primera prueba de respiración espontánea. En contraste, usar CPAP, mayor volumen corriente exhalado y buena oxigenación las aumentan. Adicionalmente, aquellos pacientes que fallaron tuvieron más uso de bloqueantes neuromusculares y mayor incidencia de delirium el día de la extubación.



0013 SÍNDROME DE DISTRÉS RESPIRATORIO AGUDO EN CONTEXTO DE SÍNDROME DE HIPERINFECCIÓN POR STRONGYLOIDES STERCOLARIS

A MORENO(1)
(1) Sanatorio Sagrado Corazon.

Introducción: El síndrome de hiperinfección por Strongyloides stercoralis es una entidad grave, caracterizada por incremento de la carga parasitaria y migración larvaria masiva, que ocurre principalmente en pacientes inmunosuprimidos. Presenta elevada mortalidad que oscila entre el 60% al 100% en ausencia de tratamiento oportuno.
Presentación de caso: Paciente de 39 años con antecedente de glioblastoma de alto grado, tratado mediante exéresis total. Posteriormente presentó recidiva local, por lo que recibió tres sesiones de radioterapia. Se encontraba en tratamiento con dexametasona 8 mg cada 8 horas.
Inició con dolor abdominal, astenia y adinamia, por el cual consultó en forma ambulatoria, recibiendo tratamiento sintomático.
Evolucionó luego con somnolencia, hipotensión y un episodio sincopal, y acude al servicio de urgencias.
Ingresó a la guardia con hipotensión arterial, taquicardia, fiebre, requerimiento de oxígeno suplementario, abdomen distendido y deterioro del sensorio (GCS 7/15). Se decidió protección de la vía aérea, inició vasoactivos e ingresó a unidad de terapia intensiva.
La tomografía cerebral evidenció edema fronto temporo parietal izquierdo con desviación de la línea media de 7 mm. En tórax infiltrados peribroncovasculares bilaterales con tendencia a la consolidación, y en tomografía abdominal asas intestinales distendidas con niveles hidroaéreos. Se inició antibioticoterapia de amplio espectro.
Se realizó fibrobroncoscopia con lavado broncoalveolar (BAL) y toma de muestras.
Evolucionó con shock séptico refractario, falla multiorgánica y distrés respiratorio severo (PaFi <100), falleciendo 24 horas posterior a su ingreso. Se recibió reporte de Strongyloides stercoralis en BAL.
Discusión: Paciente inmunosuprimido con insuficiencia respiratoria aguda, que evoluciona rápidamente a disfunción orgánica múltiple y desenlace fatal a las 24 horas, obteniendo resultado de BAL con aislamiento de Strongyloides stercoralis, posterior al fallecimiento. Por lo tanto planteamos, todo paciente inmunosuprimido ¿debería recibir conjuntamente tratamiento antiparasitario?.
Conclusión: La inmunosupresión incrementa el riesgo de infecciones parasitarias oportunistas y de reactivación de infecciones latentes, especialmente en pacientes con antecedente epidemiológico compatible. La indicación de profilaxis antiparasitaria debe evaluarse de manera individualizada.

0014 INFECCIÓN GRAVE POR LACTOCOCCUS GARVIEAE

ME GARCIA(1), AK MARQUEZ(1), P GIL(1), G MIGLIORETTI(1), S KÜLLING(1), CD ARELLANO(1), E HUALLPA YUCRA(1), N VARRENTI(1)
(1) Hospital De Moron

Introducción: Lactococcus garvieae es un patógeno zoonótico, común en la acuicultura (causante de sepsis en truchas), pero infrecuente en humanos. La transmisión ocurre principalmente por el consumo de pescado contaminado o productos lácteos no pasteurizados. En humanos, se asocia estrechamente con la endocarditis infecciosa, especialmente en pacientes con prótesis valvulares
Presentación del caso: Una paciente de 79 años con antecedentes de reemplazo de válvula mitral mecánica, colocación de marcapasos e insuficiencia cardíaca ingresó por síncope y fiebre. Inicialmente, se sospechó neumonía e insuficiencia cardíaca descompensada. A pesar del tratamiento antibiótico inicial, su estado evolucionó rápidamente a shock séptico, requiriendo asistencia respiratoria mecánica y vasopresores. Los hemocultivos resultaron positivos para Lactococcus garvieae sensible a ceftriaxona y vancomicina. Ante el hallazgo y los antecedentes, el cuadro se reinterpretó como una posible endocarditis infecciosa. Se ajustó el tratamiento a ceftriaxona, pero la paciente desarrolló shock refractario y disfunción multiorgánica, falleciendo a los 12 días de internación.
Discusión y conclusiones: La infección por L. garvieae representa un desafío diagnóstico debido a su presentación subaguda y baja prevalencia. Los factores de riesgo clave incluyen el consumo de alimentos crudos y la presencia de material protésico endovascular. No existe un consenso definitivo sobre el tratamiento óptimo (monoterapia vs. terapia combinada), y se han reportado casos con sensibilidad reducida a la vancomicina, lo que subraya la importancia de un diagnóstico microbiológico precoz en pacientes de riesgo.

0015 DECÚBITO PRONO EN NIÑOS CON SDRA EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS

A CIAN(1), D RODRIGUEZ SCHULZ(1)
(1) Hospital De Niños De La Santísima Trinidad.

Introducción: El síndrome de distrés respiratorio agudo (SDRA) pediátrico es una causa importante de insuficiencia respiratoria grave en unidades de cuidados intensivos pediátricos. El decúbito prono ha demostrado ser beneficioso en adultos, pero la evidencia en la población pediátrica es limitada. El objetivo de este estudio fue describir las características clínicas, la respuesta oximétrica, las complicaciones y los resultados asociados al uso del decúbito prono en niños con SDRA.
Materiales y métodos: Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo. Se incluyeron pacientes de 1 mes a 15 años con diagnóstico de SDRA que requirieron decúbito prono internados en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos del Hospital de Niños de la Santísima Trinidad de Córdoba entre el 1 de enero de 2022 y el 31 de diciembre de 2023. Se analizaron variables demográficas, clínicas, parámetros ventilatorios, respuesta oximétrica, complicaciones, mortalidad, días de ventilación mecánica invasiva y días libres de ventilación a los 28 días.

Resultados: Se incluyeron 50 pacientes. La edad media fue de 34,7 meses, con predominio de SDRA primario (88%), siendo la infección respiratoria aguda baja la principal causa de ingreso. El 46,9% presentó SDRA grave y el 49% moderado. El tiempo promedio desde el diagnóstico de SDRA hasta la implementación del decúbito prono fue de 19,6 horas y la duración promedio fue de 53,4 horas. El 50% de los pacientes presentó respuesta oximétrica (temprana o tardía). La mortalidad fue del 8%. La media de los días de ventilación mecánica invasiva fue de 11,8 días y en un 12% de la población se realizó traqueostomía. Como complicaciones, el 74% requirió inotrópicos y el 4% presentó desplazamiento del tubo endotraqueal.
Conclusiones: El decúbito prono en pacientes pediátricos con SDRA se asoció a mejoría de la oxigenación en la mitad de los pacientes y a una baja incidencia de complicaciones graves. Estos resultados sugieren que el decúbito prono es una estrategia segura y potencialmente beneficiosa en niños con SDRA, aunque se requieren estudios con mayor tamaño muestral para confirmar su impacto clínico.

0016 EXPERIENCIA CON LA IMPLEMENTACIÓN DE LA TERAPIA DE HEMOADSORCION CYTOSORB EN LA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA DEL HOSPITAL J. A. FERNÁNDEZ- CABA

A FERNANDEZ(1), O BLANCHET(1), MS TEGLIA DAL POGGETTO(1)
(1) J. A. Fernandez

La terapia de hemoadsorcion con CytoSorb es un dispositivo de purificación sanguínea extracorpórea que utiliza un adsorbente de polímero altamente poroso diseñado para capturar moléculas hidrofóbicas con un peso molecular de hasta aproximadamente 55 kDa, capaces de eliminar citocinas y otros mediadores inflamatorios (como IL-6) del torrente sanguíneo, mitigando así la activación inmunitaria excesiva que contribuye a la vasodilatación, disfunción endotelial y disfunción orgánica. El tratamiento tiene como objetivo lograr la estabilización hemodinámica restaurando la integridad endotelial, disminuyendo la fuga capilar y como consecuencia, reduciendo los requerimientos de vasopresores y mejorando los resultados clínicos generales de los pacientes críticos. Se ha propuesto como una posible terapia complementaria al tratamiento estándar de la sepsis, sin embargo, en los últimos años se han ampliado las indicaciones de la terapia en pacientes con una respuesta inmunitaria excesiva como: síndrome de distress respiratorio agudo (SDRA) que requieren de Oxigenación por Membrana Extracorpórea (ECMO) venovenoso, gran quemados, falla hepática, politraumatismo grave, pancreatitis aguda grave, COVID-19, entre otros.
Desde el mes de Noviembre del año 2025 se comienza a instaurar la terapéutica en la Unidad de Terapia Intensiva del Hospital Fernández, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, por lo que traemos a presentación la experiencia obtenida a la fecha en tres pacientes en los que se utilizó la terapia, los tres de ellos con distintas patologías: gran quemado, falla hepática aguda y shock séptico refractario.
La terapia con Cytosorb se asoció con reducciones significativas de los requerimientos de vasopresores y mejoría de valores de pH, lactato y creatinina. En nuestro medio no está disponible aun la medición por laboratorio de IL-6. Sin embargo, a pesar de la instauración temprana de la terapéutica, no se evidencio un descenso en la mortalidad de los mismos. Dado que la instauración de la terapia es muy reciente, se necesitan mayor número de casos para demostrar la eficacia de la misma en pacientes críticos.

Tabla 1. Características basales de los pacientes

Parámetros	Total (=3)
Edad (años), mediana (rango)	49 (34-66)
Sexo masculino, n (%)	1 (33%)
Sexo femenino, n (%)	2 (66%)
APACHE II al ingreso, mediana (rango)	16 (9-17)
SOFA al ingreso, mediana (rango)	5 (4-5)

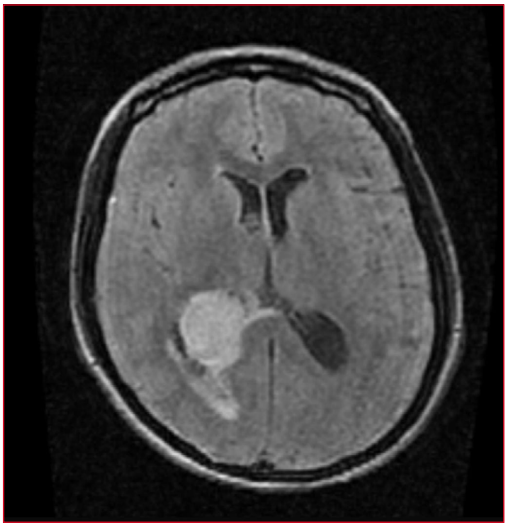
Tabla 2. Resumen de los diferentes hallazgos de laboratorio y parámetros clínicos pre y post terapia con Cytosorb®

Parámetros	Pre-sesión	Post- sesión
SOFA, mediana (rango)	12 (12-14)	13 (10-13)
Noradrenalina µg/kg/min, mediana (rango)	0,2 (0,08-0,5)	0,06 (0-0,33)
pH, mediana (rango)	7,33 (7,24- 7,45)	7,36 (7,34-7,38)
Lactato, mediana (rango)	5 (4,2-9,5)	4 (2,5-5,4)
Creatinina, mediana (rango)	1,19 (0,27- 2,42)	1,12 (0,43-2,08)

0017 DE LA CLÍNICA AL DIAGNÓSTICO: LESIÓN INTRAVENTRICULAR Y FARMACODERMIA POR ANTICONVULSIVANTES EN PACIENTE JOVEN. REPORTE DE UN CASO

B DE ARAUJO CASOTTI(1), PC MOREIRA SANCHEZ(1), PA SAUL(1), F LIPOVESTKY(1), F MANNARA(1), A LA MANNA(1), E MONTES SALABARRIA(1), MA ALVAREZ(1)
(1) Clinica Ciudad De La Vida

Introducción: Las lesiones ocupantes de espacio intracraneales en pacientes jóvenes pueden presentarse sin focalidad neurológica inicial, lo que dificulta su reconocimiento precoz y puede retrasar el diagnóstico. En este contexto, la evaluación clínica adquiere un rol central en la indicación oportuna de neuroimagen. Por otra parte, el uso de anticonvulsivantes en el paciente neurocrítico no está exento de efectos adversos, entre ellos las farmacodermias, que pueden modificar la evolución clínica y la conducta terapéutica.
Presentación del caso: Paciente femenina de 17 años, sin antecedentes patológicos, que consulta por cefalea súbita de alta intensidad, asociada a náuseas, vómitos y excitación psicomotriz, sin déficit neurológico focal. Ante la presencia de signos de alarma, se realiza tomografía computada de cerebro que evidencia lesión con efecto de masa, confirmándose mediante resonancia magnética una lesión ocupante de espacio intraventricular.
Se realiza craneotomía con resección completa de la lesión. En el postoperatorio presenta deterioro neurológico con hemiparesia izquierda, requiriendo asistencia ventilatoria mecánica transitoria, con posterior extubación y estabilidad clínica.
Durante la evolución, en tratamiento con fenitoína y fenobarbital, desarrolla exantema cutáneo generalizado pruriginoso asociado a fiebre, interpretado como farmacodermia. Se suspende la medicación implicada y se rota a levetiracetam, con resolución progresiva del cuadro.
Evoluciona con mejoría neurológica progresiva, persistiendo déficit motor y síndrome de heminegligencia izquierda, iniciando rehabilitación interdisciplinaria. Es dada de alta hacia finales de diciembre de 2025 en condiciones clínicas estables, con recuperación parcial del déficit neurológico.
Discusión: El caso resalta la importancia de los síntomas de alarma en la toma de decisiones diagnósticas en pacientes jóvenes sin focalidad neurológica, permitiendo la indicación precoz de neuroimagen. Asimismo, destaca la farmacodermia por anticonvulsivantes como diagnóstico diferencial relevante ante fiebre y exantema en terapia intensiva, evitando interpretaciones erróneas y conductas innecesarias.
Conclusión: La integración de la evaluación clínica con el reconocimiento precoz de complicaciones farmacológicas resulta fundamental en el manejo del paciente neurocrítico, impactando en el diagnóstico oportuno y en la evolución clínica.



0020 IMPLEMENTACIÓN DEL EQUIPO DE RESPUESTA DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (ERUCI) EN EL HOSPITAL REGIONAL DE COMODORO RIVADAVIA DURANTE EL 2025

ML MORALES(1), M GARCIA(1), J ORTEGA(1), A QUINTEROS(1), S ROJAS(1), C FERREYRA(1), N BONETTO(1), S CARRIZO(1), M RUIZ(1), P TABORDA(1), D CARRANZA(1), J CELIA(1), L RUARTE(1), M BUEMO(1)
(1) Hospital Regional Victor Sanguinetti

Introducción: El ERUCI tiene la función de acudir a valorar el paciente con deterioro clínico para identificar tempranamente la gravedad y prevenir eventos adversos. Es una herramienta que mejora la seguridad y calidad asistencial al optimizar la comunicación y proporcionar una atención continua fuera de la unidad de terapia intensiva (UTI), disminuyendo la morbimortalidad y carga laboral del equipo de guardia en la UTI.
El objetivo general es describir los resultados del trabajo de ERUCI durante 2025.

Metodología: Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo y transversal, durante enero a diciembre de 2025, en el hospital Regional Víctor Sanguinetti.
Se incluyeron pacientes de ambos géneros, mayores de 16 años, del servicio de urgencias, ginecología, traumatología, cirugía y clínica médica.
Para la activación se utilizó el NEWS 2 score (National Early Warning Score 2), alertando al ERUCI cuando el puntaje es mayor o igual a 7 puntos o alguna categoría se encuentra en 3.
Se utilizó como predictor de mortalidad APACHE II al ingreso a UTI.
Resultados: Durante el período analizado ERUCI evaluó 446 pacientes, reflejando una vigilancia proactiva y alta capacidad de respuesta.
Durante el primer semestre se evaluaron 142 pacientes y en el segundo 304. Evidenciando un incremento mayor al 200% en alarmas e interconsultas, demostrando una mejora en la comunicación y aceptación de la forma de trabajo.
La UTI brindó atención a 683 pacientes, su capacidad operativa aumentó un 46,9% en el primer año de implementación.
67 pacientes (15%) requirieron ingreso a UTI (consensuada/urgencia), con perfiles de alta gravedad (APACHE II promedio 19,37). La mortalidad observada (31%) fue coherente con la severidad basal y se acompañó de una mortalidad estandarizada de 0,91.
Un aspecto relevante fue la implementación de Adecuación Terapéutica Personalizada (ATP) en 17 pacientes, favoreciendo decisiones éticas, consensuadas y centradas en el paciente, evitando intervenciones fútiles.
Conclusión: Los resultados confirman al ERUCI como un componente clave del sistema institucional de calidad y seguridad del paciente, con impacto positivo tanto asistencial como organizacional. Se consolida como una herramienta crucial para la detección precoz del deterioro clínico, la optimización del uso de recursos y el fortalecimiento del trabajo interdisciplinario.

SERVICIO	INTERVENCIONES	ACTIVACIÓN		INGRESA A UTI	ATP	FALLECEN
		ALARMA	SEGUIMIENTO POS UTI			
CLÍNICA MÉDICA	248	81	167	28	10	15
CIRUGÍA	113	55	58	19	5	6
GINECOLOGÍA	6	5	1	2	0	0
TRAUMATOLOGÍA	17	14	3	2	0	0
URGENCIAS	62	62	0	16	2	0
TOTAL	**446**	**217**	**229**	**67**	**17**	**21**

TABLA 1. ANÁLISIS DE INTERVENCIONES DE ERUCI 2025

Parámetro fisiológico	Escala						
	3	2	1	0	1	2	3
Frecuencia respiratoria	≤ 8		9-11	12-20		21-24	≥ 25
Saturación de oxígeno (SpO_2)	≤ 91	92-93	94-95	≥ 96			
SpO_2 en caso de EPOC	< 83	84-85	86-87	88-92 ≥ 93 sin O_2	93-94 con O_2	95-96 con O_2	≥ 97 con O_2
¿Oxígeno suplementario?		SI		Aire ambiente			≥ 220
Tensión arterial sistólica	≤ 90	91-100	101-110	111-219			
Frecuencia cardiaca	≤ 40		41-50	51-90	91-110	111-130	≥ 131
Nivel de consciencia				Alerta			C, V, D, I
Temperatura	≤ 35.0		35.1-36.0	36.1-38.0	38.1-39.0	≥ 39.1	

TABLA 1: Escala de advertencia temprana NEWS 2

0021 PARACOCCIDIOMICOSIS

LM IGLESIAS(1), MC LARROSA(1), D VIDAL RIOJA(1), G GILBERSZAC(1), R CASTRO(1)
(1) Hospital Parmenio Pinero

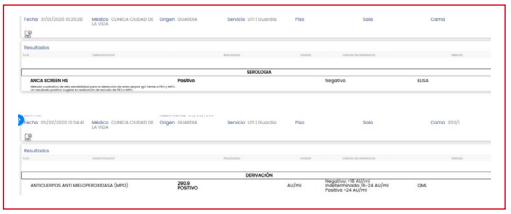
Introducción: La paracoccidioidomicosis es una micosis endémica de América Latina, de zonas tropicales y subtropicales, causada por hongos dimórficos del género Paracoccidioides, siendo brasiliensis y lutzii las principales especies. Afecta a individuos inmunocompetentes con factores de riesgo como tabaquismo, enolismo, diabetes mellitus y, con mayor frecuencia, a varones adultos agricultores que inhalan conidias presentes en el suelo. Compromete pulmones, piel, mucosas y el sistema reticuloendotelial. El diagnóstico es desafiante debido a su similitud con otras patologías, lo que retrasa el tratamiento.
Presentación de caso: Paciente masculino de 78 años, agricultor en Caazapá (Paraguay), tabaquista severo (70 pack/year), EPOC.

Consulta por pérdida de peso, adinamia, astenia, disnea progresiva, tos crónica e inestabilidad en la marcha de 10 meses de evolución. Resonancia de cerebro: imagen en vermis de 17 x 15 x 18 mm con realce periférico y discreto edema perilesional. Funcional respiratorio: alteración obstructiva moderada (VEF1 41%), PPD negativa. TAC de tórax: imágenes nodulares bilaterales heterogéneas, tractos fibrosos densos pleuroparenquimatosos; la mayor espiculada, de 21 x 10 mm. Se deriva para toma de biopsia pulmonar. Ingresa a unidad cerrada en postoperatorio inmediato de resección de nódulo pulmonar derecho. Se envía muestra para anatomía patológica que informó proceso inflamatorio crónico granulomatoso micótico. Inicia tratamiento antifúngico con anfotericina liposomal. Dada la imagen en resonancia y el compromiso neurológico, se realiza punción lumbar determinar hongos en LCR, la cual es negativa. Se rota anfotericina a TMS para cubrir lesión cerebral y foco pulmonar, con lo cual evoluciona favorablemente.
Discusión: La paracoccidioidomicosis simula entidades infecciosas, inflamatorias y neoplásicas. El compromiso pulmonar es la forma más frecuente en adultos. Se manifiesta con síntomas inespecíficos como tos crónica, disnea y pérdida de peso. La afectación mucocutánea orienta el diagnóstico, aunque no siempre está presente. La confirmación histopatológica continúa siendo el estándar diagnóstico.
Conclusiones: Debe considerarse dentro del diagnóstico diferencial, particularmente en pacientes con antecedentes epidemiológicos, ya que un alto porcentaje de la población que se atiende en nuestra institución procede de áreas endémicas, como Paraguay. El reconocimiento precoz y el tratamiento antifúngico mejoran el pronóstico, reduciendo la morbimortalidad.

0023 CUANDO NO ES INFECCIÓN: VASCULITIS ANCA COMO GRAN SIMULADORA EN TERAPIA INTENSIVA. SERIE DE CASOS

B DE ARAUJO CASOTTI(1), PC MOREIRA SANCHEZ(1), P SAUL(1), F LIPOVESTKY(1), E MONTES SALABARRIA(1), R RAMIREZ(1), Z LLOREDA(1), M ALVAREZ(1)
(1) Clinica Ciudad De La Vida

Introducción: Las vasculitis asociadas a ANCA, particularmente aquellas mediadas por anti-mieloperoxidasa (p-ANCA/MPO), constituyen un grupo de enfermedades autoinmunes de pequeño vaso con manifestaciones clínicas heterogéneas. Su presentación puede simular procesos infecciosos, especialmente en pacientes críticos, lo que dificulta su reconocimiento oportuno. El diagnóstico precoz resulta fundamental para iniciar tratamiento inmunosupresor adecuado y modificar el pronóstico, evitando daño orgánico irreversible.
Caso clínico: Se presentan tres pacientes con compromiso sistémico en quienes se confirmó vasculitis ANCA-MPO positiva. El primer caso corresponde a una paciente en hemodiálisis crónica que evoluciona con hemoptisis e infiltrados pulmonares bilaterales, inicialmente interpretados como infección respiratoria, posteriormente orientados a hemorragia alveolar por reactivación de vasculitis. El segundo caso es un paciente con síndrome constitucional, anemia e insuficiencia renal de rápida progresión, con imágenes sugestivas de tuberculosis; ante la falta de confirmación microbiológica, se evidenció ANCA positivo. El tercer caso corresponde a una paciente joven que debuta con insuficiencia renal severa, anemia y hemorragia alveolar; inicialmente se sospechó tuberculosis e inició tratamiento, pero la evolución y estudios confirmaron ANCA-MPO positivo.
Discusión: En los tres casos, el denominador común fue el mimetismo con cuadros infecciosos y el retraso diagnóstico inicial. La combinación de anemia, deterioro renal y compromiso pulmonar debe alertar sobre vasculitis. En terapia intensiva, la falta de respuesta antimicrobiana obliga a replantear diagnósticos y considerar etiologías autoinmunes.
Conclusión: La vasculitis ANCA-MPO debe incluirse en el diagnóstico diferencial de cuadros respiratorios con compromiso renal. La sospecha clínica y la confirmación inmunológica permiten tratamiento precoz, mejorando la evolución del paciente crítico.



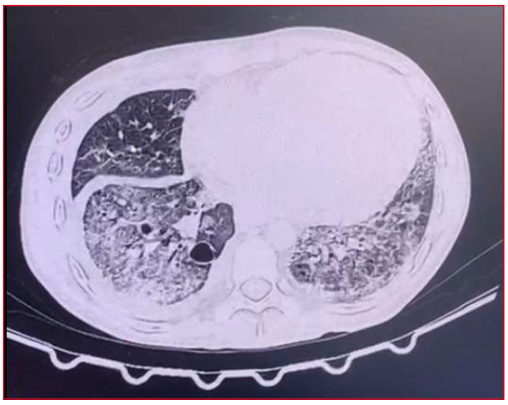
0025 INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA CON COMPROMISO PULMONAR CAVITADO EN PACIENTE JOVEN CON DIAGNÓSTICO RECIENTE DE LINFOMA DE HODGKIN

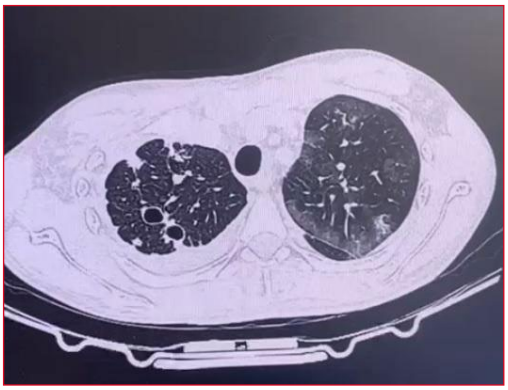
SL ROMERO LOMBARDI(1), AJR PERAZZI(1), DP BARBIERI(1), M CAPRILES(1)
(1) Alvarez

Introducción: El compromiso pulmonar en el linfoma de Hodgkin puede simular infecciones oportunistas, incluyendo tuberculosis, especialmente en presencia de lesiones cavitadas. La diferenciación etiológica es fundamental, ya que condiciona decisiones terapéuticas críticas como el inicio de quimioterapia.
Presentación del caso: Paciente masculino de 20 años, sin antecedentes previos, con diagnóstico de linfoma de Hodgkin clásico, variedad esclerosis nodular, estadio IVB (IPS 3), asociado a miocardiopatía dilatada con fracción de eyección ventricular izquierda del 24%.
Inició con síndrome constitucional y compromiso pulmonar caracterizado por consolidaciones y múltiples cavitaciones. Fue evaluado en centro de referencia, con estudios microbiológicos negativos, incluyendo dos pruebas de biología molecular para Mycobacterium tuberculosis en lavado broncoalveolar, interpretándose inicialmente como compromiso pulmonar secundario a enfermedad de base. La disfunción ventricular severa generó demora en el inicio de quimioterapia. En ateneo interdisciplinario con los servicios de Hematología, Infectología y Cardiología, se decidió iniciar tratamiento con vinblastina y dacarbazina, evidenciando mejoría clínica y recuperación de la función ventricular.
Posteriormente, durante la internación y ante la persistencia de lesiones cavitadas, se realizó punción de una cavidad pulmonar con nivel hidroaéreo, aislándose Mycobacterium tuberculosis sensible a isoniazida y rifampicina, iniciándose tratamiento antifímico.
Durante la evolución presentó sobreinfección respiratoria por Klebsiella pneumoniae productora de betalactamasas de espectro extendido en contexto de neutropenia febril, requiriendo ajuste antibiótico.
Al último control, el paciente se encontraba hemodinámicamente estable, sin requerimiento de oxígeno, con mejoría de la fracción de eyección (46%), en tratamiento antifímico y continuidad de quimioterapia.
Discusión: El compromiso pulmonar cavitado en pacientes con linfoma de Hodgkin plantea un amplio diagnóstico diferencial. En este caso, los estudios iniciales negativos para tuberculosis orientaron hacia etiología neoplásica, permitiendo el inicio de quimioterapia pese a la disfunción ventricular severa.
La confirmación posterior de tuberculosis a partir de material de cavidad pulmonar resalta las limitaciones de los métodos diagnósticos iniciales y la posible coexistencia de ambas entidades. La evolución

favorable bajo tratamiento oncológico, sin deterioro asociado a infección no diagnosticada inicialmente, evidencia la complejidad en la toma de decisiones terapéuticas.

Conclusión:
Este caso destaca la complejidad diagnóstica del compromiso pulmonar cavitado en el linfoma de Hodgkin y la importancia del abordaje interdisciplinario para la toma de decisiones terapéuticas.





0026 MENINGOENCEFALITIS POR TRYPANOSOMA CRUZI EN PACIENTE CON INFECCIÓN POR VIH DE RECIENTE DIAGNÓSTICO

SL ROMERO LOMBARDI(1), AJR PERAZZI(1), DP BARBIERI(1), M CAPRILES(1)
(1) Alvarez

Introducción: La reactivación de Trypanosoma cruzi en pacientes con infección por VIH es una manifestación infrecuente pero grave, que suele presentarse como meningoencefalitis o lesiones ocupantes de espacio. Puede simular otras infecciones oportunistas del sistema nervioso central, dificultando el diagnóstico y retrasando el tratamiento específico.

Presentación del caso: Paciente masculino de 46 años que consulta por cefalea holocraneana y hemiparesia derecha de 3 días de evolución. Al ingreso se encontraba vigil, hemodinámicamente estable, con paresia e hipoestesia braquiocrural derecha.

Se interpretó inicialmente como meningitis, iniciándose dexametasona, ceftriaxona y vancomicina. Durante la internación se diagnosticó infección por VIH. La resonancia magnética evidenció múltiples lesiones compatibles con neurocisticercosis y/o toxoplasmosis, iniciándose albendazol.

Debido a la presencia de lesiones ocupantes de espacio, se difirió la punción lumbar inicial por riesgo de herniación, con evaluación por Neurocirugía para eventual biopsia cerebral. En controles se observó disminución parcial de algunas lesiones con aparición de nuevas, evidenciando progresión del compromiso del sistema nervioso central.

Asoció neumonía intersticial bilateral con sospecha de tuberculosis, iniciándose tratamiento antifímico. Evolucionó con insuficiencia respiratoria y deterioro del sensorio (Glasgow 6/15), requiriendo ingreso a terapia intensiva por shock séptico de probable foco respiratorio y neurológico.

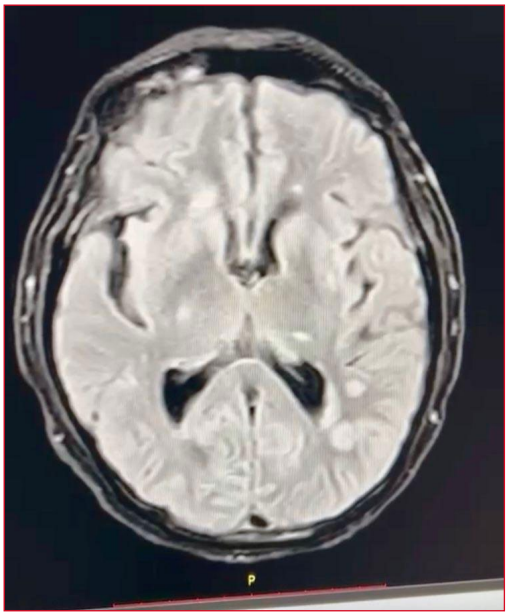
En este contexto, priorizando el beneficio diagnóstico, se realizó punción lumbar en terapia intensiva. El líquido cefalorraquídeo evidenció tripomastigotes compatibles con Trypanosoma cruzi y citomegalovirus, iniciándose benznidazol y ganciclovir.

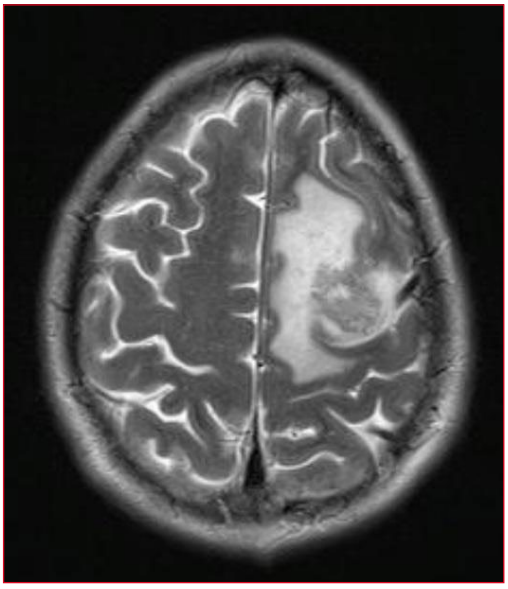
Evolucionó desfavorablemente con deterioro neurológico progresivo hasta signos clínicos de muerte encefálica, asociado a shock refractario, falleciendo durante la internación.

Discusión: La meningoencefalitis por Trypanosoma cruzi es una forma de reactivación en pacientes con VIH, de alta mortalidad y presentación similar a otras infecciones oportunistas del sistema nervioso central, lo que puede retrasar el diagnóstico.

En este caso, las lesiones ocupantes de espacio condicionaron la demora inicial de la punción lumbar. Su realización en terapia intensiva permitió el diagnóstico etiológico. Esto resalta la importancia de un enfoque diagnóstico activo en pacientes críticos, priorizando el beneficio diagnóstico sobre los riesgos del procedimiento.

Conclusión: Este caso destaca la importancia de considerar la reactivación de Trypanosoma cruzi en pacientes con VIH y compromiso del sistema nervioso central, así como la necesidad de un abordaje diagnóstico oportuno en terapia intensiva.





0027 MUCORMICOSIS INVASIVA, DIAGNÓSTICO TARDÍO Y EVOLUCIÓN FATAL: REPORTE DE CASO

N LEDESMA(1), L NICOLAS(1), G POLETH(1), L CELESTE(1), G JOHNNY(1), F CELESTE(1), T ARIEL(1), B ELEONORA(1)
(1) Balestrini

Introducción: La mucormicosis es una infección fúngica invasiva, infrecuente y de alta mortalidad, asociada principalmente a diabetes mellitus mal controlada. Su presentación puede simular patologías más prevalentes, retrasando el diagnóstico y el inicio del tratamiento específico. Se presenta un caso con evolución fulminante y diagnóstico postmortem.
Presentación del caso: Paciente femenina de 38 años con diabetes insulinorrequirente mal adherente y enfermedad renal crónica no dialitica reagudizada, que consulta por parálisis facial derecha de 4 días de evolución, con antecedente reciente de instrumentación odontológica.
Al ingreso presentaba oftalmoplejía, ptosis, exoftalmos, anisocoria con pupila arreactiva y edema hemifacial, que se interpreta al ingreso como síndrome del seno cavernoso. Evolucionó con deterioro neurológico progresivo, amaurosis bilateral y compromiso de múltiples pares craneales.
Neuroimágenes evidenciaron lesiones compatibles con ACV isquémico de fosa posterior, sin oclusión vascular.
Ingresó a UTI por deterioro neurológico, requiriendo protección de vía aérea. Presentó progresión del compromiso orbitario y necrosis de partes blandes; y evolución a shock con falla multiorgánica.
A pesar de tratamiento antibiótico empírico y soporte intensivo, fallece y se obtiene el diagnóstico de mucormicosis (*Mucor spp.*) postmortem.
Discusión: La mucormicosis es una infección angioinvasiva de rápida progresión que provoca trombosis y necrosis tisular. Factores predisponentes como diabetes descompensada y acidosis metabólica favorecen su desarrollo. Su presentación puede simular patologías neurovasculares, dificultando la sospecha precoz. La mortalidad continúa siendo elevada sin tratamiento antifúngico temprano y desbridamiento quirúrgico.
Conclusión: Ante compromiso orbitario y neurológico en pacientes diabéticos, la mucormicosis debe considerarse como diagnóstico diferencial. La sospecha precoz es clave para iniciar tratamiento oportuno y mejorar la sobrevida.

0028 EVOLUCIÓN CLÍNICA Y ABORDAJE KINÉSICO INTEGRAL EN UN PACIENTE CON HEMORRAGIA ALVEOLAR DIFUSA SECUNDARIA A LEPTOSPIROSIS GRAVE.

MF RONDAN VALDIVIEZO(1)
(1) Hospital De Campaña Escuela Hogar

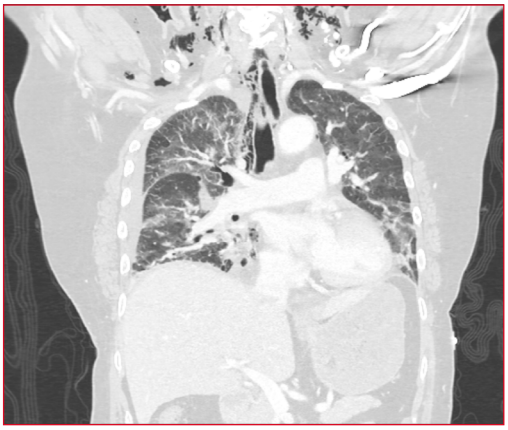
Introducción: La leptospirosis es una zoonosis de distribución mundial con una incidencia anual estimada de 1 millón de casos, entre el 5% y 15% de los pacientes desarrollan formas
graves, como el síndrome de Weil. El objetivo de este reporte es describir la evolución clínica y la respuesta terapéutica de un paciente con hemorragia alveolar secundaria a leptospirosis, destacando la relevancia de la intervención kinésica precoz y el trabajo multidisciplinario.
Presentación del caso: Paciente femenina de 20 años, sin antecedentes, ingresa a UCI con diagnóstico presuntivo de neumonía grave y hemorragia alveolar difusa, hipoxemia refractaria crítica PaO2/FiO2 de 67, acidosis respiratoria severa y mecánica pulmonar restrictiva.
Dada la severidad del cuadro clínico y el compromiso de la mecánica respiratoria, se inició el abordaje diagnóstico y terapéutico multidisciplinario. Se implementó una estrategia de rescate basado en dos ciclos prolongados de decúbito prono, 48 horas cada uno. Y uso de niveles elevados de PEEP. En este contexto de un paciente con SDRA complicado con hemorragia alveolar, el uso de la PEEP adquirió una doble función terapéutica: reclutar tejido pulmonar y ejercer un efecto mecánico sobre el sangrado.
Esta intervención fue determinante para estabilizar la mecánica respiratoria, logrando un incremento de la PaO2/FiO2 a 373 y una notable mejoría de la distensibilidad pulmonar. Durante la evolución, se confirmó el diagnóstico de Leptospirosis mediante test de antígeno. Con este hallazgo, se estableció el diagnóstico definitivo de Leptospirosis en su forma clínica de Síndrome Pulmonar Hemorrágico Grave.
Conclusión: El abordaje kinesiológico integral, basado en una estrategia de ventilación protectora con PEEP elevada y ciclos prolongados de decúbito prono 48 horas, fue determinante para revertir la hipoxemia refractaria y el compromiso parenquimatoso severo en esta paciente con hemorragia alveolar por leptospirosis. Este reporte subraya que el éxito erapéutico no depende de una intervención aislada, sino de un abordaje multidisciplinario coordinado.
Referencias bibliográficas:
1. Brihuega Bibiana, Draghi María Graciela, Farace María Isabel, Francois Silvina. Informe sobre Leptospirosis. 2017.
2. Boletín epidemiológico Nacional.Vigilancia epidemiológica de la leptospirosis. 2024.
3. Vigilancia de leptospirosis por el laboratorio en Argentina. 2022
4. Natalia Campos Chacon.Reporte de un caso de Leptospirosis. 2014.
5. Merino Daniel, Marder Gabriel. Leptospirosis en Corrientes, Argentina. 2008.

0029 RUPTURA ESOFÁGICA DE CAUSA INCIERTA Y MEDIASTINITIS EN PACIENTE FEMENINA DE 77 AÑOS: UNA EMERGENCIA DEVASTADORA.

JJ MADERA MERCHAN(1), J MARTELLETI(1), J DALMAS(1), V SYLVESTRE(1), R NEYRA(1), L BUSTAMANTE(1)
(1) Hospital Italiano De Buenos Aires

Introducción: La ruptura espontánea del esófago , se define como dehiscencia de la pared esofágica en una zona previamente sana debido al aumento brusco de la presión esofágica en combinación de la presión intratorácica negativa. La triada de mackler compuesta por : Vómitos, enfisema subcutáneo y dolor torácico ayuda a orientarnos a este diagnostico debido a que se trata de una patología poco frecuente pero con una mortalidad mayor al 30%.
Presentación del caso: Presentamos una paciente de sexo femenino de 77 años con antecedentes de hipertensión arterial, hipotiroidis-

mo, dislipemia y lumbalgia crónica asociada a escoliosis , controlada con analgésicos no esteroides y recientemente con ozonoterapia lumbar. Medicación habitual: Losasrtan, levotiroxina, atorvastatina y paracetamol.
Acude a servicio de emergencias por dolor en epigastrio de moderada intensidad, no irradiado. Evolución desfavorable con taquipnea , aumento de intensidad de dolor y letargia. Adicionalmente se aprecia enfisema subcutáneo al examen físico. Se realiza Tomgografía computada de cerebro, tórax abdomen y pelvis de urgencia en la que se aprecia enfisema subcutáneo desde región cervical con extensión hasta región facial , neumomediastino con extensión cervical y derrame pleural bilateral. Se decide protección de vía aérea y analgosedación con objetivo Rass -4. Se inicia cobertura antibiótica Cefepima + Vancomicina y se consulta con servicio de cirugía general, que decide colocación de tubo de avenamiento pleural. Obteniéndose débito turbio purulento. Físico químico: PH <6.75, Amilasa: 17025, LDH 1048 Proteínas: 3.3
Pase posterior a Terapia intensiva donde se realiza Video endoscopia en conjunto con servicio de gastroenterología y cirugía general , observándose a 30 cms de arcada dentaria superior solución de continuidad esofágica con comunicación al mediastino. Se agrega cobertura antifúngica: Anidulafungina . Se decide resolución quirúrgica:Videotoracoscopia asistida mas rafia esofagica y toilette pleural. Bacteriología reporta rescates bacteriológicos: estreptococo salivarius y viridans en liquido pleural por lo que se ajusta antibiótico terapia acorde a rescates. Evoluciona con falla renal oligurica , se interpreta de causa prerrenal por FENA 0.1%. Buena evolución lográndose extubación el 07/04/2026 y retiro de tubo de avenamiento pleural el 10/04/2026 y posterior inicio de alimentación enteral por sonda nasogástrica.
Discusión: La ruptura esofágica es una patología que puede llegar a tener una mortalidad entre 20-60% posterior a las 24 horas. El factor determinante de la mortalidad es el intervalo de tiempo entre la ruptura esofágica y la instauración del tratamiento. Dentro de los estudios complementarios que nos ayudan al diagnostico de esta patología encontramos: tomografía computada, seriada esofágica, radiografía de tórax y video endoscopia alta con visualización directa de la lesión. El tratamiento qurirúgico definitivo dependerá de la presencia o no de patología subyacente. En este caso ante la ausencia de patología subyacente se decidió cierre primario mediante rafia esofágica.
Conclusión: La ruptura esofágica es una emergencia médica con alta mortalidad , el diagnostico temprano de la misma logra mejorar la sobrevida ya que permite instaurar un tratamiento definitivo como el cierre primario de la lesión ante la ausencia de patología subyacente. La video endoscopia alta es una herramienta diagnostica útil para el diagnóstico temprano de esta patología , permitiendo la visualización directa de la lesión.



0030 EFECTOS DE LOS CAMBIOS DE IMPEDANCIA PULMONAR A FIN DE ESPIRACIÓN Y DISTRIBUCIÓN DE LA VENTILACIÓN EN PACIENTES POSOPERATORIOS CON VENTILACIÓN MECÁNICA NO INVASIVA: RESULTADOS PRELIMINARES

T SALOMÓN(1), F FANEGO(1), SO FREDES(1), MI MASTANDREA(1), ME DOTTA(1), N TIRIBELLI(1), P PEREZ(1), RB MATTEI(1)
(1) Churruca-Visca

Introducción: Los pacientes sometidos a cirugía abdominal o torácica mayor presentan alteraciones significativas en la mecánica respiratoria y en la función diafragmática. Tras la transición de la ventilación mecánica invasiva (VMI) a la respiración espontánea, la pérdida abrupta de la presión intratorácica positiva puede favorecer el colapso pulmonar. En este contexto, la ventilación mecánica no invasiva (VMNI) es una herramienta eficaz para la prevención y el tratamiento de la insuficiencia respiratoria aguda (IRA). Por lo tanto, la identificación temprana de una respuesta fisiológica inadecuada a la VMNI resulta fundamental para optimizar el tratamiento. La evaluación de la distribución regional de la ventilación mediante la tomografía por impedancia eléctrica (TIE), permite comprender los mecanismos fisiológicos subyacentes y potencialmente optimizar la estrategia ventilatoria.
Objetivo: Evaluar mediante TIE los cambios en la impedancia pulmonar de fin de espiración (ΔEELI) y en la distribución regional de la ventilación (ROI) en pacientes posoperatorios abdominales y/o torácicos que recibieron VMNI durante los primeros siete días del postoperatorio.
Materiales y métodos: Estudio fisiológico, prospectivo y longitudinal. Se incluyeron pacientes con VMNI preventiva o terapéutica. Se consideraron dos momentos de evaluación: T0, en respiración espontánea, y T1, durante VMNI. Las variables principales fueron ΔEELI y la redistribución regional de la ventilación.
Resultados: Se incluyeron 15 pacientes. La mediana de ΔEELI global fue 0,67 (RIQ 0,41-0,94), con valores mayores en regiones ventrales que dorsales: 0,37 (RIQ 0,17-0,61) versus 0,23 (RIQ 0,15-0,26). No se encontraron diferencias significativas en la distribución regional de la ventilación entre T0 y T1 en ninguna de las cuatro regiones de interés (ROI). Se observó una distribución equitativa de los pacientes entre los tres fenotipos ventilatorios; 5 (33,3%) para cada categoría (ventral, homogéneo y dorsal).
Conclusión: En pacientes posoperatorios abdominales y/o torácicos, la valoración mediante TIE durante la VMNI mostró un aumento del ΔEELI global, más marcado en regiones ventrales, pero sin cambios significativos en la distribución regional de la ventilación. En esta población, la TIE podría ser útil para monitorear la respuesta fisiológica al soporte no invasivo.
Agradecimientos: A los jefes del Servicio de Kinesiología y autoridades de UCI por permitirnos realizar este trabajo.

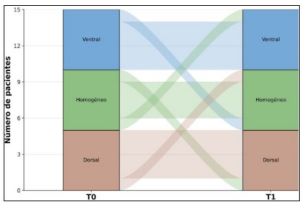


Figura 1. Cambios de Fenotipo ventilatorio de T0 (respiración espontánea) a T1(VMNI). Cuatro pacientes modificaron su fenotipo ventilatorio: dos migraron hacia el patrón homogéneo (uno desde el ventral y otro desde el dorsal), mientras que del fenotipo homogéneo, dos pacientes modificaron su estado (uno hacia ventral y otro hacia dorsal).

Tabla 1. Variables clínico-demográficas y quirúrgicas.

Variable	n= 15
Edad, mediana (RIQ), años	69 (53-72)
Sexo masculino, n (%)	9 (60)
APACHE II, media (DE)	15 (5)
Antecedentes médicos, n (%)	
Cardiológico	13 (87)
Tabaquismo	11 (73)
Obesidad	5 (33)
Diabetes	4 (27)
Oncológico	4 (27)
ERC	2 (13)
OCD	2 (13)
Sitio de cirugía, n (%)	
Abdominal	6 (60)
Torácica	9 (40)
Vascular	6 (67)
Pulmonar	1 (11)
Pleural	2 (22)
Tipo de cirugía, n (%)	
Programada	9 (60)
No programada	6 (40)
Tipo de acceso, n (%)	
Abierto	8 (54)
Toracoscopia	4 (26)
Laparoscópica	3 (20)

Referencias: DE (desvío estándar); RIQ (rango intercuartílico); ERC (enfermedad renal crónica); OCD (oxigenoterapia crónica domiciliaria); APACHE II *(Acute Physiology and Chronic Health disease Classification System II).*

0031 PREVALENCIA DEL CIERRE DE VÍA AÉREA EN ADULTOS DE UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS: RESULTADOS PRELIMINARES

R MATTEI(1), ME DOTTA(1), FJ VILLALBA(2), SO FREDES(1), MG COVELLO(1), MI MASTANDREA(1), N TIRIBELLI(1)
(1) Cmpfa Churruca-visca. (2) Donación Francisco Santojanni

Introducción: La identificación del cierre de vía aérea (CVA) es fundamental para optimizar la ventilación mecánica invasiva (VMI). Su presencia implica que si el gas aportado por el ventilador mecánico no supera un valor determinado de presión de apertura de vía aérea (PaVA), la comunicación entre la vía aérea proximal y las unidades alveolares no sería efectiva.

Objetivo: Determinar la prevalencia del CVA en adultos de una UCI y explorar la posible asociación entre su presencia y variables clínico-demográficas, de programación y de monitoreo ventilatorio.

Métodos: Estudio tipo corte transversal. La detección del CVA se realizó durante la fase de soporte total de la VMI mediante el método a bajo flujo. Se consideró presente ante una PaVA ≥ 5 cmH2O. En dicho caso, se utilizó la tomografía por impedancia eléctrica para analizar detalladamente cuatro regiones de interés (ROI).

Resultados: En seis meses, se incluyeron 46 pacientes. Nueve presentaron CVA, lo cual arroja una prevalencia del 19 % (IC 95%: 10,24%-34,14%). La mediana de edad fue 73 años (RIQ 60-79), de IMC 26 kg/m² (RIQ 25-27) y del puntaje SAPSS II de 62 (RIQ 55-66). Predomino el sexo masculino (n=39, 63%), el antecedente de tabaquismo (n=21, 46%) y la insuficiencia respiratoria aguda como motivo de VMI (n= 31, 67%). La mediana de PaVA fue de 8 (RIQ 6-10) cmH20, cinco (56%) presentaron un patrón de ascenso abrupto en la curva presión-volumen. Solo un (11%) paciente mostró variaciones en el valor de PaVA entre las cuatro ROI. Se identificó retraso en el inicio de la insuflación regional en 7 (78%) pacientes, con predominio en las zonas dependientes (ROI 3 Y 4). El nivel de PEEP programado (OR 1,52; IC 95% 1.09–2.09; p=0,01), la auto-PEEP (OR 1,93; IC 95% 1,06–3,50; p=0,02) y la LFE (OR 18; IC 95% 1,59–202,95; p=0,01) se asociaron con el CVA.

Conclusión: La prevalencia de CVA fue del 19 %. La PEEP programada, la auto-PEEP y la LFE valorados previo a la medición, presentaron asociación significativa con la presencia de CVA.

Tabla 1. Variables del día de medición del evento.

Variables	Todos n= 46	CVA si n=9	CVA no n=37	p valor
Ph, mediana RIQ	7,39(7,35-7,44)	7,40(7,37-7,42)	7,39(7,33-7,45)	0,50
PCO_2, mediana RIQ, cmH_2O	37(33-41)	34(33-39)	37(33-41)	0,55
PaO_2, mediana RIQ, cmH_2O	88(74-103)	79(66-80)	91(75-109)	**0,03***
PaO_2/FIO_2, mediana RIQ, mmHg	288(247-364)	263(198-298)	306(250-374)	0,08
101-200, n (%)	9(19)	3(33)	6(16)	0,20
201-300, n (%)	15(32)	4(44)	11(30)	
> 300, n (%)	22(48)	2(22)	20(54)	
Seteo ventilatorio				
Volumen Tidal, mediana RIQ, ml	450(360-490)	440(380-460)	450(360-510)	0,52
Volumen Tidal, mediana RIQ, ml/kg PP	7(6.75-7.50)	7(6.80-7.01)	7(6.75-7.60)	0,42
Frecuencia Respiratoria, mediana RIQ	20(16-28)	22(10-28)	20(16-26)	0,52
PEEP, mediana RIQ, cmH_2O	8(8-10)	10(10-12)	8(8-8)	**0,01***
FIO_2, mediana RIQ, %	30(25-40)	30(30-40)	30(25-35)	0,07
Monitoreo ventilatorio				
Limitación flujo espiratorio, n (%)	4(9)	3(33)	1(3)	**0,02***
P. Pico, mediana RIQ, cmH_2O	34(32-38)	38(35-40)	33(31-36)	**0,01***
P. Meseta (pausa larga), mediana RIQ, cmH_2O	19(17-22)	22(19-24)	18(16-20)	**0,01***
P. Meseta (pausa corta), mediana RIQ, cmH_2O	20(18-23)	24(22-26)	20(18-22)	**0,01***
PEEP total, mediana RIQ, cmH_2O	9(8-11)	11(10-13)	9(8-10)	**0,01***
Auto-PEEP, mediana RIQ, cmH_2O	2(1-3)	2(2-4)	2(1-3)	**0,03***
Driving Pressure, mediana RIQ, cmH_2O	11(10-13)	12(11-13)	11(9-13)	0,10
Complacencia SR, mediana RIQ, ml/cmH_2O	38(32-45)	34(30-44)	38(33-51)	0,37
Resistencia SR, mediana RIQ, $cmH_2O/l/seg$	13(11-16)	14(11-16)	13(11-16)	0,80

Referencias: CVA (Cierre de Vía Aérea), RIQ (Rango Intercuartílico), P. (Presión), PEEP (Presión positiva final espiración), FIO, (Fracción inspirada de oxigeno), PP (Peso predicho), SR (Sistema Respiratorio), * valor significativo (p < 0,05).

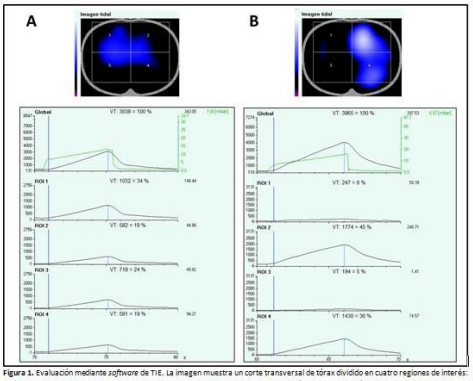
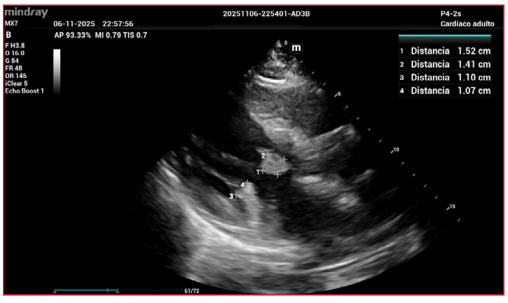


Figura 1. Evaluación mediante *software* de TIE. La imagen muestra un corte transversal de tórax dividido en cuatro regiones de interés: ROI 1 y 2 (ventrales) y ROI 3 y 4 (dorsales). La imagen tidal refleja la distribución de la ventilación, mientras que las curvas de pletismografía (global y regionales) permiten identificar el inicio de la insuflación. La monitorización de la presión en la vía aérea se visualiza mediante la curva de de color verde. En el panel izquierdo **(A)** se observa una curva de presión-volumen a bajo flujo con un patrón de ascenso abrupto y un valor de PaVA de 7 cmH_2O; en el panel derecho **(B)** un patrón progresivo en un paciente con PaVA de 6 cmH_2O.

0032 ENDOCARDITIS INFECCIOSA POR AEROCOCCUS Y ROL DE LA ECOCARDIOGRAFIA BEDSIDE EN EL DIAGNOSTICO TEMPRANO

CA FRANCO AVILA(1), S ROMAN(1)
(1) Gobernador Centeno

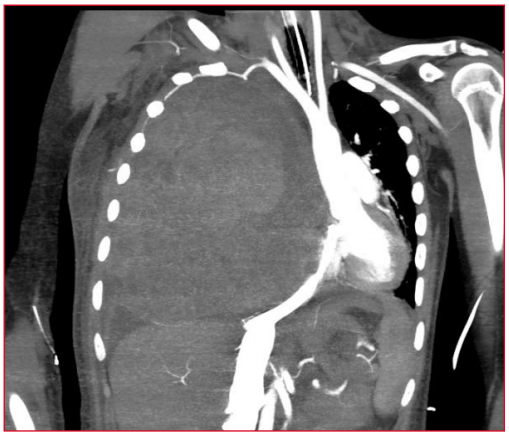
Este trabajo describe y analiza un caso de Endocarditis infecciosa con compromiso agudo de la válvula Mitral por el germen Aerococcus sp. Usando el registro de búsqueda de Pubmed se evidencia, en los últimos años, un aumento en los reportes de esta patología. En algunas revisiones bibliográficas se describen tanto los factores de riesgo relacionados con la infección por este germen como el tratamiento. Menores son los datos respecto de la evolución de los pacientes y la tasa de mortalidad asociada al compromiso valvular por esta infección. Los estudios resaltan el diagnóstico microbiológico tardío de la enfermedad. El caso presentado muestra la importancia de la Ecocardiografía Bedside a manos del médico intensivista como método de diagnóstico temprano que permite ganar tiempo en el contexto de emergencias infecciosas como esta. Se trata de un paciente masculino de sesenta años con antecedente de Hipertensión Arterial y Litiasis Renal quien desde las dos semanas previas al ingreso al centro de salud presentaba fiebre y dolor lumbar en contexto de una Infección del tracto Urinario con aislamiento de Aerococcus urinae sensible a penicilina, por lo que recibió tratamiento con Amoxicilina-Clavulanato. Dentro de su evolución, en la víspera de su ingreso a la institución, presenta cuadro de disnea súbita, siendo éste el motivo de su consulta. En guardia realizan Tomografía de Tórax que muestra infiltrados en alas de mariposa lo que generó sospecha de compromiso de la válvula Mitral en contexto de infección, diagnóstico confirmado luego por Ecocardiografía Bedside realizada por el Médico Intensivista inmediatamente al ingreso a UTI. El paciente es derivado de manera urgente a un centro de mayor complejidad con disponibilidad de Cirugía cardiovascular donde fallece dos semanas después por evolución tórpida con nuevas complicaciones infecciosas.



0033 COMPRESIÓN VASCULAR SEVERA Y DISFUNCIÓN DIASTÓLICA POR COLAPSO DE CAVIDADES CARDÍACAS DERECHAS POR SARCOMA DE EWING MEDIASTINAL EN PEDIATRÍA. REPORTE DE CASO

RB GALLARDO(1)
(1) Hospital Italiano De Buenos Aires

Introducción: El sarcoma de Ewing es un tumor agresivo poco frecuente en pediatría.
La compresión tumoral de estructuras cardiovasculares implica un alto riesgo de mortalidad, siendo un desafío el manejo respiratorio y hemodinámico.
Presentación del caso: Paciente femenina de 15 años de edad que presentó una neumonía con derrame pleural, que ante falta de mejoría clínica se realizó tomografía que evidencia una voluminosa masa en hemitórax derecho produciendo efecto de masa con compresión de estructuras mediastinales y cardíacas, por lo que ante sospecha de enfermedad oncológica se derivó a centro de mayor complejidad.
Cómo plan diagnóstico se realiza biopsia del tumor primario informando sarcoma redondocelular con diagnóstico definitivo posterior de sarcoma de Ewing de parrilla costal. Se realizó Tomografía por Emisión de Positrones que evidencia enfermedad localizada.
Presenta ecocardiograma con compresión de estructuras que provoca disfunción diastólica con compromiso del llenado ventricular derecho y compresión de vena cava superior, presentando la vena cava inferior dilatada sin colapso inspiratorio.
Evoluciona con shock obstructivo desencadenado por maniobra de valsalva de la paciente, y ante el riesgo de colapso de estructuras de vía aérea y colapso cardiovascular, se realizó intubación orotraqueal en quirófano junto a equipo multidisciplinario.
Se decidió iniciar sedación con isoflurano inhalado permitiendo sedación profunda titulable con recuperación predecible.
Se descarta tromboembolismo pulmonar por angiotomografía, evidenciándose compresión de vena braquiocefálica derecha iniciando anticoagulación profiláctica; por lo que se asumió colapso respiratorio secundario a compresión tumoral.
Debido al compromiso hemodinámico y respiratorio se decidió iniciar tratamiento según esquema GALOP 2011 previo al diagnóstico definitivo del tumor.
La paciente evoluciona con disminución del tamaño tumoral evidenciado por nueva angiotomografía, con mejoría en la compresión de cavidades derechas sin generar obstrucción significativa logrando la estabilidad hemodinámica y la extubación exitosa tras doce días.
Discusión y conclusión: La compresión mecánica con compromiso hemodinámico es una emergencia oncológica crítica que requiere de ventilación mecánica y sedación profunda, sumado al tratamiento quimioterápico de urgencia incluso antes de completar estudios diagnósticos.



0035 PORFIRIA AGUDA INTERMITENTE - REPORTE DE CASO

S TEILLER(1), J NUÑEZ GOYO(1), G GRANADO(1)
(1) Clínica Pasteur

Introducción: La porfiria aguda intermitente (PAI) es un trastorno hereditario que afecta el metabolismo del hemo. Se caracteriza por una deficiencia parcial de la enzima porfobilinógeno desaminasa, lo que provoca la acumulación de ácido aminolevulínico (ALA) y porfobilinógeno (PBG). Estos compuestos son neurotóxicos y pueden causar crisis neurovisceralesmuy graves. A menudo, el diagnóstico se retrasa porque sus síntomas son poco específicos y pueden confundirse con problemas abdominales o neurológicos comunes, lo que puede afectar el pronóstico.
Caso clínico: Paciente femenina de 17 años que consulta por dolor abdominal, náuseas, vómitos de 14 días de evolución. Sin respuesta a tratamientos. En laboratorio presenta hiponatremia y en TAC de abdomen: disminución de ángulo aorto-mesentérico por lo que se decide institucionalizar. Evoluciona con encefalopatía metabólica, cuadriparesia y arreflexia, interpretándose inicialmente como polineuropatía aguda que no responde a tratamiento. Tras cambio de habitación en Terapia Intensiva se evidencia cambio de coloración en reservorio de orina, se plantea sospecha de PAI y solicitan estudios complementarios que revelan ALA sérico y PBG urinario marcadamente elevados, confirmando el diagnóstico. Cumple tratamiento específico con Hemina Humana en dos ciclos y egresa a Centro de Rehabilitación.
Discusión y conclusiones: La PAI es una enfermedad poco frecuente a nivel mundial.
Comprender la importancia de reconocerla en aquellos pacientes con dolor abdominal y alteración neurológica. La presencia de síntomas digestivos, disfunción autonómica, hiponatremia y debilidad muscular progresiva son las alarmas a tener en cuenta.
Un diagnóstico rápido, que incluya la medición de ALA y PBG, junto con la administración temprana de Hemina, son fundamentales para disminuir la neurotoxicidad y mejorar el pronóstico.

0036 SÍNDROME DE AUSTRIAN CON ENDOCARDITIS TROMBÓTICA DE VÁLVULA TRICÚSPIDE Y TROMBOSIS VENOSA CEREBRAL COMO COMPLICACIÓN TARDÍA: REPORTE DE CASO

W Matricardi(1)
(1) Ramon Carrillo.

Introducción: El síndrome de Austrian es una forma infrecuente y grave de enfermedad neumocócica invasiva, definida por la tríada de meningitis, endocarditis y neumonía por diseminación hematógena de Streptococcus pneumoniae.
Presentación del caso: Varón de 37 años, con antecedente de fractura de peñasco y consumo problemático de sustancias. Fue hallado con deterioro del sensorio y relajación de esfínteres. Al ingreso, se protegió la vía aérea. Se realizó tomografía axial computada cerebral que evidenció hipodensidad frontal derecha. Se realizó punción lumbar: líquido cefalorraquídeo con pleocitosis, hipoglucorraquia e hiperproteinorraquia. El cultivo de líquido cefalorraquídeo y sangre confirmaron Streptococcus pneumoniae. Recibió tratamiento con ceftriaxona, vancomicina y dexametasona. El ecocardiograma transtorácico mostró en válvula tricúspide una imagen móvil hiperecogénica de 7 por 7 milímetros compatible con vegetación. Al sexto día, desarrolló consolidación pulmonar lobar derecha, completando la tríada. Al día 18 presentó deterioro neurológico progresivo; una nueva tomografía axial computada con contraste reveló trombosis del seno transverso y de la vena yugular derecha, requirió anticoagulación.
Discusión: El paciente ingresó con clínica neurológica, la neumonía fue un hallazgo posterior, confirmando que los componentes de la tríada pueden aparecer de forma metacrónica. La endocarditis comprometió la válvula tricúspide, probablemente relacionada con el antecedente de consumo de sustancias. Se aisló el germen y se ajustó la antibioticoterapia según antibiograma. La trombosis venosa cerebral fue una complicación tardía.
Conclusión: Este caso subraya la necesidad de buscar compromiso endocárdico atípico en pacientes con meningitis neumocócica y consumo de sustancias, y vigilar complicaciones trombóticas cerebrales tardías
.

0037 FACTORES ASOCIADOS AL DESARROLLO DE HIPERNATREMIA DE NOVO EN PACIENTES CRÍTICOS: ESTUDIO PROSPECTIVO.

F CEBALLOS(1), M SERPA(1), D MASEVICIUS(1)
(1) Sanatorio Otamendi

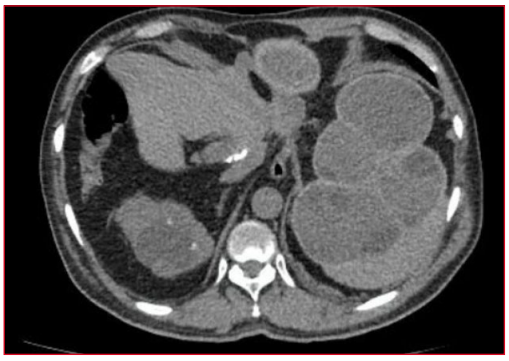
La hipernatremia adquirida en la unidad de terapia intensiva (UTI) es una complicación frecuente, asociada a mayor morbimortalidad y prolongación de la internación. Sin embargo, los mecanismos dinámicos que conducen a su desarrollo durante la hospitalización no están completamente definidos. Este estudio tuvo como objetivo identificar los factores clínicos, metabólicos y relacionados con el manejo asociados al desarrollo de hipernatremia de novo en pacientes críticos, con especial énfasis en los cambios ocurridos en los días previos a su aparición.
Se realizó un estudio prospectivo en pacientes adultos internados en UTI con estancia mayor a 72 horas y natremia normal al ingreso. Se definió hipernatremia de novo como sodio plasmático >145 mEq/L desarrollado luego del tercer día de internación. En los pacientes que presentaron esta alteración, se analizaron retrospectivamente los tres días previos al diagnóstico (día 0), evaluando las variaciones en parámetros clínicos, bioquímicos y de balance hidroelectrolítico.
Se incluyeron 20 pacientes, con una edad media de 69±12 años, predominio masculino (71%) y una mortalidad del 16%. El sodio

plasmático aumentó significativamente desde 139±3 mEq/L (día –3) hasta 148±3 mEq/L (día 0). Durante este período, el puntaje SOFA disminuyó, sugiriendo mejoría clínica global. No se observaron cambios relevantes en los valores de urea y creatinina.
El desarrollo de hipernatremia se asoció a un balance hídrico negativo (–1320±2388 mL) y a un balance positivo de electrolitos (Na_2+K_2) de 185±460 mEq. El clearance de agua libre de electrolitos fue consistentemente positivo, indicando pérdida renal de agua libre. Asimismo, se evidenció un aumento progresivo del componente ureico de la osmolaridad urinaria, sin cambios significativos en el componente electrolítico.
Estos hallazgos sugieren que la hipernatremia de novo en pacientes críticos se produce en un contexto de pérdida de agua libre asociada a una carga osmótica renal predominantemente ureica, lo que limita la excreción efectiva de sodio. El monitoreo integrado del balance hidroelectrolítico y de la composición de la osmolaridad urinaria podría permitir la detección precoz de pacientes en riesgo y la implementación de estrategias preventivas en la práctica clínica

0038 HIDATIDOSIS PERITONEAL DISEMINADA COMO HALLAZGO DIAGNÓSTICO EN PACIENTE CRÍTICO CON DETERIORO DE LA FUNCIÓN RENAL Y MASAS QUÍSTICAS ABDOMINALES: REPORTE DE CASO

PC MOREIRA SANCHEZ(1), B DE ARAUJO CASOTTI(1), F LIPOVESTKY(1), P SAUL(2), E MONTES SALABARRIA(1), R RAMIREZ(1), M ALVAREZ(1), A LA MANNA(1)
(1) Clinica Ciudad De La Vida. (2) Clinica Ciudad De De La Vida

Introducción: La hidatidosis es una zoonosis causada por Echinococcus granulosus, endémica en América Latina, caracterizada por quistes de crecimiento lento, principalmente hepáticos y pulmonares. El compromiso peritoneal es infrecuente y generalmente secundario a diseminación desde quistes previos, pudiendo permanecer silente durante años. En pacientes críticos con lesiones quísticas abdominales múltiples, su reconocimiento representa un desafío diagnóstico, especialmente cuando coexisten causas más frecuentes de deterioro renal.
Presentación del caso: Varón de 61 años, nacido en Santiago del Estero, con hipertensión arterial, patología prostática e hidatidosis hepática y pulmonar tratada en la infancia, con antecedente de exéresis abdominal y quistectomía torácica. Ingresó por hematuria macroscópica y deterioro severo de la función renal, con urea 190 mg/dl y creatinina 6,97 mg/dl. Se encontraba hemodinámicamente estable, sin requerimiento de vasopresores ni soporte ventilatorio. Presentó insuficiencia renal aguda AKIN III, acidosis metabólica con aumento del anión gap e hiperkalemia. La ecografía renal evidenció riñones heterogéneos con múltiples imágenes quísticas y pérdida cortical. La ecografía vesicoprostática mostró próstata aumentada de tamaño y lesión polipoide intravesical. La tomografía computada evidenció múltiples imágenes quísticas abdominales. Inicialmente se consideró etiología obstructiva prostática con diagnóstico diferencial entre enfermedad quística renal, patología neoplásica o infecciosa crónica. El antecedente de hidatidosis orientó la sospecha hacia compromiso peritoneal secundario. La serología por Western Blot e inmunofluorescencia indirecta confirmó Echinococcus granulosus. Se indicó albendazol, con evolución clínica estable.
Discusión: La hidatidosis peritoneal puede presentarse de forma inespecífica y simular otras patologías abdominales. En este caso se asoció probablemente a diseminación intraquirúrgica previa, siendo fundamental el tratamiento con albendazol previo y posterior al procedimiento según recomendaciones nacionales. La hematuria y la patología prostática orientaron inicialmente hacia causa obstructiva; sin embargo, los hallazgos imagenológicos y serológicos permitieron redefinir el diagnóstico. La infección crónica podría contribuir al deterioro renal mediante mecanismos inflamatorios indirectos.
Conclusión: La hidatidosis peritoneal diseminada debe considerarse en el diagnóstico diferencial de lesiones quísticas abdominales múltiples en regiones endémicas. La integración de antecedentes, imágenes y serología permitió establecer el diagnóstico definitivo y orientar el tratamiento específico.

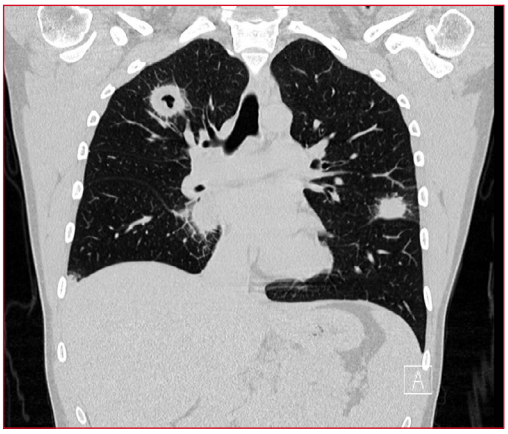


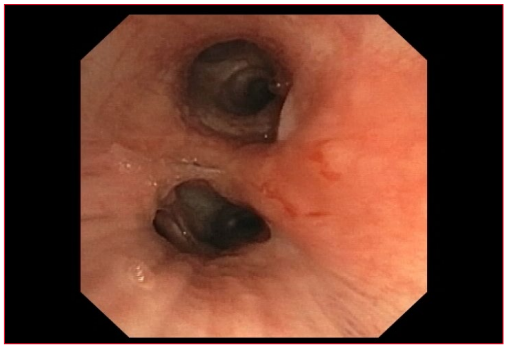
0039 NÓDULOS PULMONARES CAVITADOS, GRANULOMAS NECROTIZANTES Y ESTUDIOS MICROBIOLÓGICOS NEGATIVOS EN PACIENTE JOVEN: UN DESAFÍO DIAGNÓSTICO ENTRE INFECCIÓN Y ENFERMEDAD INFLAMATORIA SISTÉMICA

JJ MADERA MERCHÁN(1), M CLAUS SEDENZKI, M CLEMENTE, M AGAZZI, I BLEDEL, G CASTAÑO, C NIGRO, J ROLLERI, S MALNIS(1), E DIBUR(1), F REINO, B REYNOSO, E ALAIS
(1) Hospital Aleman

Introducción: Una cavidad es definida como un espacio lleno de gas , que se observa como un área de lucidez o de baja atenuación dentro de una consolidación pulmonar, nódulo o masa.
Presentación del caso malignidades: Femenina, 24 años. Antecedentes: Infección por SarsCov2. Internaciones previas en clínica médica en contexto de neumonía de la comunidad y toracodinia. Tratamiento antibiótico con levofloxacina , leve mejoría. Ante persistencia de toracodinia, registros subfebriles y tos seca , se solicita tomografía computada de tórax de alta resolución se observan nuevas consolidaciones redondeadas en ambos campos pulmonares , siendo una una imagen paramediastinal derecha de 46mm la imagen dominante. Se interpreta como posible vasculitis. Pruebas de función pulmonar revela FEV1/FVC 75, Z score: 1.69 FEV 1: 89%, FVC 103%, volúmenes pulmonares normales, interpretación: Obstrucción leve.
Fibrobroncoscopia revela mucosa de espolón de división de bronquio superior e inferior izquierdo, congestiva, friable y levemente engrosada. Se toman biopsias que resultan negativas para células atípicas y reporta inflamación crónica granulomatosa. Tomografía con emisión de positrones revela lesiones nodulares bilaterales hipermetabolicas , cavitadas y con centro hipodenso de aspecto liqui-

do/necrótico. Cultivos negativos , se decide resolución quirúrgica: Segmentectomia superior izquierda.
Ingresa a terapia intensiva en postquirurgico inmediato , con tubo de avenamiento pleural y catéter epidural para infusión de ropivacaina y fentanilo como analgesia. Evolución sin complicaciones, se retira tubo de avenamiento pleural , catéter epidural y pasa a sala general y posterior egreso hospitalario. PCR para mycobacteria tuberculosis de pieza quirúrgica , negativa. Cultivos para hongos negativos. Anticuerpos negativos y ausencia de sinusitis.
Discusión: Dentro de las causas de lesiones cavitadas, encontramos causas infectologicas, inflamatorias y oncológicas. Cada una de estas poseen hallazgos característicos radiológicos, los cuales combinados con la clínica del paciente , nos orienta hacia el diagnóstico. En este caso el hallazgo patológico de granulomas mas necrosis y ausencia de rescates bacteriológicos nos orienta hacia el diagnostico de Granulomatosis sarcoidea necrotizante.
Conclusiones: La Granulomatosis sarcoidea necrotizante es una presentación atípica y poco común de la sarcoidosis . El tratamiento de elección es la corticoterapia aunque en la mayoría de los casos se ha reportado remisión espontánea.





0040 ABSCESO RENAL POR SALMONELLA OMA: REPORTE DE UN CASO DE INFECCIÓN EXTRAINTESTINAL INFRECUENTE

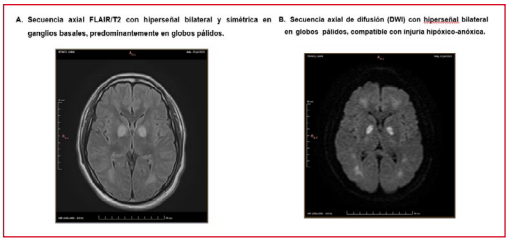
GE ALVAREZ(1), G MONTI(1), MC LLERENA(1), J QUIROZ(1), A MEZA(1), F PACHECO(1), G ROMERO(1), N CARLOS(1)
(1) Hospital Central De San Isidro

Introducción: Las especies de Salmonella OMA son asociados a cuadros de gastroenteritis autolimitada. No obstante, en pacientes con factores de riesgo pueden presentar manifestaciones extraintestinales inusuales, tales como bacteriemia persistente e infecciones metastásicas con formación de abscesos en órganos sólidos. El compromiso renal por Salmonella es una entidad clínica rara que requiere una alta sospecha diagnóstica y un abordaje terapéutico agresivo.
Presentación del caso: Paciente masculino de 54 años con antecedentes de HTA, DM2 no insulinorequiriente, tabaquismo y enolismo, que ingresó por cuadro de 48 horas de fiebre, diarrea y dolor abdominal difuso irradiado a dorso. Al ingreso presentó shock séptico, requiriendo soporte vasopresor con noradrenalina (0.18 mcg/kg/min) e intubación orotraqueal por mala mecánica ventilatoria. La TC de abdomen y pelvis reveló quistes renales en el riñón izquierdo con niveles hidroaéreos y calcificación periférica. Pese al inicio de piperacilina/tazobactam, el paciente evolucionó tórpidamente hacia una falla multiorgánica (SOFA 15) con requerimiento de terapia de reemplazo renal. Tras una nefrostomía frustra, se obtuvo el rescate de Salmonella OMA en hemocultivos y punción del absceso, rotándose el esquema antibiótico a ceftriaxona y azitromicina. Ante la persistencia del foco infeccioso, se realizó una nefrectomía radical izquierda. Tras una internación prolongada, traqueostomía y resolución de intercurrencias infecciosas en el lecho quirúrgico, el paciente logró finalmente la estabilidad clínica.
Discusión: El caso destaca la capacidad de Salmonella de producir infecciones supurativas a distancia tras un episodio gastrointestinal inicial. Si bien la siembra hematógena es la vía más probable, la presencia de quistes renales previos pudo haber actuado como sitio predisponente para la colonización bacteriana. Es fundamental subrayar que el manejo de estas infecciones no solo depende de la antibioticoterapia dirigida, sino del control precoz del foco, que en este caso requirió una intervención quirúrgica mayor ante la falla del drenaje percutáneo y la gravedad del fallo multiorgánico.
Conclusión: El absceso renal por Salmonella debe considerarse en el diagnóstico diferencial de pacientes diabéticos con cuadros de sepsis de origen abdominal o urinario, incluso tras síntomas gastrointestinales leves. La identificación temprana del patógeno y la intervención quirúrgica oportuna son determinantes para la supervivencia en cuadros de shock séptico con puntuaciones de severidad elevadas.

0041 INTOXICACIÓN GRAVE POR MONÓXIDO DE CARBONO CON COMPROMISO NEUROLÓGICO EXTENSO Y RECUPERACIÓN FUNCIONAL PARCIAL: REPORTE DE CASO

ME NAYA(1), L GALLARDO(1), R LIGARDA(1), F FERNANDEZ(1), P BELEN(1), L URANGA(1), Z SILVIA(1)
(1) Hospital Italiano De Cordoba

Introducción: La intoxicación por monóxido de carbono (IMC) constituye una de las principales causas de intoxicación accidental a nivel mundial y una emergencia médica relevante por su elevada morbimortalidad, su frecuente subdiagnóstico y su carácter potencialmente prevenible. Este gas incoloro e inodoro produce hipoxia tisular al unirse a la hemoglobina con alta afinidad, generando carboxihemoglobina e interfiriendo con el transporte de oxígeno. Las manifestaciones clínicas son variables, desde síntomas inespecíficos hasta compromiso neurológico severo y muerte. Este es un caso de ntoxicación grave con compromiso neurológico extenso y evolución funcional posterior favorable.
Presentación del caso: Paciente masculino de 39 años, hallado inconsciente en su domicilio tras exposición prolongada a monóxido de carbono por estufa a gas. Al arribo del servicio de emergencias presentaba Glasgow menor de 8, por lo que se realizó intubación orotraqueal en el domicilio. La co-oximetría evidenció carboxihemoglobina de 45,6% con acidosis metabólica. La tomografía cerebral mostró hipodensidades bilaterales en globos pálidos y la resonancia magnética confirmó lesiones en ganglios basales y territorios limítrofes, compatibles con encefalopatía hipóxico-anóxica extensa. El electroencefalograma evidenció actividad lenta difusa. Durante la internación en UTI presentó miocardiopatía hipóxica y neumonía asociada a ventilación mecánica. Requirió traqueostomía al séptimo día y gastrostomía percutánea al día 16. Fue trasladado a sala general al día 22. Evolucionó con recuperación funcional progresiva, logrando independencia parcial para actividades básicas de la vida diaria.
Discusión: La IMC combina hipoxia tisular y daño celular mediado por estrés oxidativo. El compromiso de los globos pálidos es un hallazgo clásico. La elevada carboxihemoglobinemia y las lesiones extensas reflejan la gravedad del cuadro. Los diagnósticos diferenciales incluyen otras encefalopatías hipóxico-isquémicas e intoxicaciones, descartadas por el contexto clínico. En la literatura, estas lesiones suelen asociarse a mal pronóstico. La ausencia de oxigenoterapia hiperbárica podría considerarse desfavorable. Sin embargo, en este caso se observó recuperación funcional significativa, lo que resalta la variabilidad evolutiva y las limitaciones en la predicción pronóstica temprana.
Conclusión: La intoxicación grave por monóxido de carbono debe considerarse ante alteración del sensorio de etiología incierta. Este caso resalta la importancia del diagnóstico precoz, el soporte intensivo oportuno y el seguimiento evolutivo antes de establecer conclusiones pronósticas definitivas.



0042 TROMBOSIS VENOSA CEREBRAL EN PUERPERIO INMEDIATO: DE CEFALEA A COMPROMISO NEUROLÓGICO SEVERO. UN DESAFIO.

A MEZA PEREZ(1), G MONTI(1), MC LLERENA(1), J QUIROZ(1), G ALVAREZ(1), G ROMERO(1), F PACHECO(2)
(1) Central San Isidro. (2) Central San Isdiro

Introducción: la trombosis venosa cerebral es causa infrecuente de accidente cerebrovascular con mayor incidencia en mujeres. El puerperio constituye uno de los estados protromboticos relevantes, incrementando su riesgo. Su clínica heterogénea, inespecifica y variable dificulta el diagnostico, afectando el pronostico, condicionando una evolución potencialmente catastrófica
Presentación del caso: Femenina de 30 años sin antecedentes, en puerperio mediato de 2 semanas parto vaginal, consulta por cefala progresiva asociado a nauseas, astenia e intolerancia oral, sin respuesta a analgésicos, asociado cuadro de infección urinaria al cual se atribuyo su sintomatología.
Evoluciona deteriorando neurologicamente con somnolencia, rigidez nucal, hemiparesia que progresa a hemiplejia izquierda, glasgow 14 de 15, hiperreflexica, babinski positivo.
Tomografía de encéfalo evidencia hiperdensidad en seno sagital superior extendiéndose a senos transversos mas lesiones compatibles con infartos venosos hemorragicos, se confirma con RNM trombosis extensa de seno longitudinal superior, senos transversos y sigmoideo derecho con compromiso parenquimatoso y efecto de masa, se inicio anticoagulacion con enoxaparina.
Evoluciona con fluctuaciones del sensorio, disartria, disfagia con posterior recuperación neurológica hacia la mejoría quedando con hemiparesia izquierda leve, sin trastornos deglutorios o del habla.
Discusión: El caso ilustra el carácter inicial insidioso y engañoso de la TVC en el puerperio, la cefalea inicial como síntoma inespecifico para la TVC, pudiendo enmascarar una patología de gravedad, especialmente en contextos infecciosos. El puerperio es un estado de hipercoagubilidad con suma de factores inflamatorios por su estado infeccioso. La progresión del déficit neurológico focal y sensorial refleja la extensión del compromiso trombotico.
La anticoagulacion precoz es el tratamiento de elección en algunos casos incluso en presencia de hemorragia intracraneal (infartos venosos hemorragicos) siendo determinante en la evolución final favorable.
El escaso numero de pacientes en nuestro hospital con TVC concuerda con la epidemiología global de 0.5 a 1% como causa de eventos cerebrovasculares.

Conclusión: La TVC debe sospecharse activamente en paciente puerpera con cualquier síntoma de compromiso neurológico persistente y/o de características atípicas. Este caso refleja la importancia de no subestimar los síntomas iniciales aparentemente benignos. Reconocer precozmente e inicio oportuno de anticoagulacion son claves para modificar el pronostico y reducir la carga de morbilidad.

0043 ASOCIACIÓN DE HIPONATREMIAS Y CAÍDAS DE SU PROPIA ALTURA EN POBLACIÓN ADULTA.

M DEHEZA(1), W ROSALES VASCO(1), J RIVAS ZAMBRANO(1), J GARCIA GUTIERREZ(1), N SOUZA(1), NT TENEZACA ENCALADA(1)
(1) Rivadavia

Introducción: La hiponatremia es el trastorno electrolítico más frecuente en la práctica hospitalaria y se ha vinculado con alteraciones de la marcha, deterioro cognitivo y fracturas, en adultos mayores. En Argentina, existen pocos estudios sobre estos eventos.
Objetivos: Estudiar la asociación entre hiponatremia y caída de propia altura en pacientes de 65 años o más hospitalizados en la Ciudad de Buenos Aires, y analizar el riesgo según severidad de la hiponatremia.
Métodos: Estudio observacional, analítico, retrospectivo, con diseño de casos y controles. Se incluyeron 115 pacientes internados entre enero de 2023 y marzo de 2025: 57 con caída de propia altura y 58 controles sin caída. Se definió hiponatremia como sodio sérico menor de 135 mEq/L. Se realizó análisis descriptivo y regresión logística ajustada por edad, calculo de riesgo discriminada por severidad.
Resultados: Los pacientes con caída (casos) presentaron mayor edad que los controles (82,9 ± 9,6 vs 67,2 ± 17,4 años; p < 0,001) y menor media de sodio sérico (131,9 ± 4,0 vs 137,2 ± 2,5 mEq/L; p < 0,001). La hiponatremia fue más frecuente en los casos que en los controles (75,4% vs 8,6%; p < 0,001). Se observó una asociación significativa entre hiponatremia y caída de propia altura, tanto en el análisis crudo (OR 32,56; IC95% 10,86-97,56) como ajustado por edad (OR 20,69; IC95% 6,62-64,68; p < 0,001). La hiponatremia leve, entre 130 y 134 mEq/L, también se asoció con mayor riesgo de caída (OR 10,98; IC95% 1,92-62,94; p = 0,007).
Conclusiones: La hiponatremia sin importar su severidad se comporto como un factor de riesgo elevado para caídas de propia altura en pacientes adultos mayores.
La determinación sistemática de la natremia es una herramienta de bajo costo, esencial para la estratificación y prevención de caídas en el adultos mayores

Tabla 1. Características demográficas y clínicas (Casos vs Controles, n=115)

Característica	Casos (n=57)	Controles (n=58)	Valor de p
Tamaño muestral	57	58	—
Sexo femenino — n (%)	48/57 (84.2%)	27/58 (46.6%)	<0.001
Edad (años), media ± DE	82.9 ± 9.6	67.2 ± 17.4	<0.001
Sodio sérico (mEq/L), media ± DE	131.9 ± 4.0	137.2 ± 2.5	<0.001
Hiponatremia <135 mEq/L — n (%)	43/57 (75.4%)	5/58 (8.6%)	<0.001
Hipotiroidismo — n (%)	9/57 (15.8%)	4/58 (6.9%)	0.132
Diabetes Mellitus — n (%)	8/57 (14.0%)	10/58 (17.2%)	0.636
Fractura — n (%)	45/57 (78.9%)	0/58 (0.0%)	<0.001

Tabla 2. Asociación entre hiponatremia y caída: OR crudo y ajustado por edad

Modelo	Variable	OR (IC95%)	p
Crudo	Hiponatremia (<135 vs ≥135)	35.10 (8.48–145.33)	<0.001
Ajustado (edad continua)	Hiponatremia (<135 vs ≥135)	20.69 (6,62 – 64,68)	<0.001
Ajustado (edad continua)	Edad (años)	1.20 (1.07–1.35)	0.002
Ajustado (edad por estratos)	Hiponatremia (<135 vs ≥135)	21.21 (3.12–144.22)	0.002

0044 SÍNDROME DE DISTRES RESPIRATORIO AGUDO (SDRA) SEVERO REFRACTARIO SECUNDARIO A NEUMONÍA GRAVE POR CHLAMYDIA PSITTACI CON REQUERIMIENTO DE ECMO Y COMPLICACIÓN NEUROLÓGICA ISQUEMICA: REPORTE DE CASO

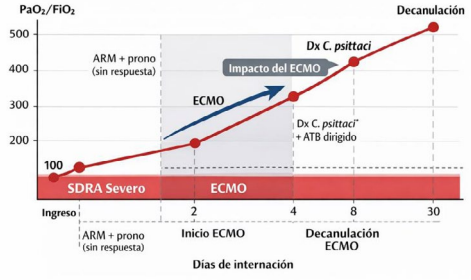
M KASTNER(1), M AIEG(1), S MARTINETTI(1), L NALLIM(1)
(1) Córdoba

Introducción: La neumonía adquirida en la comunidad (NAC) grave puede evolucionar a SDRA con elevada morbimortalidad. Chlamydia psittaci es un agente infrecuente (<1% de NAC), clásicamente asociado al contacto con aves, cuyo diagnóstico suele retrasarse ante la ausencia de este antecedente. En casos refractarios, la ECMO constituye una estrategia de rescate.
Presentación del caso: Mujer de 26 años sin antecedentes, consulta por disnea progresiva, fiebre de 40 °C, tos no productiva y cefalea. Presenta infiltrados bilaterales y parámetros inflamatorios elevados. Evoluciona con insuficiencia respiratoria grave, requiriendo intubación orotraqueal y asistencia respiratoria mecánica. Ingresa a UTI con Shock séptico (SOFA 9) secundario a NAC grave bilateral complicada con SDRA severo (PaO_2/FiO_2 <100), sin antecedente de exposición a aves. Presenta hipoxemia refractaria a ventilación y decúbito prono. Se decide precozmente ECMO veno-venosa, durante 190 horas.
Durante su evolución desarrolla insuficiencia renal aguda con requerimiento de hemodiálisis. Ante fiebre persistente y ausencia de aislamiento inicial, se ajusta tratamiento empírico. Posteriormente se confirma serología positiva para Chlamydia psittaci, iniciando tratamiento dirigido con adecuada respuesta. Se decanula de ECMO con mejoría respiratoria progresiva. Requiere 30 días de ARM (13 con intubación orotraqueal y 17 con traqueostomía) y 36 días de internación en UTI. Como complicación presenta plejía de miembros inferiores con hallazgos compatibles con mielopatía, planteándose isquemia medular durante la utilización de ECMO. Evoluciona lúcida, hemodinámicamente estable y ventilando espontáneamente al egreso.
Discusión: Existen escasos reportes de psitacosis como etiología de NAC grave sin antecedente epidemiológico claro, lo que dificulta su sospecha diagnóstica. Los casos con evolución a SDRA severo y requerimiento de ECMO son excepcionales siendo el uso de este beneficioso. Las complicaciones neurológicas como isquemia medular, son raramente reportadas y pueden condicionar el pronóstico funcional.
Conclusión: En la presentación de NAC grave de evolución tórpida es importante considerar etiologías atípicas, aun sin antecedentes epidemiológicos. La utilización de ECMO es un recurso a considerar en pacientes con hipoxemia refractaria y si bien las complicaciones asociadas a este procedimiento son infrecuentes, estas pueden impactar significativamente en el pronóstico.

Tabla 1. Evolución clínica y soporte terapéutico

Variable	Valor
Edad / sexo	26 años / Femenino
Diagnóstico inicial	NAC grave + Shock séptico (SoFA 9)
SDRA	Severo (PaO_2/FiO_2 <100)
PaO_2/FiO_2 inicial	<100
ECMO V-V	Sí
Tiempo total ECMO	190 horas
ARM total	30 días
Intubación orotraqueal	13 días
Traqueostomía	17 días
Decúbito prono	Sí (refractario)
Terapia de reemplazo renal	Si (hemodiálisis intermitente)
Etiología	*Chlamydia psittaci*
ATB dirigido	Doxiciclina + Levofloxacina
Complicaciones	NAVM, ITU, mielopatía / probable isquemia medular
PaO_2/FiO_2 final	>400
Días en UTI	36 días

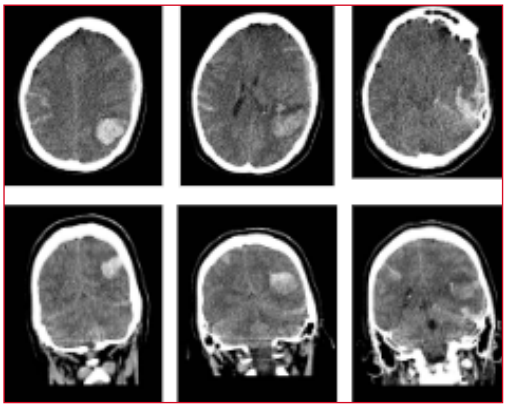
Figura 1. Impacto del ECMO en la oxigenación (PaO_2/FiO_2)



0045 CUANDO EL SÍNDROME DE HEMÓLISIS, ELEVACIÓN DE ENZIMAS HEPÁTICAS Y PLAQUETOPENIA NO TERMINA CON EL PARTO

L TABOADA DE IRIONDO(1)
(1) Clinica Colon

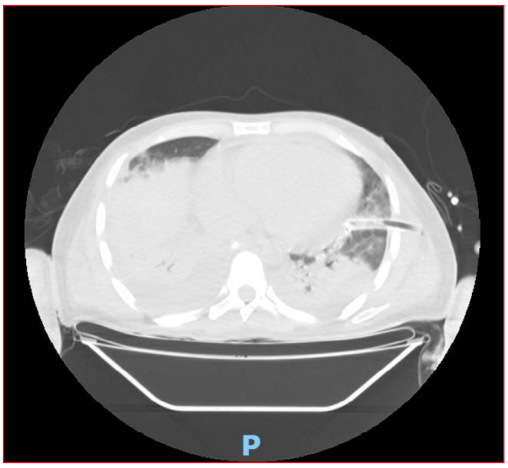
Introducción: El síndrome Hellp presenta hemólisis, elevación de enzimas hepáticas y plaquetopenia, es una complicación grave del embarazo. Puede evolucionar a microangiopatía trombótica en el puerperio, con alta morbimortalidad.
Presentación del caso: Paciente de 19 años, primigesta, que ingresa en postoperatorio de cesárea por sospecha de este síndrome hellp incompleto. Inicialmente estable. Evoluciona con anemia hemolítica, plaquetopenia progresiva y elevación de lactato deshidrogenasa. A las 72 horas presenta deterioro del sensorio que requiere intubación orotraqueal y conexión a la ventilación mecánica por un accidente cerebrovascular hemorrágico con hipertensión endocraneana, requiriendo cirugía descompresiva. Posteriormente desarrolla injuria renal y persistencia de hemólisis con esquistocitos. Ante sospecha de microangiopatía trombótica se inicia plasmaféresis, con mejoría progresiva clínica y de laboratorio. Presenta complicaciones infecciosas y requiere traqueostomía. Finalmente evoluciona con recuperación hematológica y luego de 60 días de internación es derivada a rehabilitación.
Discusión: El diagnóstico diferencial entre este síndrome, la púrpura trombótica trombocitopénica y el síndrome urémico hemolítico es complejo. La determinación de la enzima ADAMTS13 no se realizó por transfusión previa de plasma, aunque no hubiera modificado la conducta inicial, ya que la plasmaféresis debe iniciarse precozmente ante sospecha clínica. La evolución favorable refuerza el diagnóstico de microangiopatía trombótica.
Conclusión: Entre el 1 y el 4% de las pacientes embarazadas pueden evolucionar con una microangiopatía trombótica e inicialmente aparentar un síndrome hellp.
La sospecha precoz y tratamiento oportuno son fundamentales para mejorar el pronóstico.

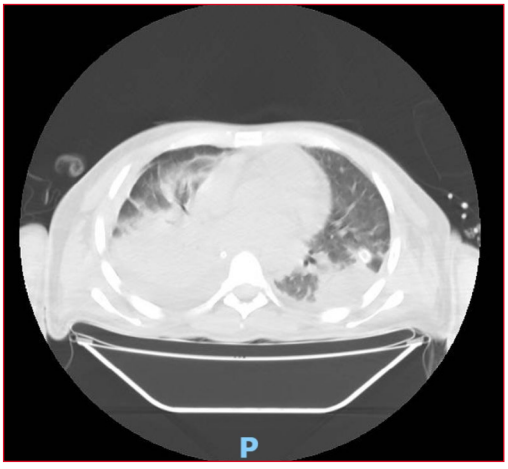


0047 ENFERMEDAD DE WHIPPLE

MF PACHECO AYZA(1), G MONTI(1), MC LLERENA(1), J QUIROZ(1), N CARLOS(1), G ALVAREZ(1), A MEZA(1)
(1) Central De San Isidro

La enfermedad de Whipple es una enfermedad crónica y progresiva llegando a ser mortal en personas no tratadas, multisistémica que puede afectar al corazón, con afectación predominantemente endocárdica y pericárdica, con menor frecuencia, inflamación miocárdica. Principalmente en varones entre 50-60 años, menos de 1 caso por millón de habitantes anualmente.
Caso clínico: Paciente masculino de 27 años antecedentes: consumo de sustancias, con cuadro clínico: fiebre, astenia, adinamia, sin respuesta a tratamiento antibiótico ambulatorio, febril persistente reconsulta con poliartralgias, dolor torácico atípico y disnea, sumándose los últimos 3 días diarreicas sin moco ni sangre. Al examen físico exantema cutáneo en miembros inferiores y tórax, se constata soplo aórtico. Tomografía que informa cavidades cardíacas de configuración habitual, leve hepatomegalia, en retroperitoneo prevertebral se observan múltiples imágenes ganglionares, leucocitosis, troponina positiva sin curva, con ECG sin particularidades, punción lumbar no patológica, serologías negativas, Epstein Baar: IgG reactivo, Perfil reumatológico negativo, frotis de sangre periférica: serie blanca leucocitosis, granulaciones tóxicas, desviación a la izquierda por sospecha de endocarditis inicia antibióticos.
Ecocardiograma FEY 72%, derrame pericárdico moderado ETE sin evidencia de vegetaciones.
Paciente evoluciona con disnea progresiva que requiere de vinculación a ARM, varios estudios tomográficos con derrame pleural bilateral progresivos, opacidades consolidativas con broncograma aéreo de aspecto infeccioso bilateralmente, adenomegalias y derrame pericárdico en ascenso. Se realiza toracocentesis con exudado complicado, BAAR y GenXpert negativo y por una pericardiocentesis frustra se realiza ventana pleuropericárdica: con 200 ml de líquido compatible con exudado complicado, se derivan muestras a anatomía patológico, cultivos y genXpert, por mala evolución se inicia antifímicos, se escala antibioticoterapia cubriendo rescate en aspirado traqueal BGN. Intercurre con falla multiorgánica SOFA 14 puntos, requerimiento de hemodiálisis, evoluciona con mayor inestabilidad, seguido de paro cardiorrespiratorio sin respuesta a RCP. Se reciben resultados de PCR en pericardio: positivo para Tropheryma Whipplei.
Discusión: Enfermedad de Whipple al ser multisistémica asociada a poliserositis simula múltiples patologías que retrasan su diagnóstico y tratamiento, en este caso confirmada en pericardio.
Conclusión: Con una alta mortalidad, no se han determinado qué factores predisponen el desarrollo de la enfermedad en portadores asintomáticos.





0049 ACCIDENTE CEREBROVASCULAR EN PACIENTE JOVEN CON COMPROMISO MULTIFOCAL DE GRANDES VASOS: REPORTE DE CASO

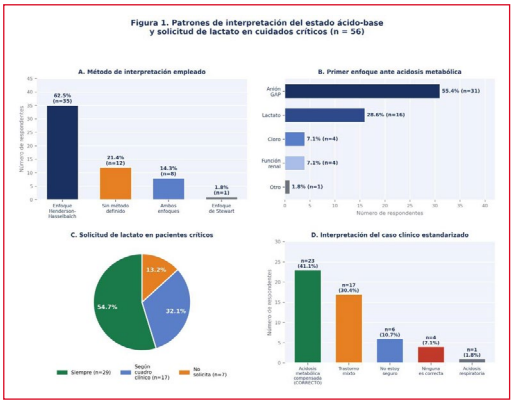
R BUSTILLO(1), P CAPPONI(1), I CERATTTO(1)
(1) Sanatorio Nosti

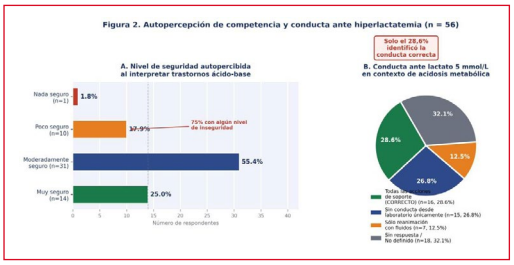
Introducción: La arteritis de Takayasu es una vasculitis de grandes vasos que afecta principalmente a la aorta y sus ramas, con predominio en mujeres jóvenes. Se caracteriza por inflamación de la pared vascular que conduce a estenosis u oclusión. El compromiso neurológico se presenta en la mitad de los casos y puede manifestarse como accidente cerebrovascular.
Presentación del caso: Paciente femenina de 20 años, sin antecedentes patológicos conocidos, ingresa a Unidad de Terapia Intensiva por cuadro de 24 horas de evolución caracterizado por hemiplejía facio-braquio-crural derecha, mareos y afasia mixta. Al examen físico se constata leve anisocoria izquierda y soplo holosistólico grado III.
En el laboratorio de ingreso se evidencian glóbulos blancos de 12.000/mm^3 y PCR de 59 mg/L. La resonancia magnética cerebral muestra una lesión isquémica aguda en territorio de la arteria cerebral media izquierda. La angiorresonancia de vasos del cuello e intracraneales evidencia ausencia de flujo en arteria carótida izquierda y subclavia izquierda, con compromiso de carótida derecha, subclavia derecha y vertebral derecha, así como afinamiento del tronco braquiocefálico.
El perfil reumatológico y antifosfolipídico resultan negativos. La angiotomografía de tórax demuestra compromiso del arco aórtico y sus ramas con estenosis severas.
Ecocardiograma sin alteraciones.
Se interpreta el cuadro como evento isquémico cerebral en contexto de vasculopatía inflamatoria de grandes vasos. Se inicia tratamiento con metilprednisolona en pulsos y tocilizumab. Se difiere intervención endovascular por actividad inflamatoria y riesgo de reestenosis. La paciente evoluciona sin deterioro neurológico adicional, persistiendo secuelas motoras, por lo que se deriva a rehabilitación.
Discusión: El compromiso difuso de grandes vasos por imágenes y la elevación de reactantes orientan a arteritis de Takayasu. La negatividad del perfil inmunológico no la excluye. Se consideraron como diagnósticos diferenciales la disección arterial, síndrome antifosfolipídico, causas cardioembólicas y tóxicas, descartadas por la distribución vascular y estudios complementarios.
El tratamiento instaurado es acorde a recomendaciones actuales, difiriéndose la revascularización por riesgo de reestenosis en fase inflamatoria activa. Como limitaciones, se destaca la ausencia de confirmación histológica.
Conclusión: La arteritis de Takayasu debe considerarse en pacientes jóvenes con accidente cerebrovascular y compromiso vascular multifocal, siendo clave el diagnóstico precoz y tratamiento oportuno.

0050 INTERPRETACIÓN DEL ESTADO ÁCIDO-BASE EN CUIDADOS CRÍTICOS. ENCUESTA ANÓNIMA SOBRE CONOCIMIENTOS, MÉTODOS Y AUTOPERCEPCIÓN EN PROFESIONALES DE PACIENTES CRÍTICOS.

DM ROSELLÓ(1), H CERVANTES(2), S SUTERA(3)
(1) Hospital Italiano De Buenos Aires - Complejo Médico Churruca - Visca. (2) Hospital Durand. (3) Complejo Médico Churruca - Visca

Introducción: La interpretación del estado ácido-base (EAB) es una competencia crítica en el manejo del paciente grave. Dada su utilidad, es que se busca desde el Capítulo Bioquímico de la Sociedad Argentina de Terapia Intensiva (SATI) aunar consensos sobre la metodología empleada en la práctica diaria, el grado de seguridad y confianza al momento de informar resultados o tomar una acción médica, coincidir en la interpretación, y lograr un nivel de seguridad aceptable actuando como docentes frente a la demanda formativa sobre el tema en este universo de profesionales de áreas críticas.
Objetivo: Evaluar el conocimiento, metodología de interpretación y autopercepción de la competencia en el análisis ácido-base en profesionales de laboratorio clínico, terapia intensiva y guardia/emergencias.
Materiales y métodos: Se realizó un estudio observacional transversal utilizando Google Forms como herramienta a profesionales idóneos de áreas críticas, evaluándose: metodología y frecuencia de interpretación del EAB, conducta frente a un caso clínico, nivel de seguridad autopercibida y la necesidad de formación adicional.
Resultados: De un n=56, 53,6% cuenta con más de 10 años de experiencia e interpreta gases en sangre varias veces al día, el 62,5% utiliza el enfoque tradicional, el 21,4% no tiene método definido, y el 1,8% utiliza el enfoque de Stewart.
Frente a una acidosis metabólica, el 55,4% prioriza anión gap, el 51,8% solicita lactato, y el 30,4% lo hace de forma condicional.
Ante un caso clínico concreto, sólo el 41,1% realizó la interpretación correcta, y el 28,6% identificó la conducta ante la hiperlactatemia.
En cuanto a la seguridad en la interpretación, el 55,4% se consideró moderado en su seguridad al informar y/o actuar. Del total (n=56), el 94,6% declaró considerar útil mayor formación en el tema.
Conclusiones: La encuesta revela brechas en la resolución e interpretación del EAB. La elevada proporción de profesionales sin método definido y el predominio del enfoque tradicional por sobre otros sugieren una necesidad de actualización. La demanda de formación adicional (94,6%) constituye un llamado a las sociedades científicas, como SATI, y en particular al Capítulo Bioquímico.

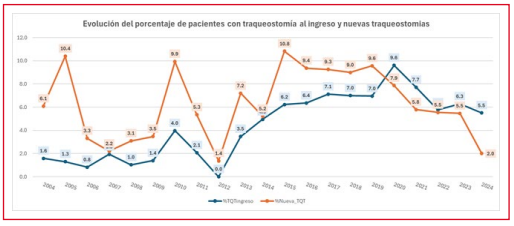




0051 PERFIL DE PACIENTES TRAQUEOSTOMIZADOS EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS: ESTUDIO RETROSPECTIVO OBSERVACIONAL

A RETTA(1), MDP ARIAS(1), A GATTARI(1), G GONZALEZ(1)
(1) Hospital De Niños R Gutierrez

Introducción: Los avances en el tratamiento de enfermedades complejas han permitido una mayor sobrevida de niños crónicamente enfermos. En este contexto, la traqueostomía pasó de ser un procedimiento de emergencia a un marcador de cronicidad. Sin embargo, poco se sabe de esta práctica. Ante la variabilidad publicada en relación a esta práctica y la falta de datos locales, nuestro estudio tiene como objetivo determinar la prevalencia de pacientes traqueostomizados ingresados en una unidad de cuidados intensivos pediátricos (UCIP), su perfil clínico y el momento de indicación del procedimiento en la UCIP.
Material y métodos: Estudio retrospectivo, observacional. Ámbito: UCIP clínica quirúrgica de un hospital pediátrico. Se incluyeron pacientes ingresados en la UCIP con traqueostomía entre 1-1-2004 y 31-12-2024 (periodo 1: 2004-2014; periodo 2: 2015-2024). Análisis de base de datos del servicio (SATI-Q). Se usó estadística descriptiva (mediana/rango intercuartilo RIC para expresar variables continuas; frecuencias/porcentajes para variables categóricas). Métodos no paramétricos para comparar variables continuas y X2 para variables categóricas (Fuerza de las asociaciones expresadas mediante Odds Ratio). Análisis multivariado para ajuste de la asociaciones encontradas por factores confundidores. Significación estadística: p <0.05.
Resultados: Ingresaron en el periodo analizado 7304 pacientes; 758 tuvieron traqueostomía. Prevalencia general 10.4 (IC95% 9.7-11.1) [7.37(6.5-8.3) en periodo 1 vs 13.4(12.3-14.6); p<0.001)].
En la tabla 1 se comparan las características de pacientes traqueostomizados y no traqueostomizados. El 41.8% (317/758) de los pacientes traqueostomizados tenían el dispositivo al ingreso y en 441 (58.2%) fue realizado durante la internación en UCIP. En el gráfico 1 se observa la evolución anual de prevalencia de pacientes traqueostomizados en la UCIP y de quienes ingresaron con traqueostomía. Un 2.11% de los pacientes ingresaron con traqueostomía en el periodo 1 vs 6.61% en el periodo 2, p:0.026[OR: 1.5 (1.1-2.1) ajustado por edad, PIM3, presencia de condición crónica]. La prevalencia de nuevas traqueostomías varió entre 5.3 % y 6.8% respectivamente (p=0.026 [OR ajustado 0.7(0.5-0.9)]). La mediana de tiempo hasta realizar traqueostomía en UCIP fue 25 días (13-37) para toda la muestra. En el periodo 1 la mediana fue 26 días (13-44) vs 24 días (13-35) en el periodo 2; p:0.2.
Conclusiones: La prevalencia de pacientes traqueostomizados en la UCIP aumentó significativamente, a predominio en la última década, y a expensas del ingreso de niños con traqueostomía previa. El momento de indicación en la UCIP no se ha modificado en forma significativa. Estos datos sugieren una creciente morbilidad de los niños ingresados en la UCIP.



Características	Sin Traqueostomía (n:6545)	Con Traqueostomía (n:758)	Valor de p ; OR (IC95%)
Sexo masculino	3713 (56.72)	434 (57.26)	0.81
Edad en meses (mediana-RIC)	41 (11-120)	23 (7-85)	<0.001
CCC (n:%)	2845 (43.47)	558 (73,61)	<0.001 [OR:3.6(3-4.3)]
Motivo de Ingreso *			
Postquirurgico	1315 (21.48)	113 (14.9)	Ref
Respiratorio	1881 (30.73)	369 (48.68)	<0.001 [OR:2.5(1.8-2.8)]
Sepsis	911 (14.88)	73 (9.63)	0.65
Neurologico	746 (12.19)	119 (15.7)	<0.001 [OR:1.8(1.4-2.4)]
Otros	657 (10.72)	59 (7.8)	0.8
Cardiológico	151 (2.47)	17 (2.24)	0.3
Causa externa	460 (7.52)	8 (1.05)	<0.001 [OR: 0.2 (0.1-0.42)]
PIM3 (mediana-RIC)	3.17 (1-7.73)	4.9 (1.88-8.57)	<0.001
Asistencia Ventilatoria Mecánica	3577 (54.64)	722 (95.25)	<0.001 [OR:16.6 (11.9-23.4)]
Estadía	5 (2-13)	30 (10-58)	<0.001
Mortalidad	859 (13)	81 (10.7)	0.058
Tasa de Mortalidad Estandarizada (IC95%)	1.62 (1.52-1.73)	1.21 (0.9-1.5)	ns

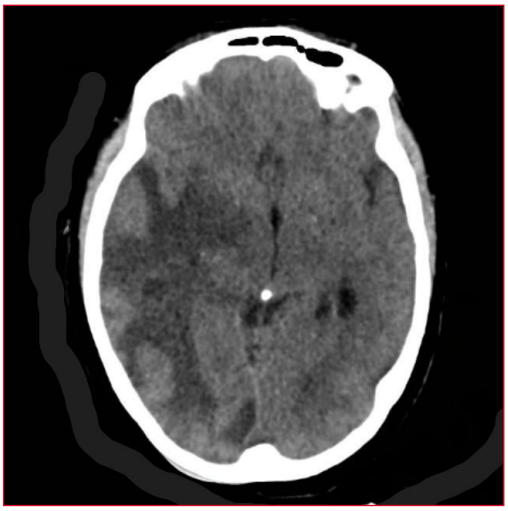
* n 6121 para sin TQT
RIC: rango intercuartilo; OR: Odds Ratio: IC95% intervalo de confianza 95%;

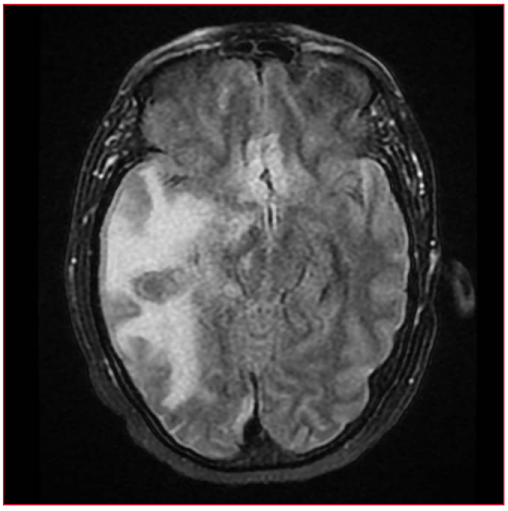
0052 REPORTE DE CASO - MASA OCUPANTE DE ESPACIO CEREBRAL DE ETIOLOGÍA FÚNGICA: DESAFÍO DIAGNÓSTICO Y ROL DE LA BIOLOGÍA MOLECULAR POR EXCLUSIÓN

I GIETZ(1), F BARBONE(1), C CASTARATARO(1)
(1) Sanatorio Garay

Introducción: Las masas ocupantes de espacio (MOE) cerebrales fúngicas presentan una elevada mortalidad y mimetizan frecuentemente procesos neoplásicos. Su diagnóstico en pacientes sin inmunosupresión evidente representa un desafío diagnóstico que requiere abordajes invasivos y biología molecular avanzada para diferenciar etiologías y establecer un tratamiento dirigido oportuno que condicione la supervivencia del paciente.
Presentación del caso: Paciente femenina de 54 años, tabaquista (9 paq/año), sin antecedentes de inmunosupresión. Ingresa por cefalea de 2 meses con depresión aguda del sensorio, vómitos y convulsiones en las 12 horas previas. Presenta midriasis bilateral arreactiva y requerimiento de ventilación invasiva. Ante los signos de herniación clínica y radiológica, se inició un protocolo de neuroprotección agresiva (terapia osmótica, corticoides y sedoanalgesia en RASS -4). La TC/RMN mostró una MOE temporal derecha (20-23 mm) con realce en anillo, edema vasogénico y desviación de línea media (11-12 mm), sumado a una segunda lesión quística frontal derecha (10x11x13 mm). Las secuencias de difusión (DWI) sugirieron un proceso inflamatorio-infeccioso diseminado. Se realizó craneotomía con exéresis radical; la anatomía patológica informó granulomas con tinciones PAS y Grocott positivas. La PCR panfúngica en tejido resultó positiva. A los 40 días, la paciente evolucionó con Glasgow 15/15, logrando bipedestación y decanulación exitosa.
Discusión: La sospecha inicial de secundarismo por nódulos pulmonares fue desplazada por el diagnóstico histopatológico granulomatoso. Ante la imposibilidad de secuenciación genómica total, se implementó un algoritmo de exclusión mediante PCR específicas (Candida, Aspergillus, Histoplasma y M. tuberculosis), resultando negativas. Esta estrategia permitió racionalizar recursos sin comprometer la seguridad diagnóstica, justificando el uso de anfotericina B liposomal debido a su óptima penetración parenquimatosa

y menor toxicidad renal frente a la formulación convencional. La biología molecular por exclusión constituye un eje fundamental para la toma de decisiones terapéuticas dirigidas en tiempos críticos dentro del entorno neurointensivo.
Conclusión: En las MOE cerebrales granulomatosas, el diagnóstico por exclusión mediante PCR específicas es una herramienta válida y necesaria. Este enfoque garantiza una terapia dirigida precoz y exitosa en el paciente neurocrítico cuando la tipificación definitiva de especie es limitada, permitiendo un manejo clínico de precisión en contextos de recursos finitos.





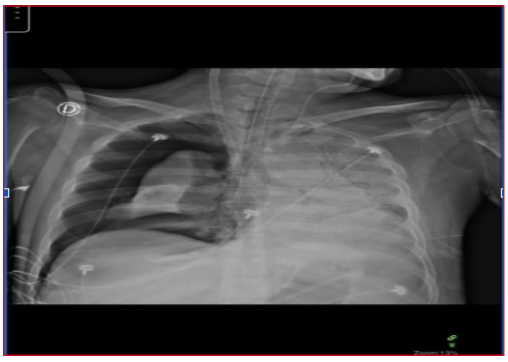
0053 SOPORTE CON OXIGENACIÓN POR MEMBRANA EXTRACORPOREA EN SÍNDROME DE DIFICULTAD RESPIRATORIA AGUDA EN PACIENTE CON INFECCIÓN POR VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA Y COINFECCIONES MÚLTIPLES. REPORTE DE CASO

L BORGARUCCI(1), AA MASSA(1), MS VENUTI(1), SD VILLARROEL MENDOZA(1)
(1) Hospital Italiano De Buenos Aires

Introducción: El síndrome de dificultad respiratoria aguda por infecciones oportunistas en pacientes con infección por virus de la inmunodeficiencia humana presenta alta morbimortalidad. La indicación de oxigenación por membrana extracorpórea en este contexto es controvertida y con evidencia limitada (1).
Caso clínico: Paciente masculino de 34 años, previamente sano, con diagnóstico de infección por virus de la inmunodeficiencia humana (CD4 7 células/µL) y neumonía por Pneumocystis jirovecii, derivado a centro de alta complejidad. Presentó coinfección por SARS CoV 2, virus sincicial respiratorio y citomegalovirus. Evolucionó con síndrome de dificultad respiratoria aguda grave, requiriendo intubación, pronación y, ante hipoxemia refractaria, oxigenación por membrana extracorpórea veno-venosa.
Se implementó ventilación ultra protegida (volumen corriente 0,6 ml/kg), con sedación profunda multimodal y bloqueo neuromuscular(2).
Durante 45 días presentó múltiples complicaciones infecciosas, neumotórax con fístula broncopleural, empiema pleural y requirió ultrafiltración a través del circuito extracorpóreo.
Tras mejoría de la mecánica pulmonar se retiró el soporte, con evolución favorable, recuperación inmunológica y alta hospitalaria.
Discusión: El uso de oxigenación por membrana extracorpórea en pacientes con infección por virus de la inmunodeficiencia humana ha sido históricamente debatido (2,3). No obstante, la potencial reversibilidad del daño pulmonar de origen infeccioso permitió sostener una estrategia prolongada como puente a la recuperación, aun en un curso clínico complejo. Series recientes sugieren resultados favorables en pacientes seleccionados (4).
El curso clínico prolongado con recuperación final respalda la consideración individualizada de esta estrategia.
Conclusión: En pacientes con infección por virus de la inmunodeficiencia humana, inmunosupresión y coinfecciones virales y oportunistas, la evidencia sobre oxigenación por membrana extracorpórea es escasa. Este caso ilustra su rol como puente a la recuperación y resalta la importancia de la derivación a centros especializados.
Referencias:

1. Rajsic S, et al. ASAIO J. 2023;69:e513–9.
2. Combes A, et al. N Engl J Med. 2018;378:1965–75.
3. Collett LW, et al. Int J STD AIDS. 2019;30:316–22.
4. Cruz ODL, et al. J Heart Lung Transplant. 2023;42:S302.
5. Pulsipher AM, et al. Crit Care Explor. 2025;7:e1296.
6. de Walque JM, et al. BMC Pulm Med. 2024;24:19.

Figura 1- Configuración de ARM



0054 IMPACTO DE LA SEDACIÓN INHALADA CON ISOFLURANO MEDIANTE DISPOSITIVO SEDACONDA SOBRE LA PRESIÓN INTRACRANEANA EN PACIENTE CON HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA: REPORTE DE CASO

L BORGARUCCI(1), F CARINI(1), MV GONZALEZ(1)
(1) Hospital Italiano De Buenos Aires

Introducción: La sedación en pacientes neurocríticos con hemorragia subaracnoidea (HSA) e hipertensión endocraneana (HTE) representa un desafío cuando las estrategias endovenosas convencionales resultan insuficientes. Los anestésicos inhalados han emergido como alternativa, aunque su impacto continúa en debate(1).
Caso clínico: Presentamos una paciente femenina de 52 años con HSA grado III de Hunt-Hess y IV de Fisher que desarrolló HTE refractaria a medidas convencionales. A pesar de altas dosis de sedantes endovenosos no se alcanzaron los objetivos de sedación. Se inició sedación inhalada con isoflurano mediante dispositivo AnaConDa, con monitoreo multimodal, incluyendo Doppler transcraneano.
Con PIC basal de 12 mmHg y tras alcanzar end-tidal adecuado, se observó en segundos un aumento hasta 22 mmHg, con alteración de la morfología de la curva, pérdida de la onda pulsátil y disminución de la complacencia intracraneana. El Doppler evidenció aumento del flujo cerebral, en concordancia con su efecto vasodilatador. Se suspendió el isoflurano, con retorno a valores basales.
Discusión: En HSA grave, la HTE por edema cerebral suele requerir sedación profunda para control de PIC. En este contexto, los anestésicos inhalados son una alternativa cuando la sedación endovenosa es insuficiente(2).
Si bien pueden asociarse a mayor compromiso hemodinámico, no incrementan significativamente la PIC con complacencia conservada. Sin embargo, con distensibilidad reducida, su efecto vasodilatador puede aumentar el volumen sanguíneo cerebral y la PIC.
Además, podrían ser útiles en vasoespasmo e isquemia tardía(3), por efectos neuroprotectores vinculados a la modulación de NF-kB, SIRT1 e iNOS(1,4,5).
Conclusión: Aunque la evidencia es limitada y mayormente experimental, los anestésicos inhalados deben considerarse individualmente en HSA. Con complacencia conservada podrían mejorar la perfusión cerebral, pero requieren monitoreo estrecho por riesgo de agravar la HTE.
Referencias:
1.Liu M, Jayaraman K, Mehla J, et al. Isoflurane conditioning and delayed cerebral ischemia after SAH. Biomedicines. 2023;11.
2.Müller MB, Terpolilli NA, Schwarzmaier SM, et al. Volatile sedation with isoflurane in SAH. Front Neurol. 2023;14:1164860.
3.Athiraman U, Aum D, Vellimana AK, et al. Inhalational anesthetics and vasospasm after SAH. J Neurosurg. 2020;133:152–158.
4.Liu M, Jayaraman K, Giri T, et al. SIRT1 in isoflurane-induced neuroprotection. Int J Mol Sci. 2021;22.
5.Liu M, Jayaraman K, Norris AJ, et al. Isoflurane and iNOS in delayed cerebral ischemia. J Am Heart Assoc. 2023;12:e029975.

Figura 1
Morfología de la curva de PIC durante infusión de Isoflurano.

0055 VENTILACIÓN MECÁNICA NO INVASIVA COMO ESTRATEGIA PARA EVITAR LA INTUBACIÓN EN CRISIS ASMÁTICA GRAVE. ESTUDIO DESCRIPTIVO BICÉNTRICO EN TERAPIA INTENSIVA PEDIÁTRICA (2023-2025).

JI SIMONASSI(2), NR SCHWAB(1), MT CANZOBRE(2), VE LOPEZ FIORITO(2), AS CORDIDO(1)
(1) Pediatrico De San Luis. (2) Garrahan

Introducción: La crisis asmática grave es una de las causas más frecuentes de ingreso a la unidad de cuidados intensivos pediátricos (UCIP). El manejo ventilatorio en este contexto representa un desafío clínico ya que la intubación y ventilación mecánica invasiva (VMI) se asocian a complicaciones y potenciales morbilidades. La ventilación mecánica no invasiva (VMNI) en las últimas décadas ha sido utilizada como primera línea de sostén para evitar la intubación.
Objetivo: Analizar la implementación de la VMNI inicial como estrategia para evitar la intubación orotraqueal y describir la evolución clínica según su resultado, en pacientes con crisis asmática grave internados en UCIP
Materiales y métodos: Estudio descriptivo, observacional y retrospectivo, bicéntrico, que se realizó en el Hospital Nacional de Pediatría Juan P. Garrahan (Buenos Aires) y el Hospital Pediátrico de San Luis. Se incluyeron todos los pacientes ingresados a UCIP con crisis asmática grave como motivo principal de internación entre el 1 de enero del 2023 y el 31 de diciembre del 2025. Se recolectaron variables demográficas, clínicas, del soporte ventilatorio y aerosolterapia. Las variables categóricas se expresaron como frecuencia y porcentajes, las continuas como mediana y rango intercuartílico. Se utilizó Chi cuadrado y U de Mann-Whitney con una significancia de $p < 0,05$.
Resultados: Ingresaron en el período de estudio 65 pacientes con crisis asmática grave. La mediana de edad fue de 84 meses [RIC 63-121,5] y mortalidad de 0%. El 89,2% recibió VMNI inicial (n=58) con una tasa de éxito del 67,2% (n=39). Los pacientes con fracaso de VMNI presentaron mayor tiempo de internación en UCIP (mediana 8 vs 3 días, $p<0,001$) y hospitalaria (mediana de 10 vs 5 días: $p<0,001$). La mediana de horas de VMNI fue menor en el grupo fracaso (7,5 vs 28 horas; $p=0,040$). Con respecto a la aerosolterapia, el dispositivo más utilizado fue el MDI, 70,8% y el fármaco, el salbutamol (98,5%). (Tablas 1 y 2)
Conclusión: La implementación de VMNI inicial fue una estrategia ventilatoria exitosa en dos tercios de los pacientes con crisis asmática grave, por lo que nuestros resultados respaldan el uso de la misma, como primera línea de tratamiento en esta población.

TABLA 1. Características generales de la población con crisis asmática grave internada en UCIP

Variables	n=65
Edad en meses, md [RIC]	84 [63-121,5]
Peso en kg, md [RIC]	25 [18-34,5]
Género, femenino, n (%)	36 (55,4)
Mortalidad, n (%)	0 (0)
PIM3, md [RIC]	0,37 [0,23-0,4]
Días de internación en UCIP, md [RIC]	4 [3-7]
Días totales de internación, md [RIC]	6 [4-8]
Cánula nasal de alto flujo inicial, si n (%)	3 (4,6)
VMNI electiva si, n (%)	58 (89,2)
Éxito en VMNI electiva, n (%)	39 (67,2)
VMI si, n (%)	22 (33,8)
Horas de VMI, md [RIC]	96 [48-120,7]
MODO VENTILATORIO, n (%)	
- VC-CMV	17 (77,7)
- PC-CMV	5 (22,3)
Días de relajantes musculares. md [RIC]	2 [1-3]
Decúbito prono, n (%)	7 (31,8)
AEROSOLTERAPIA, n (%)	
- MDI	46 (70,8)
- JET	0 (0)
- MALLA VIBRATORIA	3 (4,6)
- MDI+MALLA VIBRATORIA	16 (24,6)
FÁRMACOS INHALADOS, n (%)	
- Salbutamol	64 (98,5)
- Budesonide	32 (49,2)
- Bromuro de ipratropio	37 (56,9)
- Fluticasona	7 (10,8)
- Fluticasona/Salmeterol	9 (13,8)
- Formoterol	3 (4,6)

Referencias: md: mediana, RIC: rango intercuartílico; PIM3: índice pediátrico de mortalidad; UCIP: unidad de cuidados intensivos pediátricos; VMNI: ventilación mecánica no invasiva; VMI: ventilación mecánica invasiva; VC-CMV: ventilación continua mandatoria por volumen; PC-CMV: ventilación continua mandatoria por presión; MDI: Inhalador de dosis medida.

TABLA 2: Características clínicas y evolución según resultado de la ventilación no invasiva | inicial

VMNI inicial n=58	Éxito n=39	Fracaso n=19	p
Edad en meses, md [RIC]	83 [68-132,5]	84[53,2-117]	0,187
Peso en kg, md [RIC]	25 [19-38]	24,5 [15,75-31,5]	0,138
Género, femenino, n (%)	24 (80)	6 (20)	0,480
PIM3, md [RIC]	0,33 [0,2-0,37]	0,40[0,32-1,19]	0,012
Días de internación en UCIP, md [RIC]	3 [3-5]	8[4-10]	<0,001
Días totales de internación, md [RIC]	5 [3,5-7]	10 [8-14]	<0,001
Horas de VMNI electiva, md [RIC]	28 [24-63,5]	8 [2-24]	<0,001
PEEP en VMNI electiva, md [RIC]	8 [7-10]	7,5[5,75-10]	0,040
INTERFAZ EN VMNI inicial, n (%)			0,064
- Máscara nasal	3 (100)	0(0)	
- Máscara oronasal	11 (84,6)	2(15,4)	
- Máscara Facial Total	25 (59,5)	40,5(17)	
AEROSOLTERAPIA, n (%)			0,545
- MDI	28 (71,3)	11 (28,2)	
- MALLA VIBRATORIA	2 (66,7)	1(33,3)	
- MDI+MV	9 (56,3)	7(43,8)	

Referencias: md: mediana, RIC: rango intercuartílico; PIM3: índice pediátrico de mortalidad; UCIP: unidad de cuidados intensivos pediátricos; VMNI: ventilación mecánica no invasiva; MDI: Inhalador de dosis medida; MV: malla vibratoria.

0057 ENDOCARDITIS INFECCIOSA CON EMBOLIZACIÓN SISTÉMICA Y HEMORRAGIA CEREBRAL EN PACIENTE CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA EN HEMODIÁLISIS: REPORTE DE CASO

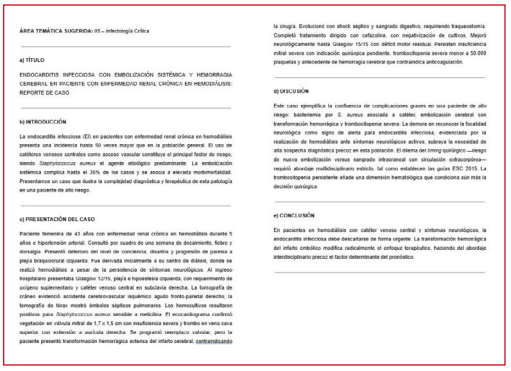
J BISCARRA(1)
(1) Hospital Central Ramón Carrillo

Introducción: La endocarditis infecciosa (EI) en pacientes con enfermedad renal crónica en hemodiálisis presenta una incidencia hasta 50 veces mayor que en la población general. El catéter venoso central es el principal factor de riesgo, siendo Staphylococcus aureus el agente predominante. La embolización sistémica complica hasta el 35% de los casos con elevada morbimortalidad. Presentamos un caso que ilustra la complejidad diagnóstica y terapéutica en una paciente de alto riesgo.

Presentación del caso: Paciente femenina de 43 años con enfermedad renal crónica en hemodiálisis e hipertensión arterial. Consultó por fiebre, decaimiento y dorsalgia de una semana, con deterioro del sensorio, disartria y plejía braquiocrural izquierda. Fue derivada a su centro de diálisis, donde se dializó pese a síntomas neurológicos activos. Al ingreso: Glasgow 12/15, plejía e hipoestesia izquierda, catéter en subclavia derecha. Tomografía de cráneo: ACV isquémico agudo frontoparietal derecho. Tomografía de tórax: émbolos sépticos pulmonares. Hemocultivos positivos para S. aureus sensible a meticilina. Ecocardiograma: vegetación mitral de 1,7 x 1,5 cm con insuficiencia severa y trombo en vena cava superior con extensión a aurícula derecha. Se planificó reemplazo valvular, pero la transformación hemorrágica extensa del infarto lo contraindicó. Evolucionó con shock séptico y sangrado digestivo, requiriendo traqueostomía. Completó tratamiento con cefazolina con negativización de cultivos y recuperación neurológica hasta Glasgow 15/15, con déficit motor residual. Persisten insuficiencia mitral severa con indicación quirúrgica pendiente, trombocitopenia menor a 50.000 plaquetas y contraindicación de anticoagulación por hemorragia cerebral previa.

Discusión: El caso ilustra la confluencia de complicaciones graves: bacteriemia por S. aureus asociada a catéter, embolización cerebral con transformación hemorrágica y trombocitopenia severa. La hemodiálisis realizada ante focalidad neurológica activa subraya la necesidad de alta sospecha diagnóstica precoz en esta población. El dilema del timing quirúrgico —nueva embolización versus sangrado con circulación extracorpórea— requirió abordaje multidisciplinario conforme a las guías ESC 2023. La trombocitopenia agrega complejidad hematológica a la decisión.

Conclusión: En pacientes en hemodiálisis con catéter venoso central y síntomas neurológicos, la EI debe descartarse urgentemente. La transformación hemorrágica modifica radicalmente el enfoque terapéutico, haciendo del abordaje interdisciplinario precoz un elemento central en el pronóstico.



ÁREA TEMÁTICA SUGERIDA: 05 – Infectología Crítica

a) TÍTULO

ENDOCARDITIS INFECCIOSA CON EMBOLIZACIÓN SISTÉMICA Y HEMORRAGIA CEREBRAL EN PACIENTE CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA EN HEMODIÁLISIS: REPORTE DE CASO

b) INTRODUCCIÓN

La endocarditis infecciosa (EI) en pacientes con enfermedad renal crónica en hemodiálisis presenta una incidencia hasta 50 veces mayor que en la población general. El uso de catéteres venosos centrales como acceso vascular constituye el principal factor de riesgo, siendo Staphylococcus aureus el agente etiológico predominante. La embolización sistémica complica hasta el 35% de los casos y se asocia a elevada morbimortalidad. Presentamos un caso que ilustra la complejidad diagnóstica y terapéutica de esta patología en una paciente de alto riesgo.

c) PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente femenina de 43 años con enfermedad renal crónica en hemodiálisis durante 5 años e hipotensión arterial. Consultó por cuadro de una semana de decaimiento, fiebre y disnagia. Presentó deterioro del nivel de conciencia, disartria y progresión de paresia a plejía braquiocrural izquierda. Fue derivada inicialmente a su centro de diálisis, donde se realizó hemodiálisis a pesar de la persistencia de síntomas neurológicos. Al ingreso hospitalario presentaba Glasgow 12/15, plejía e hipoestesia izquierda, con requerimiento de oxígeno suplementario y catéter venoso central en subclavia derecha. La tomografía de cráneo evidenció accidente cerebrovascular isquémico agudo fronto-parietal derecho; la tomografía de tórax mostró émbolos sépticos pulmonares. Los hemocultivos resultaron positivos para Staphylococcus aureus sensible a meticilina. El ecocardiograma confirmó vegetación en válvula mitral de 1,7 x 1,5 cm con insuficiencia severa y trombo en vena cava superior con extensión a aurícula derecha. Se programó reemplazo valvular, pero la paciente presentó transformación hemorrágica extensa del infarto cerebral, contraindicando la cirugía. Evolucionó con shock séptico y sangrado digestivo, requiriendo traqueostomía. Completó tratamiento dirigido con cefazolina, con negativización de cultivos. Mejoró neurológicamente hasta Glasgow 15/15 con déficit motor residual. Persisten insuficiencia mitral severa con indicación quirúrgica pendiente, trombocitopenia severa menor a 50.000 plaquetas y antecedente de hemorragia cerebral que contraindica anticoagulación.

d) DISCUSIÓN

Este caso ejemplifica la confluencia de complicaciones graves en una paciente de alto riesgo: bacteriemia por S. aureus asociada a catéter, embolización cerebral con transformación hemorrágica y trombocitopenia severa. La demora en reconocer la focalidad neurológica como signo de alerta para endocarditis infecciosa, evidenciada por la realización de hemodiálisis ante síntomas neurológicos activos, subraya la necesidad de alta sospecha diagnóstica precoz en esta población. El dilema del timing quirúrgico —riesgo de nueva embolización versus sangrado intracraneal con circulación extracorpórea— requirió abordaje multidisciplinario estricto, tal como establecen las guías ESC 2015. La trombocitopenia persistente añade una dimensión hematológica que condiciona aún más la decisión quirúrgica.

e) CONCLUSIÓN

En pacientes en hemodiálisis con catéter venoso central y síntomas neurológicos, la endocarditis infecciosa debe descartarse de forma urgente. La transformación hemorrágica del infarto embólico modifica radicalmente el enfoque terapéutico, haciendo del abordaje interdisciplinario precoz el factor determinante del pronóstico.

0061 HIPONATREMIA, DETERIORO DEL SENSORIO Y MEDIO INTERNO: REPORTE DE UN CASO

I CERATTO(1), P CAPPONI(1), R BUSTILLO(1)
(1) Sanatorio Nosti

Introducción: La hiponatremia se define como sodio sérico <135 mEq/L y es el trastorno hidroelectrolítico más frecuente en la práctica clínica, presente en hasta el 20% de los pacientes críticos. En formas graves (<125 mEq/L) puede manifestarse con síntomas neurológicos como cefalea, confusión, convulsiones y deterioro del sensorio, hasta coma.

Caso clínico: Paciente femenina de 71 años, sin antecedentes patológicos, ingresa por cuadro de 48 horas de evolución caracterizado por desorientación temporoespacial, lenguaje incoherente, cefalea y vómitos. Al examen físico se encontraba vigil (Glasgow 15/15), con pupilas isocóricas y reactivas, mucosas húmedas, buen ritmo diurético

Laboratorio inicial: Leucocitos 14.000/ml, sodio 111 mEq/L, potasio 4 mEq/L, cloro 77 mEq/L. Ionograma urinario: sodio 65 mEq/L, potasio 44,6 mEq/L. Tomografía de cráneo sin hallazgos.

Se interpreta hiponatremia hipoosmolar (<270 mOsm/L) euvolémica con sodio urinario elevado, compatible inicialmente con SIADH, se inicia restricción hídrica y reposición con solución salina hipertónica al 3%.

A las 48 horas presenta deterioro neurológico (Glasgow 9/15) y empeoramiento del ionograma (Na 107 mEq/L, K 3,8 mEq/L, Cl 72 mEq/L), por lo que ingresa a unidad de cuidados intensivos e inicia infusión de NaCl al 3% con controles seriados.

Se solicita resonancia magnética cerebral sin particularidades.

Laboratorio: calcio iónico 0,97 mmol/L, TSH 0,09 µUI/ml, T4 6,20 µg/dl, cortisol basal 1 µg/dl, ACTH 2,35 pg/ml.
Se diagnostica insuficiencia suprarrenal secundaria en el contexto de panhipopituitarismo. Se inicia tratamiento con glucocorticoides y levotiroxina.
Evoluciona favorablemente a las 24 horas, con recuperación del sensorio (Glasgow 15/15) y mejoría del ionograma (Na 132 mEq/L, K 4,2 mEq/L, Cl 98 mEq/L).
Discusión: La hiponatremia hipoosmolar euvolémica representa un desafío diagnóstico. Aunque el SIADH es la causa más frecuente, deben descartarse insuficiencia suprarrenal e hipotiroidismo. En este caso, la falta de respuesta al tratamiento y el deterioro clínico obligaron a reconsiderar la etiología. El hallazgo de cortisol y ACTH bajos, junto con TSH disminuida, orientó a panhipopituitarismo. La rápida mejoría tras la reposición hormonal confirmó el origen endocrino.
Conclusión: La hiponatremia euvolémica puede enmascarar causas endocrinas. La falta de respuesta al tratamiento debe hacer sospechar déficit hormonal, siendo clave el diagnóstico precoz y la reposición hormonal.

0062 REPORTE DE CASO: STATUS EPILÉPTICO REFRACTARIO SECUNDARIO A TIROIDECTOMÍA E INTERRUPCIÓN DE TRATAMIENTO

A BARRIRERO(1), F BARBONE(1), C CASTARATARO(1)
(1) Sanatorio Garay

Introducción: La tiroidectomía total por bocio hipertiroideo implica desafíos metabólicos críticos, destacando la hipocalcemia postoperatoria como factor que reduce drásticamente el umbral convulsivo. En pacientes con epilepsia preexistente, la interrupción de fármacos antiepilépticos genera una sinergia deletérea. La homeostasis iónica es un pilar fundamental para el control de la actividad epileptogénica; su alteración puede precipitar un status de difícil manejo.
Presentación del caso: Paciente femenina de 34 años con epilepsia medicada con lamotrigina, que ingresa para tiroidectomía total. En el primer día postoperatorio, tras 72 horas de suspensión de fármacos, presenta tres crisis tónico-clónicas generalizadas. Ingresa a UTI; ante la persistencia de crisis y falta de recuperación de conciencia se vincula a asistencia respiratoria mecánica por status epiléptico refractario confirmado por monitoreo electroencefalográfico. Se inició sedación con propofol y remifentanilo. El laboratorio reveló hipocalcemia grave (calcio iónico 0.9 mmol/L), tratada con reposición endovenosa y levotiroxina. Tras control por EEG, se inicia desvinculación ventilatoria. Durante el destete, presenta agitación manejada con dexmedetomidina. Ante la persistencia de trastorno de la vigilia con resonancia de encéfalo normal, se instaura amantadina y valproato de sodio, logrando recuperación progresiva. En sala general, presentó recurrencias asociadas a fluctuaciones de calcio iónico (1.01 mmol/L), requiriendo optimización con levetiracetam y clobazam. Tras 72 horas de estabilidad clínica y metabólica, se otorga el alta.
Discusión: El caso ilustra la relevancia de la hipocalcemia post-tiroidectomía como disparador de refractariedad epiléptica. El abordaje multimodal fue clave, resaltando el uso de amantadina para el manejo del trastorno de la vigilia tras descartar lesiones estructurales. Las recurrencias ante descensos mínimos de calcio subrayan la sensibilidad neuronal extrema en el post-status. Resulta imperativo priorizar la conciliación medicamentosa perioperatoria para evitar complicaciones neurocríticas evitables.
Conclusión: La prevención del status epiléptico en cirugía tiroidea depende de un monitoreo iónico estricto y la continuidad ininterrumpida de los fármacos antiepilépticos. La estabilidad metabólica es tan determinante como la optimización farmacológica para el control de la refractariedad.

0063 EFECTOS DEL CO_2 SOBRE LA HEMODINAMIA CEREBRAL EVALUADA MEDIANTE DOPPLER TRANSCRANEAL EN PACIENTES CRÍTICOS

L GONZALES CORONEL(1), D VARGAS LOOR(1), A VERA CARRILLO(1), A RODRIGUEZ(1), I MARTIN(1), I FIALHO(1), D ERLICH(1), G IZZO(1), E RODRIGUEZ(1), M MASTRULI(2)
(1) Hospital Simplemente Evita De Gonzales Catan. (2) Hospital Simplemente Evita

Introducción: El dióxido de carbono (CO_2) es un modulador clave del tono vascular cerebral. Variaciones en su presión parcial inducen vasodilatación o vasoconstricción, alterando el flujo sanguíneo cerebral y la hemodinamia intracraneana. En pacientes críticos, especialmente con patología neurológica, las estrategias ventilatorias pueden modificar la perfusión cerebral. El Doppler transcraneal (DTC) permite evaluar estos cambios mediante la velocidad media de la arteria cerebral media (ACM) y el índice de pulsatilidad (IP).
Objetivo: Evaluar la relación entre los niveles de CO_2 y los parámetros de hemodinamia cerebral medidos por DTC.
Material y métodos: Estudio observacional, analítico y prospectivo realizado 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 pacientes ≥18 años con monitoreo mediante DTC. Se registraron edad, TAM, PIC, CO_2, velocidad media de ACM bilateral, IP, natremia, Hb, Hto, temperatura y RASS. La PIC se estimó mediante fórmula de Bellner. Se utilizó correlación de Pearson.
Resultados: Se analizaron 30 pacientes (26 con CO_2 completo), edad promedio 46 años, 72% masculino. Valores promedio: CO_2 40,6±8,2 mmHg; VM ACM derecha 44,3±14,3 cm/s; izquierda 48,4±17 cm/s; PIC 10,3±6,2 mmHg; TAM 84±14,6 mmHg. No se observó correlación significativa entre CO_2 y parámetros Doppler (r: 0,009 ACM der; 0,095 ACM izq; -0,088 IP der; 0,13 IP izq).
Conclusión: No se evidenció correlación significativa entre CO_2 y hemodinamia cerebral por DTC. Se requieren estudios con mayor tamaño muestral.

Variable	Resultado
N (pacientes)	30
Edad promedio	46 años
Sexo	Masculino 72% / Femenino 28%
CO_2 promedio	40,6 mmHg
VM ACM derecha	44,3 cm/s
VM ACM izquierda	48,4 cm/s
PIC promedio	10,3 mmHg
TAM promedio	84 mmHg
Correlación CO_2 – VM ACM derecha	r = 0,009
Correlación CO_2 – VM ACM izquierda	r = 0,095
Correlación CO_2 – IP derecho	r = -0,088
Correlación CO_2 – IP izquierdo	r = 0,13

0064 ACV CRIPTOGÉNICO EN EL ADULTO JOVEN. (REPORTE DE CASOS Y ANÁLISIS CLÍNICO DE ABRIL 2026) JHOELIN

J NÚÑEZ(1), S TEILLER(1), G GRANADO(1)
(1) Clinica Pasteur Neuquen

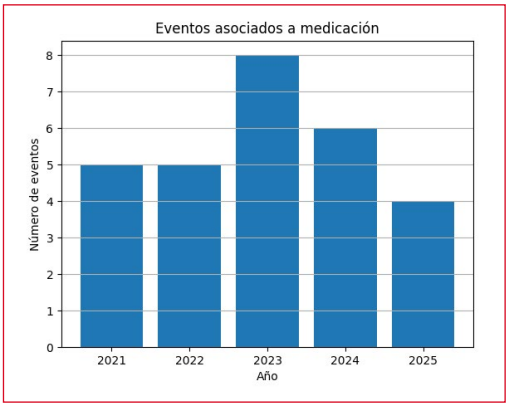
El accidente cerebrovascular (ACV) isquémico criptogénico representa entre el 25% y el 40% de los ictus y se define como aquel en el que no se identifica una etiología clara tras una evaluación diagnóstica completa. Este grupo adquiere particular relevancia en adultos jóvenes, especialmente en pacientes con enfermedades autoinmunes como el lupus eritematoso sistémico (LES), donde múltiples mecanismos fisiopatológicos pueden coexistir y dificultar el abordaje diagnóstico y terapéutico.
Se presenta el caso de un paciente masculino de 41 años con antecedente de LES que consulta por un cuadro neurológico subagudo caracterizado por desorientación, compromiso cognitivo, cefalea intensa y déficit sensitivo. Los estudios de neuroimagen evidencia-

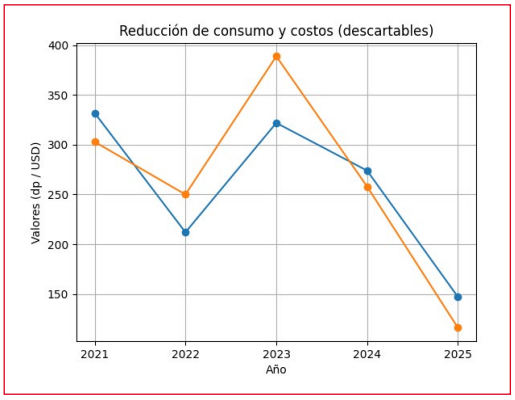
ron múltiples lesiones isquémicas agudas-subagudas en sustancia blanca y región córtico-subcortical parietal derecha. Ante la sospecha de un evento tromboembólico, se realizó un abordaje diagnóstico integral. Los estudios inmunológicos mostraron actividad de la enfermedad, con FAN positivo, anti-DNA positivo e hipocomplementemia, sin evidencia de síndrome antifosfolípido. La evaluación cardiológica mediante monitoreo Holter descartó fibrilación auricular, aunque se registraron episodios breves de taquicardia supraventricular. El ecocardiograma transesofágico con contraste sugirió un posible shunt de derecha a izquierda, no confirmado por angio-TC de tórax, que evidenció únicamente una variante anatómica de las venas pulmonares sin malformaciones arteriovenosas.
El manejo terapéutico incluyó antiagregación con ácido acetilsalicílico y estatinas, seguido de pulsos de corticoides ante la sospecha de actividad lúpica, y posteriormente anticoagulación con rivaroxabán debido a la persistente sospecha de un mecanismo embólico no convencional. Este enfoque refleja la complejidad en la toma de decisiones clínicas en pacientes con LES y ACV criptogénico, donde la etiología suele ser multifactorial y la evidencia disponible limitada. Este caso resalta la importancia de un abordaje multidisciplinario y de la integración de hallazgos clínicos, inmunológicos y de imagen para orientar el diagnóstico y tratamiento. En ausencia de una causa definida, la individualización terapéutica resulta clave para reducir el riesgo de recurrencia y optimizar el pronóstico funcional.

0065 ESTRATEGIAS DE ENFERMERÍA PARA UNA TERAPIA INTENSIVA SUSTENTABLE Y SEGURA: IMPACTO DEL ENFERMERO PREPARADOR EN LA REDUCCIÓN DE RIESGOS, COSTOS Y RESIDUOS EN UCIA

Y SEGOVIA, G GARAY(1), S GUICHAL(1), G GONZALEZ(2), M DELLACHIESA(2), Y SEGOVIA(2)
(1) Britanico De Buenos Aires. (2) Hosptial Britanico De Buenos Aires

Introducción: La preparación de medicamentos en cuidados críticos es un proceso de alto riesgo, influenciado por la carga laboral, el uso de fármacos de alto riesgo y factores humanos. La implementación de modelos organizativos centrados en seguridad y eficiencia constituye una oportunidad para reducir eventos adversos y optimizar recursos.
Objetivo: Evaluar el impacto de un sector de preparación de medicamentos liderado por enfermería en la seguridad del paciente, la eficiencia en el uso de recursos y la sustentabilidad en una unidad de cuidados intensivos.
Métodos: Estudio observacional, descriptivo y analítico realizado en la UCIA del Hospital Británico de Buenos Aires. Se analizaron variables de seguridad, consumo de insumos, costos y percepción del equipo durante los primeros seis meses posteriores a la implementación del sector (2023). El consumo se expresó en unidades y USD por día/paciente (dp). Se evaluaron eventos relacionados con medicación y se aplicó regresión lineal para analizar tendencias. La población incluyó 30 enfermeros, junto con profesionales médicos y técnicos de farmacia.
Resultados: Se observó una reducción significativa en el consumo de insumos descartables, de 38 a 9 unidades/dp (p=0,0157; R^2=0,89). El gasto en USD/dp disminuyó de 303 a 116, con una marcada tendencia decreciente (R^2=0,77; p=0,052). Asimismo, el consumo de medicamentos descendió de 294 a 131 unidades/dp y de USD 1.651 a USD 792 por dp.
Los eventos relacionados con medicación disminuyeron tras la implementación (8 en 2023 vs 4 en 2025), con mayor detección de cuasi eventos, evidenciando mejoras en la trazabilidad.
El servicio mantuvo alta carga asistencial (NAS >675.000 puntos anuales) y elevada complejidad (>74%). En la evaluación del equipo, el 76% reportó satisfacción con el modelo, el 66% percibió reducción de errores y el 83% mejor control de stock y costos.
Conclusión: El modelo de enfermero preparador se asocia con mejoras en seguridad del paciente, eficiencia operativa y reducción de residuos. Representa una estrategia innovadora, sustentable y replicable en unidades de cuidados críticos, incluso en contextos de alta complejidad asistencial.





0067 SÍNDROME DE PRES: UN RETO DIAGNOSTICO EN TERAPIA INTENSIVA

W ANDALUZ(1), D SUAREZ(1)
(1) Policlinico Pami 1

Introducción: Las convulsiones de inicio agudo en pacientes hospitalizados constituyen una urgencia diagnóstica con múltiples etiologías posibles: estructurales, metabólicas, infecciosas y farmacológicas. El síndrome de encefalopatía posterior reversible (PRES) es una causa poco frecuente pero potencialmente reversible, caracterizada por encefalopatía, convulsiones y hallazgos típicos en neuroimagen.
Caso clínico: Paciente de 57 años con antecedentes de EPOC, obesidad, tabaquismo y paraplejía secundaria a ependimoma medular, portador de talla vesical crónica, internado para nefrectomía derecha por masa renal.
Durante la internación presentó deterioro del sensorio asociado a convulsiones. Al examen inicial se encontraba hemodinámicamente estable y sin focalidad neurológica aguda. La tomografía de cráneo descartó sangrado o lesiones ocupantes, y el líquido cefalorraquídeo no evidenció alteraciones significativas.
En el contexto de intercurrencias infecciosas y deterioro de la función renal, se consideraron causas metabólicas y farmacológicas. La resonancia magnética de cráneo mostró hallazgos compatibles con PRES, junto a cambios microvasculares crónicos.
Discusión: El PRES es un síndrome clínico-radiológico asociado a disfunción endotelial, frecuentemente desencadenado por hipertensión, sepsis, insuficiencia renal o fármacos. Se manifiesta con convulsiones en hasta el 60–75% de los casos. Su fisiopatología implica alteración de la autorregulación cerebral con edema vasogénico, predominantemente en regiones posteriores.

En este caso, la ausencia de hallazgos en TAC y LCR orientó a descartar causas estructurales e infecciosas, siendo la RMN clave para el diagnóstico. La presencia de insuficiencia renal y probable contexto inflamatorio actuaron como factores predisponentes.
Conclusión: El PRES debe considerarse ante convulsiones de novo en pacientes internados, especialmente con factores de riesgo asociados. Su diagnóstico precoz mediante resonancia magnética y el tratamiento dirigido a la causa desencadenante permiten una evolución favorable y evitan secuelas neurológicas permanentes.

0068 MANEJO AGRESIVO POR FASCITIS NECROTIZANTE Y GANGRENA DE FOURNIER EN PACIENTE CON DEBUT LEUCÉMICO.

V RAMELLS(1), F TABACCO(1), MG GUTIERREZ(1), MA BORETTO(1), JC ACUÑA(1), C LEMOINE(1), L FLYNN(1), E ALVAREZ(1)
(1) Sanatorio De Niños

Introducción: La leucemia linfoblástica aguda es una de las neoplasias más frecuentes en la edad pediátrica, representando entre el 75-80% de las leucemias infantiles. Durante la inducción, las infecciones son una de las principales causas de complicaciones.
La fascitis necrotizante es una entidad poco frecuente en edad pediátrica, con mayor tasa de incidencia en pacientes inmunosuprimidos. Mortalidad entre 8-25%.
Presentación de caso clínico: Paciente de 12 años que ingresa derivada por debut leucémico: LLA tipo T hiperleucocitaria de alto riesgo. Se realizan dos ciclos de leucoaferesis. Inicia tratamiento quimioterápico y requiere hemodiálisis por hiperpotasemia refractaria, realizándose posteriormente diagnóstico de pseudohiperpotasemia secundario a técnica de laboratorio e hiperleucocitosis. Durante su evolución se diagnosticó trombosis venosa profunda femoral, basílica y subclavia derechas. La ANGIOTAC de tórax descarta tromboembolismo pulmonar. No inició anticoagulación dada la persistencia de plaquetopenia severa. Punción de médula ósea de control con persistencia de blastos. Evolucionó con lesión necrotizante en región posterior de muslo derecho, adecuándose el tratamiento antibiótico. Evoluciona con isquemia de miembro inferior derecho confirmándose fascitis necrotizante. Requirió soporte vasoactivo e ingresó en asistencia respiratoria mecánica. Traumatología realizó amputación de miembro inferior derecho con desarticulación del mismo y colostomía por gangrena de Fournier y ano flotante. Cultivo de tejido positivo a Aeromona Dhakensis. TAC de cráneo donde se observaron imágenes compatibles con embolias sépticas. La paciente falleció luego de 54 días de internación.
Discusión: La leucemia linfoblástica aguda, representa la neoplasia hematologica más frecuente en pediatría, sin embargo, su debut con hiperleucocitosis severa, asociado a pseudohiperpotasemia y complicaciones como Fascitis necrotizante y Gangrena de Fournier, constituye una presentación infrecuente y de extrema gravedad. Ambas entidades son emergencias médico-quirúrgicas, de rápida progresión y alto riesgo de sepsis y falla multiorgánica.
Conclusión: La atención de pacientes con debut leucémico requiere centros de alta complejidad y demuestra la necesidad de trabajo multidisciplinario.

0069 LINFOHISTIOCITOSIS HEMOFAGOCÍTICA SECUNDARIA Y ABSCESO CEREBRAL: "UN DESAFÍO DIAGNÓSTICO EN EL HUÉSPED INMUNOCOMPROMETIDO"

AR CHACON MORA(1), SM TOLEDO(1), FH ROJAS(1), MG RODRÍGUEZ ALVAREZ(1), LB FIGUEROA(1), DA SANTOS(1), JJ BRUGUES HERNANDEZ(1), MA TEHERAN WILCHES(1), NA PARENTE(1)
(1) HIGA Paroissien

Introducción: La Linfohistiocitosis Hemofagocítica (HLH), entidad infrecuente y subdiagnosticada. Desencadenada por una respuesta inmune descontrolada ocasionando un estado hiperactivo con liberación exagerada de citoquinas inflamatorias, responsables del cuadro clínico y de la consecuente fagocitosis de células sanguíneas y sus precursores, lo que altera la homeostasis del sistema inmunitario y deriva en una falla multiorgánica. La mortalidad es 30-80%, sin tratamiento esta cifra supera el 95%. Las infecciones por Citomegalovirus (CMV) y VIH, son causas comunes de HLH secundaria. La HLH puede generar lesiones en el sistema nervioso central que simulan abscesos cerebrales en neuroimágenes (TC y RM), lo que dificulta el diagnóstico diferencial.
Caso clínico: Paciente femenina de 25 años, diagnóstico reciente de VIH, tratamiento antirretroviral (TARV) hace un mes, sífilis con tratamiento completo. Cuadro de 48 horas caracterizado por equivalentes febriles, dolor epigástrico e hipocondrio derecho, náuseas y mareos. Hepatoesplenomegalia. Con Anemia severa y trombocitopenia 39.000, Hipetransaminasemia e Hiperbilirrubinemia. Hipertrigliceridemia 464mg/dL e Hipofibrinogenemia 94mg/dL. Presenta episodio convulsivo y en la TC de encéfalo lesión parietal izquierda con realce en anillo, por lo que se sospechó absceso cerebral. Se realiza un frotis de sangre periférica y se solicita un aspirado y biopsia de médula ósea (PAMO). Se realiza Suspensión transitoria del TARV por sospecha de síndrome de reconstitución inmune. Se realiza punción lumbar que presenta únicamente hiperproteinorraquia leve. Inicia tratamiento empírico para infecciones oportunistas. Con Carga viral de 10000000 y CD4 53. Debido a la falla renal y la presencia de coagulopatía, es trasladada a la Unidad de Terapia Intensiva. La PAMO confirmó un Síndrome Hemofagocítico. Se recibió PCR cuantitativa CMV 44 copias/mL, iniciando tratamiento con Ganciclovir, previa transfusión de plaquetas. Los cultivos de LCR negativos. La paciente evolucionó favorablemente, con mejoría en los parámetros hematológicos y pasa a sala.
Discusión: Este caso ilustra un desafío diagnóstico ya que este fenómeno hasta en un 20% se detecta en autopsias de pacientes en etapa avanzada. A pesar del mal pronóstico, el diagnóstico temprano basado en criterios clínicos y la estabilización en cuidados críticos permitieron revertir el cuadro, validando la eficacia del protocolo de tratamiento para HLH en contextos de inmunosupresión avanzada.

0074 EL DESAFÍO DEL WEANING EN PACIENTE CON BOCIO MULTINODULAR TÓXICO

LE VILLARROEL LINARES(1), SM TOLEDO(1), MS MUZZILLO(1), MG RODRÍGUEZ ALVAREZ(1), LB FIGUEROA(1), DA SANTOS(1), ER ECHEGARAY(1), JJ BRUGUES HERNANDEZ(1), DL PAZ(1), JE VALLEJOS(1)
(1) HIGA Paroissien

Introducción: El Bocio Multinodular Toxico (BMN), se caracteriza por la presencia de múltiples nódulos tiroideos con hiperproducción hormonal autónoma que deriva en un cuadro de hipertiroidismo. Es más frecuente en mujeres. En pacientes críticos bajo asistencia ventilatoria mecánica (AVM), el BMN tóxico debe considerarse un factor relevante que puede dificultar el proceso de desconexión del ventilador, contribuyendo así a la etiología multifactorial del fracaso del weaning.
Caso clínico: Paciente femenina de 32 años que ingresa a unidad cerrada por Crisis Asmática Severa con requerimiento de ventilación mecánica, con evolución tórpida con dos extubaciones que fallan en menos de 24 hs. Frente a la recurrencia del fracaso de extubación, teniendo resuelta la causa que la llevo a requerir AVM, se detecta hipertiroidismo con TSH 0.35 Y T4 libre 2.21, familiar informa diagnóstico previo de BMN sin seguimiento ni tratamiento, evaluada por Endocrinología, quienes frente a la no respuesta con betabloqueantes y antitiroideos más desviación de vía aérea, en conjunto con Cirugía deciden conducta quirúrgica para facilitar desvinculación. Endocrinología indicó terapia con Lugol durante los 15 días previos a la cirugía, tratamiento para disminuir la vascularización del flujo sanguíneo tiroideo. Se realiza la tiroidectomía

total + traqueotomía, logrando resolver estado tirotóxico, la paciente evoluciona favorablemente con destete de AVM y posterior decanulación exitosa con alta a domicilio.
Discusión: El hipertiroidismo induce un estado hipermetabólico con mayor consumo de oxígeno y mayor producción de dióxido de carbono. La tirotoxicosis provoca miopatía tiroidea que compromete la capacidad para tolerar la carga de trabajo respiratorio. La disfunción tiroidea actuó como factor sistémico determinante del fracaso del destete, obstaculizo incluso tras la resolución de la causa que motivó el ingreso a la AVM.
Conclusión: El manejo quirúrgico es el tratamiento de elección para el Bocio Multinodular Tóxico con compresión de vía aérea. El fracaso en la extubación se asocia estrechamente con un aumento en la estancia hospitalaria, en las tasas de morbimortalidad por lo cual la identificación precoz de sus causas es imperativa. Es fundamental integrar la tirotoxicosis como un diagnóstico diferencial necesario en todo paciente con dificultades persistentes para la desconexión de la ventilación mecánica.

0075 MIOCARDITIS AGUDA EN PEDIATRÍA: EXPERIENCIA CLÍNICA INSTITUCIONAL

F TABACCO(1), L BORGNA(1), JP ARGUELLO(1), MG GUTIÉRREZ(1), MA BORETTO(1), JC ACUÑA(1)
(1) Sanatorio De Niños

Introducción: La miocarditis es la inflamación del miocardio secundaria a una agresión infecciosa, inmunológica, tóxica, idiopática o genética, que produce disfunción ventricular de gravedad variable. La incidencia estimada en pediatría es 1-2 casos / 100.000 niños. La principal causa es infecciosa (virus citolíticos). El espectro clínico es amplio, abarcando desde cuadros leves hasta insuficiencia cardíaca fulminante. Esta última (3-9% de los casos) se caracteriza por un inicio súbito con shock cardiogénico que precisa apoyo hemodinámico invasivo. En la miocarditis fulminante (MF), se observa disfunción ventricular izquierda con dilatación de cavidades. El tratamiento depende de la gravedad, llegando hasta soporte vital extracorpóreo (ECLS/ECMO). El pronóstico es variable.
Reporte de casos: Casos clínicos, descriptivos y retrospectivos, que incluye a pacientes pediátricos diagnosticados con miocarditis fulminante en nuestra institución entre diciembre 2024 - diciembre 2025.
Abreviaturas: C: Carvedilol; E: Enalapril; S: Espironolactona; S/V: Sacubitrilo/Valsartán; D: Dapagliflozina.
Discusión: La MF representa un desafío clínico extremo, caracterizado por un colapso hemodinámico súbito que requiere soporte inotrópico o mecánico, donde la disfunción miocárdica es solo el componente más visible. Se ha considerado un evento puramente inflamatorio o infeccioso, pero actualmente con creciente evidencia de una predisposición genética subyacente. El uso de ECMO veno-arterial (VA) es determinante para permitir el "reposo miocárdico". Los resultados obtenidos en nuestro registro institucional reflejan la complejidad diagnóstica y terapéutica en la práctica clínica real. En concordancia con los registros de la literatura la presentación clínica, la gravedad, el tratamiento y la evolución fueron variables. Esta heterogeneidad clínica continúa siendo uno de los principales desafíos diagnósticos y terapéuticos en estos pacientes.
Conclusión: El impacto de la MF en la morbilidad y mortalidad a lo largo de la vida obliga a un abordaje intensivo y multidisciplinario. El uso del ECMO veno-arterial se consolida como el estándar de oro para el rescate de pacientes con falla miocárdica refractaria.

ECMO PEDIÁTRICO
SANATORIO DE NIÑOS

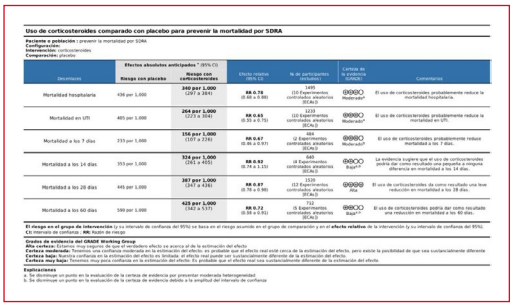
SANATORIO DE NIÑOS

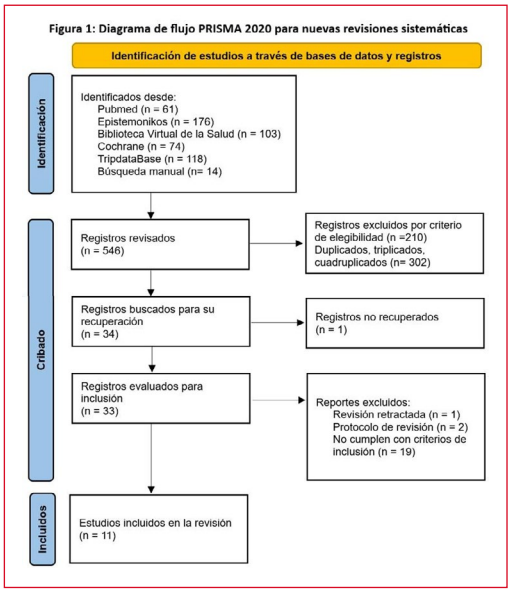
0077 CORTICOIDES EN EL SÍNDROME DE DISTRÉS RESPIRATORIO AGUDO: UNA REVISIÓN DE REVISIONES SISTEMÁTICA Y METAANÁLISIS DE NOVO

F VAZQUEZ BRIGNOLE(1), LG DURAN(1), IM DOPAZO DANIELI(2), MA ATENCIO(2), NA GRASSI(1), FE ESPINOZA(1), L MAS LAMANDIA(2), DA DEZURKO(1), R OLIVA(1), MG MONTENEGRO FERNANDEZ(1), M OTAMENDI(1), L SANTIAGO TOMAS(1), JA SCHERNENCO(2), C MAGDALENA(1)
(1) Hospital Municipal Agudos Leonidas Lucero. (2) Universidad Nacional Del Sur

Introducción: El síndrome de distrés respiratorio agudo (SDRA) se caracteriza por una respuesta inflamatoria pulmonar difusa asociada a alta morbimortalidad. Los corticosteroides sistémicos han sido propuestos como una estrategia terapéutica para modular esta respuesta, aunque la evidencia disponible es heterogénea y con resultados inconsistentes.
Objetivo: Evaluar la efectividad y seguridad de los corticosteroides intravenosos en adultos críticamente enfermos con SDRA mediante una revisión de revisiones sistemáticas y un metaanálisis de novo de ensayos clínicos aleatorizados (ECA).
Métodos: Se realizó una overview de revisiones sistemáticas siguiendo las recomendaciones PRISMA y un metaanálisis de novo basado exclusivamente en ECA. Se incluyeron revisiones sistemáticas publicadas entre 2015 y 2025 que evaluaran corticosteroides sistémicos en pacientes adultos con SDRA. Se extrajeron los ECA individuales para evitar duplicación y se realizó un metaanálisis utilizando RevMan 5.4. La calidad metodológica de las revisiones se evaluó mediante AMSTAR-2 y la certeza de la evidencia mediante GRADE.
Resultados: Se incluyeron 11 revisiones sistemáticas. La calidad metodológica fue variable, con predominio de revisiones de calidad baja o críticamente baja. El metaanálisis de novo incluyó múltiples ECA y mostró una reducción significativa de la mortalidad general asociada al uso de corticosteroides (RR 0,65; IC95%: 0,55–0,75), con

heterogeneidad moderada. También se observaron reducciones en la mortalidad hospitalaria, a 28 y 60 días. En los desenlaces respiratorios, los corticosteroides aumentaron los días libres de ventilación mecánica y redujeron la duración de la ventilación, sin diferencias significativas en la estancia en la Unidad de Cuidados Intensivos. En cuanto a seguridad, se observó un aumento en la incidencia de hiperglucemia, sin incremento consistente en infecciones, bacteriemia o sangrado. No se identificó evidencia consistente de sesgo de publicación, aunque no pudo descartarse.
Conclusiones: Los corticosteroides sistémicos se asocian con una reducción de la mortalidad en pacientes con SDRA y mejoran algunos desenlaces respiratorios, a costa de un aumento en eventos adversos metabólicos. La heterogeneidad clínica y la calidad variable de la evidencia limitan la certeza de los hallazgos, aunque los resultados respaldan su uso en contextos seleccionados.

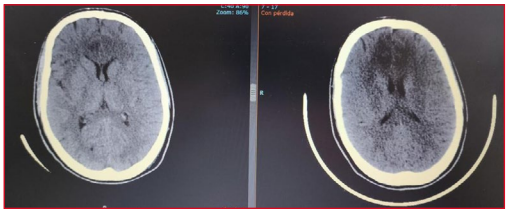




0078 STATUS EPILÉPTICO SUPERREFRACTARIO EN ADULTO JOVEN: SOSPECHA DE ENCEFALITIS AUTOINMUNE SERONEGATIVA EN EL CONTEXTO DE STATUS EPILÉPTICO DE NOVO REFRACTARIO (NORSE)

P FAVIER, M JAUREGUIBERRY(1), F SANCHEZ(1), MP ETCHEMENDI(1), A ROMANO(1), MA CAPUTTO(1)
(1) Ramon Santamarina

Introducción: El status epiléptico (SE) constituye una emergencia neurológica con persistencia asociada a injuria progresiva y peor pronóstico. Es refractario cuando no responde a benzodiacepinas ni a una segunda línea antiepiléptica, y superrefractario si dura más de 24 horas con anestésicos. El síndrome de status epiléptico de novo refractario (NORSE) es una entidad infrecuente con aparición de SE refractario sin epilepsia previa ni causa estructural, metabólica o tóxica. Una proporción de estos casos corresponde a encefalitis autoinmune en formas seronegativas.
Caso clínico: Masculino de 27 años, antecedentes de uso de cannabis y 3 semanas de diplopía, con angioresonancia y laboratorio sin hallazgos. Ingresa por deterioro de conciencia agudo, hiperextensión dorso lumbar y fiebre, crisis tónico-clónica generalizada sin recuperación; requirió intubación orotraqueal. Laboratorio con hiponatremia e hiperlactacidemia. Tomografía sin lesiones agudas. LCR: pleocitosis linfocitaria, hiperproteinorraquia leve y glucorraquia conservada. Se tomó cultivo y PCR para VVZ, HSV I y II, EBV, CMV, Enterovirus y TBC. Inicia tratamiento con antibióticos, aciclovir y antiepilépticos. Evoluciona con status epiléptico refractario convulsiones tónicas intermitentes, actividad comicial persistente en EEG, compatible con status superrefractario pese a tiopental, propofol, levetiracetam, fenitoína, ac. valproico y CBD. Microbiológicos negativos, FAN 1/320, inicia pulsos de metilprednisolona e inmunoglobulina. Por persistencia recibe ciclofosfamida y rituximab. Se descartan rabia, encefalitis equina del Oeste, Encefalitis de saint louis. Nueva tomografía: hipodensidad cortico-subcortical frontal bilateral, subinsular bilateral y temporal anterior bilateral. Resonancia: compromiso cortico subcortical bilateral y simétrico frontal, temporal e insular afectando el cuerpo calloso y ganglios basales. Estructuras vasculares sin alteraciones. Desvinculación de cuidados críticos y rehabilitación neurológica.
Discusión: Caso compatible con cuadro de NORSE, probable secundario a encefalitis autoinmune seronegativa. Esto resalta la importancia de considerar etiologías autoinmunes en SE refractario de causa no filiada, en ausencia de anticuerpos detectables. Se enfatiza la necesidad de un diagnóstico y tratamiento temprano y agresivo con inmunoterapia empírica, para mejorar resultados clínicos.
Conclusión: La identificación precoz de posible encefalitis autoinmune seronegativa e inicio oportuno de tratamiento inmunomodulador son determinantes en la evolución y el pronóstico.

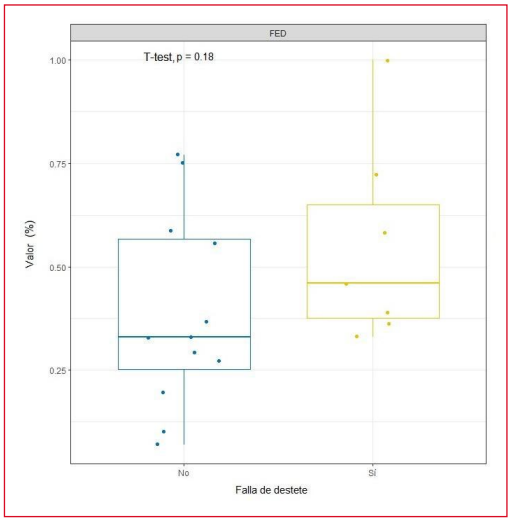


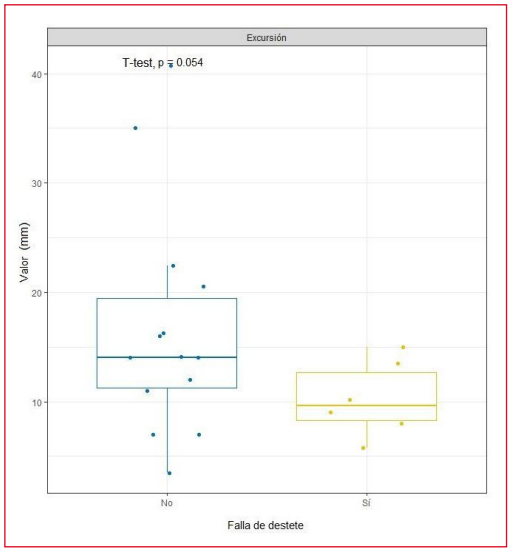
0080 ULTRASONOGRAFÍA DIAFRAGMÁTICA EN SUJETOS EN FASE DE DESTETE DE LA VENTILACIÓN MECÁNICA. SERIE DE CASOS

M BONINI(1), S MONDINI(2), A CASTRO(2), M DOMINGUEZ(2), B CASTRO GELMI(2), E PÉREZ PORTO(2)
(1) Italiano Buenos Aires. (2) Fiorito

Introducción: La disfunción diafragmática (DD) es una entidad prevalente en las unidades de cuidados intensivos (UCI) y puede ser fácilmente detectada a través de la ultrasonografía (US). Existe vasta evidencia que la DD está relacionada con la falla de destete de la ventilación mecánica (VM). Sin embargo, se desconoce su prevalencia en el ámbito local.
Objetivos: Reportar la prevalencia de DD, detectada a través de US, en adultos en fase de destete de la VM. Secundariamente, indagar si existe asociación entre los valores de US diafragmática y el resultado de destete de la VM de estos sujetos.
Metodología: Estudio tipo serie de casos. Se incluyeron adultos con vía aérea artificial, con más de 24 horas de VM en la UCI de un hospital público, entre enero de 2023 hasta julio de 2025, y con al menos una medición de US de función diafragmática.
Resultados: Se presentó una muestra de 21 sujetos con una mediana de edad de 62 años (RIQ 52 - 58), con un 66.7% de sexo masculino (n=14) y con un 61.8% de motivo de ingreso neurológico (n=13). La prevalencia de DD fue de 52.3% (n=11) al momento de la medición

de US. No se encontró asociación significativa entre DD y la falla de destete (OR 1.31, IC95% 0.15-12.6; p=1). Sin embargo, la disminución de la excursión diafragmática por debajo de 11 mm fue más común en aquellos sujetos que fracasaron la desconexión de la VM.
Conclusión: La DD, evaluada mediante US, es una entidad prevalente durante la fase de destete de la VM en esta serie de casos. Además, no se encontró asociación directa entre la DD y la falla de destete de la VM.





0081 ¿EXTUBAMOS MÁS DE LO QUE INTUBAMOS? DINÁMICA DE LA VÍA AÉREA EN UNA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA OBSTÉTRICA

R KARATANASOPULOZ(1), G LEVY(2), M MENDIETA(3), JC FLORES(3), A SHERIDAN BARBOZA(4), R VIDAL, L GOSSEN(3), V ROMAN(3), V RUIZ(3), L LEMOS(3), L ZADO(3), G ENCINAS(3), H SALAS(3), V SANCHEZ PERALTA(3)
(1) Vidal. (2) J.r. Vidal. (3) J R Vidal. (4) J. (5) R Vidal

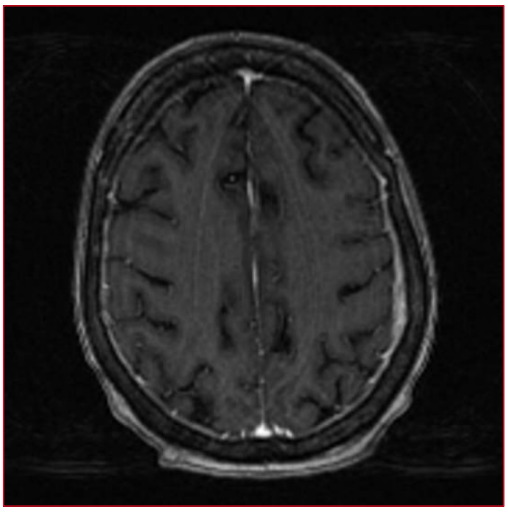
Introducción: Tradicionalmente, el ingreso a Terapia Intensiva se asocia con la necesidad de soporte ventilatorio invasivo. Sin embargo, en el escenario obstétrico, funciona frecuentemente como un lugar de estabilización y de vigilancia post-quirúrgica. Nuestra percepción es que la mayoría de las pacientes que requieren Asistencia Respiratoria Mecánica ingresan intubadas desde quirófano, siendo la extubación el procedimiento principal realizado en este contexto
Objetivo: Analizar la incidencia de ventilación mecánica, el origen de la intubación y los desenlaces clínicos en una cohorte de 100 pacientes obstétricas.
Material y métodos: Estudio descriptivo y retrospectivo sobre un registro de 100 pacientes embarazadas y puérperas internadas en una UTI polivalente desde el 1 de febrero del 2022 al 1 de febrero del 2025. Se analizaron los diagnósticos de ingreso, el requerimiento de ARM (distinguiendo entre intubación en quirófano vs. intubación de novo en UTI) y la mortalidad.
Resultados: La muestra incluyó 100 pacientes con los siguientes diagnósticos: Trastornos hipertensivos (n=40), Hemorragia del 3er trimestre (n=30), Sepsis grave (n=15), Diagnósticos varios (n=10) y Miocardiopatía periparto (n=5)
El requerimiento global de ARM fue del 22% (n=22):
1- Trastornos hipertensivos: 10 pacientes (todas post-operatorio de cesárea).
2- Sepsis grave: 6 pacientes
3- Hemorragia 3er trimestre: 4 pacientes
4- Miocardiopatía periparto: 2 pacientes
Se observó que las pacientes que requirieron ARM de los grupos 1 y 2 ingresaron con tubo orotraqueal colocado en quirófano. La mortalidad global fue del 5%, concentrándose mayoritariamente en el grupo de sepsis (n=2).
Conclusiones: Los datos confirman que "extubamos más de lo que intubamos". En la paciente obstétrica crítica, la UTI estabiliza y procede al destete ventilatorio precoz. La baja tasa de intubación de novo en la unidad refuerza la importancia de la coordinación con el equipo de anestesiología y destaca el rol del intensivista en la optimización de tiempos para un retiro seguro del soporte ventilatorio.

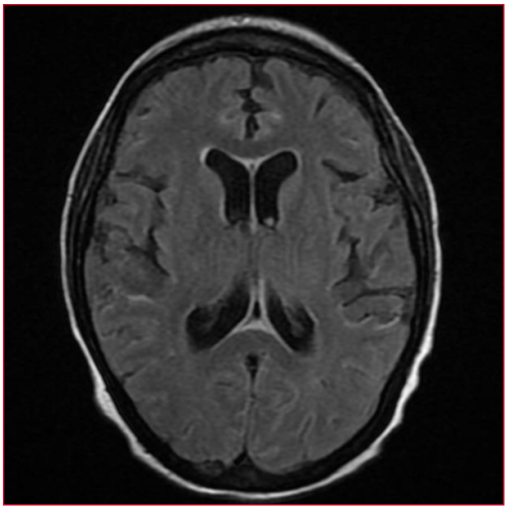
0082 REPORTE DE CASO - CARCINOMATOSIS MENÍNGEA COMO CAUSA DE ESTADO DE MAL CONVULSIVO REFRACTARIO EN CÁNCER DE MAMA

G GENTINA(1), F BARBONE(1), C CASTARATARO(1)
(1) Sanatorio Garay

Introducción: La carcinomatosis meníngea (CM) consiste en la infiltración tumoral de piamadre y espacio subaracnoideo. Afecta al 5% de pacientes oncológicos, principalmente en carcinomas de mama y pulmón. Su diagnóstico representa un desafío clínico dada la inespecificidad de los síntomas y la alta mortalidad, siendo fundamental para el abordaje paliativo y el soporte emocional.
Presentación del caso: Femenina de 59 años con antecedente de cáncer de mama (diagnóstico hace 10 años) y recaída con metástasis óseas en tratamiento con paclitaxel. Ingresa a cuidados críticos por convulsiones tónico-clónicas generalizadas. La tomografía de encéfalo inicial fue normal. Ante la sospecha de neuroinfección versus carcinomatosis, se realizó resonancia magnética que evidenció hiperintensidad cortical en FLAIR y refuerzo dural parietal tras la administración de gadolinio. La punción lumbar inicial reveló hipoglucorraquia (0,29 gr/l), hiperproteinorraquia (190 mg/dl) y pleocitosis (100 leucocitos). Se inició tratamiento con ceftriaxona, ampicilina y aciclovir. La paciente evolucionó a estado de mal convulsivo refractario, requiriendo asistencia respiratoria mecánica y sedación profunda. Pese al tratamiento antibiótico de amplio espectro, los cultivos de líquido cefalorraquídeo, sangre y orina resultaron negativos. Presentó midriasis arreactiva y edema cerebral difuso en tomografía de control, falleciendo tras paro cardiorrespiratorio. El diagnóstico definitivo de carcinomatosis meníngea se obtuvo post-mortem mediante el informe de citología del líquido cefalorraquídeo que mostró abundante celularidad neoplásica.
Discusión: La CM suele presentarse en estadios avanzados de la enfermedad, aunque el intervalo libre de síntomas puede ser prolongado. El diagnóstico requiere confirmación citológica en LCR y estudios de imagen con contraste para detectar realce meníngeo, presentes en el 40-70% de los casos. Este caso subraya la dificultad

diagnóstica en la UTI, donde la CM mimetiza cuadros infecciosos o vasculares. La baja sensibilidad inicial de los estudios obliga a mantener una alta sospecha clínica en pacientes oncológicos con deterioro neurológico agudo.
Conclusión: La carcinomatosis meníngea debe incluirse en el diagnóstico diferencial de pacientes oncológicos con síntomas neurológicos o convulsiones refractarias. Pese a su pronóstico ominoso, el diagnóstico citológico precoz es esencial para definir la proporcionalidad terapéutica y el manejo paliativo integral.

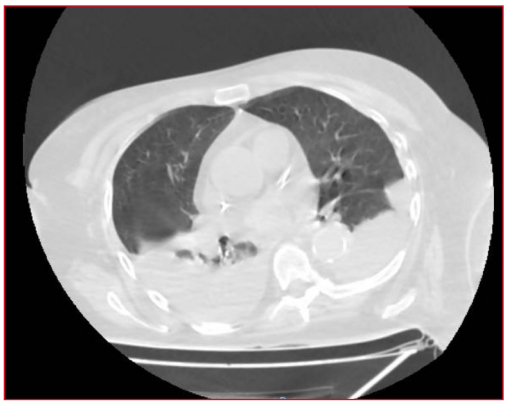




0083 RHUPUS Y LAS COMPLICACIONES EN SU BÚSQUEDA

S SANCHEZ(1), M MAGALLANES(1), A GONZALEZ(1), D SCAFURO(1), C BALENZANO(1)
(1) Militar Central

Introducción: El Rhupus en una enfermedad autoinmune poco frecuente con una incidencia 0.01%, donde coexisten artritis reumatoidea y lupus eritematoso sistémico. No existen criterios diagnósticos específicos, esto es lo que dificulta su confirmación e instauración del tratamiento de manera temprana.
Presentación del caso: Paciente de 70 años con antecedentes de artritis reumatoidea que consulta a guardia médica por dificultad respiratoria donde se constata derrame pleural bilateral, derrame pericárdico (figura 1), y trombosis venosa profunda de miembro inferior izquierdo, por lo cual se decide internación. Se obtiene como hallazgos positivos: anti cuerpo anti dna: positivo, anticuerpo anti péptido citrulinado cíclico: >1:1000, anticuerpos anti ro-ssa: > 200, ac anti-nucleocitoplasmático (ana/fan) positivo. Se realiza biopsia renal que informa , nefritis lúpica asociada a mesangiolisis con signos de microangiopatía trombótica de reciente inicio. Se confirma diagnóstico de Rhupus. Se realiza tratamiento con pulso de corticoides e inmunoglobulinas sin obtener respuesta esperada, se decide terapia con plasmaféresis por lo cual ingresa a terapia intensiva.
Se complica con falla renal con requerimiento de hemodiálisis, infección de piel y partes blandas en sitio de punción y shock hemorrágico secundario a hematoma retroperitoneal (figura 2).
Discusión: El rhupus es una patología que cursa con un síndrome de solapamiento, con una prevalencia muy baja. En nuestro caso la paciente desarrolló el curso más habitual de la enfermedad presentando primero sintomatología de artritis reumatoide y años después sintomatología lúpica. La paciente desarrolló múltiples complicaciones secundarias al manejo del la enfermedad.
Conclusión: El Rhupus es una enfermedad poco frecuente. Su diagnóstico precoz es complicado por la insidiosa sintomatología en los primeros años. sin embargo es importante su sospecha y su diagnóstico para un tratamiento oportuno evitando complicaciones severas.



0085 PERFIL EPIDEMIOLÓGICO, ABORDAJE DE ACCESOS VENOSOS CENTRALES Y MORBIMORTALIDAD EN PACIENTES OBSTÉTRICAS CRÍTICAS: EXPERIENCIA DE UNA COHORTE DE 100 CASOS.

R KARATANASOPULOZ(1), G LEVY(2), M MENDIETA(3), A SHERIDAN(3), L GOSSEN(4), R VIDAL, C JOACHIN(3), L ANDRADES(3), JC FLORES(3), N ACOSTA(3), A SERRUYA(3), G BENITEZ(3), L ARECO(3), PA OSIPLUK(3)
(1) Vidal. (2) J.r. Vidal. (3) J R Vidal. (4) J. (5) R Vidal

Introducción: La patología obstétrica en Unidades de Terapia Intensiva (UTI) representa un desafío diagnóstico y terapéutico debido a las adaptaciones fisiológicas del embarazo. La necesidad de monitoreo invasivo y soporte hemodinámico mediante accesos venosos centrales (CVC) es frecuente, aunque su implementación varía según el escenario clínico y la disponibilidad de herramientas de seguridad como la ultrasonografía.
Objetivo: Analizar la prevalencia de las patologías de ingreso, el uso de CVC, la implementación de guía ecográfica y la mortalidad asociada en una cohorte de pacientes obstétricas en cuidados críticos.
Material y Métodos: Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo. Se incluyeron 100 pacientes consecutivas con diagnóstico obstétrico internadas en UTI del Hospital Vidal de Corrientes desde el 1 de febrero del 2022 al 1 de febrero del 2025. Las variables analizadas fueron: diagnóstico principal, requerimiento de CVC, sitio de punción, uso de guía ecográfica y desenlace clínico (mortalidad).
Resultados: De las 100 pacientes, el 40% ingresó por trastornos hipertensivos del embarazo (preeclampsia/eclampsia), el 30% por hemorragia del tercer trimestre, el 15% por sepsis grave, el 5% por miocardiopatía periparto y el 10% por causas diversas.
Se colocaron CVC en el 21% de la cohorte global. Por subgrupos, el requerimiento de CVC fue: Sepsis Grave 100% (n=15), Miocardiopatía 40% (n=2) y Hemorragia 13.3% (n=4). La técnica ecoguiada se utilizó en el 19% (4/21) de los procedimientos, concentrándose exclusivamente en el grupo de hemorragias. En cuanto a la vía de abordaje, predominó el acceso yugular interno (n=17) sobre el subclavio (n=4).
La mortalidad global fue del 5%. La tasa de letalidad específica fue mayor en el grupo de Sepsis Grave (13.3%) y Hemorragias del tercer trimestre (6.6%).
Conclusiones: Si bien los trastornos hipertensivos fueron la causa más frecuente de ingreso, la sepsis grave y la hemorragia representaron la mayor carga de procedimientos invasivos y mortalidad. Se evidencia una disparidad en el uso de ultrasonografía para la colocación de CVC según el diagnóstico de ingreso, lo que sugiere la necesidad de protocolizar el uso de eco-guía de forma transversal para optimizar la seguridad del paciente crítico obstétrico.

0086 INTOXICACIÓN POR ÁCIDO VALPROICO: REPORTE DE CASO

A POGGIANI(1), JA GRASSI(2), FO FIORILLI(2), JM AMILLATEGUI SCENNA(2), JC PENDINO(2), LR BETTINI(2)
(1) Hospital Pronvicial Del Centenario. (2) Hospital Provincial Del Centenario

Introducción: El ácido valproico (VPA) es utilizado para el tratamiento de epilepsia, trastornos psiquiátricos y profilaxis de migraña. Los efectos adversos más graves incluyen hepatotoxicidad, pancreatitis aguda, teratogenicidad y encefalopatía hiperamoniémica.
Presentación del caso: Mujer de 37 años, ingresa por deterioro del estado de conciencia, con sospecha de ingesta medicamentosa. Al ingreso se desconocían antecedentes y medicación habitual. Presentaba GCS 3/15, pupilas intermedias y reactivas e hipotonía generalizada. Se realizó flumazenil sin respuesta y se procedió a la intubación orotraqueal. El laboratorio de ingreso, la TC de cráneo y el cito-físico-químico de LCR no mostraron hallazgos de jerarquía. Posteriormente se recaba el antecedente de seguimiento psiquiátrico y tratamiento habitual con VPA. Se obtiene dosaje de ácido valproico de 298.40 µg/ml y amonemia de 280 µg/dl (Tabla 1) interpretándose como encefalopatía hiperamoniémica. Se realizó monitoreo neurológico multimodal. Se vinculó a hemodiálisis e inició L-carnitina con dosis de carga de 100 mg/kg y luego 6 gramos/día. Completó 3 sesiones de hemodiálisis y 5 días de tratamiento con L-carnitina. Evolucionó con respuesta neurológica favorable, extubada sin complicaciones. Se externó sin secuelas neurológicas.
Discusión: Los pacientes con ingesta aguda de 200 mg/kg de VPA o concentraciones séricas de valproato de 180 mg/L o más a menudo experimentan disfunción del sistema nervioso central.
La L-carnitina se administra vía intravenosa con un bolo de 50-100 mg/kg, seguido de 1-2 mg/kg/h. Se han reportado dosis de hasta 6 gramos día en pacientes graves, posología aplicada en nuestro caso. Se deben considerar métodos de eliminación extracorpórea como la hemodiálisis en pacientes con síntomas de intoxicación grave. A concentraciones terapéuticas el VPA se une fuertemente a las proteínas (85-95%) pero a altas concentraciones la unión a proteínas se satura, lo que permite la eliminación de la fracción libre mediante hemodiálisis.
Conclusión: Este caso ilustra una intoxicación por ácido valproico con encefalopatía hiperamoniémica donde el tratamiento combinado con hemodiálisis y L-carnitina permitieron una recuperación neurológica completa. Reforzamos la importancia de considerar a los tóxicos en el coma de origen incierto y la intervención agresiva ante signos de toxicidad grave.

Tabla 1: Valores de laboratorio

	Día 1	Día 2	Día 5	Valores de referencia
Ácido valproico	298	106	6,7	Rango terapéutico: 40-100 (µg/ml)
Amonemia	280	60	67	Valor normal: 18.7-86.9 (µg/dl)

0088 TROMBOSIS DEL SENO VENOSO CEREBRAL EN EL PRIMER TRIMESTRE DEL EMBARAZO POR FERTILIZACIÓN IN VITRO. REPORTE DE CASO

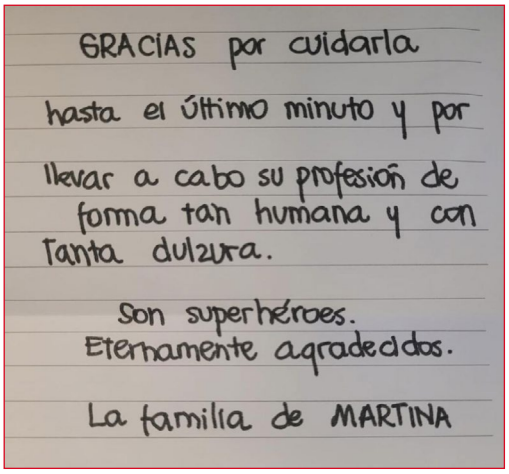
MC PALACIO(1), D BOSCH(1), JC MEDINA(1), C HERBAS(1), C BEDOYA(1), A PEREZ(1), I CARRASCAL(1), M RAMOS(1), M CHAMADOIRA(1)
(1) Sanatorio Anchorena Itoiz.

Introducción: La trombosis de seno venoso cerebral (TSVC) representa entre el 0,5 % y el 3 % de todos los accidentes cerebrovasculares y se asocia a estados protrombóticos como el embarazo en especial durante el tercer trimestre y el periodo posparto. La fecundación in vitro (FIV) tiene más riesgo de TSVC por suplementación hormonal con estrógenos. Durante este proceso los niveles de los factores II V VIII IX y el fibrinógeno se elevan, por tal motivo el riesgo de tromboembolismo venoso es de 5 a 10 veces mayor en el primer trimestre del embarazo por FIV.
Caso clínico: Paciente femenina de 49 años cursando embarazo de 5 semanas por Fertilización In Vitro (FIV), consulta por cefalea, vómitos y afasia global. Ingresa a UTI y se realizan Neuroimágenes evidenciando trombosis de seno recto y transverso izquierdo con infarto venoso temporoparietal izquierdo y transformación hemorrágica. Se inicia anticoagulación con heparina de bajo peso molecular. Evolucionó con afasia mixta y sensorio fluctuante, sin déficit motor. Desde el punto de vista obstétrico, inicialmente embarazo de localización incierta, confirmándose luego gestación intrauterina evolutiva con actividad cardíaca. Tras 11 días de internación, evolucionó favorablemente, con mejoría neurológica, siendo externada con anticoagulación.
Discusión: En nuestro caso la paciente tiene alto riesgo de padecer TVSC, es fundamental el diagnostico precoz y el tratamiento adecuado. El manejo con anticoagulación, incluso en presencia de hemorragia intracraneal, constituye el pilar terapéutico y se asocia a mejor pronóstico. Este caso resalta la importancia de un abordaje multidisciplinario en escenarios de alta complejidad materno-fetal.
Conclusión: La sospecha precoz y el tratamiento oportuno de la TSVC permiten mejorar la evolución neurológica y obstétrica. La anticoagulación es fundamental aun ante transformación hemorrágica y una patología con desafío diagnóstico y terapéutico.

0090 DONACIÓN EN ASISTOLIA EN PEDIATRÍA A PROPÓSITO DE UN CASO

E ALVAREZ(1), N BARDAZZI(1), MA BORETTO(1), EM MANSILLA GUEVERA(1), S DANIEL(2), A NAL(1), V RAMELLS(1), MG GUTIERREZ(1)
(1) Sanatorio De Niños. (2) Cuidaio

Introducción: La donación en asistolia se clasifica según la modificación de Maastricht (París 2013) en asistolia no controlada: tipo I (paro cardíaco inesperado sin maniobras de resucitación) y tipo II (paro cardíaco inesperado con resucitación infructuosa), y asistolia controlada: tipo III (pacientes en quienes se prevé el paro cardíaco tras la adecuación del esfuerzo terapéutico) y tipo IV (paro cardíaco en pacientes con diagnóstico de muerte encefálica). La asistolia controlada tipo III incluye pacientes en los que, debido a su condición clínica, se ha decidido limitar o retirar el soporte vital. En este contexto, la consideración como potencial donante forma parte de las buenas prácticas clínicas.
Caso clínico: Paciente de 3 años con secuela neurológica severa, antecedente de prematurez extrema, hemorragia intracraneana grado IV, bajo peso y derivación valvular. Ingresa a la institución posterior a paro cardiorrespiratorio secundario a status convulsivo, requiriendo reanimación avanzada e intubación endotraqueal. Al examen físico presentaba midriasis arreactiva con necesidad de soporte hemodinámico y respiratorio. Se ingresa en programa Glasgow 7.
Fue evaluada por cardiología, evidenciándose disfunción sistodiastólica severa inicial, con mejoría en controles posteriores. La tomografía de cráneo mostró hidrocefalia severa y edema cerebral. Neurocirugía, considerando la gravedad del cuadro y el alto riesgo de secuelas posoperatorias, realizó entrevistas con la familia, quienes acordaron no avanzar con tratamiento quirúrgico. En conjunto con cuidados paliativos, se inició la adecuación del esfuerzo terapéutico. Ante esta situación, el equipo de terapia intensiva contactó al coordinador de CUDAIO para evaluar la posibilidad de donación en asistolia. Se activó el protocolo correspondiente y, tras una reunión multidisciplinaria, la familia otorgó su consentimiento para el procedimiento.
Conclusión: La donación en asistolia controlada representa una práctica basada en principios éticos, clínicos y humanitarios, que permite transformar una situación de final de vida en una oportunidad de trascendencia. Integrar esta alternativa dentro del proceso de adecuación del esfuerzo terapéutico requiere formación, comunicación clara y trabajo interdisciplinario. Asimismo, destaca el rol central de la familia, cuyo acompañamiento es fundamental. Desde una perspectiva científica y humana, la donación en asistolia amplía el acceso a trasplantes y otorga sentido en un contexto de pérdida.



0091 INJURIA RENAL AGUDA EN LOS TRASTORNOS HIPERTNSIVOS GRAVES DEL EMBARAZO: UN ESTUDIO DE COHORTE PROSPECTIVO

R GIANNONI(1), AM ANTON(1), MG ARCE GALLARDO(1), CR GARNICA(1), MDLA UÑATES(1), FD MASEVICIUS(2)
(1) Regional Ramon Carrillo. (2) Sanatorio Otamendi

Los trastornos hipertensivos del embarazo (THE) son una de las principales causas de morbilidad materna y fetal a nivel mundial. La lesión renal aguda (IRA) es una complicación grave en pacientes con THE en estado crítico; sin embargo, los predictores clínicos y bioquímicos de su desarrollo y su impacto específico en los outcomes de UCI aún no están definidos.
Objetivo: Identificar los factores clínicos y bioquímicos asociados al desarrollo de LRA en pacientes con THE graves en estado crítico y evaluar los resultados maternos y fetales asociados.
Métodos: Se realizó un estudio de cohorte prospectivo unicéntrico en Argentina entre noviembre de 2017 y julio de 2022. Se incluyeron mujeres mayores de 16 años ingresadas en la UCI con THE graves (preeclampsia grave, eclampsia, síndrome HELLP y preeclampsia sobreimpuesta a hipertensión crónica) y una estancia en la UCI supe-

rior a 48 horas. IRA se definió por una creatinina sérica al ingreso > 0,87 mg/dL o por el cumplimiento de los criterios KDIGO durante la estancia en la UCI.
Resultados: De 179 pacientes, 119 (66,3 %) desarrollaron IRA. En comparación con las pacientes sin IRA, aquellas con LRA presentaron puntuaciones de gravedad de la enfermedad más altas y mayor mortalidad materna y fetal. En un análisis multivariable, la puntuación SOFA (OR 1,37; IC del 95 %: 1,04-1,80; p = 0,021), LDH (OR 1,00; IC del 95 %: 1,00-1,01; p = 0,021), ácido úrico (OR 1,03; IC del 95 %: 1,00-1,05; p = 0,011) y el exceso de bases (OR 0,87; IC del 95 %: 0,79-0,97; p = 0,017) se asociaron de forma independiente con la lesión renal aguda (LRA). Dentro de los subtipos de THE, el síndrome HELLP se asoció con un fenotipo clínico más grave.
Conclusiones: La IRA es muy prevalente en pacientes con THE graves y se asocia con peores resultados maternos y fetales. La LDH, el ácido úrico, el exceso de bases y la puntuación SOFA ajustado son predictores útiles de la IRA. El síndrome HELLP representa el fenotipo clínico más grave. Finalmente, la especificidad limitada de los criterios diagnósticos actuales de la IRA subraya la necesidad de enfoques adaptados al embarazo.

0092 EVOLUCIÓN DEL PERFIL CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO DEL DONANTE DE ÓRGANOS EN HOSPITAL PROVINCIAL NEUQUÉN: ESTUDIO RETROSPECTIVO EN DOS PERÍODOS

G SOTO(1), F CARBAJAL(1), M FUMALE(1), G GABUTTI(1)
(1) Hospital Provincial Neuquén

Introducción: Este estudio surge a partir de la observación clínica del equipo de procuración del Hospital Provincial Neuquén que ha identificado un cambio en el perfil epidemiológico de los donantes de órganos. Se diseñó un estudio descriptivo, retrospectivo y observacional con el objetivo de caracterizar y comparar el perfil epidemiológico y clínico de los donantes reales en dicha unidad. La hipótesis plantea que, en los últimos años, el perfil del donante ha experimentado una transición hacia una mayor complejidad clínica, evidenciada por el incremento de la edad promedio, la presencia comorbilidades crónicas y los antecedentes de adicciones. Para ello, se analizaron dos cohortes temporales: 2004-2018 (grupo 1) y 2019-2025 (grupo 2) que reflejan escenarios operativos diferenciados.
Resultados: Se analizaron variables sociodemográficas y clínicas, incluyendo edad, sexo, causas de muerte, índice de masa corporal (IMC) y parámetros de laboratorio. Se evaluó la prevalencia de comorbilidades como hipertensión arterial, diabetes, tabaquismo, alcoholismo y otras adicciones, junto con los días de internación en cuidados críticos. Los resultados se resumen en la tabla 1. Se comprobaron diferencias estadísticas significativas entre las dos cohortes. En el Grupo 1, se registró una mayor proporción de mujeres (46.2%; p = 0.031) y una menor duración de la internación en cuidados críticos con el grupo 2. Por otro lado, la cohorte más reciente se observó una mayor complejidad metabólica evidenciada por un IMC significativamente más elevado de 28.2 ± 5.8 (p = 0.013)
Conclusiones: Los resultados evidencian una tendencia hacia un cambio en el perfil del donante, con mayor complejidad clínica en la cohorte más reciente. El incremento significativo del IMC y la mayor duración de la internación en el Grupo 2, sumados a una tendencia hacia mayor edad promedio y mayor carga de factores de riesgo —aunque sin alcanzar significancia estadística—, sugieren un perfil de donante con mayor carga de morbilidad.
Estos hallazgos subrayan la necesidad de consolidar el uso de donantes con criterios expandidos y optimizar las estrategias de mantenimiento para sostener la tasa de procuración en un escenario clínico cada vez más desafiante.

Tabla 1. Características epidemiológicas de la población estudiada

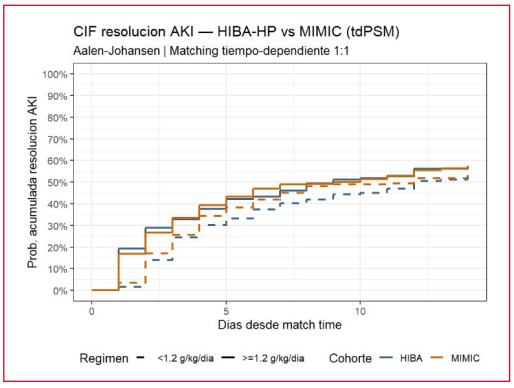
	Cohorte 2004 - 2018 (n=52)	Cohorte 2019 - 2025 (n=87)	valor de p
Edad	38,5 ± 17,3	43 ± 16	0,129
Sexo (F)	46,2% (n=24)	28,7% (n=25)	0,031*
Talla (cm)	165 ± 18	169 ± 12	0,108
Peso (kg)	70,6 ± 14,6	80,9 ± 19,4	0,001*
IMC	25,8 ± 4,5	28,2 ± 5,8	0,013*
Creatinina (mg/dL)	0,8 (0,70 - 0,99)	0,81 (0,67 - 1,05)	0,513
Urea (mg/dL)	25 (17 - 33)	30 (21 - 42)	0,01*
GOT (U/L)	38 (28 - 76)	48 (33 - 78)	0,181
GPT (U/L)	25 (17 - 50)	32 (22 - 57)	0,096
FAL (U/L)	76 (56 - 120)	76 (56 - 101)	0,981
Bilirrubina Total (mg/dL)	0,5 (0,4 - 0,7)	0,6 (0,4 - 0,8)	0,507
Días de internación	2 (1 - 3)	2 (1 - 5)	0,048*
Factores de Riesgo	42,3% (n=22)	57,5% (n=50)	0,079
HTA	25% (n=13)	37,9% (n=33)	0,124
TBQ	13,5% (n=7)	16,1% (n=14)	0,681
DBT	1,9% (n=1)	4,6% (n=4)	0,341
Enolismo	9,6% (n=5)	18,4% (n=16)	0,183
Otros tóxicos	7,7% (n=4)	12,6% (n=11)	0,362

Datos expresados como porcentaje, Media ± DS o Mediana (RIC).
* Corresponde a diferencia estadística significativa con p<0,05

0093 IMPACTO DEL APORTE PROTEICO ELEVADO SOBRE LA RESOLUCIÓN DE LA FALLA RENAL AGUDA EN PACIENTES CRÍTICOS: ANÁLISIS MULTICÉNTRICO CON EMULACIÓN DE ENSAYO CLÍNICO

E MANRIQUE(1), A FERRERO(2), E CONRU(1), V MONZON(2), N CONTRERA(2), J ASPARCH(2), N FALCON(2), I HUESPE(2), C KESCKES(2)
(1) Privado De Córdoba. (2) Italiano De Buenos Aires

Introducción: El aporte proteico ≥1,2 g/kg/día se asocia a mejores desenlaces en pacientes críticos. Sin embargo, en pacientes con falla renal aguda (FRA), se postula que riñones con capacidad reducida para metabolizar proteínas podrían prolongar la injuria renal. El objetivo de este estudio es comparar el tiempo a la resolución de la FRA entre pacientes críticos con aporte proteico ≥1,2 g/kg/día versus <1,2 g/kg/día que reciben nutrición enteral.
Material y métodos: Emulación de ensayo clínico en pacientes con FRA bajo nutrición enteral exclusiva, sin diálisis y con IMC<30, que sobrevivieron al menos cinco días en UCI. El día 5 fue definido como t0, simulando la aleatorización. se utilizaron modelos estructurales marginales con ponderación por probabilidad inversa del tratamiento (MSM-IPTW) como análisis principal y matching por puntaje de propensión tiempo-dependiente (tdPSM) como sensibilidad,. Se empleó regresión de Cox causa-específica considerando la muerte como evento competitivo. Se ajustó por confundidores basales (gravedad, comorbilidades, edad, sexo y función renal basal) y tiempo-dependientes (creatinina diaria y ventilación mecánica).
Resultados: La cohorte primaria incluyó 591 pacientes (Hospital Italiano de Buenos Aires y Hospital Privado de Córdoba); la validación externa se realizó en MIMIC-IV (n=1.181). En MSM-IPTW, el HR fue 1,27 (IC95% 0,93–1,74; p=0,13) en HIBA-HP y 1,21 (IC95% 1,00–1,46; p=0,05) en MIMIC. El tdPSM fue concordante: HR 1,29 (IC95% 0,96–1,72; p=0,09) y 1,21 (IC95% 0,99–1,49; p=0,07) respectivamente. Al restringir el análisis a sobrevivientes, la tendencia desapareció (HIBA-HP HR: 0,99; MIMIC HR: 1,08), indicando que la asociación observada estaba explicada por mortalidad diferencial y no por un efecto renal directo. Los E-values fueron 2,56 y 2,38, sugiriendo robustez frente a la confusión no medida.
Conclusión: El aporte proteico elevado no retrasa la resolución de la FRA en pacientes críticos que reciben nutrición enteral. Estos hallazgos sugieren que los pacientes con FRA podrían recibir aportes proteicos similares a los recomendados para pacientes sin falla renal.



0095 DESAFÍOS METABÓLICOS DEL EFECTO WARBURG EN LA LEUCEMIA LINFOBLÁSTICA AGUDA B (LLA-B) EN EL PACIENTE CRÍTICO

H DE LA HOZ(1), S RAMIREZ(1), V REYES(2), J GELVIZ(3), I SOZAYA(1), A MARCANO(1), C ERAZO(1)
(1) Centro Gallego. (2) Cebtro Gallego. (3) Centro Galleo

Introducción: La Leucemia Linfoblástica Aguda (LLA) en adultos es una neoplasia agresiva con alta morbimortalidad. En la Unidad de Terapia Intensiva (UTI), el manejo es complejo debido a la falla orgánica derivada de la carga tumoral e infiltración hepática. El fenómeno fisiopatológico central es el efecto Warburg (glucólisis aeróbica), donde los blastos consumen glucosa masivamente, generando acidosis láctica tipo B e hipoglucemia refractaria. Esta combinación metabólica es un marcador de mal pronóstico, con mortalidades reportadas del 74-87%. La infiltración hepática (presente en el 81% de estos casos) no solo causa fallo funcional, sino que protege a las células leucémicas de la quimioterapia mediante el microambiente tumoral. El único tratamiento definitivo es la quimioterapia de emergencia para reducir la carga citotóxica.
Presentación del caso clínico: Masculino de 33 años con síntomas B y síndrome adenomegalico. Al ingreso presentó neutropenia febril, ictericia por infiltración y bicitopenia severa. Se confirmó LLA-B común. Durante su estancia en UTI, desarrolló hipoglucemia refractaria extrema durante 15 días (19 mg/dL) por efecto Warburg: (glucólisis aeróbica masiva de blastos que agota glucosa y eleva el lactato) tratada con dextrosa al 10% y nutrición parenteral. Pese a quimioterapia de emergencia y soporte en UTI; ventilación mecánica y doble soporte vasopresor por shock séptico. Recibió prefase de quimioterapia (dexametasona y ciclofosfamida) y antibióticos de amplio espectro (Tigeciclina/Amikacina) por aislamientos de Acinetobacter baumannii y Klebsiella pneumoniae multirresistentes.
Discusión: El soporte en UTI fue fundamental para administrar la quimioterapia inicial; sin embargo, la hipoglucemia persistente se interpretó como un consumo glucídico extremo por la carga tumoral (efecto Warburg), tras descartar insuficiencia adrenal. A pesar del manejo interdisciplinario, la evolución fue tórpida, coincidiendo con la literatura que asocia la acidosis metabólica tumoral y el shock séptico con desenlaces fatales.
Conclusión: La LLA con complicaciones metabólicas severas y shock séptico mantiene una mortalidad extremadamente alta. El éxito inicial depende de la sinergia entre intensivistas y hematólogos, pero el pronóstico final está dictado por la biología tumoral y la disfunción multiorgánica temprana, que limita la continuidad del tratamiento oncológico.

Resumen de los ensayos clínicos dirigidos al efecto Warburg.

Número NCT	Título del estudio	Droga	Tipo de cáncer	Estado	Mecanismos
NCT01120288	Estudio piloto de EZN-2968, un oligonucleótido antisentido inhibidor de HIF-1alfa, en adultos con tumores sólidos avanzados con metástasis hepáticas.	EZN-2968	Metástasis hepáticas	Terminado	Inhibición del crecimiento tumoral mediante el bloqueo de la actividad de HIF-1
NCT01791595	Ensayo de fase I de AZD3965 en pacientes con cáncer avanzado	AZD3965	Linfoma difuso de células B grandes	Terminado	Inhibición del crecimiento tumoral mediante el bloqueo de MCT1

Tabla 2. https://doi.org/10.1016/j.critrevonc.2025.104844

Fecha	Glucemia (mg/	Estado Clínico / Intervención	Tendencia
05/09	52	Inicio de cuadro clínico.	Hipoglucemia leve
16/09 al 19/09	41 - 51	Persistencia de hipoglucemia basal.	Estable bajo
20/09	26 → 220	Inestabilidad: Fluctuaciones extremas.	Crítica
21/09	36	Cortisol: 60.91 (Descarte de falla adrenal).	Hipoglucemia
22/09	19	Nadir glucémico. Evaluación de eje tiroideo.	Mínimo histórico
23/09 al 25/09	64 - 49	Inicio de medidas de soporte vital.	Sub-óptima
26/09	357 → 131	Hiperglucemia reactiva a infusión de dextrosa.	Rebote
27/09	130	Estabilización relativa.	Euglucemia
28/09	177	Soporte total: NPT + Dextrosa 10% + Dexametaso	Controlado

0096 EVOLUCIÓN CLÍNICA Y GRADO DE DEPENDENCIA TRAS LA DECANULACIÓN EN PACIENTES CON DAÑO CEREBRAL ADQUIRIDO. UN ESTUDIO PROSPECTIVO.

A SANTANA MACKINLAY(1), F FRANCO BENEGAS(1), N MARTIN(1), R GOUVERT(2), F CEOLIN(2), E LARGENTE(2), M MALDONADO(1), D RODRIGUEZ(1)
(1) Bicentenario. (2) Bicetenario

Introducción: La seguridad de la decanulación en pacientes con daño cerebral adquirido (DCA), especialmente en aquellos con alteración del nivel de conciencia, continúa siendo motivo de controversia. Si bien la mejoría neurológica puede favorecer este proceso, su relación con la recuperación funcional no está claramente establecida.
Objetivos: Describir la evolución clínica y funcional de pacientes con DCA tras la decanulación, incluyendo desenlaces respiratorios, estado funcional, rehospitalizaciones y mortalidad, con seguimiento a mediano plazo.
Materiales y métodos: Se realizó un estudio observacional, prospectivo, en un hospital de alta complejidad de Buenos Aires, Argentina, incluyendo pacientes neurocríticos adultos con DCA sometidos a traqueostomía y posterior decanulación según protocolo institucional (diciembre 2024–diciembre 2025). El estado neurológico se evaluó mediante Glasgow Coma Scale (GCS), escala FOUR y Escala de Recuperación del Coma Revisada (ERC-R). La funcionalidad se valoró con el índice de Katz al mes, a los 3 y a los 6 meses. La gravedad clínica se estimó mediante SAPS II, APACHE II y escalas especificas de patologías nuerocríticas.
Resultados: Se incluyeron 37 pacientes (edad media 43,9 ± 14 años; 75,7% varones). Las principales etiologías fueron traumatismo encéfalo craneano (48,6%) y accidente cerebrovascular hemorrágico (32,4%). Los pacientes presentaron alta gravedad al ingreso (SAPS II 46,9 ± 11; APACHE II 15,2 ± 3,9). Se observó una mejoría significativa del estado neurológico durante la internación ($p < 0,001$). La decanulación fue segura, con un solo evento de reintubación. El estado funcional mejoró significativamente con descenso del índice de Katz ($p < 0,001$). La mortalidad fue baja (5,7% a los 3 meses) y menor a la esperada según scores de gravedad (25–55%). El análisis por subgrupos mostró peor evolución funcional en TEC ($p < 0,02$).

Conclusiones: La decanulación en pacientes con DCA es un procedimiento seguro en un contexto de recuperación neurológica. Sin embargo, esta mejoría no se traduce en una recuperación funcional completa. A pesar de la alta mortalidad esperada, la supervivencia observada fue favorable. Estos hallazgos resaltan la necesidad de estrategias de rehabilitación post-alta orientadas a la recuperación funcional.

Tabla 3. Estado de conciencia antes y desp de la decanulación

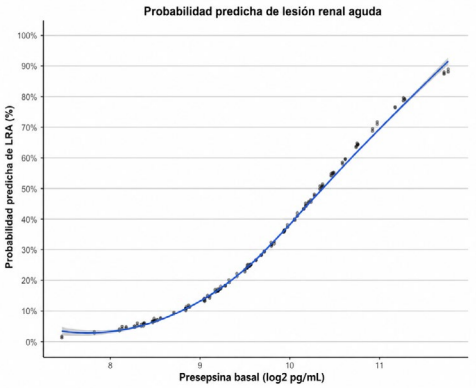
Evaluación Neurológica	Antes de decanulación	Post decanulación	p
ERC-R, mediana (RIQ)	12 (6–23)	23 (14–23)	p < 0,001
FOUR, mediana (RIQ)	13 (3)	16 (15–16)	p < 0,001
GLASGOW COMA SCALE, mediana (RIQ)	9,6 (2,8)	15 (12–15)	p < 0,001

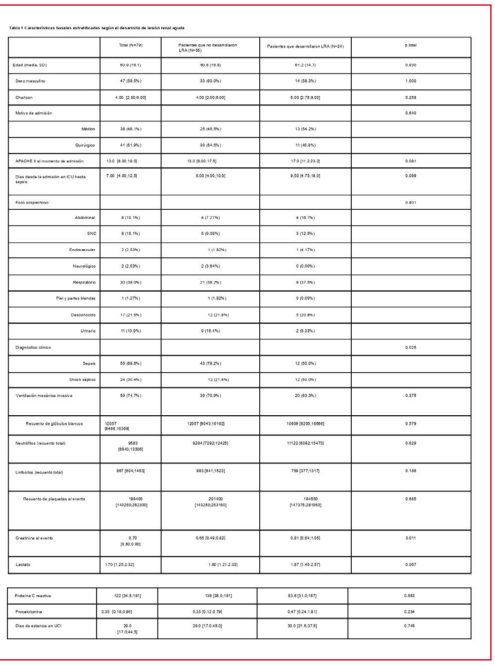
0097 LA PRESEPSINA AL INICIO DE LA SEPSIS PREDICE LESIÓN RENAL AGUDA EN PACIENTES CRÍTICOS CON FUNCIÓN RENAL PRESERVADA

D AMITRANO(1), J ASPARCH(1), V MONZÓN(1), I HUESPE(1), P WEBER ORTIZ(2), L CASES(2), J NAGOURNEY(3), N CONTRERA ROLÓN(1), I CARBONI BISSO(1), I FERNÁNDEZ CEBALLOS(1), E PRADO(1)
(1) Hospital Italiano De Buenos Aires. (2) Universidad De Buenos Aires. (3) University Of Rochester School Of Medicine & Dentistry

Introducción: La presepsina, subtipo soluble de CD14, es un biomarcador utilizado para el diagnóstico temprano de sepsis cuyos niveles circulantes se correlacionan con la magnitud de la respuesta inflamatoria sistémica. Debido a su eliminación renal, la presepsina puede acumularse en pacientes con disfunción renal y su elevación precoz podría preceder al deterioro clínico de la función renal, identificando tempranamente pacientes con mayor riesgo de lesión renal aguda (LRA).
Objetivo: Evaluar si los niveles basales de presepsina predicen el desarrollo de LRA en pacientes críticos que desarrollan sepsis durante su internación en UCI con función renal inicialmente preservada.
Materiales y métodos: Estudio observacional, prospectivo y unicéntrico. Se incluyeron pacientes críticos con sepsis, excluyendo aquellos con enfermedad renal crónica o LRA previa o dentro de las primeras 24 horas. Las concentraciones de presepsina se midieron al inicio de la sepsis, a las 24 horas y a las 72 horas. El desenlace primario fue el desarrollo de LRA dentro de los siete días, definida según criterios KDIGO. La asociación entre presepsina basal y LRA se evaluó mediante regresión logística multivariable. La capacidad discriminativa se analizó con el AUC-ROC, y se identificó un punto de corte clínicamente relevante mediante el índice de Youden.
Resultados: Se incluyeron 79 pacientes: 24 (30,4%) desarrollaron LRA. La presepsina basal fue significativamente mayor en los pacientes que desarrollaron LRA en comparación con aquellos que no la presentaron (1156 [790–1578] pg/mL vs. 575 [364–887] pg/mL; p < 0,001). El modelo de regresión logística multivariable alcanzó un AUC-ROC de 0,82 y Brier score de 0.16. El punto de corte por el índice de Youden fue de 583 pg/mL. Los modelos mixtos mostraron niveles más elevados en el grupo con LRA (p < 0,001), sin una interacción significativa tiempo×LRA, lo que indica trayectorias paralelas durante las 72 horas.
Conclusión: En pacientes críticos con sepsis y función renal preservada al inicio del cuadro, las concentraciones elevadas de presepsina se asociaron de forma independiente con el desarrollo posterior de LRA. Esto respalda el potencial de la presepsina como biomarcador temprano para la estratificación de riesgo renal en sepsis.

Figura 1. Probabilidad predicha de lesión renal aguda según los niveles basales de presepsina (transformados en log2).



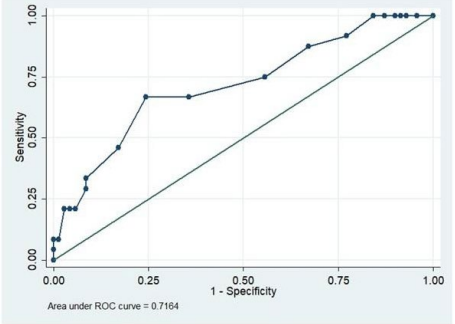


0098 ECLAMPSISMO RECURRENTE EN LOS TRASTORNOS HIPERTENSIVOS GRAVES DEL EMBARAZO: ESTUDIO PROSPECTIVO

MDLA UÑATES(1), R GIANNONI(1), CR GARNICA(1), MG ARCE GALLARDO(1), AM ANTÓN(1), E MARTINEZ(2)
(1) Regional Ramón Carrillo. (2) Juan A Fernandez

Introducción: La recurrencia del eclampsismo en los trastornos hipertensivos del embarazo (THE) se asocia con mayor morbilidad materna; sin embargo, los factores de riesgo vinculados a la persistencia de síntomas neurológicos no están definidos.
Objetivo: Evaluar la asociación entre las variables epidemiológicas, ultrasonografías y bioquímicas con la recurrencia de síntomas neurológicos en pacientes THE graves.
Material y método: Estudio observacional prospectivo. Se incluyeron pacientes ≥ 16 años con diagnóstico de THE graves ingresadas en forma consecutiva en la UTI. Se definió recurrencia de síntomas neurológicos como la aparición de novo de síntomas de eclampsismo tras un período de estabilidad clínica. Se relevaron variables clínicas, epidemiológicas y de laboratorio al ingreso, incluyendo lactato deshidrogenasa, ácido úrico, proteinuria y albúmina sérica, así como escalas de gravedad y requerimientos de vasopresores y

ventilación mecánica. La comparación entre grupos se realizó con test estadísticos adecuados. Se construyó un modelo de regresión logística para la evaluar la asociación independiente con la presencia de eclampsismo.
Se construyeron modelos de regresión logística multivariada para evaluar la asociación independiente entre variables clínicas, bioquímicas y hemodinámicas cerebrales (derivadas del DTC) con la recurrencia de eclampsismo, incluyendo variables con relevancia clínica y significación en el análisis univariado.
Resultados: Se incluyeron 105 pacientes con THE graves. La incidencia de eclampsismo fue del 25% en los THE graves. La recurrencia de síntomas se asoció con mayores días de internación hospitalaria, necesidad de ARM, mayor puntaje de los scores de gravedad. Sin embargo no se encontraron diferencias en las velocidades de flujo en los territorios vasculares en DTC inicial. La hipoalbuminemia inicial se asoció de manera independiente a la gravedad del paciente con el desarrollo de recurrencia de eclampsismo, (Tabla 2) demostrando buena capacidad predictiva (figura 1).
Conclusión: La recurrencia de los síntomas neurológicos se relaciona de manera independiente con la mayor severidad del cuadro clínico e hipoalbuminemia al ingreso. Se requieren estudios adicionales que confirmen estos hallazgos y permitan optimizar las estrategias de diagnóstico y manejo oportuno.



	OR	St error	CI 95%	p
Albumina (g/dl)	0,138	0,0995	0,033-0,566	0,006
APACHE II	1,103	0,0731	0,9686-1,2560	0,139
cons	34,568	76,1384	0,461-2591,017	0,108

0099 FACTORES ASOCIADOS A RESULTADO FUNCIONAL EN PACIENTES CON ACV HEMORRÁGICO EN UNA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA

JA GRASSI(1), A POGGIANI(1), VG TORRES(1), LR BETTINI(1)
(1) Hospital Provincial Del Centenario

Introducción: El ACV hemorrágico se asocia a alta morbimortalidad. Existe escasa información local sobre los factores asociados al resultado funcional, particularmente en pacientes críticos.
Objetivos: Describir las características clínicas y analizar factores asociados a resultado funcional en pacientes con ACV hemorrágico internados en terapia intensiva.
Materiales y métodos: Estudio observacional retrospectivo en pacientes con ACV hemorrágico (hemorragia intracerebral), internados en una unidad de terapia intensiva de tercer nivel entre enero de 2023 y marzo de 2026. Se registraron variables demográficas, factores de riesgo, scores de gravedad (GCS, ICH, APACHE II), asistencia respiratoria mecánica (ARM), intervenciones neuroquirúrgicas (drenaje ventricular, craniectomía y/o evacuación de hematoma) y complicaciones infecciosas (neumonía intrahospitalaria y/o shock séptico). Se incluyeron en el análisis y reporte los factores de riesgo con mayor prevalencia en la cohorte. El outcome principal fue el resultado funcional al alta hospitalaria medido por la escala de Rankin modificada (mRS), estimado retrospectivamente a partir de la revisión de la historia clínica, dicotomizado en 0–3 vs 4–6. Se utilizaron test de Mann-Whitney y test exacto de Fisher.
Resultados: Se incluyeron 41 pacientes. Las características de la cohorte se resumen en la Tabla 1. La mediana de edad fue 53 años (RIC 18) y el 75,6% fueron hombres. El 70,7% presentó mal resultado funcional (mRS 4–6) y la mortalidad en UTI fue del 26,8%.
El mal resultado funcional se asoció a menor GCS al ingreso [10 vs 14,5; p=0,002], mayor ICH score [2 vs 1; p=0,032] y mayor APACHE II [13 vs 9; p=0,030].
En la evolución en UTI, la necesidad de asistencia respiratoria mecánica se asoció a mal resultado funcional en todos los casos (100% vs 47,8%; p<0,001). Asimismo, las complicaciones infecciosas (100% vs 60,0%; p=0,018) y las intervenciones neuroquirúrgicas (92,9% vs 59,3%; p=0,033) se asociaron a peor resultado funcional.
No se observaron diferencias significativas en el resultado funcional según edad ni factores de riesgo (hipertensión arterial, tabaquismo y etilismo).
Conclusiones: El mal resultado funcional fue predominante y se asoció tanto a la severidad inicial como a la evolución en UTI, destacándose la fuerte asociación con la necesidad de ARM, las complicaciones infecciosas y las intervenciones neuroquirúrgicas.

Tabla 1. Características clínicas y demográficas de la cohorte (N=41)

Variable	Resultado
Edad, años, mediana (RIC)	53 (18)
Sexo, n (%)	
Masculino	31 (75,6%)
Femenino	10 (24,4%)
Factores de riesgo, n (%)	
HTA	16 (39%)
Tabaquismo	14 (34,1%)
Etilismo	13 (31,7%)
Severidad, mediana (RIC)	
APACHE II	11 (9)
GCS	13 (8)
ICH score	2 (1)
ICH, n (%)	
0–1	15 (37,5%)
2–3	22 (55%)
≥4	3 (7,5%)
Evolución en UTI	
Días de UTI, mediana (RIC)	9 (10,5)
ARM, n (%)	18 (43,9%)
Infecciones, n (%)	11 (26,8%)
Intervención quirúrgica, n (%)	14 (34,1%)
Evolución hospitalaria	
Días de internación, mediana (RIC)	17 (18,5)
Mortalidad en UTI, n (%)	11 (26,8%)
Mortalidad hospitalaria, n (%)	12 (29,3%)
Resultado funcional (mRS), n (%)	
0–3	12 (29,3%)
4–6	29 (70,7%)

0101 INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA DEL PACIENTE CON TÉTANOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIATRIOCOS: CASO CLÍNICO SANTA FE ABRIL 2026

L CANTERO(1), ME BLANCO(1), MAN MALIZIA(1)
(1) Hospital De Niños Dr. Orlando Alassia

Introducción: El tétanos es una enfermedad infecciosa aguda causada por Clostridium tétano, prevenible mediante vacunación, aunque aún persiste en contextos de baja cobertura inmunológica. En pediatría puede evolucionar a formas graves, con rigidez muscular,

espasmos generalizados y compromiso respiratorio,requiriendo abordaje en cuidados intensivos.
Caso clínico: Paciente pediátrica de 6 años, con esquema de vacunación incompleto, que ingresa por fiebre, decaimiento, rigidez de nuca y espasmos musculares. Inicialmente se sospechó encefalitis, meningitis o convulsiones, iniciándose tratamiento con ceftriaxona. Ante la persistencia y progresión de los espasmos, se planteó diagnóstico presuntivo de tétanos, trasladándose a unidad de cuidados intensivos pediátricos. Ingresó en estado grave, requiriendo intubación orotraqueal y ventilación mecánica.
Se colocó acceso venoso central y se inició sedoanalgesia con midazolam, fentanilo y vecuronio, asociando sulfato de magnesio. Se indicó tratamiento antibiótico con metronidazol y vacunación antitetánica. Evolucionó hemodinámicamente estable, con adecuada respuesta al tratamiento instaurado.
Discusión: El caso refleja que el tétanos continúa siendo una enfermedad vigente en pacientes con esquemas de vacunación incompletos. Su presentación inicial puede generar dificultades diagnósticas, como ocurrió en este caso, donde se plantearon diagnósticos diferenciales neurológicos.
La evolución a una forma grave con requerimiento de ventilación mecánica coincide con lo descrito en la literatura para pacientes no inmunizados. En este contexto, el manejo en terapia intensiva es esencial.
Desde enfermería, el rol es central: monitoreo continuo, manejo de la vía aérea, administración segura de medicación y control de accesos. Se destaca la organización del cuidado y la reducción de estímulos (luz, ruido, manipulaciones), fundamentales para evitar espasmos. Asimismo, la prevención de complicaciones y la educación familiar sobre vacunación forman parte del cuidado integral.
Conclusión: El tétanos pediátrico continúa siendo una patología grave pero prevenible. Este caso resalta la importancia del reconocimiento precoz y del manejo en cuidados intensivos.
El rol de enfermería es clave, no solo en la aplicación de cuidados complejos, sino en la planificación, organización del ambiente y vigilancia continua, impactando directamente en la evolución y seguridad del paciente.

0102 EL APRENDIZAJE SITUADO EN MEDICINA CRÍTICA: IMPACTO DE UN MODELO DE SUPERVISIÓN JERARQUIZADA EN LA FORMACIÓN DE GRADO

R KARATANASOPULOZ(1), G LEVY(2), A SHERIDAN BARBOZA(3), HM BELTRAN(3), V TEMPORETTI AVANZA(4), R VIDAL, KA MARTINEZ(3), X PELOZO(3), L FERNANDEZ(3), MA MONZON FLORES(3), L SAUCEDO ROMERO(3), A GOMEZ(3)
(1) Vidal. (2) J.r. Vidal. (3) J R Vidal. (4) J. (5) R Vidal

Introducción: La enseñanza de la Medicina Crítica en el grado suele enfrentar barreras pedagógicas relacionadas con la complejidad del entorno. El aprendizaje en la Unidad de Terapia Intensiva (UTI) requiere de una estructura de tutoría sólida para que el estudiante de la Práctica Final Obligatoria (PFO) transforme la observación en aprendizaje significativo y desarrolle seguridad clínica.
Objetivos: Evaluar el impacto de una rotación basada en la participación activa y supervisión multinivel sobre la percepción académica y la motivación vocacional de los estudiantes de medicina.
Material y Métodos: Estudio descriptivo y transversal realizado durante 2 años (n=135). La intervención se basó en un modelo de tutoría escalonada, donde los estudiantes fueron integrados a un equipo docente compuesto por dos instructores de formación, un jefe de residentes y el cuerpo de residentes del servicio. Este equipo tuvo a su cargo la supervisión directa de las actividades prácticas, los pases de sala y las guardias activas. Al finalizar, se aplicó una encuesta de satisfacción y una escala de Likert (1-5) sobre el interés en la continuidad formativa.
Resultados: La estrategia mostró una altísima aceptabilidad. El 85,9% de los alumnos se manifestó "Muy conforme" y el 6,7% "Conforme". La presencia de una estructura docente clara fue citada indirectamente como un factor de confianza. En la dimensión vocacional, el 100% de los rotantes expresó un interés alto o muy alto por continuar su formación práctica: el 74,1% (n=100) otorgó el puntaje máximo (5/5) y el 25,9% (n=35) un puntaje de 4/5.
Conclusiones: La rotación activa en UTI, sustentada por un equipo de instructores y residentes, demuestra ser una herramienta de alto impacto. La supervisión multinivel no solo garantiza la seguridad del paciente, sino que funciona como un potente estímulo vocacional, logrando que la totalidad de los alumnos considere a la medicina crítica como una opción para su desarrollo profesional futuro. Esta metodología de estudio actulmente se encuentra en desarrollo con alcance a otros años de la carrera de medicina

0103 IMPLEMENTACIÓN DEL BUNDLE ABCDEFGH EN UTIP: IMPACTO EN EL ESTADO FUNCIONAL Y EN LA HUMANIZACIÓN DE LOS CUIDADOS

J FRYDMAN(1), MF CEBALLOS(1), A CAVIGLIA(1), V FRECCERO(1), MC GONZÁLEZ(1), MI LÓPEZ(1), C LUNA(1)
(1) Materno Infantil Tigre

Introducción: El avance de las Unidades de Terapia Intensiva Pediátrica (UTIP) ha mejorado la supervivencia, desplazando el foco hacia la preservación de la funcionalidad. Sin embargo, la internación en cuidados intensivos puede asociarse a morbilidades físicas, cognitivas, emocionales y sociales persistentes. En este contexto, el objetivo fue diseñar e implementar una estrategia integral orientada a optimizar la calidad de atención, reducir complicaciones y promover el bienestar del paciente crítico y su familia.
Material y métodos: Estudio observacional, descriptivo, prospectivo y longitudinal. Se incluyeron pacientes de 1 a 180 meses ingresados a la UTIP del Hospital Materno Infantil "Florencio Escardó" (Tigre) entre el 1 de enero y el 31 de diciembre de 2025, con requerimiento de soporte ventilatorio. La unidad, de 9 camas, funciona bajo modalidad de "puertas abiertas".
Se implementó como intervención un paquete estructurado de medidas (ABCDEFGH) orientado a la humanización y optimización de la calidad de los cuidados. Se realizó evaluación diaria sistemática mediante escalas validadas de sedación (COMFORT-B) y dolor (CPOT, FLACC, Wong-Baker o EVA, según condición clínica). Los pacientes fueron estratificados según gravedad mediante un sistema tipo "semáforo", que guió la movilización precoz. Se evaluó síndrome de abstinencia (escala de Sophia) y delirio (pCAM/psCAM). La morbilidad se midió mediante la escala de estado funcional (FSS).
Resultados: Se incluyeron 83 pacientes; mediana de edad 36 meses, 54,2% varones. La mediana de internación fue 8 días (RIC 4–15,5) y de ventilación mecánica invasiva 7,5 días (RIC 4–13). El 59% fue categorizado en semáforo rojo (mediana 5 días; RIC 3–7), 74,7% amarillo (2 días; RIC 1-5) y el 96,4% verde (4 días; RIC 2–6 indicando progresión hacia movilización activa. El 6% de los pacientes presentó delirio, con una mediana de 2,5 días.
El 85,2% presentó FSS inicial normal. Al alta, el 22,2% la sostuvo, el 65,4% presentó disfunción leve, el 9,9% moderada y el 2,5% severa, sin casos de disfunción muy severa.
Conclusión: La morbilidad adquirida en UTIP refuerza la necesidad de implementar, de forma sistemática, estrategias preventivas como la movilización precoz y el monitoreo funcional, para reducir el impacto de la internación en la evolución funcional de los pacientes pediátricos.

0104 PÚRPURA FULMINANS SECUNDARIA A SHOCK SÉPTICO ASOCIADO A DUPLICACIÓN INTESTINAL EN PEDIATRÍA: REPORTE DE CASO

L DREILINGER(1), D DADIN(2)
(1) Materno Infantil Don Victorio Tetamanti Mar Del Plata.
(2) Materno Infantil Don Victorio Tetamanti

Introducción: El shock séptico de origen abdominal en pediatría presenta alta morbimortalidad y requiere diagnóstico precoz. Las

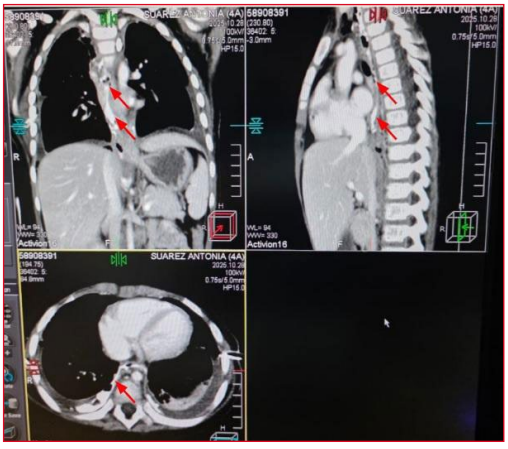
alteraciones microvasculares severas pueden manifestarse como púrpura fulminans, una complicación infrecuente pero grave.
Presentación del caso: Paciente masculino de 5 años (16 kg) con antecedente de apendicectomía, consulta por vómitos y dolor abdominal progresivo. Tras múltiples evaluaciones, se sospecha obstrucción intestinal y es derivado a centro de mayor complejidad.
Se realiza laparoscopía con conversión a laparotomía,enterolisis, rafia intestinal y colocación de drenaje abdominal ingresando luego a terapia intensiva pediátrica. Evoluciona con shock séptico refractario, requiriendo ventilación mecánica y múltiples drogas vasoactivas.
A los 13 días presenta débito fecaloideo abdominal, realizándose re-laparotomía que evidencia múltiples perforaciones intestinales y duplicación intestinal, efectuándose resección con anastomosis e ileostomía.
Desarrolla lesiones purpúricas extensas compatibles con púrpura fulminans, requiriendo hemoderivados, manejo por hematología, desbridamiento quirúrgico y terapia VAC. Presenta aislamientos microbiológicos múltiples (Aeromonas spp., Citrobacter freundii, Pseudomonas aeruginosa, Stenotrophomonas maltophilia) y recibe antibioticoterapia dirigida.
Evoluciona con compromiso renal transitorio y requerimiento de soporte nutricional. Finalmente presenta estabilidad clínica y es derivado a centro de mayor complejidad para reconstrucción tisular.
Discusión: La púrpura fulminans es una complicación grave de la sepsis asociada a trombosis microvascular y coagulopatía. Aunque clásicamente vinculada a Neisseria meningitidis, puede presentarse en infecciones por otros patógenos, como en este caso.
El foco abdominal secundario a duplicación intestinal representa una etiología infrecuente y de difícil diagnóstico inicial, lo que puede retrasar el control del foco infeccioso.
El tratamiento requiere soporte intensivo, cirugía para control de foco, antibioticoterapia y reposición de hemoderivados, pudiendo requerir intervenciones sobre las lesiones cutáneas. Este caso coincide con la literatura en la asociación entre sepsis grave y púrpura fulminans, aunque destaca por su origen abdominal.
Conclusión: El shock séptico abdominal puede asociarse a etiologías infrecuentes como la duplicación intestinal. La púrpura fulminans debe considerarse ante lesiones cutáneas necróticas en sepsis grave. El reconocimiento precoz y el manejo multidisciplinario son fundamentales para mejorar la evolución.

0105 FÍSTULAS ESOFAGOPLEURALES BILATERALES EN PACIENTE PEDIÁTRICA CRÍTICA CON LEUCEMIA LINFOBLÁSTICA AGUDA: REPORTE DE CASO

L DREILINGER(1), D DADIN GRADMONT(2)
(1) Materno Infantil Don Victorio Tetamanti Mar Del Plata.
(2) Materno Infantil Don Victorio Tetamanti

Introducción: Las fístulas esofagopleurales son infrecuentes en pediatría y se asocian a alta morbimortalidad, especialmente en pacientes críticos e inmunocomprometidos. Su presentación bilateral es excepcional y su diagnóstico resulta desafiante por la inespecificidad clínica.
Presentación del caso: Paciente femenina de 4 años con leucemia linfoblástica aguda B en inducción, con neutropenia y mucositis. Ingresa a terapia intensiva pediátrica por shock séptico de probable foco enteral, requiriendo soporte vasoactivo y ventilación mecánica durante 15 días.
Evoluciona con bacteriemia por Streptococcus sanguinis y neumonía asociada a ventilación por Stenotrophomonas maltophilia. En día 13, durante destete ventilatorio, presenta hidroneumotórax bilateral, colocándose drenajes pleurales con débito amarronado. El líquido pleural muestra amilasa marcadamente elevada, sugiriendo comunicación con el tracto digestivo. La tomografía con contraste oral evidencia soluciones de continuidad esofágicas con pasaje a ambas cavidades pleurales. El esofagograma confirma fístulas esofagopleurales bilaterales.
Se realiza manejo conservador con ayuno, nutrición parenteral total, drenaje pleural y antibioticoterapia. Evoluciona con mejoría clínica, logrando extubación, persistiendo con secuelas neurológicas en recuperación.
Discusión: Las fístulas esofagopleurales en pediatría son raras y su presentación bilateral excepcional. En pacientes críticos, suelen ser

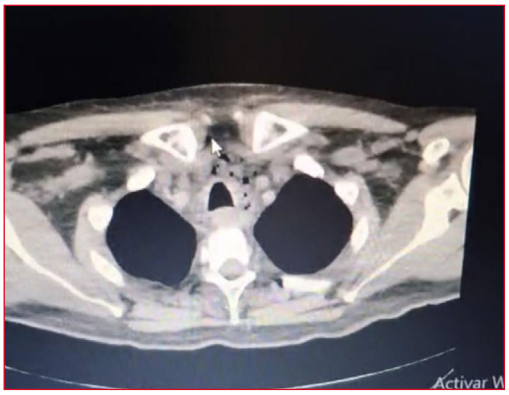
de etiología multifactorial, asociadas a mucositis, inmunosupresión, sepsis y ventilación mecánica prolongada, factores presentes en este caso.
El diagnóstico puede retrasarse por la superposición con patología respiratoria frecuente. La detección de amilasa elevada en líquido pleural constituye un hallazgo clave que orienta la comunicación digestiva. La confirmación se realiza mediante estudios contrastados, que permiten definir localización y extensión.
El tratamiento depende del estado clínico y características de la fístula. En pacientes inestables, el manejo conservador es una estrategia inicial válida, pudiendo evitar intervenciones quirúrgicas de alto riesgo.
Conclusión: Las fístulas esofagopleurales deben considerarse ante hidroneumotórax y débito pleural atípico en pacientes críticos. La determinación de amilasa en líquido pleural permite orientar el diagnóstico. El abordaje conservador puede ser efectivo en pacientes seleccionados.



0106 SHOCK SÉPTICO EN CONTEXTO DE MEDIASTINITIS SECUNDARIA A ABSCESO ODONTOGENO

L DE LA ROSA(1), J BELLOTTI(1), A BALMACEDA(1)
(1) Sanatorio San Juan.

Introducción: La medistinitis necrosante descendente se estima con una mortalidad del 40-50%.
Los pacientes en una fase inicial suelen cursar con fiebre, disnea, tos, disfagia, disfonía, y dolor retroesternal.
La progresión de la enfermedad lleva a sepsis, pudiendo progresar al shock séptico
Presentación de caso: Se reporta el caso de un varón 56 años, con antecedentes patológicos de epilepsia que posterior a una infección odontogena comienza con odinofagia, disfagia y aumento de volumen periamigdalino derecho, consulta en varias oportunidades siendo medicado con antibióticos y aines, por asociar insuficiencia respiratoria con estridor laríngeo consulta nuevamente, realizan tomografía computarizada con contraste que mostró neumomediastino con extensión a espacios retrofaríngeo y parafaríngeo desviando vía aérea.
Ingresa a UTI con diagnostico de mediastinitis necrosante descendente evolucionando rápidamente a shock séptico.
Se realizó cervicotomia bilateral constatando secreción purulenta en región esternocleidomastoidea y triangulo posterior en forma bilateral, se procedió a desbridamiento amplio y agresivo del cuello y de región pretraqueal hasta la carina dejando luego del lavado una venda de gasa emvaselinada.
Los cultivos orientaron ajuste antimicrobiano y la evolución clínica fue favorable, con disminución de volumen inflamatorio y sin complicaciones postoperatorias sobreviviendo al cuadro después de una rápida intervención quirúrgica.
El postoperatorio cursó de manera favorable, con disminución progresiva de inotrópicos y mejora de parámetros analíticos y hemodinámicos.
Permaneció en la unidad de cuidados intensivos durante 20 días, luego fue transferido a la unidad de cuidados intermedios, y finalmente el egreso sanatorial.
Discusión: Las infecciones cervicales profundas continúan considerándose urgencias médico-quirúrgicas por su riesgo de compromiso de vía aérea y extensión al mediastino. Desde el punto de vista microbiológico, los abscesos para/retrofaríngeos de adultos suelen ser la causa más frecuente de mediastinitis descendente siendo polimicrobianos, con predominio de estreptococos y anaerobios.
Exigen diagnóstico precoz, vaciamiento oportuno y tratamiento antimicrobiano dirigido
Conclusión: Este caso refuerza la importancia del abordaje interdisciplinario en infecciones cervicales profundas, con el fin de brindar un diagnóstico y tratamiento oportuno y adecuado.
Tiene mortalidad elevada, lo que respalda el manejo protocolizado con imagen contrastada, vigilancia de vía aérea y drenaje oportuno, agresivo y urgente frente a la sospecha de mediastinitis.



0107 ENCEFALITIS POR FLAVIVIRUS PRESENTADA COMO STATUS EPILÉPTICO REFRACTARIO: REPORTE DE CASO Y DESAFÍO DIAGNÓSTICO EN TERAPIA INTENSIVA

Y KREMER(1), A CHARRIS VERGARA(1), H IZQUIERDO(1), M HERRERA(1)
(1) Cuenca Alta Nestor Kirchner

Introducción: Las encefalitis virales son causas poco frecuentes pero graves de compromiso neurológico agudo. Los flavivirus representan etiologías emergentes en nuestra región, con manifestaciones variables y dificultades diagnósticas, especialmente en pacientes críticos con status epiléptico refractario.
Presentación del caso: Paciente masculino de 28 años, con antecedente de epilepsia en la infancia, consultó por cefalea intensa y desorientación de 24 horas de evolución, progresando a agitación psicomotriz y convulsiones tónico-clónicas generalizadas. Evolucionó con status epiléptico refractario, requiriendo sedación profunda, intubación orotraqueal e ingreso a terapia intensiva.
El laboratorio inicial mostró acidosis metabólica severa con hiperlactacidemia. La tomografía de encéfalo no evidenció lesiones agudas. El líquido cefalorraquídeo presentó pleocitosis mononuclear, compatible con encefalitis viral. Se inició tratamiento empírico con ceftriaxona y aciclovir.
Hemocultivos, panel viral respiratorio, serologías, PCR para herpes, resonancia magnética cerebral y angiotomografía resultaron negativos. El electroencefalograma evidenció inicialmente patrón de brote-supresión y luego delta brush persistente, orientando a encefalitis autoinmune, por lo que recibió pulsos de metilprednisolona y plasmaféresis, sin respuesta clínica.
Durante la internación presentó insuficiencia renal aguda AKIN III y neumonía asociada a ventilación mecánica por gérmenes multirresistentes. Finalmente, se confirmó flavivirus en líquido cefalorraquídeo y suero enviados al inicio de la internación.
Discusión: La presentación como status epiléptico refractario, la negatividad inicial de estudios y un patrón electroencefalográfico sugestivo dificultaron el diagnóstico. El delta brush no es exclusivo de encefalitis autoinmune y puede observarse en otras etiologías inflamatorias o infecciosas. La demora diagnóstica refleja limitaciones frecuentes en áreas endémicas.
Conclusión: Las encefalitis por flavivirus deben considerarse en el diagnóstico diferencial de encefalitis grave con status epiléptico refractario. La integración clínica, epidemiológica y electroencefalográfica resulta clave para orientar el diagnóstico y evitar tratamientos inmunomoduladores innecesarios.

0108 INTOXICACIÓN GRAVE POR DIVALPROATO DE SODIO (DVANA): ABORDAJE CON CARBÓN ACTIVADO, L-CARNITINA Y HEMODIÁLISIS. A PROPÓSITO DE UN CASO.

TM AGUILAR GASPAR(1), JF GIMENEZ OSORIO(1), FA BALCAZAR MORALES(1), C VERA(1)
(1) Isidoro Iriarte

Introducción: El divalproato de sodio (DVANa) es un profármaco del ácido valproico (VPA), utilizado como antiepiléptico y estabilizador del ánimo. Presenta alta biodisponibilidad oral y metabolismo hepático, con mínima excreción renal. Su $_2$-oxidación mitocondrial interfiere con el metabolismo del amoníaco, pudiendo generar hiperamonemia. En sobredosis, puede provocar desde síntomas leves hasta cuadros graves con coma, depresión respiratoria, acidosis metabólica con anión gap elevado, inestabilidad hemodinámica y hepatotoxicidad. Su alta unión a proteínas y metabolismo complejo dificultan la eliminación, siendo la toxicidad dependiente de niveles séricos elevados.
Presentación del caso: Femenina de 32 años con antecedentes de tabaquismo, depresión e intento autolítico, en tratamiento con clonazepam, risperidona y DVANa. Ingresa por ingesta masiva de 75 g de DVANa. Inicialmente lúcida (Glasgow 13/15), hemodinámicamente estable y sin alteraciones metabólicas. A las 12 horas presenta deterioro neurológico (Glasgow 7/15) e inestabilidad hemodinámica, requiriendo intubación y pase UTI. Evoluciona con acidosis metabólica, hiperlactacidemia, niveles de VPA de 1118 µg/ml e hiperamonemia (148 µg/dl). Se inicia carbón activado seriado, L-carnitina y soporte vasopresor. Por persistencia de gravedad, se realiza hemodiálisis a las 48 horas. Tras tres sesiones, presenta mejoría clínica y descenso de VPA y amonio. Complicaciones con hemorragia digestiva alta e infecciones intrahospitalarias, evolucionando favorablemente y egresando de UTI al día 16.
Discusión: El manejo se alineó con las guías actuales, el carbón activado limitó la absorción y la L-carnitina actuó como antídoto metabólico para mitigar la hiperamonemia. Un factor clave fue la hemodiálisis; aunque el VPA suele unirse a proteínas, en sobredosis masivas dicha unión se satura, aumentando la fracción libre dializable. La terapia de reemplazo renal permitió una depuración rápida, fundamental para la recuperación neurológica y la estabilidad metabólica.
Conclusión: La intoxicación por DVANa representa un desafío por su presentación variable y toxicidad multisistémica. Este caso destaca la necesidad de monitorización prolongada, incluso en pacientes inicialmente estables. Un enfoque escalonado con soporte vital, descontaminación gastrointestinal y L-carnitina es efectivo. La hemodiálisis precoz cumple un rol fundamental como terapia de rescate en pacientes con criterios de gravedad.

Tabla Nº 1

Laboratorios medidos	1er Lab.	2do Lab.	Lab pre hemodiálisis	Lab Post hemodiálisis	Laboratorios pre alta
PH	7.42	7.12	6.38	7.34	7.49
pO2	38	112	82	67	101
HCO3	24.6	10.6	5.8	19.4	21.8
Lactato	2.3	11.2	15.2	7.4	1.4
Na/K/Cl	141/3.7/103	155/5/116	148/4/112	142/3/101	148/3.4/108
Glucemia (mg/dl)	78	117	89	74	157
Urea (mg/dl)	21	40	102	56	80
Creatinina (mg/dl)	0.73	1.27	2.06	0.87	1.4
TGO/TGP	44/34	63/33	143/49	112/38	31/23
Glóbulos blancos(mm3)	7 200	20 000	26000	34000	9000
Hto (%)	43	38	45	30	25
Plaquetas(mm3)	344000	258	112000	62	156
TP(%)/ KPTT(s)	62/	47/66	43	31/88	61
Ácido valproico (ug/ml)		1118.11		136	66
Amonio (ug/dl)		148		61	36
HCG Beta cualitativa			Negativo		
Ecocardiograma			Sin anomalias		
Clearence de creatinina			40 ml/min		

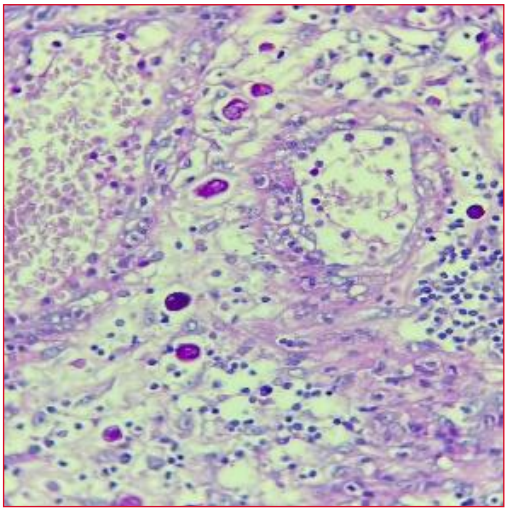
*Valores normales de ácido valproico son: 50 a 100 ug/ml, amonio: los valores varían según la literatura y la edad, pero se considera un rango de 45 umol/L.

0109 ENTEROCOLITIS NECROTIZANTE

LM IGLESIAS(1), C CARITAS MITA(1), D ROJAS VIDAL(1), MC LARROSA(1), G SILBERSZAC(1), R CASTRO(1)
(1) Hospital Piñero.

Introducción: Es una infección parasitaria causada por Entamoeba histolytica. La mayoría de los pacientes cursan de forma asintomática; un pequeño porcentaje desarrolla formas invasivas, la colitis amebiana necrotizante es la más grave.
Presentación del caso: Paciente masculino de 51 años, antecedentes de tuberculosis pulmonar tratada, hipertensión arterial, consultó a urgencias por cuadro progresivo de astenia, adinamia y diarrea de seis semanas, asociado a pérdida 8 kg y fiebre.
Al ingreso hemodinámicamente estable, distensión abdominal, leucocitosis 23.120/mm³. Tomografía computarizada, engrosamiento parietal del colón, alteración de la grasa mesentérica. Fue interpretado como pancolitis de probable origen infeccioso, inició tratamiento antibiótico empírico. Fue valorado por el servicio de cirugía, sin conducta quirúrgica y gastroenterología, sospecho enfermedad inflamatoria intestinal, y añadieron corticoides al tratamiento. A las 48 horas, aumento del dolor, distensión abdominal, shock. Nueva TC abdominal, engrosamiento parietal difuso del colón, alteración de la grasa mesentérica y escaso líquido libre. Es ingresado a UTI, inició tratamiento con metronidazol. Servicio de Cirugía decidió intervención quirúrgica de urgencia, constataron sufrimiento parietal del colon, extensas áreas necróticas, perforación y exudado purulento. Se realizó colectomía subtotal con ileostomía terminal. Evoluciona con shock refractario y falleció postoperatorio inmediato. El estudio anatomopatológico diferido confirmó el diagnóstico.

Conclusión: Es fundamental considerar la Colitis amebiana necrotizante dentro de los diagnósticos diferenciales en pacientes con diarrea prolongada, fiebre, pérdida ponderal, pancolitis, antes de iniciar corticoides o inmunosupresores.
La difusión del caso es clave para reforzar el reconocimiento de esta patología en cuidados intensivos y reducir desenlaces potencialmente fatales.
Discusión: La colitis amebiana y la EII, presentan similitud lo que predispone a errores diagnósticos. La desnutrición compromete la inmunidad celular y la barrera intestinal, incrementando la susceptibilidad a infecciones invasivas y una evolución más grave. EII requiere tratamiento inmunosupresor, la colitis amebiana precisa un abordaje antimicrobiano específico. El uso de corticoides sin descartar una etiología infecciosa, favorece la invasión tisular de Entamoeba histolytica aumentando el riesgo de colitis fulminante, necrosis transmural, perforación intestinal y sepsis. La solicitud de estudios microbiológicos y parasitológicos resultan fundamentales, ya que modifican el pronóstico y evitan complicaciones catastróficas.



0110 ENDOCARDITIS MITRAL Y MASA INTRACAVITARIA EN VENTRÍCULO DERECHO EN CONTEXTO DE ENFERMEDAD INVASIVA NEUMOCÓCICA Y BACTERIEMIA POR STAPHYLOCOCCUS AUREUS METICILINO SENSIBLE: REPORTE DE CASO

I SIMORÉ, CA CENTURIÓN KAUZ(1), Y ROCHETTA(1), M RENK(1), C SANCHEZ(1), P DAVID(1)
(1) Sanatorio Diagnóstico Y Tratamiento.

Introducción: Las masas intracavitarias derechas representan una minoría de las masas cardíacas y constituyen un desafío diagnóstico por su etiología heterogénea. Su identificación en pacientes sépticos es relevante por su impacto pronóstico y terapéutico, especialmente en contextos de bacteriemia múltiple y sospecha de endocarditis infecciosa (EI).
Presentación del caso: Paciente masculino de 51 años, con antecedente de carcinoma pavimentoso poco diferenciado de base de lengua, en plan de tratamiento quimioterápico, portador de port-a-cath. Ingresa a UTI por shock séptico con compromiso neurológico agudo. Al ingreso presenta disfunción multiorgánica con SOFA-2 score de 11 puntos, compatible con shock séptico según definiciones Sepsis-3. Se identifica foco infeccioso en piel y partes blandas cervical (sitio de neoplasia primaria) y dispositivo intravascular expuesto.
Se inicia tratamiento antibiótico empírico de amplio espectro, posteriormente ajustado según microbiología. Los hemocultivos resultan positivos para *Streptococcus pneumoniae* y *Staphylococcus aureus* meticilino sensible, con aislamiento de neumococo en líquido cefalorraquídeo. La tomografía computada evidencia defecto de relleno en ventrículo derecho (VD) (imagen 2), asociado a lesiones pulmonares compatibles con embolias sépticas.
El ecocardiograma transesofágico confirma vegetación en válvula mitral y una masa intracavitaria en VD de 27 × 19 mm, con componente móvil (imagen 1). Según criterios de Duke modificados, el paciente cumple criterios mayores, estableciéndose EI. Evoluciona con deterioro hemodinámico, requerimiento de asistencia respiratoria mecánica, falla multiorgánica y óbito.
Discusión: Las masas intracavitarias en VD son infrecuentes e incluyen trombos, vegetaciones y neoplasias. La coexistencia de vegetación mitral y masa en VD plantea un escenario controvertido. Aunque la EI izquierda es la forma más frecuente, la lesión en VD puede corresponder a un trombo o vegetación secundaria en contexto de bacteriemia, sin descartar implante metastásico debido al retorno venoso sistémico al VD, donde además la presencia de port-a-cath expuesto y el contexto oncológico actúan como factores predisponentes. Este caso resalta la superposición de mecanismos infecciosos, trombóticos y oncológicos.
Conclusión: Las masas intracavitarias derechas en pacientes oncológicos con sepsis representan un desafío diagnóstico con implicancias pronósticas. La integración clínica e imagenológica con scores de gravedad resulta fundamental para orientar al diagnóstico y la toma de decisiones en escenarios complejos.

Imagen 1: Ecocardiograma transesofágico. A) Vista de cuatro cámaras a 0°; en porción apical del ventrículo derecho se visualiza masa intracavitaria de ecogenicidad heterogénea, con porción fija adherida al septum interventricular y porción móvil de aproximadamente 27,5 mm x 19,5 mm, compatible con proceso trombótico, neoplasia o vegetación. B) Vista eje largo de la válvula aórtica a 150°; se observa en relación a la valva posterior de la válvula mitral una imagen ecogénica y móvil de 10,6mm x 9,6mm, compatible con vegetación.

Figura 2. Tomografía computada de tórax con contraste (corte axial) que evidencia defecto de relleno intracavitario en ventrículo derecho, sin realce tras la administración de contraste, compatible con masa intracardíaca versus trombo. Hallazgo en correlación con estudio ecocardiográfico.

0112 LES PRESENTO UN CASO: ENCEFALOPATÍA COMO MANIFESTACIÓN DE LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO.

AB ACOSTA(1), DA VILLACRES AGUILAR(1), JC MOREIRA(1), NS ROMERO(1), GT ROLANDELLI(1), S MARTINEZ(1), DE VERA(1)
(1) HNPM

Introducción: El lupus eritematoso sistémico (LES) es una enfermedad autoinmune multisistémica cuyo compromiso neurológico, denominado lupus neuropsiquiátrico (LESNP), constituye una de las principales causas de morbimortalidad. El compromiso del sistema nervioso central ocurre en más del 20% de los pacientes con LES y presenta manifestaciones heterogéneas. La ausencia de un estándar diagnóstico y su fisiopatología multifactorial dificultan su reconocimiento, especialmente en pacientes críticos.
Caso clínico: Paciente femenina de 72 años con antecedentes de fibrilación auricular, anticoagulada, HTA y EPOC, que ingresa por síndrome confusional, asociado a deterioro general y pérdida de peso. Presentó anemia, trombocitopenia, injuria renal aguda e hipercalcemia, inicialmente interpretado como encefalopatía metabólica en probable contexto oncohematológico.
Evoluciona con crisis convulsivas tónico clónicas, requiriendo ingreso a UTI. Se descartan lesiones estructurales agudas en las neuroimágenes. El EEG mostró actividad epileptiforme difusa y el LCR, hiperproteinorraquia sin aislamiento microbiológico.
Se evidenciaron lesiones óseas múltiples en huesos largos y el perfil inmunológico presentó ANA positivo, anti-Ro positivo, Coombs directa positivo, con complemento conservado. Complementariamente se rescató cadenas kappa en orina en niveles bajos con relación kappa/lambda normal, descartando gammapatía monoclonal. En este contexto, se interpretó el cuadro como encefalopatía autoinmune secundaria a LES, iniciando tratamiento con pulsos de corticoides, con mejoría progresiva del estado de conciencia.
Discusión: El LESNP en el adulto mayor es complejo debido a su heterogeneidad clínica. En este caso, la coexistencia de alteraciones metabólicas y sospecha de neoplasia dificultaron el diagnóstico inicial. La ausencia de lesiones estructurales, EEG difuso y perfil autoinmune compatible permitieron orientar hacia encefalopatía por LES, aun con complemento conservado.
Conclusión: El deterioro del sensorio en el paciente crítico de edad avanzada no debe atribuirse sistemáticamente a causas orgánicas comunes o demencia. Aunque la incidencia de LES en este grupo etario es baja, el deterioro cognitivo agudo puede ser la manifestación cardinal de un debut tardío. Es fundamental integrar el screening inmunológico en el protocolo de encefalopatía de origen desconocido en el adulto mayor, ya que el reconocimiento precoz y el tratamiento oportuno son determinantes para mejorar el pronóstico funcional.

0113 CRANIECTOMÍA DESCOMPRESIVA COMO TERAPIA DE RESCATE EN ENCEFALITIS HERPÉTICA GRAVE: REPORTE DE CASO Y MANEJO NEUROCRÍTICO

UG VILLAVAZA(1), T MASSIH(1), A VILLEGAS(1), R ALVAREZ(1), P CALCAGNO(1), C GALLETTI(1)
(1) Sanatorio Allende

Introducción: La encefalitis herpética por VHS-1 es la causa más frecuente de encefalitis viral esporádica en adultos. Su predilección por los lóbulos temporales genera edema cerebral significativo e hipertensión endocraneana (HEC), principal determinante de morbimortalidad. Las formas graves con HEC refractaria justifican la comunicación de terapias de rescate quirúrgico y monitoreo multimodal.
Presentación del caso: Paciente femenina de 35 años, previamente sana, consulta por fiebre, cefalea y síndrome confusional asociado a crisis convulsivas. Evoluciona a estatus epiléptico requiriendo ingreso a cuidados intensivos. El líquido cefalorraquídeo mostró pleocitosis linfocítica e hiperproteinorraquia; se inició aciclovir y ceftriaxona empíricos. El diagnóstico se confirmó mediante PCR positiva para VHS-1. La resonancia magnética evidenció compromiso temporal derecho con edema y desviación de línea media (Imagen 1). A las 48 horas presenta deterioro neurológico y signos de herniación inminente, refractarios a sedación profunda, bloqueo neuromuscular y osmoterapia. Se realizó craniectomía descompresiva (Imagen 2) con monitoreo invasivo de presión intracraneal (PIC). Se optimizó la presión de perfusión cerebral mediante soporte vasopresor. El Doppler transcraneal evidenció aumento del índice de pulsatilidad con normalización posquirúrgica. Presentó complicaciones: hiperactividad simpática paroxística, injuria renal aguda y trastorno deglutorio. Tras 30 días en UTI, se trasladó a rehabilitación con estabilización clínica.
Discusión: El desarrollo de edema citotóxico y vasogénico en la encefalitis por VHS-1 puede culminar en HEC severa. Aunque el aciclovir es el estándar, su inicio precoz no siempre previene el daño masivo. La craniectomía descompresiva no está protocolizada como primera línea en infecciones, es una medida de salvataje eficaz ante herniación inminente. El monitoreo es fundamental para titular la terapéutica ante disfunciones autonómicas. Este enfoque agresivo es vital en pacientes jóvenes con mayor ventana de reversibilidad neurológica.
Conclusión: El aciclovir precoz es innegociable, pero la vigilancia neurocrítica asegura la supervivencia ante edema masivo. La craniectomía descompresiva debe considerarse estrategia de rescate temprana, superando el dogma de "infeccioso vs. quirúrgico". El éxito depende del soporte hemodinámico agresivo y el control estricto de la PIC.

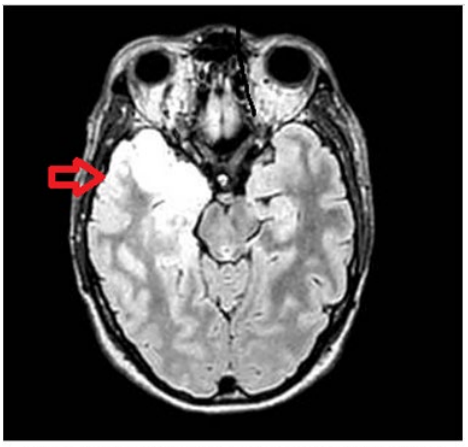


Imagen 1. RMN. Secuencia FLAIR. Hiperintensidad en lóbulo temporal

Imagen 2. Craniectomía descompresiva. Aumento de volumen cerebral. Se observa hiperemia y borramiento de surcos.

0114 LOS CAMBIOS DE FRECUENCIA RESPIRATORIA IDENTIFICAN LA RESPUESTA MECÁNICA A LA PEEP EN PACIENTES CON SDRA VENTILADOS EN PRESIÓN SOPORTE

J PÉREZ(1), JH DORADO(1), M ACCOCE(1), I TELIAS(2)
(1) Sanatorio Anchorena San Martin. (2) Universidad De Toronto

Introducción: No existe evidencia sólida que guíe la titulación de PEEP durante la ventilación con soporte de presión (PSV). La respuesta a la PEEP podría depender de cambios en la compliance pulmonar (ΔCLdyn), que es difícil de medir, y sus implicancias clínicas siguen siendo inciertas. Estudios preclínicos sugieren que los cambios en ΔCLdyn inducidos por PEEP producen efectos opuestos sobre la frecuencia respiratoria (FR), principalmente a través de modificaciones en el tiempo espiratorio neural (TE-neural). Objetivos: Explorar la asociación entre ΔFR y ΔCLdyn con cambios de PEEP y evaluar la capacidad diagnóstica de ΔFR para identificar mejoría de la CLdyn en pacientes con SDRA bajo PSV. Secundariamente, comparar la respuesta refleja a la PEEP y los resultados clínicos entre pacientes que mejoran la CLdyn con PEEP alta (respondedores) versus aquellos que no (no respondedores).
Métodos: Estudio fisiológico cruzado en pacientes con SDRA bajo PSV sometidos a incrementos de PEEP (5, 10 y 15 cmH_2O, 10 minutos cada nivel). Se calcularon los valores medios de cada parámetro respiratorio durante el último minuto de cada nivel de PEEP. También se midieron el tiempo inspiratorio neural (TI-neural), el tiempo espiratorio neural (TE-neural) y las variaciones de esfuerzo basadas en presión esofágica (ΔPes) durante las dos primeras respiraciones inmediatamente posteriores al aumento de PEEP.
Resultados: Se incluyeron 30 pacientes con SDRA (PaO_2/FiO_2 = 218 [RIC, 157–257] mmHg; mortalidad en UCI 36,7%). La ΔFR entre niveles de PEEP se correlacionó con ΔCLdyn (Figura 1A), principalmente debido a cambios en el TE-neural (R^2 = 0,76; p < 0,001). Tanto ΔFR como ΔTE-neural mostraron excelente precisión para detectar respuesta de la CLdyn (Figura 1B). Los respondedores a PEEP (n = 15) presentaron mayor prolongación refleja del TE-neural y mayor reducción de ΔPes tras los incrementos de PEEP (Figura 1C), y tuvieron menor probabilidad de fracaso de la PSV (Figura 1D). Se observó una asociación diferencial entre la respuesta mecánica a la PEEP y la mortalidad en UCI según la elastancia basal del sistema respiratorio (Figura 1E).
Conclusiones: En pacientes con SDRA bajo PSV, la ΔFR predice ΔCLdyn y una respuesta positiva a la PEEP se asocia con mejores resultados clínicos.

0115 IMPACTO DEL USO PRECOZ DE INMUNOGLOBULINA INTRAVENOSA: FALLA DE EXTUBACIÓN COMO MANIFESTACIÓN DE CRISIS MIASTÉNICA ATÍPICA

DA VILLACRES AGUILAR(1), AB ACOSTA GUTIERREZ(1), JC MOREIRA(1), JL ARIAS AYUBB(1), MA BARRIENTOS(1), S MARTINEZ(1), DE VERA(1)
(1) HNPM

Introducción: La crisis miasténica (CM) es una complicación grave de la miastenia gravis (MG), caracterizada por deterioro agudo de la musculatura bulbar y respiratoria que puede evolucionar a insuficiencia respiratoria. Se presenta en el 15–20% de los pacientes con miastenia gravis, y hasta el 70% requiere ventilación mecánica invasiva. El reconocimiento precoz es determinante para el pronóstico, especialmente ante deterioro respiratorio sin causa clara en pacientes con MG. La disfunción autonómica en MG es un fenómeno subestimado, reportado en aproximadamente 40% de los pacientes, alcanzando hasta 80% en subgrupos con timoma. Sus alteraciones hemodinámicas y respiratorias, actúan como confundidor, simulando cuadros de shock, retrasando el diagnóstico y el inicio de terapias específicas.
Caso clínico: Paciente masculino de 70 años, con antecedente de MG AChR positiva grado I, en tratamiento con prednisona, azatioprina y piridostigmina, con abandono reciente de esta última por efectos colinérgicos. Ingresa por insuficiencia respiratoria mixta asociada a síndrome febril, sin hallazgos tomográficos patológicos, hiperlactacidemia y requerimiento elevado de vasopresores, interpretado inicialmente como shock séptico, requiriendo intubación orotraqueal. Posterior a evento agudo el paciente presentó adecuada respuesta a ventana de sedación y prueba de ventilación espontánea por lo que se procedió a la extubación. Pasadas las 72 hrs el paciente evoluciona con nuevo episodio de shock requiriendo reintubación. Ante la sospecha de CM atípica, se indicó inmunoglobulina intravenosa (IVIG), evidenciándose rápida mejoría clínica y destete ventilatorio exitoso.
Discusión: El caso descrito ilustra una presentación atípica de CM, sin manifestaciones bulbares iniciales evidentes, con síntomas disautonómicos que condicionó un retraso diagnóstico y una extubación fallida. La presencia de disautonomía puede simular estados de shock y retardar el diagnóstico de CM. Este caso clínico resalta la importancia de considerar el inicio precoz del tratamiento con IVIG en un paciente con MG de presentación atípica, con presencia de shock.
Conclusión: La IVIG presenta un perfil de seguridad favorable, con eventos adversos leves en 5–15% y complicaciones graves infrecuentes (<3%). Su uso precoz ante sospecha de CM, incluso en presentaciones con disautonomía, permite modular la respuesta autoinmune, acelerar la recuperación bulborrespiratoria y mejorar el éxito del destete ventilatorio. El balance riesgo-beneficio favorece su utilización temprana.

0116 NEUMONÍA GRAVE POR VIRUS VARICELA-ZÓSTER EN INMUNOCOMPETENTE: DE EXANTEMA A SÍNDROME DE DISTRÉS RESPIRATORIO AGUDO

UG VILLAVAZA(1), T MASSIH(1), E ROMERO(1), F IRADES(1), E MINOLDO(1), C GALLETTI(1)
(1) Sanatorio Allende

Introducción: La neumonía por virus varicela-zóster (VVZ) es la complicación más grave en adultos, con una incidencia del 5–10% y elevada mortalidad. Si bien predomina en inmunocomprometidos, su presentación en pacientes inmunocompetentes suele subestimarse,pudiendo evolucionar rápidamente a síndrome de distrés respiratorio agudo (SDRA), esto representa un desafío diagnóstico y terapéutico en unidad de cuidados intensivos.
Presentación del caso: Femenina de 52 años, sin antecedentes patológicos, con antecedente de contacto con varicela. Consultó por exantema polimorfo (máculas, pápulas, pústulas y costras), tos seca y disnea progresiva de 72 horas. Ingresó a UTI por insuficiencia respiratoria hipoxémica (PaFi 150), requiriendo cánula nasal de alto flujo y posterior asistencia ventilatoria mecánica con bloqueo neuromuscular por evolución a SDRA. El diagnóstico se confirmó mediante serología (IgM positiva) y PCR para VVZ en lavado broncoalveolar. La tomografía de tórax evidenció consolidaciones bibasales, múltiples nódulos alveolares con halo de vidrio esmerilado y patrón difuso en "crazy paving" (imagen A). Se inició aciclovir endovenoso (10 mg/kg) y antibióticos empíricos. Evolucionó con neumonía asociada a ventilación mecánica y bacteriemia por Staphylococcus epidermidis. Ante persistencia de infiltrados y sospecha de neumonía organizada, recibió pulsos de metilprednisolona. Presentó weaning prolongado con requerimiento de traqueostomía. Durante la evolución, desarrolló poliuria con natriuresis elevada e hiponatremia, interpretada como síndrome perdedor de sal, diferenciándose de SIADH por el contexto clínico. Se manejó con hidrocortisona y reposición hidroelectrolítica. Tras estabilización, fue derivada a sala general.
Discusión: La neumonía por VVZ en inmunocompetentes puede evolucionar a SDRA con alta morbimortalidad. El inicio de aciclovir se asocia a mejor pronóstico y menor progresión respiratoria. Ante evolución tórpida, debe considerarse neumonía organizada,

donde el uso de corticoides podría aportar beneficio. Asimismo, las alteraciones hidroelectrolíticas, como el síndrome perdedor de sal, requieren reconocimiento oportuno para un manejo adecuado y diferenciación con SIADH, dado su abordaje terapéutico distinto.
Conclusión: Este caso resalta la importancia de la sospecha precoz de VVZ en insuficiencia respiratoria aguda, incluso en pacientes sin factores de riesgo clásicos, y del abordaje integral y oportuno de sus complicaciones, lo que puede modificarla evolución clínica.

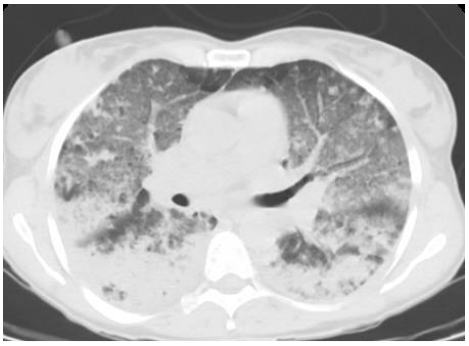


Imagen A. Neumonia intersticial con imágenes en "crazy paving" y presencia de broncograma aereo

0117 CUANDO LA ALINEACIÓN IMPORTA: DISFAGIA REVERSIBLE TRAS FUSIÓN OCCIPITOCERVICAL

NS ROMERO(1), DA VILLACRES AGUILAS(1), JC MOREIRA(1), F LAROCCA(1), GT ROLANDELL(1), S MARTINEZ(1), DE VERA(1)
(1) HNPM

Introducción: La disfagia orofaríngea post operatoria asociada a cirugía de fusión occipito-cervical (FOC), es una complicación que puede afectar entre un 3 -25 % de los pacientes que se realizan este procedimiento. Se encuentra relacionado con los ángulos que se forman entre las vértebras cervicales y cómo estos pueden alterar el espacio faríngeo y de esta forma la deglución.
Caso clínico: Paciente femenina de 61 años con antecedentes de osteoporosis, hipotiroidismo, IMC 13.5, que presentó fractura de C2 (Hangman II) por TEC secundario a caída. Requirió artrodesis cervical instrumentada occipito- C4. Evoluciona en el postoperatorio inmediato con edema glótico y supraglótico con compromiso de lengua, por intubación dificultosa requiere traqueostomía de urgencia. Resuelve edema por lo que inicia proceso de weaning, logrando desvincularse de la AVM a las 48 hs.
Se evalúa vía aérea y manejo de secreciones basales, mediante evaluación fibroendoscopia de la deglución (FEES), que evidencia estenosis orofaríngea con probable disminución del ángulo de entrada a faringe y presencia de abundantes secreciones basales (Langmore III). Se realizó tomografía que evidencia la disminución del diámetro anteroposterior del espacio faríngeo asociado a disminución del ángulo occipito-C2. Se acuerda con el servicio de traumatología realizar una corrección en el ángulo de fijación de la artrodesis. A las 48 hs, nuevo FEES evidencia un aumento del diámetro anteroposterior, e inicia rehabilitación fono deglutoria. Al día 14 se logra la decanulación, continuando con alimentación por sonda nasoenteral. Al sexto mes se retira artrodesis, logrando restitución completa de la alimentación por vía oral.
Discusión: La disfagia post FOC es una complicación multifactorial, en la que la alineación cervical cumple un rol central. La disminución del ángulo occipito–C2 puede reducir el espacio orofaríngeo y alterar la mecánica deglutoria. Destacamos la utilidad del FEES en este caso como herramienta diagnóstica y de seguimiento; así como el impacto de la corrección quirúrgica en la reversibilidad del cuadro.
Conclusión: No encontramos casos reportados en Argentina de disfagia post FOC. Esta patología requiere un alto índice de sospecha y una evaluación precoz. La optimización de la alineación cervical, particularmente del ángulo occipito–C2, junto con un abordaje multidisciplinario, resulta clave para reducir morbimortalidad y mejorar los resultados funcionales.

0118 SHOCK HEMORRÁGICO SECUNDARIO A RETIRO DE CATÉTER VENOSO CENTRAL.

JC MOREIRA(1), AB ACOSTA GUTIERREZ(2), MA BARRIENTOS(2), S MARTINEZ(2), DE VERA(2)
(1) HNMP. (2) HNPM

Introducción: La colocación de accesos venosos centrales (CVC) es un procedimiento frecuente y fundamental en la Unidad de Cuidados Intensivos y se asocia a una incidencia de complicaciones de hasta un 3%. El uso de ecografía redujo eventos adversos, sin embargo, siguen siendo clínicamente relevantes. Describimos el caso de un shock hemorrágico secundario al retiro de un CVC mal posicionado.
Caso clínico: Paciente masculino de 68 años con antecedentes de cáncer de vejiga, nefrectomía derecha por litiasis, enfermedad renal crónica sin requerimiento de diálisis y EPOC.
Cursaba internación en clínica médica por disfagia en estudio, evoluciona con shock séptico a foco respiratorio SOFA 6 puntos, por lo que se coloca CVC ecoguiado yugular derecho. Posteriormente ingresa a UTI lúcido y estable hemodinámicamente, se realiza radiografía control con evidencia de derrame pleural masivo en hemitórax derecho y CVC mal posicionado. En conjunto con servicio de Cirugía General se decide realizar toracocentesis ecoguiada con débito inicial de líquido claro, luego se procede a retiro de CVC. Inmediato al retiro del mismo evoluciona con shock y se evidencia cambio brusco de débito a hemático. Se logra control de shock hemorrágico con tratamiento médico, intubacion orotraqueal y colocación de tubo de avenamiento pleural. Se realiza Videotoracoscopia. A las 24 horas el paciente es desvinculado de AVM.
Discusión: Este caso ilustra una complicación mecánica infrecuente pero grave del manejo del CVC. Las complicaciones pleuro vasculares se reportan hasta un 0,4% según la literatura. La guía ecográfica mejora la seguridad de la punción, pero no elimina el riesgo de malposición, perforación vascular o infusión extravascular. Poner el foco al momento del retiro del catéter mal posicionado, debería de ser incluido en las guías de manejo de CVC.
Conclusión: Consideramos este caso interesante para plantear la necesidad de discutir estrategias al momento de retiro de catéteres mal posicionados. La evolución a shock hemorrágico refleja la complejidad al momento de la toma de decisiones. El trabajo interdisciplinario resultó fundamental para definir la conducta oportuna.

0119 TUBERCULOSIS MENÍNGEA EN UN PACIENTE NEOPLÁSICO, REPORTE DE UN CASO

D ARAUJO(1)
(1) Hospital Aleman

Introducción: La tuberculosis meníngea es una de las formas más graves de tuberculosis extrapulmonar, con elevada morbimortalidad y riesgo de secuelas neurológicas permanentes. Se presenta el caso de un paciente con cáncer de próstata avanzado que desarrolló meningitis tuberculosa, destacando los desafíos diagnósticos en el contexto oncológico.
Presentación del caso: Paciente masculino de 65 años, diabético tipo 2, ex tabaquista, con carcinoma de próstata estadio IV con metástasis ganglionares y óseas en tratamiento con leuprolide, abiraterona y docetaxel (último ciclo 9 días antes del ingreso). Consultó por fiebre de hasta 39 °C sin inestabilidad hemodinámica, asociada a cuadro de 3 días de cefalea, fiebre y tos tratado ambulatoriamente con amoxicilina/clavulánico, sin mejoría.
Al ingreso se encontraba hemodinámicamente estable, lúcido, sin signos meníngeos y con adecuada función respiratoria. Laboratorio: neutropenia (0,51 mil/mm), eritrosedimentación discretamente elevada, hemocultivos, film array respiratorio, sedimento urinario

y tomografía de tórax sin hallazgos agudos. Se interpretó como neutropenia febril de alto riesgo (escala MASCC).
A las 72 horas presentó deterioro neurológico con bradipsiquia y persistencia de la fiebre, requiriendo intubación orotraqueal. La punción lumbar mostró pleocitosis linfocitaria, hipoglucorraquia, hiperproteinorraquia y LDH elevada. Serologías, autoinmunidad, film array meníngeo y EEG fueron negativos. Se solicitó PCR para complejo Mycobacterium tuberculosis, que resultó detectable. Se inició esquema de 4 drogas antituberculosas (H/R/Z/E) más corticoterapia (dexametasona), con buena tolerancia. Evolucionó con miopatía del paciente crítico y destete prolongado, requiriendo traqueostomía.
Discusión: En pacientes oncológicos, los síntomas neurológicos suelen atribuirse inicialmente a progresión tumoral o compromiso metastásico, retrasando el diagnóstico de meningitis tuberculosa. La integración de la clínica con los hallazgos del LCR orientó la sospecha, siendo clave el uso de pruebas moleculares rápidas para confirmar el diagnóstico y sostener precozmente el tratamiento específico.
Conclusión: La meningitis tuberculosa en el paciente crítico oncológico exige alto índice de sospecha ante cuadros neurológicos subagudos atípicos y resalta la necesidad de iniciar tempranamente tratamiento antituberculoso y corticoterapia para mitigar su elevada morbimortalidad.

0120 CUANDO LA IMAGEN CONFIRMA LA SOSPECHA: SÍNDROME DE ENCEFALOPATIA POSTERIOR REVERSIBLE EN UTI

JC MOREIRA(1), AB ACOSTA GUTIERREZ(1), NS MARTINEZ(1), MA BARRIENTOS(1), S MARTINEZ(1), DE VERA(1)
(1) HNPM

Introducción: El síndrome de encefalopatía posterior reversible fue descrito por primera vez en 1996 por Hinchey en una serie de 15 pacientes que presentaban hallazgos imagenológicos acompañados de manifestaciones neurológicas variadas.
Es una entidad clínico-radiológica causada por disrupción de la autorregulación cerebral que ocasiona edema vasogénico, se presenta en el 98% de las pacientes con eclampsia, 1,6%-1,8% en pacientes con tratamiento quimioterápico y en un 0.4%-0.8% en pacientes con enfermedad renal crónica (ERC).
Presentación caso clínico: Se trata de una paciente femenina de 71 años con antecedentes de anemia crónica, carcinoma urotelial que realizó tratamiento quimioterapia (Cisplatino-Gemcitabina) y radioterapia 30 sesiones en 2024, portadora de sonda vesical por perforación vesical y ERC. Curso internación por infección urinaria en el servicio de Clínica Médica, previo al alta sanatorial, evoluciona con deterioro del sensorio, asociado a hemiparesia braquiocrural derecha e hipertensión arterial. Se realiza tomografía de encéfalo sin hallazgos concluyentes, se realiza resonancia magnética de encéfalo que evidencia hiperintensidad en T2 en región parietooccipital bilateral compatible con edema vasogénico, se realizó punción lumbar sin evidencia de proceso infeccioso. Inició tratamiento con vasodilatadores con buena respuesta, a las 72 horas presenta evolución favorable con restitución ad integrum. Se realiza angiotomografía de encéfalo para descartar trombosis venosa cerebral, sin particularidades, fue externada a los 5 días sin secuelas neurológicas.
Discusión: El síndrome de encefalopatía posterior reversible representa un desafío diagnóstico debido a la presentación inespecífica y falta de hallazgos en estudios iniciales.
Este caso resalta la importancia de considerar el diagnóstico en pacientes críticos con encefalopatía especialmente en presencia de hipertensión arterial y múltiples factores predisponentes (enfermedad renal crónica y tratamiento quimioterápico). Se destaca el rol de la disfunción endotelial y la falla de la autorregulación cerebral en su fisiopatología.
Conclusión: El síndrome de encefalopatía posterior reversible es una patología potencialmente reversible de presentación clínica variable y diagnóstico frecuentemente tardío. La sospecha precoz en pacientes con deterioro del sensorio e hipertensión, sin lesiones agudas en tomografía deben ser considerados candidatos a padecer esta entidad.

0121 SÍNDROME MANO-PIE-BOCA ATÍPICO SIMULANDO UNA EMERGENCIA INFECCIOSA EN UNA ADOLESCENTE INMUNOCOMPROMETIDA. CUANDO LA CLÍNICA CONFUNDE. REPORTE DE CASO

T MASSIH ALTAMIRANO(1), UG VILLAVAZA(1), MA VILLEGAS(1), E ROMERO(1), E MINOLDO(1), R ALVAREZ(1), F IRADES(1), C GALLETTI(1)
(1) Sanatorio Allende

Introducción: La enfermedad mano-pie-boca (EMPB), clásicamente pediátrica, presenta un cambio epidemiológico por la emergencia de variantes por Coxsackievirus A6. Estas formas atípicas manifiestan erupciones extensas que, en pacientes inmunocomprometidos, generan una compleja superposición clínica con infecciones potencialmente fatales como varicela o viruela símica. Su reconocimiento temprano es vital para evitar el uso innecesario de terapias de amplio espectro.
Presentación del caso: Paciente femenina de 17 años con hepatitis autoinmune (inmunosuprimida). Consulta por dolor inguinal, eritema local y fiebre. Evoluciona con pápulas, pústulas y lesiones umbilicadas de distribución generalizada (rostro, cuero cabelludo, tronco y extremidades) (Fig. 1 A y B), asociadas a edema en cuatro miembros. Ante la sospecha de patología viral severa, ingresa a terapia intensiva. Se descartaron virus herpes simple, varicela zóster, VIH, sífilis y citomegalovirus; la PCR para viruela símica fue negativa. El estudio anatomopatológico evidenció ampolla subepidérmica con necrosis epidérmica e infiltrado neutrofílico, sugestivo de Coxsackievirus (Fig. 2). La paciente evolucionó favorablemente con tratamiento de soporte, alcanzando estabilidad clínica y resolución de las lesiones (Fig 1 C y D).
Discusión: El caso subraya el desafío de las presentaciones "miméticas" de los enterovirus. En inmunocomprometidos, la extensión de las lesiones obliga a descartar patologías de alta morbimortalidad. El diagnóstico final se alcanzó mediante un proceso de exclusión exhaustivo, donde la histopatología fue fundamental como gold standard ante serologías equívocas o métodos moleculares limitados. Una vez descartadas etiologías de alta letalidad, el manejo conservador constituye la piedra angular del tratamiento, evitando terapias invasivas en cuadros autolimitados.
Conclusión: Ante lesiones cutáneas generalizadas y pústulas en pacientes críticos, el Coxsackievirus atípico debe integrarse en el diagnóstico diferencial, incluso en adultos. La biopsia cutánea es una herramienta rápida y decisiva ante la negatividad de otros estudios. Finalmente, su reconocimiento permite evitar la polifarmacia, limitando la exposición a antibióticos o antivirales innecesarios y reduciendo riesgos asociados en el paciente inmunocomprometido.

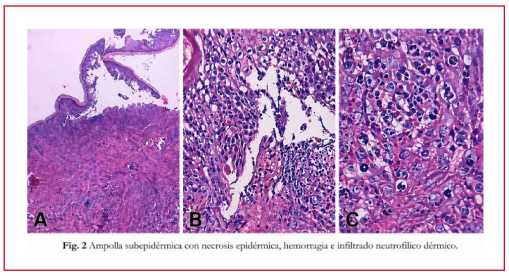


Fig. 2 Ampolla subepidérmica con necrosis epidérmica, hemorragia e infiltrado neutrofílico dérmico.

Fig. 1 Lesiones maculopapulares.

0122 SÍNDROME DE WÜNDERLICH SECUNDARIO A PIELONEFRITIS ABSCEDADA: REPORTE DE CASO EN PACIENTE CRÍTICA

T MASSIH ALTAMIRANO(1), UG VILLAVAZA(1), E ROMERO(1), I VILLARRUEL(1), P CALCAGNO(1), A SORIA(1), C GALLETTI(1)
(1) Sanatorio Allende

Introducción: La ruptura renal espontánea (Síndrome de Wunderlich) es una entidad clínica infrecuente caracterizada por la extravasación de sangre al espacio perirrenal sin un antecedente traumático. Si bien el 70% de los casos se atribuyen a neoplasias (angiomiolipoma, carcinoma de células renales) o patología vascular (poliarteritis nodosa), la etiología infecciosa representa una variante inusual y crítica que requiere un diagnóstico precoz para evitar resultados fatales.
Presentación del caso: Paciente femenina de 66 años con antecedentes de DM2 e HTA. Internada por colecistitis aguda, complicada con neumonía, bicitopenia y fracaso renal agudo. La TC reveló pielonefritis izquierda complicada con flemón perirrenal (Fig. 1). Inició tratamiento con piperacilina/tazobactam, vancomicina y amikacina, requiriendo transfusiones por anemia y trombocitopenia severa. Presentó inestabilidad hemodinámica por sucesivos impactos sépticos, requiriendo tres episodios de intubación orotraqueal y traqueostomía. Se realizó drenaje percutáneo con aislamiento de Escherichia coli BLEE. Ante la falta de respuesta al manejo mínimamente invasivo, se procedió a nefrectomía radical; la anatomía patológica informó pielonefritis aguda y crónica con abscedación y fibrosis cortical. Cursó el postoperatorio con empiema pleural y colección abdominal por Stenotrophomonas maltophilia (Fig. 2), además de bacteriemias por S. haemolyticus OXA-R y Acinetobacter baumannii. Evolucionó favorablemente con soporte multimodal, logrando estabilidad y traslado para rehabilitación.
Discusión: En esta paciente con comorbilidades, la pielonefritis evolucionó a flemón perirrenal y ruptura espontánea, evento infrecuente asociado a necrosis cortical por sepsis, con una incidencia reportada inferior al 1% en infecciones renales graves. La TC constituye el gold standart para el diagnóstico precoz y la guía del manejo. La persistencia del foco infeccioso pese al drenaje percutáneo determinó la necesidad de nefrectomía radical como medida definitiva de salvataje. La literatura respalda esta intervención en focos intratables para interrumpir la cascada de disfunción multiorgánica, con una supervivencia reportada cercana al 70% en series pequeñas frente a una mortalidad superior al 50% sin control de la fuente.
Conclusión: La ruptura renal espontánea infecciosa exige un diagnóstico imagenológico oportuno y un control de foco agresivo. En sepsis polimicrobiana y refractaria, la nefrectomía radical temprana ante el fracaso del manejo conservador optimiza la supervivencia en cuidados críticos, incluso en pacientes de alto riesgo con múltiples comorbilidades.

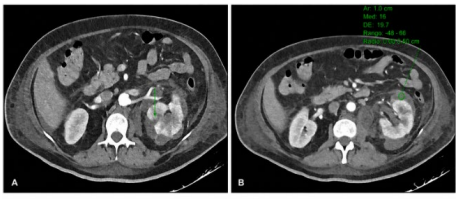


Figura 1. Tomografía de ingreso. A (flecha) laceración renal. B Líquido perirrenal (probablemente hemático).

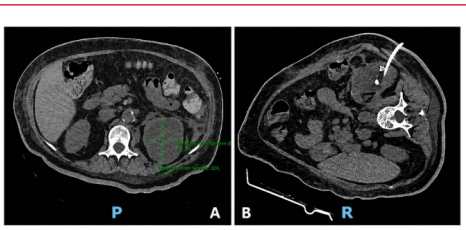


Figura 2. Tomografía control. A Colección fosa renal izquierda (luego de nefrectomía radical). B Colocación drenaje percutaneo

0123 ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL DE APARICIÓN ATÍPICA: REPORTE DE CASO

M BERGATI RUSSELL(1), R ZALAZAR(1), G PALACIO(1), T RENAULT(1), N SOLANO(1), J BENITEZ(1), MP ARIAS LOPEZ(1)
(1) HNRG

Introducción: La enfermedad inflamatoria intestinal (EII) de aparición en primera infancia, representa un desafío diagnóstico, sobre todo cuando el cuadro inicial no se presenta como diarrea crónica o falla de medro, sino como una emergencia crítica. Presentamos el caso de una paciente cuyo debut requirió el ingreso a unidad de cuidados intensivos (UCI) por hemorragia digestiva y shock hipovolémico.
Caso clínico: Niña de 3 años, previamente sana, con antecedente reciente de viaje. Debuta con disentería, anemia, hipoalbuminemia, deterioro nutricional y shock hipovolémico. Durante la internación presentó melenas abundantes y débito sanguinolento por sonda nasogástrica, requiriendo expansión con cristaloides, transfusión de glóbulos rojos e ingreso a UCI. Se realizó videoendoscopia digestiva alta de urgencia, que mostró estenosis esofágica y mucosa friable; estudios posteriores evidenciaron úlceras extensas a lo largo del tracto gastrointestinal, (esófago a recto). Requirió 15 días de monitoreo hemodinámico y de medio interno estricto, asistencia respiratoria mecánica 24hs, nutrición parenteral y manejo multidisciplinario. Los estudios diagnósticos se muestran en Tabla 1. Posteriormente presenta, durante videocolonoscopia diagnóstica perforación intestinal, requiriendo colostomía de urgencia y reingreso en UCI. El resultado anatomopatológico confirmó EII, con hallazgos compatibles en recto y colon, actividad leve colónica y foco de displasia de bajo grado.(Figura 1). Inicia tratamiento con metilprednisolona endovenosa, con buena evolución clínica (suspensión de nutrición parenteral y estabilización de pérdidas por ostomía).
Discusión: La EII en la primera infancia puede debutar como una emergencia crítica y requerir cuidados intensivos antes de la confirmación diagnóstica. En niños pequeños con inflamación digestiva extensa, sangrado significativo y evolución tórpida, debe mantenerse dentro de los diagnósticos diferenciales, aun cuando el inicio sugiere una causa infecciosa.
Conclusión: La EII puede debutar en la niñez con formas clínicas graves, alejadas de la presentación crónica clásica. Este caso muestra que, en niños pequeños, puede manifestarse con hemorragia digestiva severa, deterioro nutricional rápido y shock hipovolémico, requiriendo cuidados intensivos antes de arribar al diagnóstico.

recto

asa aferente colon

asa aferente colon

Figura 1.Colonoscopia

Tabla 1.Estudios complementarios

INFECTOLOGICO	**Cultivos:** Coprovirologico: Norovirus 1+/coprocultivo: disbacteriosis ASNF: Influenza A HMCx2: NAF Coprocultivo: NAF Toxina para c. difficile: negativa coproparasitológico; blastocystis spp Bx inmunohistoquímica PCR CMV (-) EBV (-) ASNF: ERV+ Cultivo de punta de catéter: negativo a la fecha HMCx2: negativo a la fecha FA MF (-) HMCX2 (-/Micrococcus luteus) Biopsia micobacterias: negativo **Virológico:** HIV por elisa no reactivo **02/03:** PCR CMV (+) 321 copias log 2.5 y EBV neg **09/03:** PCR CMV :3150 (log 3.5) **11/03:** IgM (-) e IgG CMV (+) Serologías virales: Anti core HBV negativo, anti Hep C negativo, Herpes 1 y 2 IgG Positivo,IgM 1 y 2 : Negativo.
REUMATOLÓGICO	FAN/ANA (-), ENA (-), Acs anti mitocondrial (-), Acs anti músculo liso (-), Acs anti célula parietal gastrina (-), Acs anti LKM (-), CH50, ASCA(POSITIVO), IgE 12 (normal). DHR (normal) Dímero D 2.05 Ferritina 675 Perfil tiroideo (t4, t4L normal t3 baja) Celiaquía (IgA 55 ATG pend).
BIOPSIA	HALLAZGOS COMPATIBLES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL CON ACTIVIDAD LEVE. DISPLASIA DE BAJO GRADO FOCAL.

0124 PRIMER DONACIÓN PEDIÁTRICA EN ASISTOLIA CONTROLADA EN ARGENTINA

C OREGIONI(1), MF ÁLVAREZ(1), M GUERESCHI(1), A MUHLBERGER(1), L CASTILLO(1), F ONTIVERO(1), JC POMIRO(1), J BARTOLI(1)
(1) Clinica Universitaria Reina Fabiola

Introducción: La donación en asistolia es la extracción de órganos luego del fallecimiento certificado por cese irreversible de la función circulatoria. Se categoriza en 4 tipos (Maastricht - París 2015), realizándose en nuestro país principalmente tipo III- Retirada de medidas de soporte vital. En 2024, el 28% de los 46.286 donantes fallecidos a nivel mundial fueron en asistolia. En Argentina representa sólo el 4%. La Ley 27.447 y Resolución INCUCAI 327/2023 regulan esta práctica en nuestro país.
Presentación de caso: Varón de 17 años con Síndrome de Alexander y Neumonías a repetición y dependencia de ARM domiciliaria. Ingresa por insuficiencia ventilatoria secundaria a broncoespasmo severo. Presenta mala evolución clínica, múltiples intentos de despertar fallidos y enfermedad neurodegenerativa progresiva e irreversible. Se incorpora a Cuidados Paliativos Integrales hasta que se acuerda con la familia la adecuación de esfuerzos terapéuticos. Se obtiene consentimiento de la familia para donación en asistolia. En quirófano se retira el soporte vital; constatada la asistolia y transcurridos 5 minutos se certifica el fallecimiento, realizándose laparotomía con canulación aórtica (técnica súper-rápida) y ablación de ambos riñones.
Discusión: El caso siguió el protocolo INCUCAI para donación en asistolia controlada mediante técnica súper-rápida. Esta técnica es operador-dependiente y requiere curva de aprendizaje considerable, condicionando tiempos de isquemia caliente funcional y limitando la viabilidad de órganos sensibles a la isquemia; en nuestro caso solo los riñones reunieron criterios de viabilidad. La perfusión regional normotérmica (PRN) mediante ECMO, reduce la injuria por isquemia-reperfusión y aumenta el número y calidad de órganos obtenidos por donante; pero no está disponible en nuestro centro.
Conclusión: Primera donación en asistolia controlada pediátrica registrada en Argentina, realizada en nuestra institución con coordinación del ECODAIC siguiendo el protocolo nacional. Ésta presentación busca impulsar la capacitación de equipos de terapia intensiva para expandir esta práctica a más centros del país cuya lista de espera alcanza la acuciante cifra de 7.344 personas esperando un órgano para trasplante.

0125 COMA DE CAUSA FRECUENTE EN LA UNIDAD DE CUIDADOS CRÍTICOS INTENSIVOS

JC ACOSTA(1), DA VILLACRES AGUILAR(1), JL ARIAS AYUBB(1), GT ROLANDELLI(1), S MARTINEZ(1), DE VERA(1)
(1) HNPM

Introducción: El estado de Coma debe considerarse como un síntoma que puede acompañar muchas situaciones clínicas, por lo que siempre representa un desafío diagnóstico. En ausencia de respuesta al tratamiento convencional del estado de coma, estos pacientes requieren ingreso a la unidad de cuidados intensivos para profundizar la evaluación de etiologías menos frecuentes. El mieloma múltiple es una neoplasia hematológica con manifestaciones a nivel ósea, renal y de médula ósea, siendo la afección del sistema nervioso central excepcional.
Caso clínico: Paciente masculino de 74 años con antecedentes de cáncer de próstata, reemplazo total de cadera reciente y anemia ferropénica. Ingresa por presentar cuadro de deterioro del sensorio, injuria renal aguda asociada a hipercalcemia severa. Inicia tratamiento médico dirigido, ante la progresión del compromiso neurológico ingresa a Terapia Intensiva. Requiere intubación orotraqueal para protección de vía área, se realiza Tomografía de encéfalo que evidencia lesiones líticas en bóveda craneal compatibles con mieloma múltiple, el Líquido cefalorraquídeo sin hallazgos de relevancia, electroencefalograma sin actividad epileptiforme y amonemia elevada. Se inicia terapia de reemplazo renal, se realiza carga de tiamina, sin respuesta favorable, persistiendo en estado de coma. Presenta proteinuria de Bence Jones, y punción aspiración médula ósea con biopsia que confirma Mieloma Múltiple. Se inicia tratamiento con Ciclofosfamida y Bortezomib. Evoluciona con franca mejoría de cuadro neurológico, continuando cuidados en Clínica Médica.
Discusión: El estado de coma representa un desafío diagnóstico, dado su carácter multifactorial. En este caso la presencia de hipercalcemia severa, insuficiencia renal, anemia, lesiones líticas y elevación de amonio nos hicieron pensar en Mieloma Múltiple. La corrección de alteraciones metabólicas sin mejoría clínica significativa obliga a reconsiderar el diagnóstico y el enfoque terapéutico ampliando la búsqueda etiológica. Este caso resalta que en pacientes con estado de coma persistente y la corrección de trastornos metabólicos sin respuesta, no debe cerrar prematuramente el diagnóstico.
Conclusión: El compromiso neurológico asociado a mieloma múltiple es muy poco frecuente. El reconocimiento temprano del compromiso del sistema nervioso central es clave para evitar secuelas permanentes, por lo que constituye una urgencia neurológica.

0126 EL TRIÁNGULO DE LAS BERMUDAS EN UTI: STILL, SAM Y FARMACODERMIA.

NR PUNZINO(1), I SCHALLER(1), P GARRO(1), I DEL CASTILLO(1), MR SALATINO(1), G LOPEZ(1), LE ZELADA(1), M VERA(1), JL SILVESTRE(1)
(1) Central De Mendoza

La enfermedad de Still del adulto (ESA) es una patología inflamatoria sistémica caracterizada por fiebre, artralgias y exantema. El Síndrome de Activación Macrofágica (SAM) como complicación es letal. Tratamiento con terapias biológicas, pueden presentarse asociado a farmacodermias complejas.
Paciente de 22 años con diagnóstico de ESA, tratada con corticoides y tocilizumab. Ingresó por dolor abdominal, fiebre y una farmacodermia compleja. Evolucionó rápidamente a shock distributivo con fallo multiorgánico. Durante su internación, se realizó punción aspiración de médula ósea (PAMO) que no evidenció hemofagocitos. Fue tratada con metilprednisolona, gammaglobulina e inicio de ciclosporina, logrando la estabilización y el alta tras 11 días en UTI. Se interpretó como una complicación grave de la enfermedad de Still del adulto, donde el SAM coexistió o fue desencadenado por una farmacodermia compleja. El diagnóstico de SAM se mantuvo por criterios clínicos y bioquímicos, a pesar de la PAMO negativa. La distinción entre sepsis, una reagudización de la ESA y una reacción medicamentosa tipo DRESS fue el eje de la discusión, confirmándose la etiología inmunoinflamatoria por la excelente respuesta al tratamiento con inmunoglobulinas y el ajuste del esquema inmunosupresor.
Este caso demuestra que el éxito clínico trasciende el diagnóstico inicial, subrayando la importancia de una vigilancia proactiva y personalizada. La evolución favorable del paciente confirma que la correlación fisiopatológica precisa es clave para prevenir complicaciones futuras. Finalmente, se resalta que la atención interdisciplinaria es el pilar fundamental para transformar un cuadro complejo en un resultado terapéutico óptimo y funcional.

0127 CUANDO EL ELECTROCARDIOGRAMA HABLA POR EL PACIENTE

JL ARIAS AYUBB(1), DA VILLACRES AGUILAR(1), JC MOREIRA(1), MA BARRIENTOS(1), S MARTTINEZ(1), DE VERA(1)
(1) HNPM

Introducción: El síndrome de Wellens describe un patrón electrocardiográfico caracterizado por presentar ondas T invertidas o bifásicas en v2-v3, la cual es altamente específica para estenosis proximal de la arteria descendente anterior. Típicamente se presenta en pacientes asintomáticos con curva de troponinas negativa o ligeramente elevadas.
Caso clínico: Paciente femenina de 60 años de edad con antecedentes de hipotiroidismo, hipertensión arterial, bajo peso y síncopes a repetición. Se realiza artrodesis cervical posterior, que evoluciona con hipoxemia severa secundaria a edema de glotis postextubación, requiere traqueostomía de urgencia, ingresando a UTI en pop inmediato, encontrándose paciente con sedoanalgesia, se realiza electrocardiograma con evidencia de patrón de Wellens, ecografía bedside que evidencia hipoquinesia apical y de pared anterior y curva de troponinas positiva. CCG evidencia lesión severa en tercio medio de arteria descendente anterior (colocación DES) y en origen de 1ra diagonal (angioplastia con balón). Ecocardiograma control que muestra recuperación de la función sistólica y normalización de la motilidad, con buena evolución clínica.
Discusión: En argentina la mortalidad por infarto agudo de miocardio es del 8.5%, el Síndrome de Wellens es un patrón electrocardiográfico de difícil interpretación y de baja frecuencia, por lo que la detección precoz y el rápido tratamiento mejora la sobrevida al evitar infartos extensos.
Conclusión: Presentamos este caso con el objetivo de resaltar la importancia de la sospecha del síndrome de Wellens, dado la gravedad de su evolución sin tratamiento adecuado, siendo fundamental el entrenamiento del intensivista en la interpretación de estos patrones electrocardiográficos poco frecuentes.

0129 LESIÓN RENAL AGUDA CON REQUERIMIENTO DIALÍTICO SECUNDARIA A OFIDISMO POR EL GÉNERO BOTHROPS: A PROPÓSITO DE UN CASO.

HA ARMANDOLA(1), MB BARISONE(1)
(1) Dr. Jose Maria Cullen

Introducción: Los envenenamientos por mordeduras de serpientes son eventos potencialmente graves y fatales, pero prevenibles y tratables. El envenenamiento botrópico es potencialmente grave y letal, se produce por la inoculación del veneno de distintas especies del género "yarará" que afecta a distintos sistemas y tejidos, responsables de las manifestaciones clínicas.
El objetivo de esta presentación de caso es reportar un caso a nivel nacional sobre una de las complicaciones más graves del ofidismo, como puede ser l a lesión renal aguda con requerimiento de reemplazo renal. De esta manera, se resalta la importancia del diagnóstico temprano y de la rápida administración del tratamiento antiofídico a fin de revertir estas consecuencias potencialmente mortales.
Presentación del caso: Paciente masculino de 51 años, ingresa a Servicio de Terapia Intensiva por presentar cuadro de 48 hs de evolución náuseas, mialgias, dolor abdominal, gingivorragia y edema con dolor en pie izquierdo (sitio de mordedura, Imagen 1). Se administran 8 ampollas de suero antiofídico, expansión con fluidos y medidas iniciales para tratamiento de hiperkalemia. Debido a progresar con hiperkalemia (6.4 mEq/L), se decide colocación de catéter para hemodiálisis femoral derecho e iniciar terapia de reemplazo renal, con buena tolerancia.
Discusión: La falla renal es una complicación frecuente del ofidismo, además de ser una de las principales causas de muerte. La fisiopatología para la lesión renal parece ser multifactorial e imprecisa, si bien se considera la isquemia y necrosis renal el desenlace final pasando por varias rutas que generan cambios hemodinámicos, hemorrágicos y coagulopatía.
Conclusión: El tratamiento del ofidismo bothrópico va enfocado en la administración temprana del suero antiofídico, considerado por algunos autores como un factor pronóstico para evitar disfunción renal y coagulopatía. Así mismo, el manejo debe ir encaminado a la corrección de la hidratación del paciente y el control de las cifras tensionales para evitar o mitigar el riesgo renal.

Tabla 1. Evolución de parámetros bioquímicos.

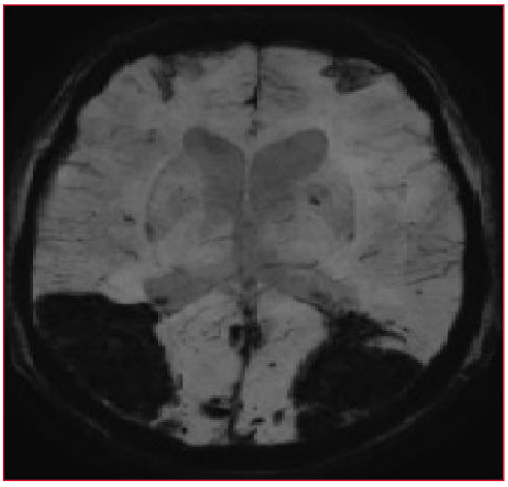
	Día 1		Día 2	Día 3	Día 6	Día 8
Gasto urinario diario (ml/h)	91		87	125	333	sin dato
Urea (g/L)	2.25	2.30	1.32	1.59	1.68	1.25
Creatinina (mg/dL)	10.3	11.1	6.58	8.33	8	5.08
Potasio (mEq/L)	5.4	6.4	4.6	4.8	5.2	5
pH	7.32	7.23	7.34	7.37	7.37	7.36
HCO_3 (mEq/L)	15	16	20.8	20	18	24
Plaquetas (u/L)	59.000	78.000	87.000	99.000	218.000	346.000
KPTT (seg)	32	sin dato	>120	36	sin dato	33
RIN	1.11	sin dato	2	1.05	sin dato	0.98

Imagen 1. Edema en pie izquierdo

0132 REPORTE DE CASO: PRES CON TRANSFORMACIÓN HEMORRÁGICA

JC POMIRO(1), M GUERESCHI(1), F CHIALVETTO(1), FG ONTIVERO(1), CA DEAMBROSSIO(1), JR BARTOLI(1)
(1) Clinica Universitaria Reina Fabiola

Introducción: El síndrome de encefalopatía posterior reversible (PRES) es una entidad clínico-tomográfica caracterizada por edema vasogénico, generalmente asociado a hipertensión arterial (HTA) severa. En casos atípicos puede complicarse con hemorragia intracerebral, lo que agrava el pronóstico y dificulta el diagnóstico diferencial.
Presentación del caso: Paciente masculino de 67 años con antecedente de HTA mal controlada y episodios sincopales no filiados, que inicia con cefalea intensa, vómitos, desorientación y excitación psicomotriz. Ingresa hipertenso (180/90 mmHg) y con deterioro del nivel de conciencia. La tomografía cerebral evidencia hemorragias intraparenquimatosas bilaterales parieto-temporo-occipitales con edema vasogénico.
Se inicia manejo en terapia intensiva con ventilación mecánica, neuromonitoreo multimodal, control estricto de la tensión arterial, medidas antiedema y anticonvulsivantes. Estudios complementarios (IRM) confirman compromiso bilateral simétrico y descartan trombosis venosa, orientando a PRES con transformación hemorrágica. Durante la internación se constata fibrilación auricular y bloqueo auriculoventricular completo por lo que requiere colocación de marcapasos.
Evoluciona favorablemente tras tratamiento integral, neurorehabilitación, con recuperación del nivel de conciencia, sin déficit neurológico focal.
Discusión: El PRES suele asociarse a disfunción endotelial y falla en la autorregulación cerebral secundaria a HTA severa. La localización posterior y la simetría tomográfica son características típicas.
La transformación hemorrágica, es infrecuente, retrasa el diagnóstico y aumenta la morbimortalidad. En este caso, la clínica inicial fue inespecífica, retrasando el diagnóstico.
El manejo se basa en control estricto de la presión arterial, tratamiento del edema cerebral y soporte intensivo. La evolución favorable depende del reconocimiento precoz y del manejo de complicaciones sistémicas.
Conclusión: El PRES con transformación hemorrágica es una presentación poco frecuente pero grave. Su sospecha temprana en pacientes con HTA y compromiso neurológico permite instaurar tratamiento oportuno y mejorar el pronóstico, incluso en contextos de alta complejidad clínica.



0133 MONITOREO MULTIMODAL MEDIANTE POCUS REALIZADO POR INTENSIVISTAS EN IAMCEST POST RE PERFUSIÓN CON ESTREPTOQUINASA

MZ SVENSON(1), JA DOGLIA(1), SH GRANGEAT(1), R RAMON MORALES(1)
(1) Carlos Macías Mar De Ajó

Introducción: La evaluación hemodinámica en el IAMCEST post-reperfusión requiere herramientas que permitan detectar precozmente la disfunción ventricular y las complicaciones mecánicas. El Point-of-Care Ultrasound (POCUS) realizado por intensivistas permite una valoración dinámica a pie de cama, fundamental para la optimización terapéutica.
Objetivos: Evaluar la capacidad diagnóstica del POCUS para la detección de compromiso ventricular derecho e izquierdo, identificar discrepancias técnicas en la estimación de la FEVI y realizar el screening de complicaciones estructurales en pacientes con IAMCEST post-fibrinólisis.
Materiales y métodos: Estudio prospectivo y observacional en pacientes con IAMCEST tratados con estreptoquinasa (n=23) durante 6 meses. La evaluación ecocardiográfica fue realizada íntegramente por médicos intensivistas utilizando equipo Mindray M6. Se analizaron sistemáticamente: FSVI (comparativa Simpson vs. Teichholz), FSVD (TAPSE), hemodinamia anterógrada (VTI aórtico), parámetros de congestión (VCI) y screening estructural valvular.
RESULTADOS: Se alcanzó una factibilidad operativa del 91.3% dentro de las primeras 6 horas del ingreso. La localización inferior fue la más frecuente (47.8%). El 27% de los IAM de cara inferior presentaron un TAPSE < 17 mm, evidenciándose una asociación estadísticamente significativa entre la topografía inferior y la disfunción sistólica del VD (p=0.032). La FEVI promedio fue de 48.2 ± 11.5%, documentándose una sobreestimación sistemática mediante el método de Teichholz en comparación con Simpson biplanar, especialmente en IAM de cara anterior. Se detectaron complicaciones valvulares agudas en el 21.7% de los pacientes. La mortalidad intrahospitalaria fue del 4.3%.
CONCLUSIONES: El POCUS realizado por intensivistas es una herramienta factible que permite detectar con precisión la disfunción ventricular derecha, identificar discrepancias críticas en la función sistólica y diagnosticar complicaciones estructurales silentes. Su implementación optimiza la "hoja de ruta" hemodinámica precoz, permitiendo una terapéutica de precisión en el paciente crítico post-IAM.

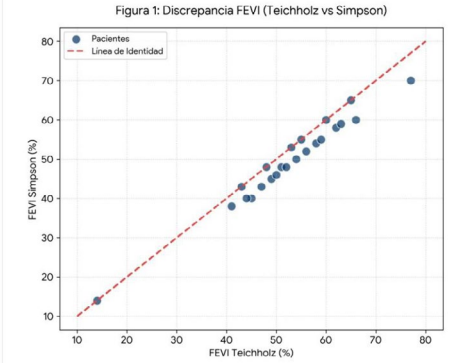
Anexos: Trabajo SATI San Juan 2026

Autor: Dr. Juan Antonio Doglia | Hospital Municipal de Mar de Ajó

Tabla 1: Perfil Clínico y Hallazgos Ecocardiográficos (n=23)

Variable	Resultado (n=23)
Edad (media ± DE)	52.8 ± 6.4
Sexo masculino, n (%)	20 (87%)
Factibilidad POCUS < 6 hs, n (%)	21 (91.3%)
Localización del IAM, n (%)	
- Cara Inferior (+ post/lat)	11 (47.8%)
- Cara Anterior (+ ant-sep)	10 (43.5%)
Hallazgos Hemodinámicos	
- FEVI promedio (%)	48.2 ± 11.5
- VTI Aórtico (cm)	17.2 ± 3.1
Compromiso de Ventrículo Derecho	
- TAPSE promedio (mm)	19.4 ± 3.8
- Disfunción VD (TAPSE < 17) en IAM Inf	27% (p = 0.032)
Complicaciones / Evolución	
- Valvulopatía aguda silente (IM/IT)	5 (21.7%)
- Mortalidad al egreso	1 (4.3%)

Figura 1: Análisis de Discrepancia en la Estimación de FEVI



Descripción: Gráfico de dispersión comparativo entre los métodos de Teichholz (eje X) y Simpson biplanar (eje Y). Se observa una tendencia marcada a la sobreestimación de la función sistólica mediante el método lineal (Teichholz), especialmente en pacientes con asinergia parietal apical secundaria a IAM de cara anterior. La línea roja representa la identidad (concordancia perfecta); los puntos por debajo de la misma evidencian la corrección diagnóstica realizada mediante el método de Simpson biplanar.

0134 CARACTERIZACIÓN DE LAS TELECONSULTAS POST-UTI Y SATISFACCIÓN DE LOS PACIENTES

D DEZURKO(1), FB VAZQUEZ BRIGNOLE(2), ST LACO(2), FG VEGAS(3), JR GIAMPIERI(3), RA HEGEL(3), NA GRASSI(2), FE ESPINOZA(2), M OTAMENDI(2), M CARRIZO MARINO(2), LG DURAN(2)
(1) Hospital Municipal De Agudos Leonidas Lucero. (2) Hospital Municipal De Agudos Dr. Leónidas Lucero De Bahía Blanca. (3) Universidad Nacional Del Sur

Introducción: El síndrome post-cuidados intensivos (PICS) afecta a un número creciente de pacientes que sobreviven a internaciones en unidades de terapia intensiva (UTI), con secuelas físicas, cognitivas y psicológicas de alto impacto. La continuidad del seguimiento clínico post-UTI se considera una estrategia clave, especialmente en contextos de alta complejidad. En el Hospital Municipal de Agu-

dos de Bahía Blanca se implementó recientemente un consultorio "post-UTI" en modalidad de teleconsulta.
Objetivo: Analizar las características de las teleconsultas realizadas en el consultorio "post-UTI" durante un año y evaluar la satisfacción de los pacientes que accedieron al servicio.
Métodos: Estudio observacional, descriptivo y de corte transversal con enfoque cuantitativo. Se incluyeron pacientes adultos (≥18 años) externados de UTI que realizaron al menos una teleconsulta entre enero y diciembre de 2024. Se utilizaron registros institucionales (variables clínicas, organizativas y sociodemográficas) y se aplicó el cuestionario Telehealth Usability Questionnaire (TUQ), compuesto por 12 ítems en escala Likert (1–7). Se efectuó análisis descriptivo y se exploraron asociaciones mediante chi-cuadrado y Kruskal Wallis con IBM SPSS 23. Se obtuvo aprobación del Comité de Ética del HMALL.
Resultados: Se incluyeron 126 pacientes, con predominio masculino (65,1%) y edad media de 47,5 años. El diagnóstico más frecuente de ingreso a UTI fue cardiovascular (34,9%). El 35,7% requirió AVM, y de estos, el 22,2% recibió traqueostomía. La mediana de estancia en UTI fue de 3 días (RI 4) y la mediana de duración de AVM de 6 días (RI 11). El 96,8% de las consultas se realizaron por vía telefónica y el 3,2% por videollamada. Solo el 1,6% requirió evaluación presencial. El tiempo medio hasta la primera teleconsulta fue de 145 días, con una mediana de duración de 611 segundos. La satisfacción global alcanzó el 96,43% del puntaje TUQ. Al comparar los porcentajes de satisfacción respecto de la presencia de AVM se obtuvo un valor p=0.405.
Conclusión: El seguimiento post-UTI mediante teleconsulta en un hospital público de alta complejidad resultó una estrategia factible, con alta cobertura y excelente valoración por los usuarios, en una población con características clínicas heterogéneas.

0136 REPORTE DE CASO: ACV ISQUÉMICO EXTENSO DE TERRITORIO CAROTÍDEO IZQUIERDO DE ORIGEN ATÍPICO

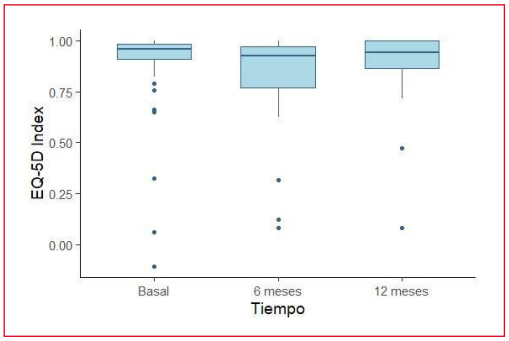
F ONTIVERO(1), JC POMIRO(1), C OREGIONI(1), C DEAMBROSSIO(1), F CHIALVETTO(1), L CASTILLO(1), M GUERESCHI(1), JR BARTOLI(1)
(1) Clinica Universitaria Reina Fabiola

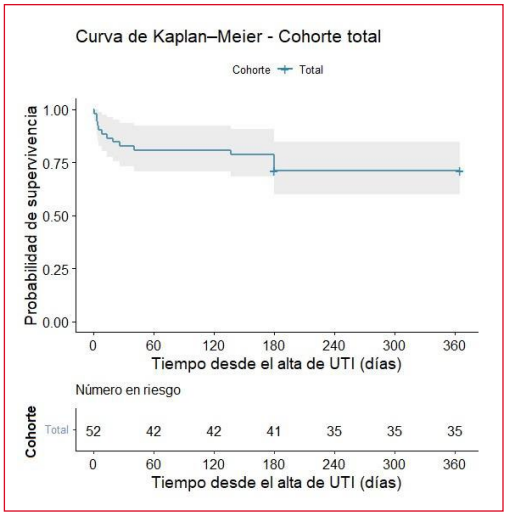
Introducción: El enfoque actual del accidente cerebrovascular isquémico se centra en la etiología tromboembolica. Este paradigma deja fuera un conjunto de causas atípicas como la trombosis mural carotídea, la disección aórtica o la púrpura trombótica trombocitopénica. El propósito de la presentación es mostrar una causa infrecuente de stroke.
Presentación del caso: Varón de 47 años, antecedentes de tabaquismo y consumo de cocaína, ingresa derivado con diagnóstico de ACV isquémico izquierdo extenso de 48 hs de evolución (NIHSS 20 - GCS 12) y convulsiones. Durante la evaluación inicial, ecografía POCUS encuentra aquinesia anteroapical con importante trombo mural, FEVI 40 %. Un doppler de vasos del cuello muestra trombosis carotídea izquierda. Evoluciona con hipertensión endocraneana grave requiriendo craniectomía descompresiva. Se inicia antiagregación + anticoagulación estándar con heparina sódica. Una tomografía cerebral de control al octavo día muestra una hemorragia intraparenquimatosa pequeña. Continúa con anticoagulación con heparina no fraccionada hasta el día 14, en que se rota a enoxaparina. Fue dado de alta con aspirina y anticoagulado con rivaroxaban, MRC 0, Glasgow outcome scale 3.
Discusión: Iniciar anticoagulación en un paciente neurocrítico es siempre un desafío. Existen recomendaciones, ACV isquémico severo con hipertensión endocraneal, se sugiere iniciar anticoagulación el día 14 post craniectomía descompresiva, sin embargo, en nuestro caso la craniectomía descompresiva debió realizarse dentro de las primeras 24 hs y la trombosis intraventricular izquierda y grandes vasos fue hallada a la mañana siguiente. Debido al alto riesgo hemorrágico, se decidió diferir la anticoagulación hasta las 72hs, con heparina no fraccionada para permitir una reversión rápida en caso de sangrado.
Conclusión: La anticoagulación en pacientes con trombo mural en contexto de isquemia cerebral con hipertensión endocraneana y craniectomía descompresiva debe iniciarse con precaución, individualizando el alto riesgo embólico contra el riesgo de transformación hemorrágica, generalmente retrasando 14 días o más en infartos extensos. aunque el inicio más temprano puede justificarse en casos seleccionados. El balance riesgo beneficio de estas decisiones es difícil y debe individualizarse.

0138 CAMBIOS EN LA CALIDAD DE VIDA Y ESTATUS FUNCIONAL EN PACIENTES QUE REQUIRIERON VENTILACIÓN MECÁNICA INVASIVA. SEGUIMIENTO AL AÑO DE TERAPIA INTENSIVA

E SANTILLI(1), M BONINI(1), I DEVEIKIS(1), Y LOPEZ(1), S SCHUSTEREDER(1)
(1) HIGA Pedro Fiorito

Introducción: Los avances en medicina crítica han permitido reducir la mortalidad en pacientes que requieren ventilación mecánica invasiva (VMI) pero han puesto en evidencia la persistencia de secuelas físicas, funcionales y psicoemocionales que impactan en la calidad de vida tras el alta. A pesar de su relevancia, la evidencia sobre la evolución de la calidad de vida y el estatus funcional a largo plazo, especialmente en poblaciones latinoamericanas, sigue siendo limitada.
Objetivo: Evaluar los cambios en la calidad de vida (CV) y el estatus funcional (EF) al año del alta de la unidad de terapia intensiva en pacientes que requirieron VMI
Metodología: Estudio de cohorte prospectivo observacional, en un hospital de agudos de la provincia de Buenos Aires, sujetos mayores de 18 años ingresados a la unidad de terapia intensiva (UTI) entre mayo y noviembre de 2024 con más de 24 hs de ventilación mecánica. Se evaluó CV y EF con las escalas EQ-5D, EQ-VAS e índice de Barthel. Se tomaron previo a la internación, a los 6 meses del alta y al año.
Resultados: Se incluyeron 52 sujetos. La media de edad fue de 53 años (DE 19.2) y el 57.7% fueron de sexo masculino. El motivo de ingreso a UTI fue principalmente por coma e insuficiencia respiratoria aguda ambas con 46,2%.
Si bien el índice EQ-5D y el EQ-VAS disminuyeron a los 6 meses, no se observaron cambios significativos en el tiempo. El Barthel basal se asoció de manera independiente con el índice EQ-5D, pero no con el EQ-VAS. En el modelo de regresión logística, ni el índice de comorbilidad de Charlson (OR 1.16; IC95% 0.85–1.67; p=0.37) ni el índice de Barthel previo (OR 1.10; IC95% 1.01–1.34; p=0.23) se asociaron significativamente con un deterioro clínicamente significativo de la CV a los 6 meses.
Conclusión: La CV no mostró cambios significativos al año del alta, mientras que el EF se vio significativamente afectado, especialmente en los primeros 6 meses. El EF basal se asoció de manera independiente con la evolución de la CV.





0140 ENCEFALITIS AUTOINMUNE ANTI-NMDA

JB CAMPOSTRINI(1), G MALDONADO(1), M MORELLI(1), R ROSA(1), AI SOSA RODRÍGUEZ(1), S LANCHAS(1), D CONTRERAS(1), M NUCCIARONE(1)
(1) HIGA San Martin de La Plata

Introducción: La encefalitis por anticuerpos contra el receptor NMDA es una entidad inflamatoria autoinmune del sistema nervioso central, mediada por anticuerpos dirigidos contra la subunidad GluN1, descrita en 2007. Predomina en mujeres jóvenes, aunque puede presentarse a cualquier edad y en ambos sexos. Se asocia frecuentemente a tumores, especialmente teratomas ováricos, y su reconocimiento temprano es clave por su potencial reversibilidad con tratamiento oportuno.
Presentación del caso clínico: Paciente femenina de 24 años, con antecedente de depresión e hipotiroidismo, que inicia cuadro subagudo con cefalea persistente y crisis convulsivas, asociado a síndrome confusional, disartria y parestesias en miembros superiores, sin antecedentes infecciosos recientes ni exposición a tóxicos.
Se interpreta inicialmente como síndrome encefalítico agudo/subagudo de probable etiología infecciosa. La tomografía computada y la resonancia magnética cerebral no evidencian lesiones estructurales agudas ni hallazgos concluyentes. La punción lumbar muestra líquido cefalorraquídeo inflamatorio, con pleocitosis leve y sin criterios de infección bacteriana.
Ante LCR inflamatorio, estudios metabólicos e infecciosos negativos y persistencia de la clínica neurológica, se plantea encefalitis autoinmune. Se detectan anticuerpos anti-receptor NMDA en LCR, confirmando el diagnóstico.
Se inicia tratamiento inmunomodulador con pulsos de metilprednisolona y plasmaféresis como primera línea. Dada la edad y el perfil clínico, se realiza búsqueda de etiología paraneoplásica, identificándose masa anexial derecha compatible con teratoma.
Ante respuesta parcial, se escala a rituximab como segunda línea terapéutica, asociado a tratamiento antiepiléptico. Se realiza anexectomía laparoscópica, confirmándose teratoma quístico maduro. Evoluciona con mejoría neurológica progresiva, con recuperación del nivel de conciencia y adecuado control de crisis convulsivas. Al alta se encuentra lúcida, sin déficit focal, con alteraciones cognitivas leves, predominantemente mnésicas y atencionales.
Discusión: El caso ilustra la presentación típica en mujer joven con clínica neuropsiquiátrica subaguda, LCR inflamatorio y asociación con teratoma ovárico. El manejo combinado con inmunoterapia escalonada y resección tumoral es determinante en la evolución favorable y en la reducción de recaídas.
Conclusiones: La encefalitis autoinmune debe considerarse en síndromes encefalíticos con estudios iniciales no concluyentes. El diagnóstico precoz, la inmunoterapia temprana y la búsqueda sistemática de neoplasias asociadas son determinantes pronósticos en una entidad potencialmente reversible con tratamiento adecuado.

Resultados de EEG y laboratorio

Serologías (HIV, VDRL, VHB, VHC)	Negativas
EEG	Patrón de sueño normal
Perfil tiroideo	TSH 2.24 mUI/L T4 Libre 0.89 ng/dL
Perfil reumatológico (ANA, RO, La, ANCA, MPO, PR3, Complemento)	Negativos. C3 70 mg/dL C4 17 mg/dL

Resultado físico-químico del LCR

CÉLULAS	PREDOMINIO	PROTEÍNAS	HEMATÍES	GLUCOSA	GLUCEMIA	RELACIÓN
120	Linfocitario	0.49	1800	0.63	1.26	0.5

0141 DESARROLLO Y VALIDACIÓN INTERNACIONAL DE UN MODELO PREDICTIVO DE RIESGO CARDIOVASCULAR A 5 AÑOS EN SOBREVIVIENTES DE SEPSIS: SMART-REACH SEPSIS

M FLAMINI MARCZUK(2), J DELGADO MORENO(1), I HUESPE(2), J SINNER(2), E PRADO(2), V MONZÓN(2), D SANGHAVI(1), S BAUQUE(2), JM SOTO SOTO(1)
(1) Mayo Clinic. (2) Hospital Italiano De Buenos Aires.

Introducción y objetivo: Los sobrevivientes de sepsis presentan un alto riesgo de eventos cardiovasculares mayores (MACE), pero los modelos de predicción existentes fueron desarrollados en poblaciones ambulatorias y podrían no ser aplicables en este contexto. El objetivo fue cuantificar la incidencia de MACE a 5 años, validar modelos existentes y desarrollar un modelo predictivo específico adaptado a esta población.
Métodos: Estudio retrospectivo multicéntrico internacional. Se incluyeron adultos de 40–90 años dados de alta luego de una internación por sepsis en 16 hospitales de Estados Unidos (derivación y validación interna) y 2 hospitales de Argentina (validación externa). El desenlace primario fue MACE a 5 años (infarto de miocardio, accidente cerebrovascular o muerte cardiovascular), considerando la muerte no cardiovascular como evento competitivo mediante modelos de Fine–Gray. Se evaluaron los modelos ASCVD y SMART-REACH. Se desarrolló un nuevo modelo (SMART-REACH Sepsis) mediante reestimación de coeficientes y adaptación estructural para su aplicación en pacientes con y sin enfermedad cardiovascular previa.
Resultados: Se incluyeron 7.637 pacientes; 2.269 (29,7%) presentaron MACE a 5 años. El riesgo fue mayor en pacientes con enfermedad cardiovascular previa (40% vs. 15%). El modelo ASCVD mostró discriminación limitada (AUROC 0,60–0,64) y mala calibración (CITL 0,108; pendiente 0,35). SMART-REACH presentó discriminación moderada (AUROC 0,70), pero con subestimación clínicamente relevante del riesgo (CITL 0,320; pendiente 0,319). El modelo SMART-REACH Sepsis mostró mejor desempeño en validación interna (AUROC 0,766; CITL –0,023; pendiente 0,789). En la validación externa en Argentina (n=1.303), mantuvo buena discriminación (AUROC 0,777) y adecuada calibración tras recalibración (CITL 0,03; pendiente 0,73).
Conclusiones: Los modelos cardiovasculares convencionales presentan limitada transportabilidad en sobrevivientes de sepsis. El modelo SMART-REACH Sepsis mejora la estimación del riesgo a 5 años y constituye una herramienta potencialmente útil para estrategias de prevención cardiovascular post-sepsis basadas en riesgo.

0142 HALLAZGO PERLA NEGRA. OSTEONECROSIS MAXILAR ASOCIADA A ÁCIDO ZOLEDRONICO.

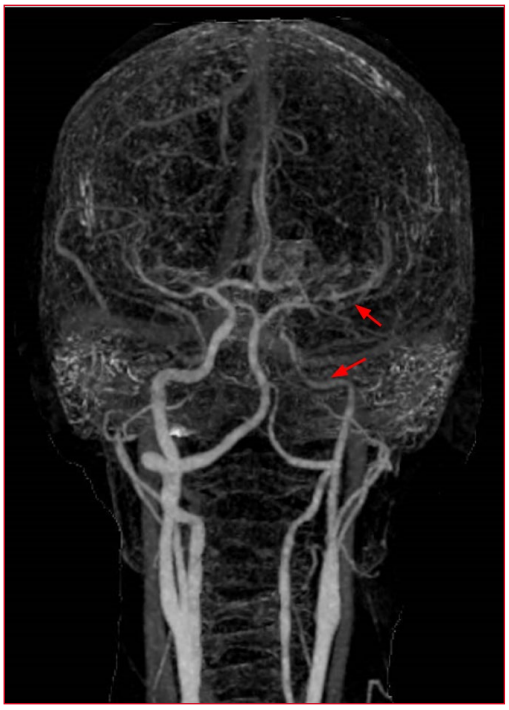
J SÁNCHEZ SERRANO(1), F CACERES(1), D MANSILLA(1), A SVENSEN(1), G ARO(1), D GUAYMAS(1), DE VERA(1)
(1) HNPM

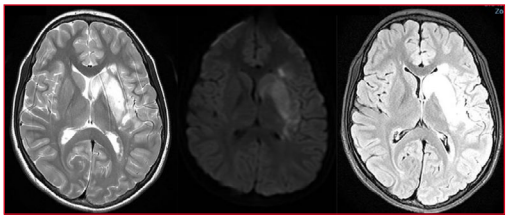
Introducción: La osteonecrosis maxilar se trata de una osteomielitis crónica de evolución lenta, que no tiende a la curación. Se relaciona con la potencia de los bisfosfonatos, y hace referencia a su capacidad de evitar la reabsorción ósea. Los criterios diagnósticos son aparición de úlceras alveolares, hueso expuesto por endodoncia y lesiones de aspecto necrótico en región maxilar. La incidencia es más alta en pacientes tratados con bisfosfonatos intravenosos.
Caso clínico: Varón de 79 años con antecedentes de obesidad, HTA, Diabetes, ex TBQ, miocardiopatía isquémico necrótica, ERC sin diálisis y cáncer de próstata con metástasis óseas, quien realizó tratamiento con radioterapia, quimioterapia y recibió ácido zoledrónico 1 mes antes de la internación en UTI. Derivado de otro centro por cuadro de dificultad respiratoria con requerimiento de intubación orotraqueal de urgencia por shock anafiláctico asociado a ingesta de enalapril.
Al ingreso a nuestra UTI recibe atención inicial, se realiza higiene oral en la que se constata pieza dentaria con fragmento óseo móvil y contenido purulento. Se policultiva y se realiza RMN de macizo facial. Fue evaluado por Servicio de Odontología, quien realiza toilette local debido a la condición del paciente. Presenta bacteriemia por Actinomices spp por lo que recibe tratamiento antibiótico. Mala evolución clínica, fallece por shock séptico refractario.
Discusión: En la cavidad oral, el maxilar y la mandíbula están sujetos al estrés constante de las fuerzas masticatorias. Por ello, en la boca se producen microfracturas a diario. Teóricamente, en los pacientes que toman bisfosfonatos estas alteraciones no se reparan, predisponiendo a la aparición de la osteonecrosis que puede manifestarse como foco de infección. La osteonecrosis de los maxilares es un efecto secundario o una complicación grave de los bisfosfonatos, pero su incidencia es alrededor del 3% de los casos con tratamiento intravenoso por cáncer mientras que es notablemente inferior en los pacientes tratados por osteoporosis.
Conclusión: Se enfatiza la relevancia de la higiene oral en pacientes críticos, junto con la identificación de focos infecciosos no convencionales. El caso se describe dada su baja incidencia y la limitada evidencia disponible en la literatura vinculada a los cuidados críticos.

0143 ACCIDENTE CEREBRO VASCULAR ISQUÉMICO POR ARTERIOPATÍA CEREBRAL FOCAL INFLAMATORIA EN PEDIATRÍA

N OLIVERA(1), MA ZUAZAGA(1), DO VELARDEZ(1), A TEVES ECHAZU(1), EA MOTTO(1)
(1) J. P. Garrahan

Introducción: El accidente cerebrovascular (ACV) pediátrico presenta mayor incidencia en neonatos (18–24/100.000 niños/año), disminuyendo entre los 11–15 años (1,2/100.000 niños/año). Las arteriopatías representan aproximadamente el 50% de los ACV isquémicos pediátricos; de ellas, cerca del 15% corresponden a arteriopatía cerebral focal inflamatoria (ACFI).
Caso clínico: Paciente de 12 años que presenta caída de propia altura, seguida de alteración del sensorio, hemiparesia facio-braquio-crural derecha y trastorno del lenguaje. Tras múltiples consultas, se realiza TAC a las 24 horas, informada como normal. A las 72 horas del inicio de los síntomas, se efectúa angio-RNM, que evidencia lesión isquémica en estadio subagudo y angio-TC de vasos del cuello con arrosariado del segmento intracraneal de la carótida interna izquierda hasta la ACM. Se descarta cardiopatía, compromiso sistémico vasculítico, alteraciones en marcadores inflamatorios y etiología infecciosa en sangre y LCR.
De manera concomitante al inicio de enoxaparina, el paciente presenta cefalea súbita que lo despierta con vómitos. Se constata hemorragia subaracnoidea (Fisher I, Hunt y Hess I), sin requerimiento de intervención quirúrgica.
Ante la sospecha de ACFI, se inicia tratamiento con corticoides y antiagregación, tras completar estudios.
Discusión: La evidencia sugiere que la ACFI se produce secundaria a una injuria vascular desencadenada por infecciones, destacándose el virus varicela-zóster, aunque otras infecciones subclínicas también podrían desencadenar el proceso inflamatorio local. El diagnóstico diferencial principal incluye la arteriopatía cerebral focal disecante, con implicancias terapéuticas distintas.
El mayor desafío diagnóstico lo representan las vasculitis primarias del sistema nervioso central, en particular la forma no progresiva (cPACNS-NP), de origen inmunomediado. Algunos autores proponen que la ACFI y la cPACNS-NP podrían constituir diferentes estadios de una misma entidad.
El diagnóstico se basa en hallazgos imagenológicos característicos, estudios serológicos y reactantes inflamatorios; la punción lumbar puede ser normal y no es determinante. La evolución clínica y el seguimiento por imágenes son claves.
El tratamiento incluye antiagregación y corticoides, que pueden mantenerse entre 6 y 12 meses ante el riesgo de recurrencia.
Conclusión: La alta sospecha clínica, junto al comienzo rápido del tratamiento específico, son fundamentales para mejorar el pronóstico.





0146 INFLUENCIA DEL ACOPLAMIENTO VENTRÍCULO-ARTERIAL MEDIDO POR TERMODILUCIÓN TRANSPULMONAR EN LA MORTALIDAD A TRAVÉS DE DIFERENTES PATRONES HEMODINÁMICOS DE SHOCK EN PACIENTES CRÍTICAMENTE ENFERMOS

C GONZALEZ(1), A GIORDANA(1), E PAPINI(1), C LOVESIO(1), MI MONGE GARCIA
(1) Sanatorio Parque.

Introducción: El acoplamiento ventrículo-arterial (VAC) es un índice de eficiencia cardiovascular. El desacoplamiento se ha asociado con mayor mortalidad. Sin embargo, sigue sin estar claro si esta asociación es consistente cuando se evalúa con termodilución transpulmonar(TPTD) o los umbrales óptimos.
Objetivos: Evaluar la asociación entre VAC medido por TPTD y mortalidad en pacientes críticos con patrones hemodinámicos distributivos y no distributivos en shock. Además, identificar umbrales medidos por TPTD asociados con mayor mortalidad en diferentes patrones hemodinámicos.
Métodos: Se realizó un estudio retrospectivo en una UTI médico-quirúrgica. Incluimos pacientes en shock monitorizados por TPTD. Se clasificaron según su patrón hemodinámico como distributivos o no distributivos. El patrón distributivo se definió *a priori* por índice cardíaco normal a alto y resistencias vasculares sistémicas bajas, consistente con las definiciones fisiológicas.
VAC se calculó a partir de la primera medición de TPTD utilizando las fórmulas: elastancia arterial (Ea) = (SBP × 0,9) / SV y elastancia fin sístole (Ees) = SBP / [(GEDVI/4) – SV]. VAC se definió como la relación Ea/Ees.
El análisis estadístico incluyó la prueba Mann–Whitney. Se realizó curva ROC para determinar el umbral de VAC asociado al aumento de la mortalidad. Se utilizó un análisis de regresión logística binaria para identificar predictores independientes de mortalidad
Resultados: Se incluyeron 58 pacientes, 31% mujeres; la edad fue 57 años [RIQ 43–69]. APACHE II y SOFA fueron 20 [16–24] y 7 [5–9] respectivamente. 37 pacientes presentaron patrón distributivo. 21 pacientes presentaron patrón no distributivo (9 cardiogénicos y 12 hipovolémicos)Tabla 1.
VAC más alto se asoció con mayor mortalidad. Los no sobrevivientes tuvieron valores más bajos de Ees. En el análisis multivariado, VAC se asoció de forma independiente con la mortalidad (Tabla 2) .
El umbral óptimo de VAC en el patrón no distributivo fue de 1,84, con una sensibilidad del 83% y una especificidad del 56%, aunque el valor p mostró solo una tendencia a mayor mortalidad. En el patrón distributivo, el umbral óptimo fue 1,14 con una sensibilidad del 70% y una especificidad del 83%
Conclusión: El VAC medido por termodilución transpulmonar se asoció con mortalidad en pacientes críticos con shock, observándose diferentes umbrales a lo largo de los patrones hemodinámicos.

	HR	IC	P
VAC	2.40	1.00 -11.10	0.04
HR	1.04	1.03 - 1.20	0.00
Age	1.08	1.00 - 1.17	0.03
Apache II	1.06	0.90 - 1.24	0.44

	All (n=58)	**Distributive (n=37)**			**Non-Distributive (n=21)**			**P**
		Survivors (n=17)	Non-survivors (n=20)	P	Survivors (n=9)	Non-survivors (n=12)	P	
SBP (mmHg)	103 [91-125]	120 [98-126]	95 [86- 120]	0.11	95 [83- 130]	106 [89- 126]	1.00	**0.24**
DBP (mmHg)	58 [50-68]	60 [53 - 63]	57 [50- 68]	0.66	56 [46 - 79]	59 [42- 69]	0.65	**0.56**
MAP (mmHg)	72 [63-83]	78 [64- 86]	69 [63- 79]	0.22	67 [64- 94]	70 [62- 79]	0.65	**0.11**
CO (Lt/min)	5.6 [3.8-7.2]	6.7 [5.7- 8.0]	6.6 [5.6- 10.3]	0.44	4.4 [3.0- 5.6]	3.6 [2.7- 4.4]	0.55	**0.93**
CI (Lt/min/m^2)	3.1 [1.9-3.8]	3.3 [3.0- 4.1]	3.4 [2.9- 4.5]	0.82	2.7 [1.5- 3.3]	1.7 [1.4- 2.4]	0.38	**0.62**
SV (mL/lat)	56 [36-74]	71 [58- 82]	59 [53- 86]	0.46	35 [28- 43]	36 [27- 54]	0.01	**0.75**
HR (bpm)	101 [92-118]	98 [86- 111]	115 [96- 132]	0.07	95 [85- 118]	109 [66- 123]	0.91	**0.08**
Ea (mmHg /Ml)	1.63 [1.23-2.67]	1.44 [1.20-1.79]	1.40 [1.24-1.94]	0.66	2.37 [2.11-3.19]	2.69 [1.52-3.75]	1.00	**0.67**
Ees (mmHg /mL)	1.28 [0.91-1.61]	1.60 [1.25-2.43]	1.18 [0.77-1.52]	0.04	1.34 [1.11-1.55]	0.91 [0.55-1.32]	0.02	**0.00**
VAC	1.36 [0.90-2.44]	0.90 [0.73-1.09]	1.34 [1.23-1.70]	0.02	1.76 [1.30-3.01]	3.07 [2.03-3.77]	0.05	**0.01**
CVP (mmHg)	12 [8-17]	12 [7- 15]	14 [9-17]	0.32	8 [4- 14]	13 [9-21]	0.06	**0.08**
VVS	12 [6-15]	7 [4- 14]	12 [7.5-14]	0.05	12 [12- 20]	12.5 [7.0-15]	0.04	**0.05**
Norepinephrine (mcg/kg/min)	0.53 [0.23-0.68]	0.30 [0.16-0.69]	0.44 [0.23-0.66]	0.72	0.50 [0.20-0.56]	0.52 [0.31-0.65]	0.41	**0.09**
Vasopressin (U/min)	0.03 [0.00 - 0.05]	0.02 [0.00 - 0.05]	0.00 [0.00-0.04]	0.46	0.00 [0.00 - 0.04]	0.02 [0.00-0.05]	0.41	**0.44**
GEDVI (mL/m^2)	578 [473-688]	556 [447-625]	642 [563- 785]	0.03	416 [410- 555]	608 [516- 865]	0.01	**0.00**

0147 REPORTE DE CASO: FISTULA TRAQUEOESOFAGICA ADQUIRIDA. LIMITES DEL CIERRE PRIMARIO CON MUSCULO

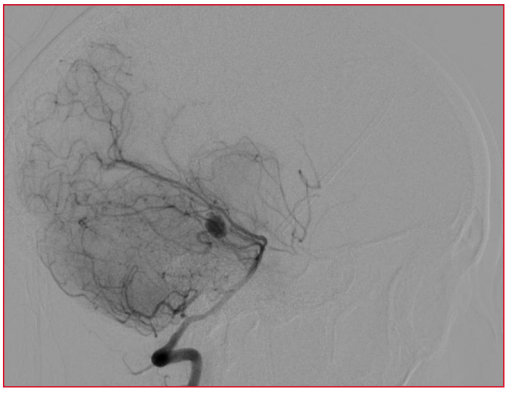
A PEREZ(1), C ORELLANO(1), Y ADALA(1), D LANGIANESE(1), I PARODI(1)
(1) San Juan De Dios

Introducción: La incidencia de las fistulas traqueoesofagicas adquiridas es del 0.3 % a 3 % en asistencia respiratoria mecánica, con mortalidad mayor al 80 % sin tratamiento. El factor etiológico principal es la presión excesiva del balón del tubo o de la cánula de traqueostomia. El desafío radica en la selección de la estrategia quirúrgica y el manejo del fracaso en defectos de gran tamaño.
Presentación del caso: Paciente femenina de 46 años con diagnóstico de trauma craneoencefálico resuelto, traqueostomizada y en asistencia ventilatoria mecánica prolongada. Se diagnostica fistula traqueoesofagica. Fribrobroncoscopia: Solución de continuidad de 3.5 centímetros a nivel del segundo anillo traqueal. Videoendoscopia alta: orificio esofágico de 30 milímetros.
Cierre quirúrgico con musculo esternocleidomastoideo con posterior colocación de 3 hemoclips esofágicos. Se desvincula de asistencia ventilatoria mecánica. Pasa a sala.
Reingresa a los 6 meses por recidiva. Cierre quirúrgico con pleura parietal. Recientemente cepillado por fibrobroncoscopia de orificio puntiforme y colocación de dos hemoclips esofágicos sobre defecto de 2 milímetros. Actualmente en sala.
Discusión: El fracaso del cierre primario con musculo esternocleidomastoideo se atribuyó al tamaño crítico del defecto que supera el límite de 2.5 centímetros reportado para el éxito de colgajo muscular, y a la retracción fibrosa tardía del mismo. La ausencia de mediastinitis y el no requerimiento de presión positiva elevada descarta a la ventilación mecánica como causa del fracaso.La pleura parietal constituye una alternativa válida por ser vascularizada y cubrir defectos grandes sin tensión.
Conclusión: El seguimiento endoscópico alejado es mandatorio aun en pacientes con ventilación espontanea. El manejo híbrido quirúrgico endoscópico optimiza resultados y evita reintervenciones mayores.

0148 CORAZÓN DELATOR: CUANDO LA VÁLVULA MITRAL DICTA LA SENTENCIA CEREBRAL

N TERSOGLIO(1), L RETA(1), R PERDIGUES(1), MV GUZMAN(1), MR SALATINO(1), G LOPEZ(1), L ZELADA(1), C DIMARCO(1), H VITALE(1)
(1) Central De Mendoza

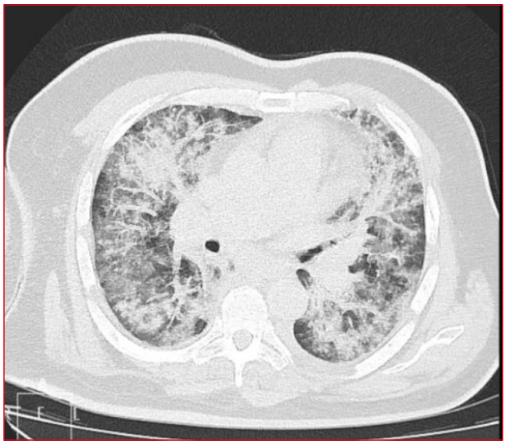
Introducción: La endocarditis infecciosa (EI) presenta complicaciones neurológicas en el 20-40%. Los aneurismas micóticos (AM) son infrecuentes pero letales. La coexistencia de trombosis de grandes vasos y hemorragia subaracnoidea (HSA) plantea un dilema crítico entre la necesidad de anticoagulación y el riesgo de sangrado.
Caso clínico: Mujer de 31 años, policonsumidor, ingresa por ACV isquémico (NIHSS 15, ASPECTS 9/10, Glasgow score 13/15) fuera de ventana terapéutica. Evoluciona con deterioro del sensorio por HSA e hidrocefalia. Se diagnostica EI con hemocultivos para S. viridans y vegetación mitral de 12 mm (criterios de Duke Modificados 2 criterios mayores y 3 menores). La angiografía reveló un AM en la arteria cerebral posterior y oclusión de la carótida interna izquierda. Requirió drenaje ventricular externo. Cirugía cardiovascular descartó intervención valvular por pronóstico neurológico ominoso tras el ACV extenso. El paciente evolucionó a muerte encefálica.
Discusión: El AM debe sospecharse ante eventos hemorrágicos en EI; la angiografía es el gold standard. Este caso destaca el conflicto terapéutico: la trombosis carotídea sugeriría anticoagulación, contraindicada ante un AM y HSA. El daño neurológico previo condiciona la viabilidad de la cirugía cardíaca.
Conclusión: El AM y la trombosis de grandes vasos en la EI representan un escenario de extrema gravedad que limita las opciones terapéuticas. Es imperativo un abordaje multidisciplinario precoz y considerar el impacto del riesgo social en la evolución y prevención.

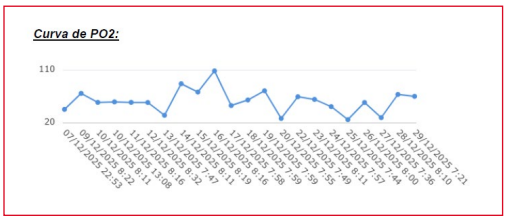


0149 REPORTE DE CASO DE NEUMONÍA INTERSTICIAL BILATERAL POR PNEUMOCYSTIS JIROVECII EN PACIENTE INMUNOCOMPETENTE

J MOSCONI(1)
(1) Sanatorio Santa Fe

Introducción: La neumonía por Pneumocystis jirovecii (PCP) es una infección oportunista típicamente asociada a inmunosupresión. Sin embargo, su presentación en pacientes sin factores predisponentes clásicos ha aumentado, constituyendo un desafío diagnóstico en cuadros de insuficiencia respiratoria aguda con patrón intersticial.
Presentación del caso: Paciente masculino de 51 años, con antecedentes de diabetes mellitus tipo 2 y obesidad, ingresa por cuadro de 7 días de evolución de astenia y malestar general, asociado en las últimas 24 horas a fiebre, tos productiva y disnea progresiva.
Evoluciona con insuficiencia respiratoria aguda, requiriendo ingreso a UTI y soporte con cánula nasal de alto flujo y ciclos de prono vigil, para mejorar parámetros de oxigenación.
La tomografía de tórax evidenció infiltrados bilaterales en vidrio esmerilado con derrame pleural. Se inició tratamiento empírico con piperacilina-tazobactam, claritromicina y oseltamivir, suspendido posteriormente este último por estudios virales negativos. Ante la falta de mejoría, se realizó lavado broncoalveolar con resultados negativos para bacterias, virus y micobacterias, y PCR positiva para Pneumocystis jirovecii con alta carga y además, perfil reumatológico negativo, que incluye (recuento de cd4 y cd8 – ANCA P Y ANCA C – ENA – C3).
Se suspendió antibioticoterapia empírica y se inició tratamiento dirigido con trimetoprima-sulfametoxazol asociado a corticoides sistémicos (pulso metilprednisolona). El paciente presentó mejoría clínica significativa a los siete días, con disminución de requerimientos de oxígeno, siendo trasladado posteriormente a sala general con seguimiento por Neumonología.
Conclusión: La PCP debe incluirse dentro de los diagnósticos diferenciales en neumonías intersticiales graves, independientemente del estado inmunológico, siendo fundamental un abordaje diagnóstico interdisciplinario oportuno.





0150 PANCREATITIS NECROTIZANTE GRAVE, SÍNDROME COMPARTIMENTAL ABDOMINAL Y PANICULITIS PANCREÁTICA. DESAFÍO EN EL TRATAMIENTO DE UN PACIENTE ONCOLÓGICO PEDIÁTRICO

PL BUREU(1), MI SUBIRA(1)
(1) Hospital Regional "victor Sanguinetti"

Introducción: La pancreatitis aguda (PA) es una complicación asociada al uso de asparaginasa en el tratamiento de la leucemia linfoblástica aguda (LLA), con una incidencia reportada del 2% al 18%. Si bien la mayoría de los cuadros son leves, la progresión hacia formas necrotizantes y el desarrollo de falla multiorgánica representan un desafío en la unidad de cuidados intensivos, alcanzando una mortalidad del 9.5%. El desarrollo del síndrome compartimental abdominal (SCA), entidad de baja incidencia y alta mortalidad, hacen que el presente caso se destaque por la severidad clínica y su evolución favorable.
Caso Clínico: Paciente femenina de 6 años con LLA tipo B (riesgo intermedio) en tratamiento con Citarabina y Oncaspar, que ingresa a UTIP por shock distributivo descompensado secundario a PA grave. Durante su internación, recibió inotrópicos a dosis máximas, presentó SCA que requirió laparotomía descompresiva de urgencia. Cursó diversas complicaciones, entre ellas neumonía asociada al ventilador y derrame pleural izquierdo. Por asistencia respiratoria mecánica prolongada se realizó traqueostomía. En el aspecto metabólico, requirió insulina corriente y NPH. Asimismo, recibió esquemas antibióticos por sospecha de sepsis no documentada en contexto de neutropenia febril. Un hallazgo clínico relevante fue la aparición de lesiones induradas violáceas en flancos, cuya biopsia confirmó el diagnóstico de paniculitis pancreática. Se realizó PAMO que confirmó la ausencia de enfermedad. Tras una prolongada internación la paciente logró estabilidad clínica y pasó a sala general.
Discusión: El reporte de este caso permite evidenciar la convergencia de entidades clínicas de baja incidencia y alta mortalidad. Inicialmente la falla multiorgánica representó un elevado riesgo de muerte, el desarrollo posterior de un síndrome compartimental abdominal perpetuó la inestabilidad hemodinámica, incrementando sustancialmente el riesgo. En este contexto, la paniculitis pancreática reflejó la magnitud de la liberación enzimática masiva.
Conclusión: La baja incidencia y alta mortalidad de la pancreatitis necrotizante y el síndrome compartimental abdominal en el paciente oncológico pediatico representan un gran desafío. Reportar este caso es esencial para documentar el manejo de las complicaciones severas, subrayando que la intervención oportuna permite resultados favorables a pesar de la extrema gravedad clínica.

0151 PREDICCIÓN TEMPRANA DE LESIÓN RENAL AGUDA Y ESCALAMIENTO VASOPRESOR EN SHOCK SÉPTICO MEDIANTE REDES NEURONALES RECURRENTES

G OLAIZOLA(1), S PRATI(1), D AMITRANO(1), C VIDELA(1), N PHOENIX(2), L MORAND(2), AD GAITÁN(3), S VENUTI(1), N COSTA ALLUÉ(4), Á FERNANDEZ MADRID(4), V CASARES RODRIGUEZ(4), J RUBIO RUIZ(4), R FERRER ROCA(4), I HUESPE(1)
(1) Hospital Italiano De Buenos Aires. (2) Universidad De Buenos Aires. (3) Hospital Centro De Salud Zenon J Santillan. (4) Vall D´hebron Barcelona Hospital Campus.

Introducción: En el shock séptico, la norepinefrina es el vasopresor de primera línea. Sin embargo, el incremento de sus dosis se asocia con mayor gravedad y toxicidad catecolaminérgica. Aunque se sugiere añadir vasopresina ante requerimientos crecientes, el momento óptimo continúa siendo incierto. Además, la lesión renal aguda es frecuente y potencialmente prevenible si se identifica precozmente el riesgo. El objetivo de este es desarrollar y evaluar modelos predictivos basados en series temporales para anticipar a 24 horas lesión renal aguda, escalamiento de norepinefrina y el desenlace compuesto en pacientes con sepsis.
Métodos: Estudio retrospectivo sobre AmsterdamUMCdb en modelo común de datos OMOP. Se incluyeron episodios de unidad de cuidados intensivos (UCI) con sepsis probable, definida por sospecha de infección mediante antibióticos intravenosos no profilácticos durante más de 24 horas y Sequential Organ Failure Assessment ≥2 posterior al inicio antibiótico. El seguimiento se realizó desde el ingreso hasta el alta o la muerte. Las variables incluyeron datos basales, signos vitales, laboratorio y dosis de vasopresores, estructurados en intervalos horarios. Los datos faltantes se imputaron mediante arrastre hacia adelante hasta 12 horas para signos vitales y 24 horas para laboratorio. Se entrenaron redes neuronales recurrentes en PyTorch, comparando unidades recurrentes cerradas y memoria de largo-corto plazo. Los hiperparámetros se optimizaron con Optuna. El desempeño se evaluó en una partición entrenamiento/validación 80/20 mediante área bajo la curva ROC.
Resultados: Se incluyeron 3.186 episodios, correspondientes a 714.651 horas de UCI. La edad media fue 62,1 años (desvío estándar 15,4) y 2.060 pacientes (64,7%) fueron varones. La mediana de estancia fue 4,4 días (rango intercuartílico 2,2–10,5). (Tabla 1) El 75,2% requirió soporte vasopresor. Durante el seguimiento, 585 episodios (18,4%) desarrollaron lesión renal aguda y 846 (26,6%) alcanzaron norepinefrina ≥0,25 µg/kg/min. En validación, el área bajo la curva ROC fue 0,965 para lesión renal aguda, 0,945 para norepinefrina ≥0,25 µg/kg/min y 0,940 para el desenlace compuesto. (Figura 1)
Conclusiones: Los modelos recurrentes basados en trayectorias horarias de datos clínicos rutinarios mostraron alta discriminación para anticipar complicaciones accionables del shock séptico. Estos resultados apoyan herramientas de alerta temprana para orientar medidas nefroprotectoras y estrategias selectivas de soporte vasopresor.

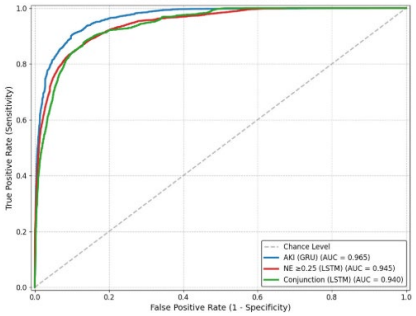


Figura 1. Curvas ROC para modelos GRU/LSTM que predicen LRA a 24 horas, escalamiento de norepinefrina (≥0.25 µg/kg/min) y su combinación en sepsis en UCI.

Tabla 1. Datos sociodemograficos y resultados

Variables	Cohorte (N = 3.186)
Edad, años (media ± DE)	62,1 ± 15,4
Sexo masculino, n (%)	2.060 (64,7)
Puntuación SOFA (media ± DE)	8,8 ± 3,6
Soporte clínico	
Vasopresores (norepinefrina), n (%)	2.396 (75,2)
Terapia de reemplazo renal, n (%)	532 (16,7)
Resultados	
Estancia en la UCI, días (mediana [RIC])	4,4 [2,2–10,5]
Mortalidad en la UCI, n (%)	561 (17,6)

0152 BROTE INTRAFAMILIAR DE PSITACOSIS, DOS DESENLACES OPUESTOS

V BRIZUELA(1), A GIRA(1), F LEVERATTO(1), M GARCIA COLINAS(1), D MONARDO(1), P PRATESI(1)
(1) Universitario Austral

Introducción: La psitacosis es una zoonosis emergente causada por Chlamydia psittaci, asociada a la exposición a aves. En Argentina, históricamente de baja incidencia, desde 2023 se observa un aumento sostenido de casos, lo que sugiere un cambio en su patrón epidemiológico. La transmisión ocurre por inhalación de aerosoles contaminados con heces, plumas o secreciones de aves infectadas. La presentación clínica es variable, desde cuadros febriles inespecíficos hasta neumonía grave con compromiso sistémico. Su subdiagnóstico y el retraso en el tratamiento se asocian a elevada mortalidad (20%).
Caso clínico: Se describe un brote intrafamiliar. Una mujer de 52 años consultó por síndrome febril y astenia de una semana de evolución, con rápida progresión a shock distributivo, Síndrome de Distrés Respiratorio Agudo grave y paro cardiorrespiratorio. Evolucionó a falla multiorgánica y falleció a las 12 horas del ingreso a terapia intensiva. La anamnesis dirigida reveló convivencia con un familiar con neumonía reciente y contacto estrecho con animales en ámbito rural (actividad veterinaria). Doce horas después, ingresó su hijo con síndrome febril persistente, que evolucionó a insuficiencia respiratoria hipoxémica grave, requiriendo AVM y manejo en decúbito prono (cinco sesiones). Recibió claritromicina durante 14 días, con evolución favorable, logrando extubación al séptimo día y posterior alta hospitalaria. Ambos casos se confirmaron mediante estudios microbiológicos positivos para Chlamydia psittaci.
Discusión: El primer caso evidenció una evolución fulminante asociada a retraso diagnóstico y ausencia de tratamiento antibiótico dirigido. En contraste, la sospecha clínica precoz en el segundo caso permitió la instauración temprana de tratamiento empírico adecuado, con impacto favorable en la evolución. Este brote intrafamiliar destaca la relevancia de integrar antecedentes epidemiológicos en la evaluación inicial de neumonía grave, especialmente en contextos de exposición zoonótica.
Conclusión: La psitacosis debe considerarse en el diagnóstico diferencial de neumonía grave en pacientes con antecedentes epidemiológicos compatibles. La anamnesis dirigida constituye una herramienta clave para el diagnóstico precoz y la reducción de la mortalidad en unidades de cuidados intensivos.

0153 PÉNFIGO VULGAR MUCOCUTÁNEO GRAVE. REPORTE DE UN CASO

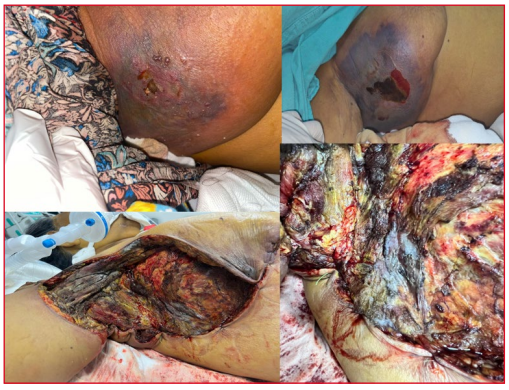
M MAGALLANES(1), S SANCHEZ(1), A GONZALEZ(1), M MONTENEGRO(1), C BALENZANO(1)
(1) Hospital Militar Central

Introducción: Enfermedad ampollar autoinmune mediada por autoanticuerpos contra desmogleínas (Dsg3 y Dsg1), genera acantólisis y ampollas intraepidérmicas. Afecta piel y mucosas, frecuente compromiso oral inicial. Potencialmente grave, especialmente en formas extensas. Incidencia de 0,1-0,5 cada 100.000 personas a nivel mundial (mayor frecuencia en poblaciones mediterráneas y medio oriente, edad típica de inicio 40-60 años).
Presentación del caso: Masculino de 33 años inicia en JULIO2025 con lesiones ulcerosas orales dolorosas, posterior progresión a lesiones ampollares cutáneas en cara y dorso.
Internaciones en centros de menor complejidad sin diagnóstico, biopsia negativa inicialmente. En tercera internación se confirma diagnóstico por biopsia, iniciando corticoterapia sistémica. Progresión de enfermedad, compromiso ocular, mucoso y sobreinfección cutánea, requiriendo nueva internación.
Ingresa a UTI del Hospital Militar Central, derivado de Salta, el 07/10/25 por compromiso cutáneo-mucoso del más del 50% de superficie corporal, lesiones ampollares-costrosas dolorosas, y lesiones necróticas distales en pies. Inicia tratamiento con corticoides endovenosos, antibioticoterapia de amplio espectro.
Se ajusta corticoterapia (hasta 80 mg/día de meprednisona), tratamiento tópico diario con ácido hipocloroso, vaselina líquida y sólida, profilaxis infecciosa. Desarrolla candidiasis genital tratada con fluconazol.
Se inicia tratamiento con rituximab (dos dosis de 1 g), buena tolerancia.
Completa 21 días en terapia intensiva y 18 días en clínica médica. Egreso hospitalario con esquema descendente de corticoides.
Discusión: Pénfigo vulgar, entidad poco frecuente potencialmente grave, elevada morbimortalidad sin tratamiento adecuado. El caso expone dificultades diagnósticas iniciales, incluyendo biopsia negativa, no infrecuente en etapas precoces. La progresión clínica con compromiso mucocutáneo extenso y sobreinfección evidencia la importancia del diagnóstico precoz.
El manejo en UTI fue indispensable por extensión de enfermedad comportándose como gran quemado. Corticoides a altas dosis sigue siendo pilar terapéutico, asociado a complicaciones infecciosas.
Conclusión: Puede presentar evolución grave con compromiso sistémico y requerimiento de cuidados intensivos. Diagnóstico precoz e inicio oportuno de tratamiento inmunosupresor son determinantes. Rituximab indicado formas extensas o refractarias.

0154 DE LOXOSCELES A MUCORMICOSIS: EVOLUCIÓN FULMINANTE DE UNA FASCITIS NECROTIZANTE.

ME FRIEDEL(1), C IBARROLA(2), JM PROCHASKO, G AGUERO, G ROJAS, L PONCE DE LEON, M BRITEZ, M LOPEZ, C CONSIGLIO, R CONTRERAS, G GRANBERG, A SANCHEZ
(1) Hospital De Alta Complejidad. (2) Hospital De Alta Complejidad Pte Juan Domingo Perón

Introducción: El loxoscelismo es una entidad poco frecuente secundaria a la picadura de arañas del género Loxosceles, caracterizada por compromiso cutáneo necrótico que puede progresar a formas sistémicas. En pacientes con comorbilidades o inmunosupresión, estas lesiones pueden complicarse con infecciones oportunistas, incluyendo micosis invasivas, asociadas a elevada morbimortalidad. El reconocimiento precoz y el manejo multidisciplinario son determinantes en el pronóstico.
Objetivo: Describir un caso de loxoscelismo cutáneo complicado con mucormicosis invasiva y destacar la importancia del diagnóstico temprano y tratamiento agresivo.
Material y métodos: Se presenta el caso de una paciente femenina de 61 años, con antecedentes de HTA, tuberculosis y CA de páncreas avanzado. Consulta inicialmente por picadura de arácnido en mama derecha, requiriendo internación y posterior derivación a centro de mayor complejidad. Al ingreso presenta lesión de 15 × 10 cm con dolor, eritema, induración, flictenas y exudado seroso. A las 24 horas evoluciona con necrosis extensa de partes blandas, insuficiencia respiratoria e inestabilidad hemodinámica.
Ingresa a unidad de cuidados intensivos, requiriendo IOT, ventilación mecánica y soporte con drogas vasoactivas. Se toma muestra para laboratorio cultivos e inicia antibioticoterapia empírica de amplio espectro con vancomicina e imipenem. En conjunto con Cirugía General y Mastología se realiza desbridamiento quirúrgico amplio, obteniéndose muestras para estudio microbiológico.
Hallazgos de Laboratorio:
Leucocitosis 31.130/mm^3
Hiperbilirrubinemia
CPK 1.696 u/L
Acidosis Metabólica
Evoluciona con progresión de necrosis y compromiso óseo. Los cultivos informan desarrollo de hifas, por lo que se inicia tratamiento antifúngico con anfotericina B intravenosa. A pesar de las medidas instauradas, presenta deterioro progresivo con desarrollo de síndrome de disfunción multiorgánica, evolucionando al óbito.
Conclusión: El loxoscelismo puede presentar evolución fulminante en pacientes inmunocomprometidos, favoreciendo infecciones fúngicas invasivas como mucormicosis. Este caso resalta la necesidad de un alto índice de sospecha, diagnóstico precoz y abordaje interdisciplinario agresivo, incluyendo tratamiento quirúrgico y antifúngico oportuno, con el objetivo de mejorar los resultados clínicos en este grupo de alto riesgo.

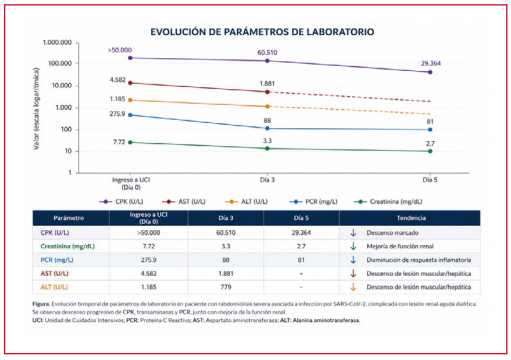


0155 LESIÓN RENAL AGUDA DIALÍTICA SECUNDARIA A RABDOMIÓLISIS SEVERA COMO MANIFESTACIÓN ÚNICA DE INFECCIÓN POR SARS-COV-2: REPORTE DE CASO

S BARRIONUEVO(1), A GARCIA(1), AL NISNIK(1), M REZNICHENCO(1), E PEDRAZA(1), P CENTANNI(1)
(1) Hospital Misericordia Nuevo Siglo

Introducción: La rabdomiólisis es una causa reconocida de lesión renal aguda (LRA), con etiologías diversas, incluidas las infecciones virales. En la infección por SARS-CoV-2 se ha asociado a miositis y rabdomiólisis, generalmente con compromiso respiratorio. Sin embargo, su presentación extrapulmonar aislada, con LRA severa y requerimiento de terapia de reemplazo renal (TRR), es infrecuente y representa un desafío diagnóstico.
Caso clínico: Paciente femenina de 20 años, sin antecedentes patológicos y no vacunada contra SARS-CoV-2, consulta por cuadro de una semana de evolución con mialgias, imposibilidad para la deambulación y vómitos, sin síntomas respiratorios. Al examen físico se evidenció debilidad muscular simétrica a predominio de miembros inferiores, sin focalidad neurológica.
Al ingreso se encontraba hemodinámicamente estable, sin requerimiento de oxígeno. Laboratorio: rabdomiólisis severa (CPK >50.000 U/L con pico >170.000 U/L), LRA grave (creatinina 7.72 mg/dL), acidosis metabólica severa, hiperpotasemia, hipocalcemia, hiperfosfatemia y mioglobinuria. Test para SARS-CoV-2 positivo, sin hallazgos pulmonares clínicos ni tomográficos.
Evolucionó con anuria persistente, requiriendo inicio precoz de TRR mediante hemodiálisis. Se descartaron otras etiologías por exclusión de traumatismo, tóxicos o ejercicio, serologías negativas, y estudio autoinmune sin alteraciones (ANA, ANCA y complemento normales). Se consideró biopsia muscular, no realizada por mejoría clínica. Se interpretó como rabdomiólisis secundaria a miositis viral por SARS-CoV-2.
Presentó evolución favorable con descenso progresivo de CPK, mejoría metabólica y recuperación parcial de la función renal con reaparición de diuresis.

Discusión: Se trata de una presentación atípica de rabdomiólisis asociada a SARS-CoV-2, sin compromiso respiratorio y con daño muscular y renal severo. La fisiopatología podría explicarse por un efecto citopático directo mediado por la interacción del virus con receptores ACE2 en el miocito y/o por mecanismos inflamatorios sistémicos. Estos hallazgos son concordantes con casos reportados en la literatura, aunque la presentación sin compromiso respiratorio y con requerimiento de TRR es infrecuente.
Conclusión: Si bien la asociación entre COVID-19 y rabdomiólisis está descripta, la presentación como LRA dialítica aislada sin síntomas respiratorios continúa siendo poco frecuente. Su reconocimiento precoz permite instaurar medidas de soporte oportunas y podría mejorar el pronóstico renal.



Parámetro	Ingreso a UCI (Día 0)	Día 3	Día 5	Tendencia
CPK (U/L)	>50.000	60.510	29.364	↓ Descenso marcado
Creatinina (mg/dL)	7.72	3.3	2.7	↓ Mejoría de función renal
PCR (mg/L)	275.9	88	81	↓ Disminución de respuesta inflamatoria
AST (U/L)	4.582	1.881	–	↓ Descenso de lesión muscular/hepática
ALT (U/L)	1.185	779	–	↓ Descenso de lesión muscular/hepática

Figura. Evolución temporal de parámetros de laboratorio en paciente con rabdomiólisis severa asociada a infección por SARS-CoV-2, complicada con lesión renal aguda dialítica. Se observa descenso progresivo de **CPK**, transaminasas y **PCR**, junto con mejoría de la función renal.
UCI: Unidad de Cuidados Intensivos; **PCR:** Proteína C-Reactiva; **AST:** Aspartato aminotransferasa; **ALT: Alanina aminotransferasa.**

0156 CUANDO EL HÍGADO FALLA Y LA VISIÓN SE APAGA: CEGUERA CORTICAL REVERSIBLE EN ENCEFALOPATÍA HEPÁTICA

MI CAZENAVE(1), E BELLONE(1), MJ BONILLA(1), S PRATESI(1), A DONNELLY(1), D CZERWONKO(1), A GIRA(1), D MONARDO(1), S COSENZA(1)
(1) Universitario Austral

Introducción: La encefalopatía hepática es un síndrome neuropsiquiátrico caracterizado por alteraciones del estado de conciencia, cambios conductuales, deterioro cognitivo y trastornos del sueño, secundario a disfunción de la barrera hematoencefálica y acumulación de sustancias neurotóxicas. Por otro lado, la ceguera cortical, descripta por Gabriel Antón, se define como pérdida de la visión en ausencia de patología oftalmológica, con reflejos pupilares conservados, atribuida a compromiso bilateral de la corteza occipital y clásicamente asociada a eventos vasculares de la circulación posterior. En raras ocasiones, puede presentarse en el contexto de encefalopatía hepática y ser potencialmente reversible tras el tratamiento de la causa subyacente.
Caso clínico: Masculino de 63 años, con antecedente de cirrosis por MASLD, que consultó por un cuadro de 20 días de evolución caracterizado por confusión, deterioro mnésico, desorientación temporoespacial, bradipsiquia, asterixis y mioclonías espontáneas, asociado a pérdida visual. Al examen neurológico presentaba ausencia de reflejo de amenaza y signos compatibles con simultagnosia, prosopagnosia y ceguera cortical. La evaluación oftalmológica evidenció percepción luminosa bilateral con reflejos pupilares conservados. Los estudios de laboratorio mostraron alteración del hepatograma e hiperamoniemia leve. La resonancia magnética evidenció restricción en difusión cortical difusa e hiperintensidad en FLAIR a predominio frontoparietooccipital bilateral. El LCR fue normal, con serologías virales negativas. Vitaminas del complejo B y ácido fólico dentro de rangos normales. El EEG no mostró actividad epileptiforme. Ante deterioro del sensorio se procedió a protección de la vía aérea. Se realizó trasplante hepático de donante cadavérico, con resolución completa de la ceguera cortical posterior al mismo.
Discusión: Hasta la fecha se han reportado aproximadamente diez casos de asociación entre encefalopatía hepática y ceguera cortical. Los hallazgos clínicos, oftalmológicos e imagenológicos en este caso son consistentes con compromiso cortical visual secundario a neurotoxicidad. Al igual que lo descrito en la literatura, la reversibilidad del cuadro tras el tratamiento de la causa de base refuerza el carácter funcional de esta entidad.
Conclusión: Se describe una asociación infrecuente entre encefalopatía hepática y ceguera cortical reversible. El reconocimiento de esta entidad es fundamental en el ámbito de cuidados intensivos, ya que el tratamiento oportuno de la causa subyacente puede conducir a la recuperación completa del déficit visual.

0157 INSUFICIENCIA RESPIRATORIA GRAVE DE ETIOLOGÍA NO CLARA: NEUMONITIS QUÍMICA SIMULANDO NAC.

MA MARAIN(1)
(1) Instituto De Cardiologia De Corrientes

Introducción: El cloro es una sustancia química de uso generalizado. El SDRA relacionado con la inhalación de cloro es poco frecuente en la práctica clínica. La recuperación tras una lesión por inhalación de cloro sigue siendo el desenlace más probable, puede producirse discapacidad pulmonar permanente o desenlace mortal.
No existen estadísticas públicas que detallen número exacto de casos de neumonitis química en provincia de Corriente y en Argentina.
Presentación del caso: Paciente masculino, 65 años con antecedentes HTA, dislipidemia, ERC de causa desconocida, hemodiálisis desde 2002, ex tabaquista y trasplante renal en 2009. Factor riesgo: manipulación hipoclorito de sodio.
04/07/2024 inicia fiebre, escalofríos, diarrea, náuseas y vómitos. Por persistencia de síntomas consulta 08/07.
Ingreso: lúcido, hemodinámicamente estable, saturación de O_2 de 85% que corrige con oxigenoterapia. La tomografía de tórax evidenció consolidaciones bilaterales y opacidades en vidrio esmerilado.
Test influenza y SARS Cov 2: negativo.
Inició tratamiento antibiótico empírico con piperacilina-tazobactam y claritromicina, junto con soporte ventilatorio no invasivo.
Ingreso a UTI.
09/07 presentó deterioro respiratorio con hipoxemia severa (PAFI < 100), sin respuesta a ventilación no invasiva, se realizó intubación orotraqueal e inicio de ARM. Requirió maniobras de pronación con mejoría parcial. Evolucionó con inestabilidad hemodinámica requiriendo soporte con noradrenalina.
13/07 presentó deterioro clínico, radiológico y laboratorio, leucocitosis, empeoramiento de infiltrados pulmonares, interpretándose como probable shock séptico de foco respiratorio.
16/07 evolucionó acidosis metabólica y aumento del requerimiento de vasopresores, agregándose vasopresina.
18/07, ante antecedente de exposición a cloro, se planteó diagnóstico de neumonitis química, iniciándose tratamiento con corticoides endovenosos.
19/07 uremia de 3.25 requirió hemodiálisis, debió suspenderse por inestabilidad hemodinámica. Previa función renal: uremia: 0,82 g/l, creatinina sérica: 1,48 mg/dl.
20/07 presentó taquiarritmia, requirió cardioversión eléctrica exitosa. Evolucionó con bradicardia extrema, asistolia, realizándose maniobras de rcp sin éxito, constatándose el óbito.
Discusión: En la búsqueda bibliográfica, encontramos muy pocos reportes de casos de neumonitis química por inhalación de cloro, y la mayoría de estos reportes describen pacientes que contaron con acceso a ECMO.
Conclusión: La neumonitis química debe considerarse en pacientes con insuficiencia respiratoria aguda y mala respuesta al tratamiento antibiótico, especialmente ante antecedentes de exposición a irritantes inhalatorios.

0158 CARACTERIZACIÓN DE LOS PACIENTES BAJO SEGUIMIENTO POR GLASGOW ≤7 EN UN HOSPITAL PÚBLICO DE BAHÍA BLANCA

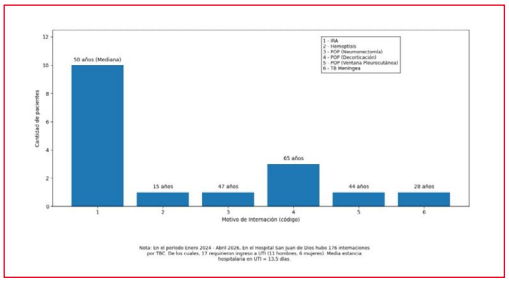
FE ESPINOZA(1), GN VARGAS(1), M CRUZ(1), NA GRASSI(1), M OTAMENDI(1), DA DEZURKO(1), FB VAZQUEZ BRIGNOLE(1), ST LACO(1), LG DURAN(2)
(1) Hospital Municipal De Agudos Dr. Leónidas Lucero. (2) Hospital Municipal De Agudos Dr. Leónidas Lucero De Bahía Blanca

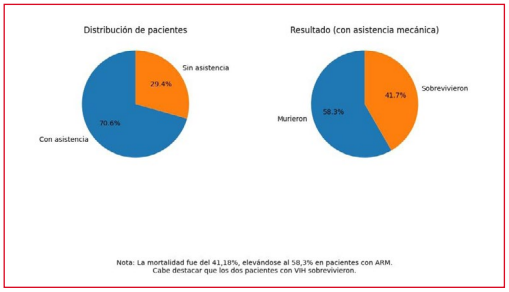
Introducción: La identificación y conversión de potenciales donantes de órganos continúa siendo un desafío en las unidades de cuidados intensivos. Los pacientes con puntuación ≤7 en la Escala de Coma de Glasgow constituyen una población clave para la detección precoz de muerte encefálica y eventual donación.
Objetivos: Caracterizar clínica y evolutivamente a los pacientes con Glasgow ≤7 internados en una unidad de terapia intensiva y analizar su recorrido dentro del proceso de procuración de órganos.
Materiales y métodos: Se realizó un estudio observacional, descriptivo y retrospectivo en una unidad de cuidados intensivos de un hospital público de Argentina. Se incluyeron pacientes ≥16 años con Glasgow ≤7 durante el año 2024. Se analizaron variables demográficas, clínicas y relacionadas con el proceso de procuración. Las variables cualitativas se expresaron como frecuencias y porcentajes, y las cuantitativas según su distribución.
Resultados: Se incluyeron 75 pacientes. El 62,7% correspondió al sexo masculino y la edad promedio fue de 50,69 años. El 96,0% requirió asistencia ventilatoria mecánica y el 76,0% utilizó drogas vasoactivas. El 40,0% presentó infecciones asociadas al cuidado de la salud. En cuanto al proceso de procuración, el 93,3% presentó interconsulta al equipo especializado, con una mediana de 69,5 minutos entre la detección del Glasgow ≤7 y la notificación. El 93,0% no presentó expresión previa de voluntad de donación. Respecto a la evolución, el 48,0% falleció por paro cardiorrespiratorio, el 46,6% presentó evolución favorable con alta del seguimiento, y solo el 2,7% evolucionó a muerte encefálica. La tasa de donantes reales fue del 5,3%.
Conclusiones: En esta cohorte, la identificación y notificación de potenciales donantes fue elevada; sin embargo, la conversión a donantes reales fue baja. Las principales oportunidades de mejora se encuentran en la evolución clínica de los pacientes, la prevención del paro cardiorrespiratorio y la implementación oportuna del diagnóstico de muerte encefálica. La optimización del manejo del paciente neurocrítico y de los procesos intrahospitalarios de procuración podría mejorar la eficiencia del sistema de donación.

0159 TUBERCULOSIS EN PACIENTES CRÍTICOS, ESTUDIO OBSERVACIONAL RETROSPECTIVO EN UTI ESPECIALIZADA EN TÓRAX E INFECCIOSAS. MORTALIDAD Y FACTORES PREDISPONENTES, ¿NECESITAMOS NUEVOS INDICADORES?

DA LANGIANESE(1), Y ADALA(1), I PARODI(1), A PEREZ(1), C ORELLANO(1)
(1) Hospital San Juan De Dios

Introducción: En el año 2025, en Argentina se notificaron más de 16000 casos de Tuberculosis (incidencia 34.6/100.000 habitantes), mostrando un incremento respecto al año previo. Si bien sólo el 1-3% de tuberculosis activa requerirá ingreso a Unidad de Terapia Intensiva (UTI), ésta se asocia a una mortalidad entre 40-60%, cifra que aumenta a 65% en aquellos que requieren asistencia respiratoria mecánica (ARM). El 85% de los ingresos por TBC en UTI se debe a insuficiencia respiratoria aguda y shock séptico.
Presentación: Desde enero de 2024 hasta abril 2026, el Hospital San Juan de Dios (La Plata) registró 472 casos de tuberculosis, con 176 internaciones y 17 ingresos a UTI. Se realizó un estudio de cohorte retrospectivo sobre los pacientes críticos (11 hombres, 6 mujeres; edad media 43.2 años, rango 15-73). La media de estancia hospitalaria fue de 13.5 días. Los motivos de ingreso incluyeron insuficiencia respiratoria aguda (n=10), postoperatorios (n=5), hemoptisis (n=1) y tuberculosis meníngea (n=1). La mortalidad fue del 41.18%, elevándose al 58.3% en pacientes con ARM. Observamos en nuestra población que los pacientes fallecidos presentaban consumo de exóticos, hipoalbuminemia severa y puntaje APACHE ambos elevados al ingreso. Notablemente, los dos pacientes con VIH sobrevivieron pese a requerir ARM. Respecto al tratamiento, tres pacientes recibieron esquemas de segunda línea por hepatotoxicidad (n=2) o multirresistencia (n=1)
Discusión: El estudio de nuestra UTI demostró que la tuberculosis en pacientes críticos mantiene un perfil alto de gravedad y mortalidad, especialmente ante insuficiencia respiratoria y necesidad de ARM. Este requerimiento se asoció a un incremento en predicción de mortalidad, acorde a la bibliografía disponible. La discrepancia en cuanto a la sobreviva de pacientes con VIH sometidos a ARM podría deberse a la muestra pequeña, sesgo de confirmación o buen tratamiento antirretroviral previo, lo cual nos abre la discusión a evaluar si gracias al acceso a TARV el HIV no necesariamente implique peor pronóstico en todos los contextos clínicos. De igual modo dejamos abierta la posibilidad de evaluar otros indicadores asociados a la mortalidad, inherentes al estado previo del paciente que no pueden ser evaluados en este estudio debido al pequeño grupo de pacientes muestreados.





0160 PRESENTACIÓN INFRECUENTE DE SÍNDROME DE SUPERPOSICIÓN INMUNOMEDIADA " TRIPLE M "

R BERTAINA(1), F LEVERATTO(1), JC SANTANA(1), J KOPAS(1), J ALVAREZ(1), G FINKELSTEIN(1), A GIRA(1), P FALVO(1), P PRATESI(1), D MONARDO(1)
(1) Universitario Austral

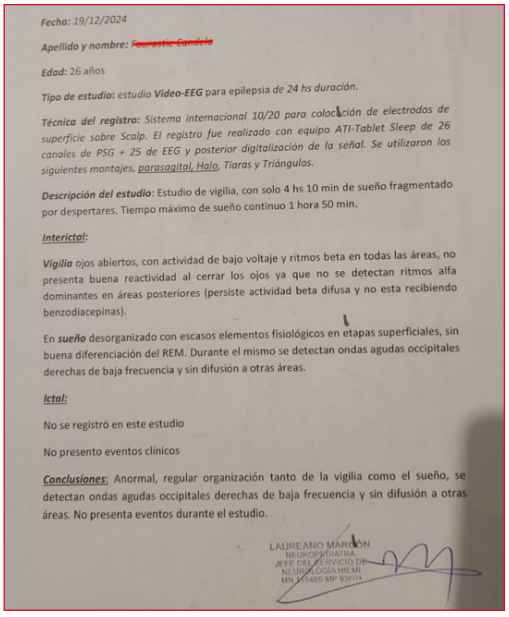
Introducción: Los inhibidores de puntos de control inmunológico han revolucionado la oncología, aunque pueden inducir eventos adversos inmunomediados poco frecuentes. La miastenia asociada a ICI es rara (<0,2%), de inicio precoz y rápida progresión. Su mortalidad alcanza 20–30% y supera el 50% cuando se asocia a miocarditis, configurando un síndrome de superposición de alta letalidad. Se produce por pérdida de tolerancia inmunológica con activación de linfocitos T autoreactivos, afectando la unión neuromuscular y asociándose a un síndrome de triple M (miositis, síndrome miasteniforme y miocarditis).
Caso clínico: Mujer de 80 años con diagnóstico de carcinoma de mama en tratamiento con pembrolizumab. Consulta por dos se-

manas de astenia progresiva diplopía, ptosis palpebral bilateral y disfagia. Presentó CPK 9308 U/L y troponina 501 ng/L , sin evidencia de isquemia en ECG ni alteraciones segmentarias en ecocardiograma. Ante sospecha de toxicidad inmunomediada, inició metilprednisolona a altas dosis y gammaglobulina intravenosa. Evolucionó con insuficiencia respiratoria, requiriendo AVM. Presentó mejoría bioquímica parcial, con troponina persistentemente elevada. Tras ocho días, se logró extubación exitosa. Por persistencia de debilidad neuromuscular, completó seis sesiones de plasmaféresis, con evolución clínica favorable.
Discusión: El síndrome miasteniforme inducido por inhibidores de PD-1 suele asociarse a miositis y miocarditis. La combinación de compromiso neuromuscular, elevación de CPK y troponina sin isquemia orienta a un síndrome de superposición inmunomediado. Si bien se consideraron diagnósticos diferenciales como miastenia de Novo o miopatías inflamatorias, el compromiso multisistémico y la evolución clínica apoyaron una etiología inmunomediada.
Conclusión: Este caso enfatiza la necesidad de alta sospecha clínica y tratamiento oportuno en una de las complicaciones más graves de la inmunoterapia.

0161 ANTICUERPOS NEGATIVOS, DIAGNÓSTICO POSITIVO: ENCEFALITIS AUTOINMUNE EN PACIENTE CON CRISIS REFRACTARIAS A PROPÓSITO DE UN CASO

MV VIEIRA DA COSTA(1), P VERÓN(1), P DOMINGUEZ(1), R LÓPEZ(1), G FERNÁNDEZ(1)
(1) Cl Pueyrredón

Introducción: La encefalitis autoinmune es una causa creciente de encefalitis no infecciosa; hasta 50% de los casos son seronegativos, dificultando su diagnóstico.
Presentación del caso: Paciente femenina de 21 años, con antecedente de trastorno bipolar y reciente cambio de tratamiento psicofarmacológico, consultó por crisis tónico-clónicas generalizadas recurrentes, con estado confusional persistente y registros subfebriles. Presentaba pródromo de fiebre y cefalea. Se inició levetiracetam sin control de crisis. Estudios iniciales (laboratorio, tomografía axial computada, resonancia nuclear magnética y estudio de líquido cefalorraquídeo (LCR)) sin hallazgos. Se instauró tratamiento antibiótico empírico, luego suspendido por cultivos negativos. Por continuar con la misma clínica, se repitió punción lumbar con resultados normales y anticuerpos negativos. Se realizó electroencefalograma inicial sin paroxismos; el video-electroencefalograma posterior evidenció paroxismos occipitales derechos. Ante la persistencia de fiebre, crisis y alteraciones conductuales sin respuesta al tratamiento, se planteó como posibilidad diagnóstica encefalitis autoinmune seronegativa. Considerando la gravedad del cuadro y el riesgo de descompensación psiquiátrica con corticoides, se decidió realizar tratamiento con inmunoglobulina endovenosa, con evolución clínica favorable. La paciente fue dada de alta y continúo controles por consultorio externo de Neurología. Se realizó posteriormente Tomografía por Emisión de Positrones combinada con Tomografía Computada, donde se identificó mínima asimetría en la captación del radionucleido en la corteza frontotemporal izquierda luego de la administración de contraste, correlacionándose con la sospecha de encefalitis.
Discusión: La proporción de casos de encefalitis autoinmunes seronegativas puede alcanzar hasta un 50%, dependiendo el método utilizado para búsqueda de anticuerpos. Además, aproximadamente 45-55% de los pacientes tienen LCR normal y 47-53% tienen resonancia magnética normal y solo 25-30% de los pacientes con encefalitis autoinmune seronegativa tienen tanto LCR como resonancia magnética normales simultáneamente. El caso planteado resalta la dificultad diagnóstica de esta patología. La presencia de pródromo febril, crisis epilépticas y alteración del sensorio orientó a etiología orgánica y la respuesta a inmunoterapia apoyó el diagnóstico, posteriormente confirmado con estudio por imagen.
Conclusión: La encefalitis autoinmune seronegativa puede presentarse con estudios completamente normales. La sospecha clínica constituye la principal herramienta diagnóstica, y su omisión puede retrasar un tratamiento potencialmente modificador del curso de la enfermedad.



Fecha: 19/12/2024

Apellido y nombre: ~~Fenando Candela~~

Edad: 26 años

Tipo de estudio: estudio ***Video-EEG*** para epilepsia de 24 hs duración.

Técnica del registro: *Sistema internacional 10/20 para colocación de electrodos de superficie sobre Scalp. El registro fue realizado con equipo ATI-Tablet Sleep de 26 canales de PSG + 25 de EEG y posterior digitalización de la señal. Se utilizaron los siguientes montajes, parasagital, Halo, Tiaras y Triángulos.*

Descripción del estudio: Estudio de vigilia, con solo 4 hs 10 min de sueño fragmentado por despertares. Tiempo máximo de sueño continuo 1 hora 50 min.

Interictal:

Vigilia ojos abiertos, con actividad de bajo voltaje y ritmos beta en todas las áreas, no presenta buena reactividad al cerrar los ojos ya que no se detectan ritmos alfa dominantes en áreas posteriores (persiste actividad beta difusa y no esta recibiendo benzodiacepinas).

En ***sueño*** desorganizado con escasos elementos fisiológicos en etapas superficiales, sin buena diferenciación del REM. Durante el mismo se detectan ondas agudas occipitales derechas de baja frecuencia y sin difusión a otras áreas.

Ictal:

No se registró en este estudio

No presento eventos clínicos

Conclusiones: Anormal, regular organización tanto de la vigilia como el sueño, se detectan ondas agudas occipitales derechas de baja frecuencia y sin difusión a otras áreas. No presenta eventos durante el estudio.

LAUREANO MARÓN
NEUROPEDIATRA
JEFE DEL SERVICIO DE
NEUROLOGÍA HIEMI
MN 90465 MP 93614

0162 LA DERIVACIÓN VENTRÍCULO-PLEURAL COMO ESTRATEGIA DE RESCATE EN SÍNDROME DE DANDY –WALKER

J KOPAS(1), E BELLONE(1), MJ CHUQUIN(1), L BRANCO(1), V BRIZUELA(1), S PRATESI(1), D MONARDO(1), D CZERWONKO(1), A GIRA(1)
(1) Universitario Austral

Introducción: El síndrome de Dandy-Walker es una malformación congénita infrecuente asociada a hidrocefalia. Usualmente requiere derivaciones ventriculares permanentes, cuyas fallas reiteradas vinculadas a complicaciones infecciosas, mecánicas y trombóticas pueden limitar progresivamente las alternativas de derivación viables. Las derivaciones ventriculares constituyen el tratamiento estándar de la hidrocefalia, siendo la derivación ventrículo-peritoneal la primera elección. Sin embargo, presentan tasas significativas de disfunción a lo largo del tiempo, principalmente mecánicas e infecciosas. Cuando estas complicaciones se perpetúan, se plantean alternativas como la derivación ventrículo-atrial, o en última instancia, ventrículo-pleural (incidencia 1-3%).
Caso clínico: Paciente femenina de 25 años con antecedente de Síndrome de Dandy-Walker, asociado a retraso psicomotor, parálisis cerebral cuadriparetica espástica e hidrocefalia, con múltiples cirugías de derivación ventricular desde el período neonatal.
Ingresa a UCI por falla de derivación ventrículo-peritoneal e hipertensión endocraneana secundaria, requiriendo múltiples recambios y conversiones (ventrículo-atrial y derivación externa transitoria con conexión a bolsa de Becker). Evoluciona con reiteradas disfunciones valvulares, infecciones (incluida meningitis bacteriana por Pseudomonas aeruginosa) y eventos trombóticos. Ante la recurrencia de

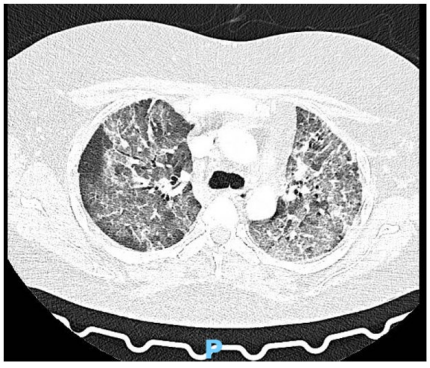
complicaciones y la limitación progresiva de sitios convencionales, se realiza ventriculografía dinámica que evidencia obstrucción distal de la derivación ventrículo-atrial, decidiéndose la colocación de una derivación ventrículo-pleural mediante abordaje toracoscópico. La paciente evoluciona con adecuado funcionamiento del nuevo sistema, logrando el egreso hospitalario.
Discusión: El presente caso presenta fallas seriadas y recurrentes de distintos sistemas de derivación.
Ante la progresiva pérdida de sitios de derivación viables se describe la derivación ventrículo-pleural como una alternativa en situaciones seleccionadas, generalmente cuando las cavidades peritoneal y vascular no son utilizables. Sin embargo, su uso es menos habitual y con menor evidencia disponible, asociándose principalmente a riesgo de complicaciones pleuropulmonares.
Conclusión: En pacientes con hidrocefalia de difícil manejo asociada a múltiples fallas de derivación, la derivación ventrículo-pleural puede considerarse una alternativa terapéutica válida en escenarios seleccionados.

0163 TOXICIDAD POR ANTICUERPO CONJUGADO: UN IMITADOR DE INFECCIÓN EN PACIENTE CRÍTICA A PROPÓSITO DE UN CASO

VIEIRA DA COSTA, MV (1), S VIERA(1), P DOMÍNGUEZ(1), G FERNÁNDEZ(1)
(1) Cl Pueyrredón

Introducción: El Trastuzumab deruxtecan es un anticuerpo conjugado utilizado en cáncer de mama HER2 positivo/metastásico, asociado a mayor sobrevida. Sin embargo, puede provocar neumonitis inducida por fármacos, reportada en hasta 10–15% de los casos, con potencial evolución grave.
Presentación de caso: Paciente femenina de 40 años, con antecedente de VIH y cáncer de mama estadio IV en tratamiento con Trastuzumab deruxtecan. Presentó dos internaciones separadas por dos meses de diferencia, ambas por insuficiencia respiratoria aguda ingresando con un cuadro de disnea progresiva acompañada de mala mecánica respiratoria, fiebre elevada, e infiltrados bilaterales en tomografías de tórax, motivando su ingreso al Servicio de Terapia Intensiva. En ambas situaciones se planteó como diagnóstico diferencial neumonía grave versus neumonitis secundaria a quimioterapia, iniciándose antibioticoterapia empírica y corticoterapia ajustada a la severidad del caso. Durante la primera internación, los policultivos resultaron negativos y el lavado broncoalveolar no evidenció etiología infecciosa, orientando la causa a toxicidad pulmonar, con evolución favorable y alta hospitalaria. En la segunda internación, a pesar de un abordaje inicial similar, la paciente presentó deterioro clínico progresivo, requiriendo ventilación mecánica. En este contexto, se aislaron cultivos positivos para Klebsiella BLEE, interpretándose como sobreinfección bacteriana. Se completó tratamiento antibiótico dirigido, con posterior mejoría clínica.
Discusión: La neumonitis inducida por fármacos asociada a Trastuzumab deruxtecan constituye un diagnóstico de exclusión que representa un desafío significativo en pacientes inmunocomprometidos, donde la presentación clínica e imagenológica puede ser idéntica a infecciones respiratorias graves. En este contexto, la ausencia de aislamiento microbiológico inicial, los hallazgos del lavado broncoalveolar y la respuesta a corticoterapia orientan hacia una etiología farmacológica.
Conclusión: En pacientes oncológicos inmunocomprometidos, la neumonitis por Trastuzumab deruxtecan puede simular infección respiratoria grave, constituyendo un desafío diagnóstico. Su sospecha y tratamiento precoz son fundamentales para mejorar la evolución clínica

Fig. 1. Tomografía de tórax realizada al ingreso de la primera internación.



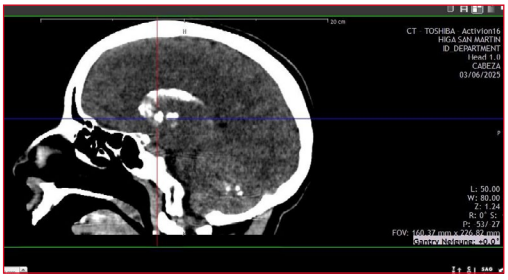
Fieg. 2. Angiotomografía de tórax realizada al ingreso de la segunda internación.

0164 REPORTE DE CASO: SINDROME DE FAHR

S LANCHAS(1), G MALDONADO(1), M MORELLI(1), R ROSA(1), AI SOSA RODRÍGUEZ(1), JB CAMPOSTRINI(1), A BETANCUR(1), G SÁENZ(1)
(1) HIGA San Martin de La Plata

Introducción: La enfermedad de Fahr se caracteriza por presentar calcificaciones simétricas y bilaterales en ganglios basales, cerebelo y sustancia blanca periventricular que causan manifestaciones neurológicas y psiquiátricas. La literatura se basa en reportes de caso con pocos estudios de prevalencia, presentando una incidencia entre 1.3 - 20.6%.
Presentación de caso: Paciente femenina de 26 años con antecedentes de síndrome poliglandular autoinmune tipo 1 (hipoparatiroidismo primario, FOP, Enfermedad de Adisson, celiaquía) con mala adherencia al tratamiento, traída por familiares a guardia de admisión por deterioro del nivel de conciencia, náuseas, vómitos y dolor en región dorso-lumbar.
Al examen presentó signos vitales dentro de límites normales, ventilando espontáneamente, GCS 11/15 (O4V2M5) pupilas intermedias isocoricas reactivas. En laboratorio evidenció sodio 111mEq/L, calcio 3,15mEq/L y CPK 4647UI/L. Se administró bolo de hipertónico de sodio al 3% sin respuesta. En TC encéfalo evidenció calcificaciones encefálicas a nivel periventricular, ganglios basales y unión de sustancia gris-blanca. Punción lumbar sin particularidades.
Evolucionó con shock distributivo y deterioro neurológico con GCS 10/15 (04V1M5). Se interpretó como hiponatremia severa sintomática e hipocalcemia severa por insuficiencia suprarrenal aguda asociado a rabdomiolisis. Se inició amplio plan de hidratación, hi-

pertónico de sodio al 3% e hidrocortisona 100mg/8hs con franca mejoría y resolución de síntomas. Por hallazgos imagenológicos, se reinterpretó como probable Enfermedad de Fahr.
Discusión: La enfermedad y el síndrome de Fahr presentan manifestaciones clínicas similares. El síndrome se presenta entre los 30 a 40 años caracterizado por un trastorno subyacente, como el hipoparatiroidismo; mientras que la enfermedad de Fahr presenta calcificación bilateral simétrica progresiva en los ganglios basales, asociado a factores genéticos, manifestándose entre los 40 a 60 años.
Conclusión: Bajo una intervención oportuna, el síndrome de Fahr, mejora sintomatológicamente y se previenen complicaciones, pero la enfermedad de Fahr no dispone de una terapia eficaz. Ante el hallazgo de calcificaciones en ganglios basales es recomendado el control del perfil fosfocálcico y de niveles de PTH para excluir enfermedad paratiroidea como su causa.



0165 TRAUMATISMO PENETRANTE DE CUELLO CON LESIÓN TRAQUEAL. REPORTE DE CASO

M GONZALEZ(1), F QUINTERO(1), D BASUALDO(1)
(1) Descentralizado Dr. Guillermo Rawson.

Introducción: El traumatismo penetrante de cuello representa una urgencia vital por la concentración de estructuras vasculares, digestivas y respiratorias en un espacio anatómico reducido. Las lesiones traqueales son infrecuentes, pero presentan elevada mortalidad prehospitalaria, generalmente vinculada a obstrucción de la vía aérea, hemorragia masiva o lesiones vasculares asociadas. El diagnóstico precoz y el control inmediato de la vía aérea son determinantes en la evolución.
Presentación del caso: Paciente masculino de 31 años, con antecedentes de policonsumo, asma y tabaquismo severo, ingresó por herida de arma blanca en triángulo posterior izquierdo del cuello, con trayecto horizontal de izquierda a derecha. Al arribo presentó insuficiencia respiratoria aguda, requiriendo intubación orotraqueal y ventilación mecánica. La tomografía computada evidenció neumotórax derecho y neumomediastino, realizándose drenaje pleural. Persistió enfisema subcutáneo progresivo, por lo que se efectuó fibrobroncoscopía flexible que confirmó lesión lineal de la pared posterior de la tráquea cervical (pars membranosa), menor al 50% de la circunferencia. Se descartó lesión esofágica mediante videoendoscopía digestiva alta. Sin evidencia de lesión vascular asociada, se decidió manejo quirúrgico conservador mediante traqueostomía por debajo del sitio lesionado. Durante la internación evolucionó con neumonía asociada a ventilación mecánica, tratada según cultivos respiratorios positivos para Streptococcus pneumoniae y Haemophilus influenzae. Actualmente presenta mejoría clínica, vigil, responde órdenes simples y continúa en proceso de desvinculación ventilatoria.
Discusión: La presencia de neumomediastino y enfisema subcutáneo en trauma cervical obliga a sospechar lesión traqueal. La fibrobroncoscopía constituye el método diagnóstico de elección al localizar y caracterizar la lesión. En lesiones membranosas pequeñas, sin compromiso circunferencial ni lesiones asociadas mayores, puede considerarse manejo conservador con traqueostomía distal, reservando reparación quirúrgica extensa para casos seleccionados. Una complicación relevante es la estenosis traqueal cicatricial.
Conclusión: Este caso resalta la importancia del abordaje sistemático del trauma cervical penetrante, el control temprano de la vía aérea y el uso de fibrobroncoscopía para definir conducta terapéutica. El seguimiento endoscópico posterior resulta esencial para detectar estenosis y decidir decanulación o reparación definitiva.

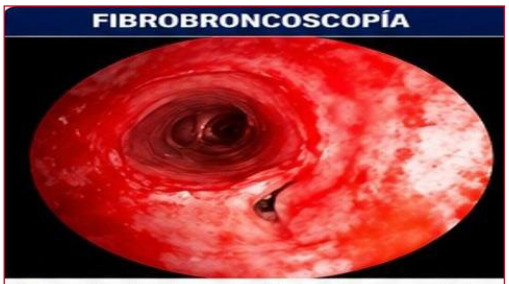


Figura 1. Lesión de continuidad en la cara posterior de la tráquea a aproximadamente 6 cm de la carina. Se observa compromiso mucoso y exposición de planos profundos, con inflamación difusa.

0166 SHOCK REFRACTARIO EN INMUNOTERAPIA: MIOCARDITIS FULMINANTE CON DISAUTONOMIA ASOCIADA

R BERTAINA(1), N ILLESCAS(1), LA VELEZ(1), N CANO(1), MG COLINAS(1), P FALVO(1), A GIRA(1), P PRATESI(1)
(1) Universitario Austral

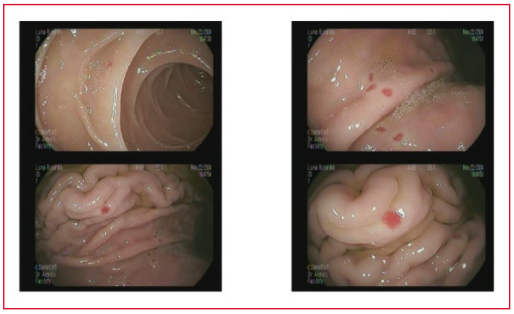
Introducción: Los inhibidores de checkpoints inmunológicos (ICI), como nivolumab, han transformado el tratamiento de múltiples neoplasias, aunque pueden inducir eventos adversos inmunomediados potencialmente graves. Entre ellos, la miocarditis inmunomediada es infrecuente (incidencia <1%), pero se asocia a elevada mortalidad. La coexistencia de compromiso neurológico y autonómico incrementa la complejidad diagnóstica y terapéutica y exige reconocimiento precoz, soporte intensivo y un abordaje multidisciplinario oportuno.
Caso clínico: Mujer de 69 años con antecedente de carcinoma urotelial del tracto superior en tratamiento con cisplatino, gemcitabina y nivolumab. Consultó por diplopía, debilidad en miembros inferiores y disfagia, asociadas a dolor torácico opresivo. El electrocardiograma evidenció supradesnivel del ST en aVR, V1 y V2, con infradesnivel difuso del ST. La troponina ultrasensible fue >50.000 ng/L. La coronariografía no evidenció lesiones obstructivas. La ecocardiografía mostró disfunción biventricular. Evolucionó con shock cardiogénico. Ante la alta sospecha de miocarditis inmunomediada, se inició tratamiento con inmunoglobulina intravenosa altas dosis y metilprednisolona 1 g. Posteriormente, se observó una rápida mejoría del gasto cardíaco persistiendo la vasoplejía y el requerimiento de vasopresores, interpretada en el contexto de disautonomía inmunomediada asociada. La evolución fue desfavorable, con desenlace fatal.
Discusión: La miocarditis asociada a ICI puede manifestarse como un síndrome inflamatorio multisistémico con compromiso cardíaco, neurológico y autonómico simultáneo. En este caso, la ausencia de enfermedad coronaria obstructiva, la disfunción ventricular severa, la marcada elevación de biomarcadores y la respuesta inicial

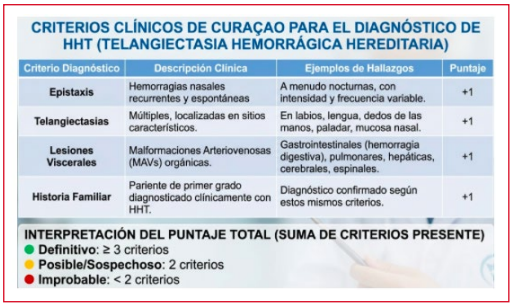
a corticoides sustentan el diagnóstico de miocarditis fulminante inmunomediada.
La persistencia de vasoplejía pese a la mejoría parcial del gasto cardíaco sugiere compromiso autonómico concomitante, lo que complejiza la interpretación fisiopatológica del shock y puede conducir a iatrogenia si no se integra adecuadamente la información clínica.
Conclusiones: La miocarditis fulminante inmunomediada constituye una urgencia con alta mortalidad. La coexistencia de disautonomía severa puede perpetuar un estado de shock refractario, aun en presencia de mejoría parcial de la función cardíaca. El inicio precoz de corticoides intravenosos en altas dosis puede modificar transitoriamente la evolución hemodinámica y debe considerarse ante la sospecha clínica.

0167 TELANGIECTASIA HEMORRÁGICA HEREDITARIA DE PRESENTACIÓN TARDÍA Y EVOLUCIÓN CATASTRÓFICA EN CUIDADOS CRÍTICOS

JI SAMMARTINO(1), A CAPRIOTTI(1), S BARRIONUEVO(1), G FERNÁNDEZ(1)
(1) Cl Pueyrredón

Introducción: La telangiectasia hemorrágica hereditaria (HHT) es una displasia vascular que se caracteriza por la presencia de telangiectasias cutaneomucosas, epistaxis y malformaciones arteriovenosas sistémicas. Su debut tardío con complicaciones como hipertensión portal no cirrótica y sangrado digestivo representa un desafío terapéutico de extrema complejidad en cuidados críticos.
Presentación del caso: Paciente masculino de 54 años de edad con antecedentes de artritis reumatoide, hipertensión arterial y HHT de reciente diagnóstico ingresa por un síndrome anémico de origen digestivo con requerimiento transfusional.
Evoluciona con síndrome ascítico edematoso, GASA mayor a 1.1 y ecocardiograma con función sistólica conservada y sin dilatación de cavidades. Se indicó tratamiento precoz con bevacizumab.
Intercurre con hemorragia digestiva baja y shock hipovolémico. Arteriografía y angiotomografía de abdomen sin evidencia de origen del sangrado.
Ante la refractariedad hemodinámica y el requerimiento de soporte vasopresor (noradrenalina, vasopresina y azul de metileno), se realizó una laparotomía exploratoria de urgencia donde se efectuó enterotomía para endoscopia intraoperatoria confirmando múltiples telangiectasias en intestino medio.
Pese al soporte multimodal y el protocolo de transfusión masiva, el cuadro progresó a shock refractario y fallecimiento.
Discusión: El caso ilustra la agresividad de la HHT manifestada por la hipertensión portal y sangrado en intestino medio. La endoscopia intraoperatoria fue determinante para objetivar la extensión de las lesiones, aunque su naturaleza multifocal impidió el control hemostático. La eficacia del bevacizumab fue limitada por la severidad del shock, subrayando la escasa ventana terapéutica.
Conclusión: La HHT con compromiso sistémico requiere sospecha clínica precoz ante hipertensión portal de etiología no aclarada. La refractariedad al tratamiento antiangiogénico y quirúrgico destaca la necesidad de protocolos específicos para el manejo del sangrado crítico.

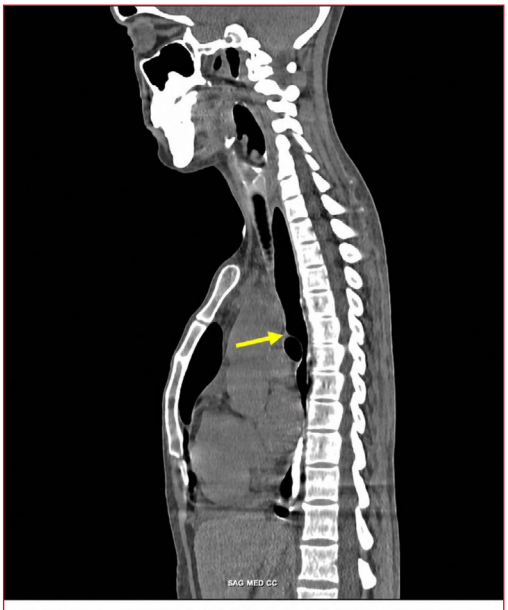




0168 CRISIS RENAL ESCLERODÉRMICA COMO DEBUT DE ESCLEROSIS SISTÉMICA DIFUSA CON FALLO MULTIORGÁNICO Y EVOLUCIÓN REFRACTARIA: REPORTE DE CASO.

S BARRIONUEVO(1), A GARCIA(1), AL NISNIK(1), M REZNICHENCO(1), E PEDRAZA(1), P CENTANNI(1)
(1) Hospital Misericordia Nuevo Siglo

Introducción: La esclerosis sistémica (ES) es una enfermedad autoinmune caracterizada por vasculopatía y fibrosis multiorgánica. La crisis renal esclerodérmica (CRE) es una complicación infrecuente pero grave, caracterizada por hipertensión maligna, fallo renal agudo (FRA) y microangiopatía trombótica. Su presentación como debut de ES no diagnosticada constituye un desafío diagnóstico y terapéutico en cuidados intensivos.
Caso clínico: Paciente femenina de 37 años, sin antecedentes patológicos, ingresa por deterioro del estado general, disnea, disfagia y oliguria en contexto de emergencia hipertensiva (200/120 mmHg). Al examen físico: microstomía, esclerodactilia, úlceras digitales, telangiectasias y fenómeno de Raynaud.
El laboratorio evidenció FRA severo, anemia hemolítica microangiopática con esquistocitos en frotis periférico, marcadores cardíacos elevados, acidosis metabólica compensada, marcadores inflamatorios elevados. Proteinuria en muestra aislada.
El ecocardiograma doppler mostró severa dilatación del ventrículo izquierdo, FEy 20%, insuficiencia mitral severa, hipertensión pulmonar y resistencia vascular periférica aumentada. Estudios por imágenes demostraron consolidación en el vértice pulmonar derecho e importante distensión esofágica sin estenosis orgánica. La evolución clínica fue con gastroparesia severa e intolerancia a nutrición enteral y requerimiento de nutrición parenteral.
Se inició enalaprilato intravenoso, hemodiálisis diaria y soporte inotrópico. El perfil autoinmune mostró ANA positivo 1/640 con patrón nucleolar homogéneo (AC-8 de ICAP); anti-SCL70, anticentrómero y ANCA negativo, hipocomplementemia y anticoagulante lúpico positivo. Se administró metilprednisolona y posteriormente ciclofosfamida.
Se complicó con bacteriemia por Staphylococcus aureus meticilino sensible, convulsión tonicoclónica sin lesiones estructurales en imágenes y progresión del compromiso pulmonar. Requirió asistencia respiratoria mecánica con fracaso en el weaning ventilatorio. Recuperó diuresis sin recuperar la función renal.
Discusión: Este caso ilustra una forma de debut fulminante de ES con compromiso multiorgánico destacándose tres dilemas: el momento oportuno para iniciar inmunosupresión, la complejidad del soporte hemodinámico y la interpretación del descenso progresivo de creatinina sin recuperar la función renal.
La utilización de corticoides representó una decisión terapéutica controvertida, sin embargo se priorizó el control inflamatorio. La afectación gastrointestinal probablemente contribuyó al deterioro nutricional y a la evolución desfavorable.
Conclusión: La integración del fenotipo clínico y del perfil inmunológico permitió sostener el diagnóstico pese a la ausencia de anticuerpos específicos y resultó esencial para instaurar tratamiento oportuno, aun cuando la evolución pueda ser refractaria pese al manejo intensivo.



TC sagital de cuello y tórax: dilatación esofágica difusa y marcada (flecha) sin evidencia de obstrucción mecánica, compatible con dismotilidad severa asociada a **esclerosis sistémica.**

Figura 1. Manifestaciones clínicas. A) Facies esclerodérmica con microstomía, telangietasiaas y piel tensa. B) Esclerodactilia con úlceras digitales y lesiones cicatrizales.

0169 ENCEFALOPATIA POSTERIOR REVERSIBLE ATÍPICA: DISAUTONOMIA Y NEUROPATÍA DE FIBRA FINA COMO CLAVES DIAGNÓSTICAS

MI CAZENAVE(1), B PETRINI(1), JC DI CARLO(1), MJ BONILLA(1), L BRANCO(1), A DONNELLY(1), P FALVO(1), D CZERWONKO(1), E BELLONE(1), A GIRA(1), S COSENZA(1), J ALVAREZ(1)
(1) Universitario Austral

Introducción: El síndrome de encefalopatía posterior reversible (PRES) es una entidad clínico-radiológica descripta por Judy Hinchey en 1995 como "leucoencefalopatía posterior". Presenta etiología heterogénea y puede afectar a todos los grupos etarios, con mayor frecuencia en mujeres jóvenes. Se manifiesta con cefalea, alteración del sensorio, convulsiones y trastornos visuales, habitualmente en el contexto de hipertensión arterial severa o exposición a fármacos. Su fisiopatología involucra disfunción endotelial y/o desregulación de la autorregulación cerebral, generando edema vasogénico predominantemente en regiones occipitales, evidenciable mediante resonancia magnética (RM). El reconocimiento precoz y el tratamiento oportuno de la causa subyacente se asocian a buen pronóstico.
Caso clínico: Mujer de 17 años que consultó por dolor urente distal en las cuatro extremidades asociado a cefalea occipital de tres semanas de evolución. Evolucionó con hipertensión arterial, cefalea intensa y status epiléptico. La RM cerebral evidenció hallazgos compatibles con PRES, con líquido cefalorraquídeo (LCR) normal. Se inició control estricto de la presión arterial con fármacos titulables y tratamiento anticonvulsivante, junto con estudio etiológico exhaustivo. Ante la sospecha de mecanismo inmunológico, se indicaron pulsos de corticoides y plasmaféresis. La paciente evolucionó favorablemente, logrando desvinculación de la ventilación mecánica. La RM de control mostró resolución de las lesiones. Por persistencia de disestesias y eritromelalgia, se planteó neuropatía de fibra fina, confirmada mediante test sensitivo cuantitativo (QST).
Discusión: Durante la evaluación etiológica se descartaron causas metabólicas (hiperparatiroidismo, porfiria), enfermedades desmielinizantes (neuromielitis óptica), autoinmunes, exposición a fármacos y causas secundarias de hipertensión arterial. Asimismo, se consideraron diagnósticos diferenciales como MOGAD, ADEM, encefalopatías autoinmunes y formas atípicas de síndrome de Guillain-Barré. Se excluyeron intoxicación por metales, déficits vitamínicos y enfermedad de Fabry como causas de neuropatía de fibra fina. La asociación con eritromelalgia sugiere un posible trastorno de canales de sodio como mecanismo subyacente.
Conclusiones: Se presenta un caso infrecuente de PRES en paciente joven asociado a disautonomía en el contexto de neuropatía de fibra fina, probablemente vinculada a alteraciones en canales de sodio. Este caso resalta la importancia de una evaluación etiológica exhaustiva en pacientes con presentaciones atípicas. Se encuentra en curso el estudio genético para confirmación diagnóstica.

0172 TROMBOSIS EXTENSA SUPRA E INFRARRENAL DE CAUSA MULTIFACTORIAL EN PACIENTE TRASPLANTADA RENAL

A DONELLY(1), F LEVERATTO(1), JC SANTANA(1), J KOPAS(1), G FINKELSTEIN(1), R COSTANTINI(1), D MONARDO(1), A RIOS(1), V POUSA(1), A GIRA(1), S COSENZA(1)
(1) Universitario Austral

Introducción: La trombosis venosa profunda (TVP) extensa constituye una entidad de elevada morbimortalidad, especialmente cuando compromete el eje iliocavo. La incidencia global de TVP se estima en 1–2 casos por 1.000 habitantes/año, incrementándose en pacientes críticos. La mortalidad es del 15–20%. La trombosis asociada a catéter venoso central es una complicación reconocida, con mayor riesgo en presencia de antecedentes de trombosis, neoplasias, infecciones activas y características del dispositivo, como catéteres multilumen. Asimismo, en pacientes con enfermedad renal crónica y trasplante renal, el riesgo trombótico se incrementa por estados proinflamatorios, disfunción endotelial e inmunosupresión.
Caso clínico: Paciente femenina de 78 años con hipertensión arterial y enfermedad renal crónica por poliquistosis, en hemodiálisis desde 2023, trasplantada renal. Antecedentes de toxicidad por Tacrolimus (se rota a Sirolimus) y trombocitopenia medicamentosa. Ingresa a los 30 días post trasplante por melena, síncope y disnea, asociado a asimetría marcada de miembros inferiores. La angiotomografía evidenció TVP bilateral con extensión al eje iliocavo y compromiso de vena cava inferior, descartando tromboembolismo pulmonar asociado. Videoendoscopia a su ingreso evidenció lesión Forrest III. Estudios para trombofilia negativa.
Por deterioro clínico se realizó flebografía + trombectomía mecánica desde femoral común hasta vena cava inferior con balón con posterior tromboaspiración + angioplastia y colocación de stent en vena cava inferior por estenosis asociada a catéter de hemodiálisis, con restitución del flujo. Se inició anticoagulación con heparina. Evolucionó con shock distributivo refractario con falla multiorgánica, falleciendo al mes.
Discusión: Este caso evidencia la interacción de múltiples factores protrombóticos. La presencia de un catéter venoso central en desuso favorece la trombosis por alteraciones del flujo, daño endotelial y posible colonización subclínica. El tratamiento con sirolimus se ha asociado a mayor riesgo trombótico, vinculado a disfunción endotelial y alteraciones en la reparación vascular. A esto se suma el estado protrombótico del trasplante renal. El manejo combinó estrategias de reperfusión endovascular y anticoagulación sistémica.

Conclusión: La TVP extensa en pacientes trasplantados responde a una etiología multifactorial. La identificación y corrección de factores modificables, como catéteres en desuso, es clave para la prevención. El abordaje precoz e individualizado resulta fundamental, aunque el pronóstico continúa siendo desfavorable en pacientes críticos.

0173 MICROANGIOPATIA TROMBOTICA X ACCIDENTE OFIDICO

LE MAIDANA(1), K OJEDA(1), A VIEYRA(1), R ELVIRA(1), J NUÑEZ(1), M BORONAT(1), A AQUINO(1), S GUERRERO(1)
(1) Angela I. De Llano

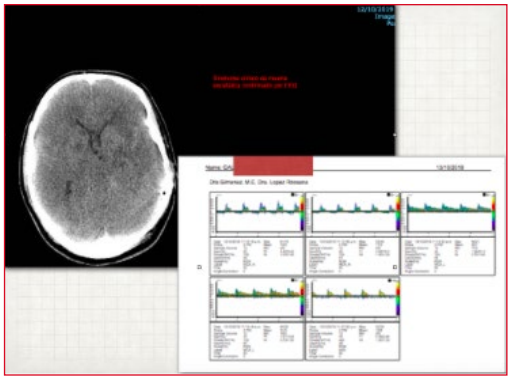
Introducción: Los accidentes por ofidios del género bothrops de alta incidencia (95 %) en latinoamérica, describen complicaciones sistémicas y alta mortalidad, sin uso precoz de suero antiofídico y soporte vital (renal-respiratorio – etc.). Se documenta en este caso microangiopatía trombótica x veneno ofídico.
Caso clínico: Paciente masculino de 48 años, quien sufre accidente ofidico en brazo derecho, pasadas horas presenta edema, dolor e impotencia funcional, concurre a hospital de localidad luego de 72 hs, recibe líquidos + suero antiofidico (aprox 12 unidades), agrega oligoanuria, laboratorio con niveles nitrogenados aumentados. Inicia diuréticos + expansión de cristaloides sin resultados, se deriva a UTI.
Ingresa lucido, con ventilación espontanea, SAT 98%., Acusa nauseas.
Piel y TCS: equimosis en punciones + hematomas en región lateral posterior brazo. Ictericia.
Soplo sistolico, buena perfusion periférica, hipertenso 180/90.
Diuresis x sonda, oligoanurico, escasa hematuria.
Se pasa 2 u de SAO, salen hemocultivos inicia ams.
Se transfunden pgr.
Ingresa a hemodialisis + plasmaferesis con albumina.
Complementarios: Lab anemia hemolítica, hiperbilirrubinemia indirecta, ldh elevada, plaquetopenia severa, urea y creatinina elevada, acidosis metabólica, hepatitis.
Ecografía renal normal.
Evolución: Recibe 5 días totales de aféresis con recambio de albumina + hemodialisis. Con mejoría cínica y alta hospitalaria.
Discusión: La mordedura por ofidios considerada por la oms una enfermedad tropical desatendida, con prevalencia en regiones rurales y hombres jóvenes mortalidad, ligada a fallas sistémicas (respiratoria, renal, hematológicas y sepsis.)
Conclusión: Discrasias hematologicas causal de muerte en ofidismo por bothrops. Reportando mat (5-10%), sin sugerencias en tratamiento, exceptuando el uso de sao en forma precoz, es menester para prevenir la mortalidad.
18/2
19/2 20/2 23/02 24/02
Hemograma (frotis)
Esquistocito: 4-5 x cmapo
HTO: 19
GLB: 7000
24/52/0/0/14/4
HTO: 14%
Esquistocito
4-5% x campo
GB: 10000
24/48/2/0/18/0/ HTO: 19%
Esquistocito 6x campo hto:26%
Esquistocito
Escasos
GB: 13.000
8/72/0/0/10/0
Glucemia 81 96 119
Urea/crea
223/8,53 Urea/crea
145/6,14 Urea/crea
266/12,71
GOT/GPT/FAL
152/84/77 Got/gpt/fal
14/41/1293
Coagulo:
TP: 75% kptt: 28
Fibrinogeno: 340 coagulo normal
TP: 80% kptt: 28 fibrinogeno: 400mg caogulo:
TP: 70%
KPTT: 28 normal
Plaquetas
< 10000 Plaquetas
< 10000 Plaquetas
< 40000 Plaquetas
< 190000
Iono
132/4,6/105
EAB
7.29/17,8/-17/8/103/98%
CPK: 633 430
LDH: 10460 3539 3378 1103
BILT: 1.40
D: 0,20/i 1.20

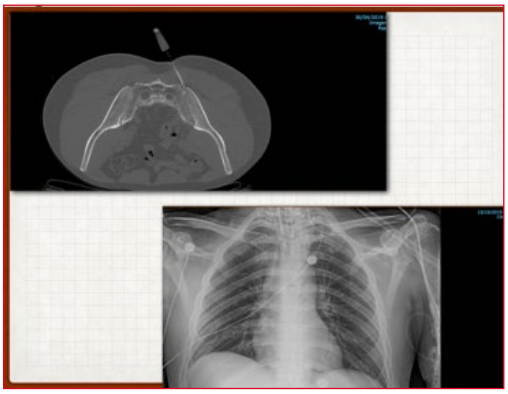
0174 MANIFESTACIONES ATÍPICAS DE UNA LUMBALGIA PERSISTENTE: CUANDO EL AISLAMIENTO BACTERIOLÓGICO NO EXPLICA LA EVOLUCIÓN. REPORTE DE CASO

MA VILLARRUEL(1), G FERNÁNDEZ(1), R LÓPEZ(1), S VIERA(1), P DOMINGUEZ(1), MM TÁRTARA(1), C MIGLIORANZA(1)
(1) Cl Pueyrredón

Introducción: La tuberculosis extrapulmonar y diseminada plantea desafíos diagnósticos por sus presentaciones atípicas, que simulan infecciones piógenas, y el bajo rédito de cultivos convencionales. Estas limitaciones retrasan el diagnóstico definitivo e inducen esquemas antibióticos inadecuados que empeoran su pronóstico.
Presentación: Varón de 27 años, previamente sano, que inicia con lumbalgia, la cual es tratada con bloqueo radicular por presunta hernia discal. Al mes, presenta fiebre y dolor; se interna con diagnóstico de osteomielitis sacroilíaca derecha por SAMS, iniciando rifampicina-TMS por 12 semanas.
Ante reagudización febril finalizando el esquema, se solicita RMN que informa "extensa lesión en articulación sacro ilíaca derecha". Se realiza punción guiada bajo TAC, con anatomía patológica que informa osteomielitis granulomatosa. Bajo nuevo esquema antibiótico, el paciente persiste febril y agrega cefalea y vómitos, por lo que se realiza punción lumbar (con hipoglucorraquia e hiperproteinorraquia, y PCR positivos para tuberculosis) y RMN de encéfalo con múltiples imágenes sugestivas de micro abscesos cerebrales. Se solicitó PET con tejidos hipercaptantes en región sacroilíacas y esternal. Considerando el proceso osteoarticular sacroilíaco como foco inicial de tuberculosis, se asume cuadro compatible con diseminación extrapulmonar en paciente posiblemente inmunocomprometido no VIH, no bacilífero. Se inicia tratamiento antifímico.
A los 45 días desarrolla deterioro del sensorio, hemiparesia derecha y lesiones subcorticales. Angiorresonancia y DTC confirman vasculitis de SNC y vasoespasmo severo. Pese a ventriculostomía, inmunoglobulina y soporte crítico por estatus epiléptico, el paciente evoluciona a muerte encefálica.
Discusión: La coherencia del caso radica en la monoterapia encubierta. El aislamiento inicial de SAMS condujo al uso de rifampicina, fármaco clave contra M. tuberculosis. Este uso inadvertido no sólo retrasó el diagnóstico correcto, sino que pudo seleccionar cepas resistentes y permitir la progresión hacia una forma diseminada. La vasculitis del SNC es una complicación grave en este contexto, responsable del infarto cerebral y el desenlace fatal.

Conclusión: La TBC debe ser un diagnóstico diferencial primario en osteomielitis de evolución tórpida. Se debe ejercer extrema cautela al utilizar rifampicina en cuadros de etiología incierta, dado que su uso como monoterapia encubierta puede enmascarar la enfermedad y precipitar una diseminación fatal hacia el sistema nervioso central.

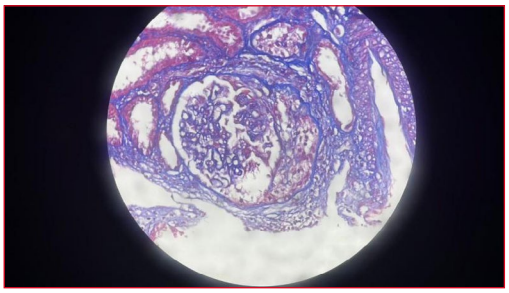


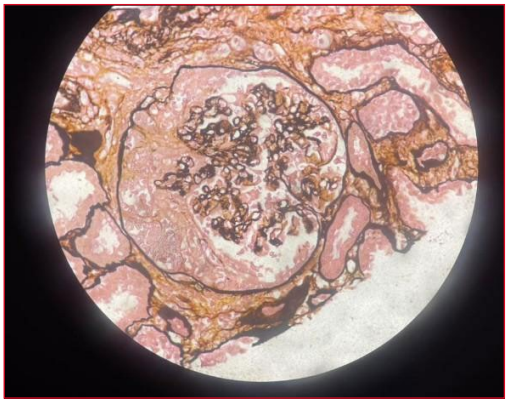


0175 GLOMERULONEFRITIS RÁPIDAMENTE PROGRESIVA ASOCIADA A STAPHYLOCOCCUS AUREUS EN EL PACIENTE CRÍTICO: REPORTE DE CASO Y REVISIÓN BREVE

D GUERRERO(1), A CANTOS(1), D ZERDA(1), J ARANIBAR(1), L CARRERA(1), B DAGLIO(1), L SOLIZ(1), C POZO(1)
(1) Unidad Asistencial Cesar Milstein

Introducción: La glomerulonefritis asociada a infección por Staphylococcus aureus representa un cambio epidemiológico respecto a la forma postestreptocócica clásica, dado que ocurre en el contexto de infección activa. Predomina en pacientes añosos con comorbilidades como diabetes mellitus, uso de drogas intravenosas y endocarditis infecciosa. El 22,9% progresó a enfermedad renal terminal con requerimiento de diálisis y el 14,5% falleció.
Caso clínico: Paciente masculino de 67 años, con antecedente de fibrilación auricular anticoagulada con rivaroxabán, consulta por disnea progresiva de tres meses de evolución (clase funcional III–IV), asociada a edemas en miembros inferiores y hemoptisis. Al examen físico se evidencia fibrilación auricular de alta respuesta ventricular, crepitantes bibasales, dermatitis ocre y eritema pretibial derecho.
Tomografía computarizada de tórax evidenció adenopatías mediastinales y axilares, junto con opacidades en vidrio esmerilado bilaterales predominio parahiliar, asociadas a áreas de consolidación en mosaico. Ingresa a unidad cerrada, laboratorio destacó insuficiencia renal crónica reagudizada, acidosis metabólica a gap, hiperfosfatemia severa, hipocalcemia y anemia. Hemocultivos positivo para Staphylococcus aureus meticilino-sensible, por lo que se inició tratamiento antibiótico dirigido con cefazolina.
El análisis de orina mostró hematuria, proteinuria, acantocitos y cilindros granulosos. Se evidenció hipocomplementemia, y la biopsia renal confirmó glomerulonefritis rápidamente progresiva mediada por inmunocomplejos. El ecocardiograma transesofágico no mostró vegetaciones. Paciente con evolución favorable.
Discusión: En el paciente crítico, esta entidad implica una injuria glomerular mediada por inmunocomplejos con activación del complemento. La activación policlonal de IgG e IgA favorece su depósito, determinando una evolución agresiva, frecuentemente superpuesta con otras causas de injuria renal aguda en la unidad cerrada. El pronóstico es desfavorable, especialmente en pacientes añosos o sépticos con disfunción multiorgánica. El tratamiento se basa en la erradicación precoz del foco infeccioso mediante antibioterapia dirigida y soporte intensivo.
Conclusión: La glomerulonefritis rápidamente progresiva asociada a Staphylococcus aureus es una entidad emergente en cuidados intensivos, de curso agresivo y pronóstico reservado. El reconocimiento precoz y el tratamiento oportuno del foco infeccioso son determinantes en la evolución.





0176 REPORTE DE CASO: MENINGOCOCCEMIA FULMINANTE

R ROSA(1), G MALDONADO(1), M MORELLI(1),S LANCHAS (1), AI SOSA RODRÍGUEZ(1), JB CAMPOSTRINI(1), A BETANCUR(1), D CONTRERAS(1)
(1) HIGA San Martin de La Plata

Introducción: La meningococcemia fulminante representa el espectro más severo de la enfermedad invasiva por Neisseria meningitidis. Presenta una evolución hiperaguda, como sepsis grave o shock séptico, sin evidencia de compromiso meníngeo. Progresa a falla multiorgánica y a púrpura fulminante en pocas horas, asociándose a una elevada mortalidad y una morbilidad significativa derivada de fenómenos trombóticos periféricos. A

pesar del soporte vital avanzado en la Unidad de Terapia Intensiva, la tasa de secuelas isquémicas y amputaciones permanece críticamente alta.
Presentación del caso: Paciente femenina de 29 años ingresa por sospecha de abdomen agudo inflamatorio; se realiza apendicectomía videolaparoscópica (líquido purulento en Douglas), se toman hemocultivos que detectan diplococos Gram negativos e inicia antibioticoterapia empírica. Evoluciona en el postoperatorio inmediato con shock séptico refractario (Noradrenalina 1.2 mcg/kg/min y Vasopresina), miocardiopatía séptica con requerimiento de dobutamina y falla multiorgánica. Presentó insuficiencia renal anúrica, requiriendo hemodiálisis. Se confirmó Neisseria meningitidis mediante biología molecular (FilmArray) y hemocultivos, con LCR negativo.
También desarrolló púrpura fulminante con isquemia crítica en las cuatro extremidades. Ante la delimitación de necrosis seca, requirió múltiples intervenciones quirúrgicas, incluyendo escarectomía y amputación de falanges en ambas manos e infrapatelar en ambos miembros inferiores. Intercurrió con neumonía por Acinetobacter baumannii y polineuropatía del paciente crítico, prolongando la internación por varios meses para manejo de partes blandas y rehabilitación.
Discusión: Es destacable la agresividad de la microangiopatía trombótica inducida por el meningococo. A pesar de mantener flujos arteriales macrovasculares conservados en el Doppler, la trombosis de la microcirculación derivó en necrosis digital irreversible. La necesidad de procedimientos quirúrgicos ablativos y el soporte dialítico prolongado son marcadores de gravedad sistémica. La ausencia de meningitis refuerza la teoría de una respuesta inflamatoria intravascular predominante.
Conclusión: La meningococcemia debe sospecharse ante shock de rápida instauración con compromiso cutáneo, incluso en contextos quirúrgicos. Es de gran importancia el tratamiento empírico precoz frente a la alta sospecha de meningococcemia. Es una patología de alta morbimortalidad, la cual requiere de un exhaustivo manejo hemodinámico y vital en periodo agudo y control de daño en la etapa crónica, para mantener la supervivencia a largo plazo.

0177 VASCULITIS PARANEOPLÁSICA CEREBRAL EN ENFERMEDAD ONCOLÓGICA AVANZADA " CUANDO LIMITAR ES CUIDAR "

M GARCIA COLINAS(1), E BELLONE(1), N ILLESCAS(1), P FALVO(1), R BERTAINA(1), MJ CHUQUIN(1), A GIRA(1), S COSENZA(1), P PRATESI(1)
(1) Universitario Austral

Introducción: La vasculitis paraneoplásica es un síndrome inmunomediado infrecuente (<5% de las vasculitis) caracterizado por inflamación y necrosis vascular a distancia del tumor primario. Su presentación predominante es cutánea, siendo el compromiso exclusivo del sistema nervioso central (SNC) excepcional y asociado a pronóstico ominoso. En tumores sólidos, como el cáncer de mama, su aparición es rara. Puede manifestarse en cualquier momento de la evolución oncológica y constituye, en muchos casos, un marcador de progresión o recurrencia tumoral. El diagnóstico requiere confirmación histológica y exclusión de etiologías alternativas, incluyendo vasculitis inducidas por fármacos. El tratamiento se basa fundamentalmente en el control de la neoplasia subyacente, cuya resolución puede inducir la remisión del cuadro vasculítico.
Caso clínico: Paciente femenino de 52 años con diagnóstico de carcinoma mamario invasor (RE 0%, RP 10%, HER2 negativo, Ki67 50%), con evolución a enfermedad metastásica ósea y compromiso contralateral, tratada con cirugía, radioterapia y hormonoterapia asociada a inhibidores de CDK4/6. Presentó un episodio inicial de amnesia global transitoria, evidenciándose mediante angiografía y biopsia vasculitis cerebral difusa y segmentaria, compatible con etiología paraneoplásica. Recibió pulsos de metilprednisolona con descenso progresivo. Evolucionó con deterioro neurológico, movimientos involuntarios y múltiples lesiones isquémicas y hemorrágicas cerebrales bilaterales, requiriendo ingreso a terapia intensiva. Desarrolló shock mixto refractario secundario a falla ventricular derecha aguda, con necesidad de ventilación mecánica y soporte vasoactivo múltiple. El Doppler transcraneal evidenció vasoespasmo severo. Ante la ausencia de respuesta al tratamiento inmunosupresor, el daño neurológico establecido y la falta de opciones onco específicas efectivas, se decidió la adecuación del esfuerzo terapéutico.
Discusión: La vasculitis paraneoplásica del SNC representa una entidad excepcional, mediada por inmunocomplejos (hipersensibilidad

tipo III) que inducen daño endotelial, activación del complemento y necrosis fibrinoide. Su presentación puede combinar fenómenos isquémicos y hemorrágicos, como en el caso descrito, frecuentemente en el contexto de enfermedad tumoral avanzada. La evidencia sugiere que la remisión depende del control oncológico efectivo, lo cual es improbable en escenarios de progresión metastásica refractaria. En pacientes críticos, la inmunosupresión aislada suele resultar insuficiente debido a la persistencia del estímulo antigénico.
Conclusión: La vasculitis paraneoplásica del SNC asociada a neoplasias sólidas avanzadas presenta un pronóstico desfavorable. En presencia de daño neurológico irreversible y ausencia de alternativas terapéuticas oncológicas, la adecuación del esfuerzo terapéutico constituye una decisión clínicamente justificada y éticamente apropiada.

0178 STATUS EPILÉPTICO REFRACTARIO SECUNDARIO A TORMENTA TIROIDEA: REPORTE DE CASO

A CHARRIS VERGARA(1)
(1) Cuenca Alta de Cañuelas

Introducción: La tormenta tiroidea es una emergencia endocrinológica con alta mortalidad, caracterizada por una respuesta sistémica exacerbada al exceso de hormonas tiroideas. Las manifestaciones neurológicas severas, como el status epiléptico, son infrecuentes y representan un desafío diagnóstico y terapéutico.
Objetivos: Describir un caso de status epiléptico refractario secundario a tormenta tiroidea y su evolución clínica.
Métodos: Reporte de caso de una paciente adulta ingresada a unidad de terapia intensiva por cuadro abdominal séptico con posterior deterioro neurológico.
Resultados: Paciente femenina con antecedentes de hipertensión arterial y litiasis vesicular, que ingresa por dolor abdominal, fiebre e ictericia. Se interpreta como colangitis, realizándose CPRE sin evidencia de litiasis residual. Evoluciona inicialmente estable en el postoperatorio, pero presenta deterioro neurológico precoz requiriendo reintubación. Neuroimágenes sin hallazgos patológicos. Hemocultivos positivos para Escherichia coli, ajustándose antibioticoterapia.
Electroencefalograma evidenció status epiléptico generalizado, iniciándose tratamiento con levetiracetam y sedación con midazolam. Persistió actividad epileptiforme en controles sucesivos. Estudios hormonales mostraron TSH suprimida con elevación de T4 libre y T3, interpretándose como tormenta tiroidea. Se inició tratamiento con metimazol, propranolol y corticoides, agregándose posteriormente yoduro (lugol) por mala evolución.
La paciente evolucionó con status epiléptico refractario, con electroencefalogramas que evidenciaron actividad periódica generalizada continua (GPED plus), requiriendo profundización de la sedación. Posteriormente desarrolló shock distributivo con requerimiento de doble soporte vasoactivo y disfunción multiorgánica, falleciendo durante la internación.
Conclusiones: La tormenta tiroidea puede presentarse con manifestaciones neurológicas graves como status epiléptico refractario. Su reconocimiento precoz es fundamental, ya que el retraso diagnóstico impacta negativamente en el pronóstico. Este caso resalta la importancia de considerar causas endocrinológicas en pacientes con deterioro neurológico agudo sin etiología evidente.

0179 HEPATITIS AUTOINMUNE COMO CAUSA DE INSUFICIENCIA HEPÁTICA AGUDA: IMPORTANCIA DEL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO INMUNOSUPRESOR PRECOZ

R BORLA(1), L GALLARDO(1), B PAEZ(1), F FERNANDEZ(1), R LIGARDA(1), L URANGA(1), S ZIDARICH(1)
(1) Hospital Italiano de Cordoba

Introducción: La hepatitis autoinmune es una enfermedad inflamatoria crónica mediada inmunológicamente que puede evolucionar a insuficiencia hepática aguda si no se reconoce y trata oportunamente. Aunque habitualmente presenta una evolución subaguda, algunas formas debutan con deterioro rápido de la función hepática, constituyendo un desafío diagnóstico y terapéutico.
Presentación del caso: Paciente masculino de 51 años con antecedente de hipertensión arterial que consultó por ictericia progresiva, vómitos biliosos, fiebre, coluria, acolia y astenia. Al ingreso presentó elevación marcada de transaminasas (>2000 U/L), hiperbilirrubinemia de predominio directo (16,7 mg/dl), coagulopatía y trombocitopenia leve. Las serologías virales resultaron negativas.
Los estudios por imágenes evidenciaron hepatomegalia y esteatosis hepática leve, sin signos de obstrucción biliar. Durante la internación evolucionó con progresión de la disfunción hepática, alcanzando bilirrubina >33 mg/dl, RIN 2,27 y deterioro de la función sintética, cumpliendo criterios de insuficiencia hepática aguda, con scores MELD entre 29–31 y Child-Pugh C.
El estudio inmunológico mostró ANA, anti-DNA, anti-Ro, anti-La y ANCA positivos, junto con elevación significativa de IgG sérica, confirmando etiología autoinmune. Se inició tratamiento inmunosupresor con pulsos de metilprednisolona seguidos de prednisona, observándose mejoría clínica y bioquímica parcial, sin desarrollo de encefalopatía hepática.
Discusión: La hepatitis autoinmune puede presentarse como insuficiencia hepática aguda, situación asociada a elevada morbimortalidad. El diagnóstico requiere excluir causas infecciosas, tóxicas y metabólicas, integrando hallazgos clínicos, inmunológicos y bioquímicos. La inmunosupresión precoz constituye la piedra angular del tratamiento y puede evitar la progresión hacia falla hepática irreversible. No obstante, en pacientes con deterioro avanzado o falta de respuesta terapéutica, el trasplante hepático continúa siendo la alternativa definitiva
Conclusiones: La hepatitis autoinmune debe considerarse dentro de los diagnósticos diferenciales de insuficiencia hepática aguda. El reconocimiento temprano y el inicio oportuno de corticoides pueden estabilizar la evolución clínica y mejorar el pronóstico. Sin embargo, la identificación precoz de criterios de gravedad resulta fundamental para definir oportunamente la necesidad de evaluación para trasplante hepático.

0181 ÍSTULA TRAQUEOESOFÁGICA 2° A INGESTA DE PILA BOTÓN EN PACIENTE PEDIÁTRICO. COMPLICACIONES MÁS ALLÁ DE LA RESOLUCIÓN QUIRÚRGICA

E RIASCOS(1), N PAOLETTI(1)
(1) Hospital De Niños De La Santisima Trinidad

Introducción: La ingesta de pila botón en la edad pediátrica constituye una urgencia médica por su potencial de generar lesiones graves en el tracto aerodigestivo superior, incluyendo necrosis tisular, perforación y fístulas traqueoesofágicas, especialmente cuando la extracción se retrasa. Es una entidad muy frecuente en pacientes menores de 2 años.
Objetivo: Reportar un caso pediátrico de complicaciones postquirúrgicas luego de la resolución de fístula traqueoesofágica secundaria a ingesta de pila botón.
Descripción del caso: Paciente masculino de 2 años, sin antecedentes de relevancia, derivado a nuestra institución luego de extracción de pila botón por VEDA en un centro privado tras 5 días de ingesta. VEDA control al día 28 evidencia fístula traqueoesofágica de 2,5 cm a 7 anillos del cricoides. Se realiza cierre quirúrgico con anastomosis término-terminal y rafia esofágica. A las 72 horas, estudio contrastado muestra fuga, confirmándose en quirófano dehiscencia con colección paraesofágica. Tras dos intentos fallidos de extubación, presenta dificultad respiratoria, constatándose dehiscencia traqueal. Se realiza cervicotomía y traqueostomía para asegurar la vía aérea. Recibe tratamiento antibiótico por sospecha de mediastinitis. Luego de 36 días en terapia intensiva pediátrica, pasa a sala de menor complejidad con controles por broncoscopia. Evoluciona sin secuelas neurológicas, sin requerimiento de ventilación y con alimentación por gastrostomía.

Discusión: Este caso destaca la asociación entre el tiempo prolongado de exposición y la gravedad de las lesiones. La extracción tardía favorece complicaciones severas y aumenta la morbimortalidad. El manejo requiere un enfoque multidisciplinario, seguimiento estrecho y resolución quirúrgica oportuna. La protección de la vía aérea y el tratamiento de complicaciones infecciosas resultan fundamentales para una evolución favorable.

0182 CUANDO EL PULMÓN HABLA: CAMINO HACIA EL DIAGNÓSTICO DE HEMORRAGIA ALVEOLAR / REPORTE DE CASO

CG Arce(1)
(1) Ramón Carrillo

Introducción: La hemorragia alveolar difusa es una entidad clínica poco frecuente, con elevada morbimortalidad, caracterizada por la presencia de hemoptisis, anemia e infiltrados pulmonares difusos. Representa un desafío diagnóstico para el equipo de salud debido a la amplia diversidad de etiologías.
Presentación de caso: Paciente masculino de 28 años de edad con antecedentes de consumo de marihuana y cocaína, con residencia en un centro de disposición final de residuos.
Ingresa al servicio de urgencias por presentar hemoptisis y sudoración nocturna de una semana de evolución. Progresa con taquipnea e hipotensión, se realiza intubación orotraqueal. En tomografía de tórax se evidencia infiltrado bilateral alvéolo-intersticial posterobasal, en vidrio esmerilado.
Ingresa al servicio de terapia intensiva con diagnóstico de insuficiencia respiratoria aguda, e inicia soporte hemodinámico (noradrenalina), en tratamiento con piperacilina-tazobactam, vancomicina, claritromicina, evoluciona a shock séptico refractario.
Con PaO2/Fio2 de 144 y driving pressure de 12, se profundiza sedación, se inicia atracurio, y ventilación protectiva.
Cumple ciclos de metilprednisolona con escasa respuesta agregando ciclofosfamida. Con PaO2/Fio2 de 95, se realiza ciclo de prono, se efectúa supinación con PaO2/FiO2 de 187, driving pressure 9.
Se solicitan serologías para leptospirosis con resultado positivo. Se ajusta antibioticoterapia, se rota a ceftriaxona.
Con Fio2 de 40%, se inicia vacación de sedación, tolera prueba de ventilación espontánea, es extubado al día 12° de internación, requiriendo Cánula de alto flujo / ventilación no invasiva.
Discusión: La hemorragia alveolar difusa en pacientes jóvenes puede tener múltiples etiologías, incluyendo causas autoinmunes, tóxicas e infecciosas. Por ello, se instauró un abordaje terapéutico amplio y dirigido a cubrir de manera integral las posibles causas subyacentes mientras se completaron los estudios diagnósticos.
Conclusión: Inicialmente se interpretó el caso secundario al consumo de cocaína, una causa reconocida en pacientes jóvenes. Sin embargo, la presencia de un antecedente epidemiológico, la clínica compatible y la positividad del test rápido orientaron hacia la posibilidad de leptospirosis como etiología subyacente, resalta la importancia de mantener un enfoque diagnóstico amplio, especialmente en patologías con múltiples causas potenciales.

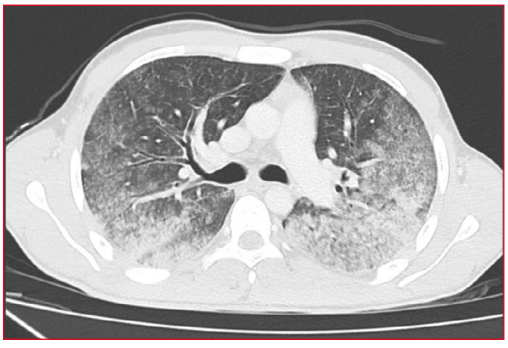


TABLA DE EXÁMENES DE LABORATORIO

Estudio	Resultado	Valor de referencia
Test rápido para leptospirosis	Reactivo	-
Complemento C3	30 mg/dl	VN: 20 - 40 mg/dl
Complemento C4	152	VN: 80 -160 mg/dl
FAN (anticuerpos nucleares)	No reactivo	-
Ac anti membrana basal glomerular	Negativo	-
Ac anti DNA	No reactivo	-
Ac anti citoplasma de neutrófilos (p-Anca)	No reactivo	-
Ac anti citoplasma de neutrófilos (c- Anca)	No reactivo	-
Ac anti peptido citrulinado ciclico.	<7 U/ml	No reactivo <17 U/ml Reactivo igual o > 17 U/ml
Ac anti cardiolipinas IgM	2 MPL	No reactivo <7 MPL Reactivo igual o >7 MPL

0184 IMPACTO DE LA CAPACITACIÓN Y PROTOCOLIZACIÓN EN LOS RESULTADOS DE LA VENTILACIÓN MECÁNICA NO INVASIVA EN ARGENTINA. ESTUDIO EPVAR

E STEINBERG(5), G PLOTNIKOW(1), M ACCOCE(2), R PRATTO(3), J DORADO, J PEREZ, E NAVARRO(4), F GUTIERREZ, R MORACCI(1), P EZCURRA(5), S PIERONI(5), A VELAZQUEZ(5), G OLAIZOLA(5), P CORIA(5), A MOLINA(5), E MANIÁS(5), M ZAKIMCHUK(5), B SEGOVIA(5), J LUPPO(6), J ENRIQUEZ(6), V KINZLER(7), J VITELI(7), J KISNER GIUSTI(8), JM LEITE(8), M LUPONIO(9), A ESTIGARRIBIA(9)
(1) Hospital Británico. (2) Sanatorio Anchorena San Martín. (3) Sanatorio Anchorena Recoleta. (4) Universidad Internacional De Catalunya. (5) Hospital Italiano. (6) Hospital Italiano De Córdoba. (7) Hospital Jaime Ferre. (8) Hospital Fernández. (9) Hospital Julio C Perrando

Introducción: La ventilación mecánica no invasiva (VMNI) requiere pericia técnica. Se evaluó si la capacitación y si la presencia de especialistas influyen en los resultados.
Metodología: Encuesta a 64 centros sobre protocolos y capacitación, considerando los resultados de 595 pacientes. El fracaso se definió como necesidad de intubación o muerte. Las variables se expresaron como mediana (RIQ), o número de presentación (%). Las comparaciones entre proporciones fueron realizadas mediante el test de Fisher salvo que se indique lo contrario.
Resultados: Solo el 43% de los centros recibe capacitación periódica, esta suele ser anual en el 38% de los centros o cuando se introducen nuevos equipos o protocolos en el 20%. El 85% de las veces, la capacitación es dictada por kinesiólogos especialistas en UCI. No se encontraron diferencias de acuerdo a si el centro es público o privado en estas variables. Solo el 19% de los centros refirió conocer la tasa de fracaso (27.5%) sin diferir de la tasa encontrada en el estudio (27.8%). Se observó que, aunque el 49% de los centros dice tener a "la mayoría" del personal capacitado, solo el 28.6% posee protocolos escritos, evidenciando una brecha entre el conocimiento teórico y la estandarización. No hubo diferencias en cuanto al éxito de la terapia (p>0.1)(Tabla 1).
Conclusión: La formación en VMNI en Argentina está a cargo, mayoritariamente, en los kinesiólogos. Sin embargo, la falta de protocolización formal sugiere que la educación es heterogénea, lo que podría influir en la variabilidad de los resultados clínicos observados.

Tabla 1. Características de los centros por centro

Variable	Total (N = 64)	Público (N = 39)	Privado (N = 25)	p-valor
Frecuencia de uso de VMNI:				0.354[1]
~ Siempre	6 (9.5%)	3 (7.7%)	3 (12%)	
~ Frecuentemente	40 (63.5%)	23 (59%)	17 (68%)	
~ Ocasionalmente	17 (27.0%)	13 (33.3%)	4 (16%)	
~ Nunca	0 (0.0%)	0 (0%)	0 (0%)	
Protocolo VMNI = Si	18 (28.6%)	7 (17.9%)	11 (44%)	0.023[1]
Conoce la tasa de fracaso:				0.510[1]
~ Si	12 (19.0%)	6 (15.4%)	6 (24%)	
~ No	51 (81%)	33 (84.6%)	18 (72%)	
Tasa de fracaso	27.5% (21.5%;36.5 %)	33% (19%;38%)	25% (23%;29%)	
Satisfacción con el uso de VMNI:				0.041[1]
~ Muy satisfecho	6 (10.0%)	3 (7.7%)	3 (12%)	
~ Satisfecho	30 (48.0%)	14 (35.9%)	16 (64%)	
~ Neutral	24 (39.0%)	19 (48.7%)	5 (20.8%)	
~ Insatisfecho	2(3.0%)	2 (5.1%)	0 (0%)	
~ Muy insatisfecho	0 (0.0%)	0 (0%)	0 (0%)	
Años de experiencia del personal más capacitado	19 (15;25)	18 (15;20)	20 (14;26)	0.588[2]
Personal capacitado para el uso de VMNI:				0.392[1]
~ Todos	7 (11%)	4(10.3%)	3 (12%)	
~ La mayoría	31 (49%)	16 (41.0%)	15 (60%)	
~ Menos de la mitad	21 (33%)	16 (41.0%)	5 (20%)	
~ Ninguno	1 (2%)	1 (2.6%)	0 (0%)	
~ No lo se	3 (5%)	2 (5.1%)	1 (4%)	
El personal recibe capacitación periódica sobre el uso de VMNI:				0.875[1]
~ Si	27 (43%)	16 (41%)	11 (44%)	
~ No	35 (56%)	22 (56%)	13 (64%)	
~ No lo se	1 (2%)	1 (3%)	0 (0%)	
Quien dicta la capacitación:				0.602[1]
~ Medico especialista UCI	5 (9%)	3 (7.7%)	2 (8%)	
~ Medico especialista en neumonología	1 (2%)	0 (0%)	1 (4%)	
~ Kinesiólogo especialista UCI	47 (85%)	28 (71.8%)	19 (76%)	
~ Enfermero especialista UCI	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	
~ Otro	2 (4%)	2 (5.1%)	0 (0%)	

Tabla 1 (Cont.)

Frecuencia de capacitación:				0.741[1]
~ Mensual	1 (1%)	0 (0%)	1 (4%)	
~ Trimestral	7 (11%)	5 (12.8%)	2 (8%)	
~ Anual	23 (38%)	15 (38.5%)	8 (32%)	
~ Solo cuando se introduce un nuevo equipo o protocolo	12 (20%)	7 (17.9%)	5 (20%)	
~ No se realiza	18 (30%)	10 (25.6%)	8 (32%)	
Tipo de formación que recibe el personal:				
~ Cursos introductorios	27 (42%)	17 (43.6%)	10 (40%)	
~ Talleres prácticos	33 (52%)	21 (53.8%)	12 (48%)	
~ Cursos de actualización periódica	8 (13%)	3 (7.7%)	5 (20%)	
~ Supervisión directa en el área de trabajo	30 (47%)	18 (46.2%)	12 (48%)	
~ Formación a través de material escrito o video	19 (30%)	10 (25.6%)	9 (36%)	
~ Otros	5 (8%)	3 (7.7%)	2 (8%)	

UCI = unidad de cuidados intensivos, VMNI = ventilación mecánica no invasiva
[1] Test exacto de Fisher, [2] Wilcoxon

0185 EL PRECIONDE UN GOL. ACV ISQUEMICO EN PACIENTE PEDIÁTRICO SECUNDARIO A DISECCIÓN CAROTIDEA

J GARCIA VALDEZ(1), RMM DEHEZA MENECES(1), MDLA ISLAS(1), P GALLARDO CLAURE(1), M CACERES MURILLO(1), E TESTI(1)
(1) Sanatorio Modelo de Moron

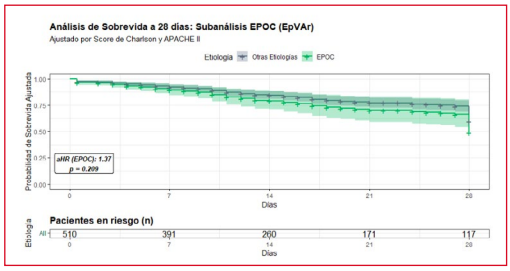
Introducción: El accidente cerebrovascular (ACV) es una causa cada vez más reconocida de morbimortalidad significativa en la infancia, cerca de la mitad de los casos son isquémicos, IPSS (International Pediatric Stroke Study) ha identificado al menos un factor de riesgo en el 89% y la disección arterial craneocervical representa el 7,5% de los ACV infantiles.
Presentación del caso: Presentamos el caso de un paciente de 14 años sin factores de riesgo cardiovascular que posterior a un cabezazo al balón presentó un cuadro súbito de cefalea intensa y mareos que inicialmente pareció una conmoción cerebral pero segundos después presentó desviación de la comisura labial.
Al examen físico se evidencia parálisis facial derecha como único signo clínico. La tomografía cerebral realizada muestra hipodensidad en el núcleo caudado asociado a signos de edema, compatible con evento vascular isquémico sin embargo dicho hallazgo se no correlaciona con el impacto referido. Extendemos estudios imagenológicos; resonancia de cerebro informa lesión isquémica en territorio profundo del núcleo caudado y putamen derecho, angioresonancia informa disminución del calibre de carótida supraclinoidea derecha, espectroscopia sin picos de colina. Resto de estudios de laboratorio dentro de parámetros. Con este hallazgo vascular ingresa a angiografía digital que evidencia una trombosis del segmento carotídeo supraclinoideo derecho, opacificación de hemisferio derecho por arteria carótida interna izquierda y arteria comunicante posterior derecha, no se pudo realizar trombectomía. Se decide continuar con anticoagulación y tratamiento anticonvulsivante instaurado desde el principio hasta su egreso con seguimiento interdisciplinario de neurología, neurocirugía endovascular, hematología y pediatría. 6 meses posteriores se programa nueva angiografía digital para repermeabilización de arteria carótida interna derecha siendo exitosa. Se inició descenso paulatino de anticomiciales y paso de anticoagulación oral a antiagregación con ácido acetilsalicílico.
Discusión: El foco neurológico fue el síntoma pero la carótida fue la causa. Las causas son heterogéneas y pueden ser poco específicas, es indispensable el trabajo en equipo y un plan diagnóstico amplio.
Conclusiones: En un paciente sin factores de riesgo cardiovasculares que sufre una injuria cerebral tenemos que trascender del cráneo.

0186 VMNI EN EXACERBACIÓN DE EPOC EN ARGENTINA: RESULTADOS, MONITOREO Y FACTORES ASOCIADOS A LA FALLA. ESTUDIO EPVAR

E STEINBERG(1), G PLOTNIKOW(2), M ACCOCE(3), R PRATTO(4), J DORADO, J PEREZ, E NAVARRO(5), F GUTIERREZ(2), R MORACCIO(2), R TEIRA(6), M RODRIGUEZ(6), ML QUIROZ(7), JI FERNANDEZ(7), N IEZZI(8), D CASTILLO(9), G GAUDENZI(9), D TIBALDO(10), CLINICA DE IMAGENES NEUQUEN, A OLMEDO AROVICH(10), CLINICA DE IMAGENES NEUQUEN, V GALENDE
(1) Hospital Italiano. (2) Hospital Británico. (3) Sanatorio Anchorena San Martín. (4) Sanatorio Anchorena Recoleta. (5) Universidad Internacional De Catalunya. (6) Instituto Argentino De Diagnóstico Y Tratamiento. (7) Instituto De Cardiologia De Corrientes Juana Francisca Cabral. (8) Instituto De Investigaciones Médicas Dr. Alfredo Lanari. (9) Instituto De Transplante De Alta Complejidad. (10) Leben Salud. (11) Clinica De Imagenes Neuquen. (12) Nuevo Hospital San Roque. (13) Sanatorio Los Arcos. (14) Sanatorio Mater Dei

Introducción: El uso de VMNI es el estándar de oro para la exacerbación aguda de EPOC. Este estudio analiza su desempeño en la cohorte argentina con enfoque sobre las variables de monitoreo.
Metodología: Subanálisis exploratorio de pacientes con exacerbación aguda de EPOC del estudio EpVAr. Las variables continuas se compararon con t-Student o Mann-Whitney de acuerdo a su distribución. Las categóricas con Chi2 y Fisher. La asociación entre cambios en variables de monitoreo y éxito de VMNI se evaluó mediante regresión logística. Se emplearon curvas de Kaplan-Meier y modelos de regresión de Cox para el análisis de supervivencia.
Resultados: De 539 pacientes 84 (15.6%) iniciaron VMNI por exacerbación de EPOC; 23 (27.4%) fallaron la terapia y 64 (76.2%) egresaron vivos de la UCI. Siete (8.3%) realizaron CNAFO2 de forma paralela. El APACHE II inicial fue mayor en el grupo con falla (13 vs 19; p=0.0038). La duración de VMNI fue de 12.5 (10.0-21.8) horas, sin diferencias entre grupos (p=0.5665) al igual que el tiempo al primer intento de desvinculación: 2 días (1.0-2.8; p=0.9085). La falla del primer intento se asoció significativamente con la falla de VMNI (OR=12.3; IC95%: 3.0-62.4; p<0.001). Diez pacientes (11.9%) recibieron sedación, 9 dexmedetomidina y 1 midazolam, sin diferencias entre grupos (p=0.4527). Los pacientes con falla recibieron más analgesia (47.8% vs 11.1%; p=0.0003). En la tabla 1 se observan las variables monitoreadas antes y después de iniciada la terapia. Ninguna variable de monitoreo se asoció con el resultado en análisis uni ni multivariable. En la figura 1 se aprecia el análisis de sobrevida, ajustado por Charlson y APACHE II.

Conclusión: La VMNI en EPOC mostró alta tasa de éxito en esta cohorte argentina, acorde a la evidencia internacional. Si bien las variables de monitoreo mejoraron tras el inicio, no predijeron el resultado. La falla se relacionó con mayor gravedad inicial y con falla del primer intento de desvinculación, observándose además mayor uso de analgesia en estos pacientes.



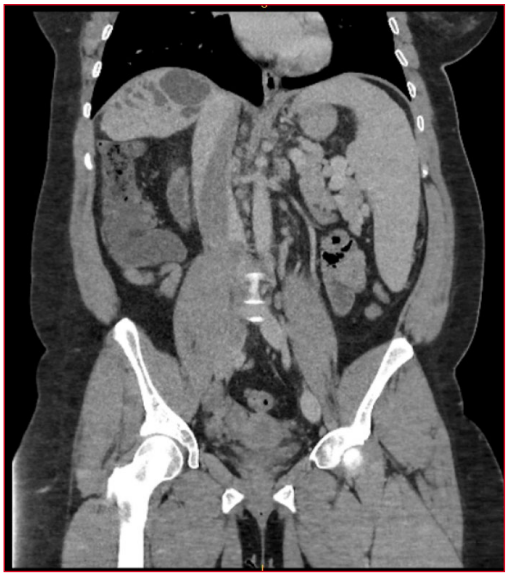
Variable	Pre VMNI				Post VMNI				p-valor[6]
	Éxito (N=61)	Falla (N=23)	p-valor	Datos perdidos	Éxito (N=61)	Falla (N=23)	p-valor	Datos perdidos	
pH	7.33 ± 0.08	7.29 ± 0.11	0.194[1]	11	7.38 (7.3 - 7.4)	7.32 (7.27 - 7.39)	0.287[1]	16	0.4566
PaO_2	76 (61.5 - 93)	88 (62 - 94)	0.396[1]	12	76 (64 - 95)	74.5 (64.5 - 89.8)	0.804[1]	17	0.1613
$PaCO_2$	55.92 ± 15.59	61.71 ± 16.75	0.182[2]	11	51 (44 - 65)	55.5 (47.5 - 70.5)	0.284[1]	16	0.8172
FiO_2	35 (27.3 - 42.8)	40 (30 - 50)	0.222[1]	6	30 (25 - 40)	40 (35 - 50)	0.0022[1]	13	0.1531
SaO_2	92 (89 - 96)	92 (88.5 - 96)	0.883[1]	7	94 (92 - 96)	91.5 (90 - 95.8)	0.142[1]	13	0.5988
HACOR	4 (2 - 6)	7 (4 - 10.25)	0.0052[1]	15	1 (0 - 3)	4.5 (3 - 8.3)	0.0002[1]	21	0.1753
ROX	10.07 (7.36 - 13.71)	7.67 (5.72 - 10.36)	0.0596[1]	8	13.47 (11.8 - 17.7)	9.2 (8.1 - 11.7)	0.0001[1]	16	0.1356
Cuadrantes	-	-	-	-	2 (0.5 - 2)	1.5 (0 - 2.75)	0.925[1]	7	-
FR programada	-	-	-	-	17 (15.3 - 21.5)	14 (8 - 16.8)	0.0277[1]	28	-
Pi programada	-	-	-	-	8.84 ± 4.14	8.71 ± 4.53	0.909[1]	5	-
PEEP programada	-	-	-	-	7 (5.5 - 8)	5 (5 - 8)	0.132[1]	4	-
FR	27.81 ± 7.81	31.43 ± 6.81	0.0439[1]	2	22 (19 - 24)	22.5 (20 - 30.5)	0.0789[1]	7	0.9605
Tiraje presente	40 (66.7%)	21 (91.3%)	0.0457[3]	1	14 (23.3%)	7 (30.4%)	0.701[3]	1	0.1752
Asincronía T-A	27 (45%)	16 (69.6%)	0.0785[3]	1	5 (8.3%)	5 (21.7%)	0.131[3]	1	0.3977
FC	94.97 ± 18.52	103.18 ± 19.71	0.0987[1]	3	89 (78 - 91.5)	98 (82 - 102.5)	0.217[1]	6	0.5056
GCS	15 (15 - 15)	15 (13.5 - 15)	0.112[1]	1	15 (15 - 15)	15 (14 - 15)	0.0029[1]	4	0.0893
Borg	4 (1.3 - 7)	6 (3.5 - 8)	0.073[1]	3	1 (0 - 4)	4 (2 - 5)	0.0018[1]	7	0.2175
Confort	-	-	-	-	3 (3 - 5)	3 (2 - 4)	0.0969[1]	6	-
Sedación	-	-	-	-	6 (10%)	4 (17.4%)	0.453[3]	1	-
Analgesia	-	-	-	-	6 (10%)	11 (47.8%)	0.0004[4]	1	-
$CNAFO_2$	4 (6.7%)	7 (8.4%)	0.390[3]	1	9 (15%)	2 (8.7%)	0.719[3]	1	

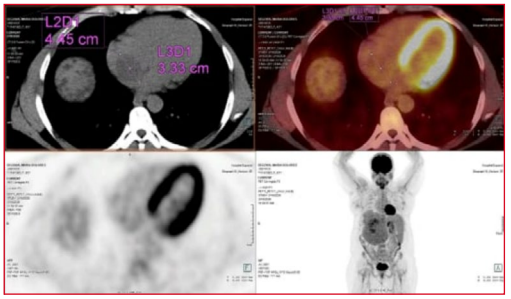
[1] Wilcoxon [2] Chi cuadrado [3] Test t [4] Test exacto de Fisher [5] Resultado de modelo logístico univariado evaluando la asociación entre el cambio previo y post inicio respecto al resultado de la terapia de VMNI

0187 LEIOMIOMATOSIS INTRAVASCULAR CON INVASIÓN A AURÍCULA DERECHA: REPORTE DE CASO

C ALIAGA(1), MC ALIAGA(1), M ZALAZAR(1), M AUBONE(1), A PIRIZ
(1) Clinica El Castaño

Introducción: La leiomiomatosis intravascular es una entidad caracterizada por la proliferación benigna de células de músculo liso dentro del sistema venoso. A pesar de su histología benigna, puede presentar comportamiento agresivo al extenderse hacia la vena cava inferior y cavidades cardíacas derechas. Su baja prevalencia y presentación inespecífica favorecen la confusión con trombosis venosa o tumores cardíacos primarios, como el mixoma cardíaco.
Presentación del caso: Paciente femenina de 43 años con antecedentes de histerectomía por miomatosis. Se encontraba en plan quirúrgico por diagnóstico de Mixoma en Aurícula derecha, detectado en control Eco cardiográfico y posterior Angio Tomografía de Tórax. Requirió internación de urgencia 7 días antes de la cirugía por fiebre y dolor abdominal. La tomografía mostró masa auricular derecha asociada a trombosis tumoral extensa hasta la vena ilíaca primitiva derecha. Una resonancia magnética evidenció infiltración vascular desde el parametrio derecho hasta la aurícula derecha. Se complementaron los estudios previos con una Tomografía por emisión de positrones que mostró defecto de relleno intravascular en vena cava inferior, sin captación de radiotrazador, sugestivo de trombo mural crónico. Se procedió a la resección quirúrgica de la masa intra cardíaca. El estudio anatomopatológico confirmó Leiomiomatosis intravascular (desmina y receptores estrogénicos positivos).
Discusión: La confirmó Leiomiomatosis intravascular puede simular masas intracardíacas, especialmente mixoma auricular. La extensión intraluminal continua desde venas pélvicas hacia la vena cava inferior y cavidades derechas constituye un hallazgo característico.
La resonancia identifica el patrón de crecimiento continuo, mientras que la ausencia de captación en Tomografía por Emisión de Positrones es consistente con su naturaleza benigna y limita su rendimiento diagnóstico.
El diagnóstico definitivo es histopatológico y el tratamiento de elección es quirúrgico.
Conclusión: La Leiomiomatosis intravascular debe considerarse en el diagnóstico diferencial de masas intracardíacas derechas, especialmente en mujeres con antecedentes ginecológicos. La ausencia de captación en Tomografía por Emisión de Positrones no excluye el diagnóstico, siendo clave la integración de imágenes y la confirmación histológica.





0188 LEUCEMIA LINFOBLÁSTICA AGUDA COMPLICADA CON SEPSIS FULMINANTE POR AEROMONAS SPP., MIOSITIS NECROTIZANTE Y SÍNDROME COMPARTIMENTAL: ROL DE LA TOXICIDAD POR L-ASPARAGINASA

K TORRES(1), L GALLARDO(2), B PAEZ(2), R LIGARDA(2), F FERNANDEZ(3), L URANGA(2), S ZIDARICH(2)
(1) Italiano De Cordoba. (2) Hospital Italiano De Cordoba. (3) Hospital Italiano De Corodba

Introducción: La leucemia linfoblástica aguda (LLA) es una neoplasia de progenitores linfoides con supervivencia del 40–50%

en adultos jóvenes bajo esquemas intensivos. La L-asparaginasa, componente esencial de la inducción, produce hipofibrinogenemia severa por inhibición de la síntesis hepática de factores pro y anticoagulantes. La infección por Aeromonas spp. en este contexto es infrecuente pero potencialmente fatal, con capacidad de generar miositis necrotizante y fascitis de rápida progresión.
Caso clínico: Mujer de 26 años, sin antecedentes, que consultó por disnea, astenia y metrorragia de semanas de evolución. El laboratorio evidenció pancitopenia con elementos inmaduros; la punción-aspiración de médula ósea confirmó LLA. Inició inducción con quimioterapia incluyendo L-asparaginasa. Días después desarrolló shock séptico con hemocultivos positivos para Aeromonas spp. y fue trasladada a UTI, donde intercurrió con miocardiopatía séptica e hipofibrinogenemia crítica. Evolucionó con síndrome compartimental no traumático en extremidad, requiriendo fasciotomía de urgencia que reveló hematoma organizado y tejido desvitalizado. Pese al soporte intensivo, presentó inestabilidad hemodinámica refractaria y falleció.
Discusión: La translocación intestinal facilitada por la mucositis post-quimioterapia constituye la puerta de entrada de Aeromonas al torrente sanguíneo. Este bacilo posee factores de virulencia —hemolisinas, proteasas y endotoxinas— capaces de desencadenar miositis necrotizante. La progresión a síndrome compartimental no traumático resulta del aumento irreversible de la presión intracompartimental por edema e inflamación. La hipofibrinogenemia inducida por L-asparaginasa constituyó un factor determinante al facilitar sangrado local que agravó la isquemia tisular, explicando el hematoma organizado hallado en quirófano. Hay que considerar la triada fatal: inmunosupresión por neutropenia post-quimioterapia asociado a coagulopatía por L-asparaginasa y virulencia de Aeromonas spp.
Conclusiones: En pacientes con LLA bajo inducción, Aeromonas spp. debe considerarse un patógeno de alta prioridad ante cualquier síndrome febril con focalidad musculoesquelética. La coagulopatía por L-asparaginasa potencia la progresión hacia miositis necrotizante y síndrome compartimental de evolución fulminante. El abordaje multidisciplinario precoz —hematología, infectología, cirugía y terapia intensiva— es imperativo para optimizar las posibilidades terapéuticas en esta combinación de riesgo vital.

0189 MENINGOENCEFALITIS POR ESCHERICHIA COLI COMPLICADA CON VENTRICULITIS PIÓGENA EN PACIENTE INMUNOSUPRIMIDO: REPORTE DE CASO

M ROBLES(1), F FERNANDEZ(1), L GALLARDO(1), R LIGARDA(1), P BELEN(1), L URANGA(1), S ZIDARICH(1)
(1) Hospital Italiano de Cordoba

Introducción: La meningoencefalitis bacteriana constituye una urgencia neurológica asociada a elevada morbimortalidad. En inmunocomprometidos hay presentaciones bacterianas atípicos como Escherichia coli (menos de 1% de los casos en adultos) pero con tasas de mortalidad de hasta el 85%. La ventriculitis piógena es una complicación infrecuente con evolución desfavorable y alta mortalidad
Presentación del caso: Masculino de 66 años con antecedentes de artritis reumatoidea, fibrosis pulmonar intersticial, miositis inflamatoria, hepatopatía crónica e hipotiroidismo, bajo tratamiento inmunosupresor con metotrexato, abatacept y prednisona. Ingresó por cuadro de 48 horas de evolución caracterizado por desorientación, afasia y paresia de miembros inferiores, precedido de una semana de fiebre, náuseas y diarrea.
Al ingreso a UTI presentó Glasgow 11/15, APACHE II 20 y SOFA 9. La tomografía cerebral (TACC) inicial no evidenció lesiones agudas, mientras que la tomografía de tórax mostró patrón de neumonía intersticial. El líquido cefalorraquídeo fue compatible con meningitis bacteriana: aspecto turbio, glucorraquia 5 mg/dL, proteinorraquia 1,81 g/L, 16.500 leucocitos (65% PMN) y lactato 20,6 mmol/L. Se inició tratamiento con ceftriaxona, ampicilina y aciclovir. A las 12 horas, hemocultivos y LCR informaron bacilos Gram negativos, confirmándose a las 48 horas E. coli sensible a cefalosporinas de tercera generación, por lo que se ajustó a ceftriaxona.
Evolucionó a las 48 horas con crisis convulsiva. La TACC evidenció aumento de densidad en astas ventriculares posteriores, compatible con ventriculitis piógena. Neurocirugía indicó conducta conservadora. El paciente persistió sin mejoría neurológica y falleció a los 22 días de internación.
Discusión: Las meningitis por bacilos Gram negativos presentan mortalidad elevada (≈53%), siendo E. coli uno de los principales agentes implicados. La ventriculitis piógena constituye una complicación poco frecuente pero de muy mal pronóstico. El diagnóstico se basa en neuroimágenes y hallazgos del LCR, mientras que el tratamiento requiere antibióticos dirigidos precoces. La evidencia disponible es limitada, especialmente en pacientes inmunosuprimidos.
Conclusiones: En pacientes inmunocomprometidos con síntomas neurológicos agudos debe considerarse E. coli como agente etiológico. El diagnóstico precoz y el inicio oportuno de tratamiento antibiótico son fundamentales; sin embargo, la aparición de ventriculitis piógena se asocia a alta mortalidad. Este caso resalta la necesidad de generar mayor evidencia y estrategias terapéuticas específicas en este subgrupo de pacientes críticos.

Figura 1: TC cerebral corte sagital(izquierdo), corte cerebral (derecho) que revela aumento de densidades.

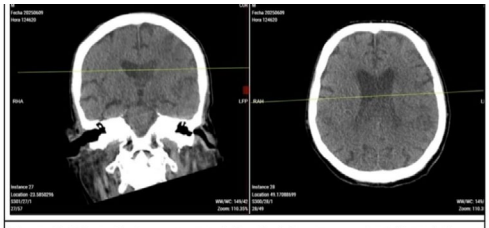


Figura 2: TC cerebral corte coronal (izquierdo), corte cerebral (derecho) que revela aumento de densidades.

0190 TRAQUEOSTOMÍA PERCUTÁNEA (TP) GUIADA POR ULTRASONOGRAFÍA (US) PREVIA Y POR FIBROBRONCOSCOPÍA)(FBB) DURANTE EL PROCEDIMIENTO, RELATO DE UN CASO CLÍNICO

D ROMERO(1), A TAMAYO(2), A RODRÍGUEZ(2)
(1) Municipal Eva Perón De Merlo. (2) Hospital Municipal Eva Perón De Merlo

Introducción: Descrita por Sheldon en 1955, modificada por Ciaglia con técnica de Seldinger en 1985, guiada por broncoscopía en 1990 y por Ultrasonografía en 1995 como preoperatorio para identificar

estructuras y variantes anatómicas, en 1999 utilizada como guía en tiempo real y, en época de pandemia COVID-19, bajar la exposición a aerosoles del Operador.
Presentación de caso clínico: Masculino, 65 años hipertenso, mal adherente, ACV en 2 oportunidades con secuela motora izquierda, ingresó el 12/08/25, con cafalea, vómitos y relajación de esfinteres de 3 horas de evolución, TA 280/130, Glasgow 7/15, foco motor facio-braquio-crural izquierdo, disartria. Con TC de Encéfalo Hematoma tálamo putaminal frontal derecha de aproximadamente 60 ml más volcado ventricular e hidrocefalia, desviación de la línea media >5 mm, cisternas de la base cerradas, (ICH Score 4), neurocirugía realiza evacuación del HIP frontal derecho más colocación de catéter de DVE, Pasa a UTI en su POI, acompañado de médico, inestable con requerimiento de vasoactivos, en RASS – 3, con analgosedación y BNM pupilas mióticas – reactivas bilaterales, con catéter de fibra óptica para medición de PIC (13mmHg), línea arterial, TAM 95, PPC: 85, quedando bajo monitoreo continuo .Intercurre con SDRA (2 Ciclos de Prono)) y Meningitis Postneuroquirúrgica. Con evolución tórpida con falla renal con requerimiento de hemodialisis diaria.
Ecopleura: Derrame pleural laminar; TAC de encéfalo control: edema perilesional frontal derecho, hematoma y volcado disminuidos, línea media conservada; TAC de tórax: consolidaciones bibasales con broncograma aéreo.
Cursa con hipokaliemia corregida, pancultivado y, antibioticoterapia con ajuste de dosis tanto por foco meníngeo sospechado y por foco respiratorio y según función renal. Con "mal despertar" requiere dexmetomidina, complicado con atelectasia pulmonar derecha resuelta, con PPI, con sobrercarga hídrica en anasarca. Traqueostomia Percutánea con ultrasonografía previa y guiada por fibrobroncoscopia el 06/09/2025 sin complicaciones mayores. Al momento permanece internado en la UTI .
Discusión: El US disminuye punciones laterales, sangrado por punción vascular inadvertida, identifica tiroides guiando el sitio de punción; no permite la instrumentalización, no observa la pared posterior traqueal y requiere una curva de aprendizaje.
Conclusiones: Las complicaciones mayores tempranas y tardías descritas son similares para ambas técnicas. La elección dependerá de la disponibilidad de la unidad.

0191 CUANDO NO ES UN INFARTO: MIOCARDITIS LÚPICA EN ADOLESCENTE CON PRESENTACIÓN TIPO SÍNDROME CORONARIO AGUDO

M CAMBRE(1), P ARTAZA(1), P DOMÍNGUEZ(1), R LÓPEZ(1), G FERNANDEZ(1)
(1) Cl Pueyrredón

Introducción: La miocarditis es una manifestación poco frecuente (3%) con potencial gravedad dentro del lupus eritematoso sistémico, que puede presentarse incluso con estudios iniciales normales, dificultando el diagnóstico precoz.
Presentación del caso: Paciente femenina de 15 años, con antecedentes de púrpura trombocitopénica inmune y lupus eritematoso sistémico, consulta por dolor centro torácico opresivo asociado a palpitaciones y disnea. El cuadro inicial fue sugestivo de síndrome coronario agudo sin elevación del ST. Negaba fiebre u otros síntomas infecciosos. Al ingreso se encontraba taquicárdica, con palidez. ECG con taquicardia sinusal. Laboratorio con elevación de troponinas (12.390 ng/L) y proBNP elevado. Se descartó TEP mediante angiotomografía.
Dada la edad y antecedentes de LES, se sospechó compromiso miocárdico inflamatorio como causa del cuadro, pese a su presentación sugestiva de SCA. El ecocardiograma fue normal, generando discordancia clínico-imagenológica, por lo que se realizó resonancia magnética cardíaca, evidenciando hallazgos compatibles con miocarditis. Se inició tratamiento con betabloqueantes, AAS y HBPM, manteniendo corticoterapia e hidroxicloroquina y azatioprina. Evolución favorable con mejoría clínica y descenso de biomarcadores. Serologías infecciosas negativas.
Discusión: La miocarditis en LES es poco frecuente pero probablemente subdiagnosticada. Puede simular un SCA. El ecocardiograma puede ser normal en etapas iniciales, siendo la resonancia magnética cardíaca el estudio de elección.
Conclusión: La miocarditis debe considerarse en pacientes jóvenes con enfermedades autoinmunes y síntomas cardiovasculares.

0192 POLICITEMIA SEVERA COMO CAUSA DE MIOSITIS ISQUEMICA Y SÍNDROME COMPARTIMENTAL

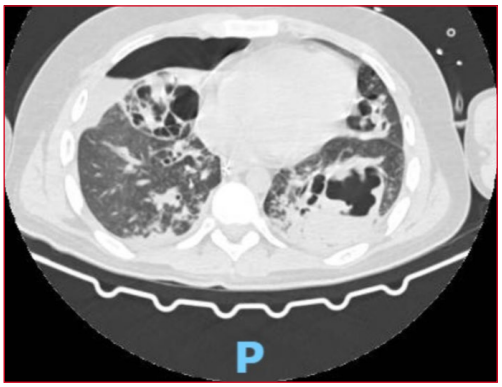
IC LOUDET(1), G SÁENZ(1), IA SOSA RODRÍGUEZ(1), S LANCHAS(1), M MORELLI(1), JB CAMPOSTRINI(1), R ROSAS(1), E DEL VALLE(1), JA BIURRARENA(1)
(1) HIGA San Martín de La Plata

Introducción: La policitemia severa aumenta la viscosidad sanguínea, comprometiendo la perfusión en la microcirculación. Sus complicaciones suelen ser trombóticas o neurológicas, niveles críticos de hematocrito pueden desencadenar rabdomiólisis y miositis isquémica. Este cuadro, de no mediarse una intervención rápida, progresa a un síndrome compartimental por edema masivo, representando una emergencia médica y quirúrgica poco frecuente.
Caso clínico: Paciente masculino de 35 años tabaquista, con cuadro de 15 días de dolor y debilidad en miembros inferiores. Ingresó con dolor precordial, livideces abdominales y sospecha de isquemia distal. El laboratorio inicial reveló una policitemia crítica (Hematocrito 61%, Hemoglobina 22 g/dL) y leucocitosis (22.000/mm³). La AngioTC descartó obstrucciones en grandes vasos, orientando el diagnóstico hacia un fenómeno de estasis capilar por hiperviscosidad.
A pesar de la sangría terapéutica inicial, evolucionó con tumefacción duro-pétrea bilateral en pantorrillas y dolor desmedido. La CPK ascendió a 43.145 U/L, confirmando una rabdomiólisis extrema secundaria a miositis isquémica. Ante el diagnóstico de síndrome compartimental, se realizaron fasciotomías descompresivas de urgencia. Estudios posteriores mostraron hipogammaglobulinemia (IgG).
Discusión: El eje fisiopatológico es la hiperviscosidad sanguínea secundaria a una policitemia crítica. Dicha lentitud circulatoria generó una hipoxia tisular en los compartimentos musculares de los miembros inferiores, desencadenando una miositis isquémica y rabdomiólisis extrema.
Aunque la AngioTC no mostró oclusiones en grandes vasos, la microvasculatura estaba colapsada. El edema muscular resultante, derivó en un síndrome compartimental bilateral, una emergencia que requirió fasciotomías de urgencia
La presencia de hipogammaglobulinemia severa (IgG).
Conclusión: La policitemia severa no sólo lleva riesgos trombóticos arteriales o venosos, sino que puede debutar como una miositis isquémica con síndrome compartimental. El reconocimiento temprano de la hiperviscosidad y el manejo agresivo mediante sangrías terapéuticas y descompresión quirúrgica son cruciales para salvar la viabilidad de los miembros y la vida del paciente.

0193 SÍNDROME PULMÓN-RIÑÓN SERONEGATIVO EN UTI: DESAFÍO DIAGNÓSTICO

M CAMBRE(1), G FERNÁNDEZ(1), R LÓPEZ(1), P DOMÍNGUEZ(1), H GARCÍA(1), R VARGAS MARTÍNEZ(1)
(1) Cl Pueyrredón

Introducción: El síndrome pulmón- riñón es una entidad clínica grave, cuya presentación puede confundirse con cuadros sépticos, constituyendo un desafío diagnóstico en el paciente crítico.
Presentación: Paciente masculino de 26 años que ingresa por insuficiencia respiratoria por neumonía adquirida en la comunidad bilateral grave, con progresión rápida a síndrome de dificultad respiratoria aguda, asociado a shock séptico de foco respiratorio e insuficiencia renal aguda, requiriendo asistencia respiratoria mecánica y soporte inotrópico.
Evolucionó desfavorablemente, sin mejoría con diferentes esquemas antibióticos, con documentación microbiológica inicial y posterior negativización de cultivos. Durante la internación presentó complicaciones como hidroneumotórax derecho, ventilación mecánica prolongada y requirió traqueostomía. Los estudios por imágenes mostraban consolidaciones con cavitaciones, compatibles con abscesos pulmonares, aunque sin concordar con la evolución clínica.
En ese contexto, resultaba llamativa la magnitud del compromiso pulmonar y renal, con afectación renal desproporcionada para el cuadro séptico y sin compromiso significativo de otros órganos. Presentó estudios reiteradamente negativos. El panel inmunológico completo (ANCA, anti-MBG, FAN, anti-DNA, complemento) fue negativo, sin aportar datos que ayudaran a definir el diagnóstico.
Ante la falta de respuesta al tratamiento antibiótico y la persistencia del cuadro, se planteó la posibilidad de un síndrome pulmón-riñón de origen inmunológico seronegativo Se indicaron pulsos de corticoides. Hubo una mejoría clínica parcial, con mejoría de los parámetros respiratorios y renales, lo que apoyó esta sospecha y llevó al inicio de inmunosupresión con azatioprina. Con el correr de los días, el paciente evolucionó en forma favorable, logrando la desvinculación de la ARM y la externación.
Discusión: El caso demuestra la dificultad para diferenciar en el contexto de un paciente crítico, un shock séptico de otras causas de compromiso multiorgánico. La falta de respuesta al tratamiento ATB obligó a reconsiderar el diagnóstico, planteando un síndrome pulmón-riñón de origen inmunológico seronegativo.
Luego de presentar mejoría tras la administración de corticoterapia, esta hipótesis se vio apoyada.
Conclusión: No todo cuadro con shock y falla multiorgánica es de origen séptico. Ante una evolución qué es atípica, es necesario ampliar los diagnósticos diferenciales y pensar en etiologías inmunológicas tratables.



0194 VALORACIÓN DE CONGESTIÓN VENOSA EN LA UTI: RELACIÓN ENTRE PROTOCOLO VEXUS Y NT-PROBNP

E NAYI(1), L GALLARDO(2), F FERNANDEZ(2), R LIGARDA(2), P BELEN(2), L URANGA(2), S ZIDARICH(2)
(1) Hospital Italiano. (2) Hospital Italiano De Cordoba

Introducción: La congestión venosa sistémica ha emergido como un determinante central de disfunción orgánica en pacientes críticos. Su detección precoz continúa siendo un desafío clínico. El protocolo VExUS, basado en ecografía a pie de cama (POCUS), permite una evaluación integral de la congestión venosa, mientras que el NT-proBNP constituye un biomarcador ampliamente disponible asociado a sobrecarga hemodinámica. La integración de ambas herramientas podría mejorar la evaluación y el pronóstico en la UTI.
Objetivos: Determinar la relación entre los niveles de NT-proBNP y los grados de congestión venosa evaluados por protocolo VExUS, y analizar su asociación con la gravedad y la mortalidad en pacientes críticos.
Materiales y métodos: Estudio observacional, analítico, retrospectivo de cohorte realizado en la UTI del Hospital Italiano de Córdoba entre agosto de 2023 y octubre de 2024. Se incluyeron 100 pacientes adultos. Se realizó evaluación ecográfica mediante protocolo VExUS al ingreso y determinación sérica de NT-proBNP. Se analizaron scores de gravedad (APACHE II y SOFA) y su relación con la congestión venosa. Se aplicaron pruebas de asociación y correlación.
Resultados: La edad media fue de 77,8 años, con predominio femenino (61%). El score APACHE II fue 22,3 y SOFA 5,3. El 58% presentó congestión moderada, 32% leve y 10% severa. Se observó una asociación significativa entre insuficiencia cardíaca previa y mayor grado de congestión ($p<0,001$).
Los niveles de NT-proBNP aumentaron de forma escalonada según el grado de VExUS: 450 pg/mL (leve), 1250 pg/mL (moderado) y 2200 pg/mL (severo), con diferencias significativas ($p<0,001$). Se evidenció una fuerte correlación entre NT-proBNP y VExUS ($r=0,78$; $p<0,001$). Asimismo, el grado de congestión se asoció de manera independiente con mayor mortalidad en UTI ($p=0,008$).
Conclusiones: La congestión venosa sistémica, evaluada mediante VExUS, se correlaciona estrechamente con los niveles de NT-proBNP y con la mortalidad en pacientes críticos. La integración de POCUS y biomarcadores permite una estratificación más precisa del estado hemodinámico, posicionándose como una herramienta clave para guiar decisiones terapéuticas. Estos hallazgos refuerzan el rol de la evaluación multimodal en la medicina intensiva moderna y abren la puerta a estrategias de manejo dirigidas por congestión.

0195 CUANDO NO ES LUPUS: TUBERCULOSIS PULMONAR MIMETIZANDO ENFERMEDAD AUTOINMUNE CON EVOLUCIÓN A SÍNDROME DE DISTRÉS RESPIRATORIO AGUDO (SDRA). REPORTE DE CASO.

IS SCHALLER(1), M VERA(1), L ZELADA(1), R SALATINO(1), G LÓPEZ(1), P GARRO(1), N PUNZINO(1), I DEL CASTILLO(1)
(1) Hospital Central de Mendoza

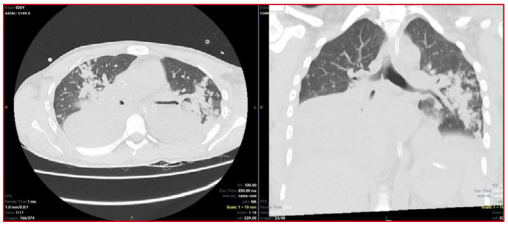
Introducción: La tuberculosis continúa siendo una causa relevante de morbimortalidad a nivel mundial. Su presentación puede simular enfermedades autoinmunes, generando retraso diagnóstico-terapéutico. Puede confundirse con neumopatías intersticiales o vasculitis, llevando al uso de inmunosupresores que agravan el cuadro.
Presentación del caso: Paciente masculino de 26 años con diagnóstico de Lupus Eritematoso Sistémico realizado durante internación por neumonía refractaria, con mejoría transitoria bajo tratamiento inmunosupresor. Posteriormente es derivado por fiebre persistente y tos seca de un mes de evolución. Al ingreso presentaba adenopatías cervicales y rales pulmonares. La tomografía evidenció consolidaciones bilaterales, patrón en árbol en brote, vidrio esmerilado y adenopatías mediastinales. Se realizó baciloscopia positiva para bacilos ácido-alcohol resistentes (BAAR). Los estudios inmunológi-

cos fueron negativos. Se suspendió inmunosupresión e inició tratamiento antituberculoso de primera línea. Evolucionó con deterioro respiratorio progresivo, requiriendo asistencia respiratoria mecánica. Permaneció 65 días en UTI, cursando SDRA severo con necesidad de maniobras de pronación, y múltiples complicaciones como infecciones, hepatotoxicidad y lesión renal aguda. Por sospecha de malabsorción intestinal, se inició tratamiento antituberculoso de segunda línea (endovenoso) para garantizar niveles plasmáticos adecuados. Evolucionó favorablemente, dado de alta sin secuelas.
Discusión: La tuberculosis puede presentar mejoría transitoria con corticoides, simulando enfermedades autoinmunes y retrasando su diagnóstico. El uso de inmunosupresores favorece progresión a formas graves como SDRA. La falta de respuesta antibiótica, contextos endémicos o hacinamientos deben alertar sobre la posibilidad diagnóstica de tuberculosis.
Conclusión: Debe considerarse como diagnóstico diferencial de neumopatías atípicas antes de iniciar inmunosupresión. El ajuste del tratamiento antituberculoso puede ser necesario para asegurar niveles terapéuticos adecuados.

Tabla 1. Evolución de parámetros bioquímicos hepáticos y renales durante el tratamiento antituberculoso

Parámetro	Ingreso (día 1)	Antituberculosos (día 45)	Alta
GOT (AST) [UI/L]	34	480 ↑	43
GPT (ALT) [UI/L]	60	115 ↑	6.5
FAL [UI/L]	96	107 ↑	476
Uremia [g/L]	0.16	1.26 ↑	0.28
Creatinina [mg/dL]	0.84	3.45 ↑	0.67
Bilirrubina total [mg/L]	2.5	47.5 ↑↑	5.26

AST: aspartato aminotransferasa; ALT: alanina aminotransferasa; FAL: fosfatasa alcalina.



0196 HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA POR LESIÓN DE DIEULAFOY: DESAFÍO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS. REPORTE DE UN CASO

I HOYOS(1), A FASSI(1)
(1) Guillermo Rawson

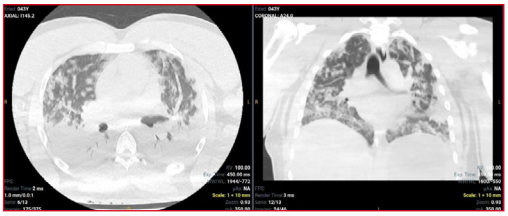
Introducción: La lesión de Dieulafoy (LD) es una causa infrecuente de hemorragia digestiva alta (HDA), representando aproximadamente el 1-2% de los casos, pero con elevada morbimortalidad en pacientes críticos. Se caracteriza por la presencia de una arteria submucosa de gran calibre que erosiona la mucosa sin ulceración previa, generando sangrado arterial masivo. Su diagnóstico es dificultoso debido al carácter intermitente del sangrado, siendo la endoscopia el método de elección.
Presentación del caso clínico: Paciente masculino de 49 años, con antecedentes de hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2 insulinorrequirente, tabaquismo y ulcera gástrica, que consulta por hematemesis y melena. Ingresa a unidad de cuidados intensivos con inestabilidad hemodinámica y anemia, requiriendo reanimación con fluidos y hemoderivados. La videoendoscopia digestiva alta inicial evidenció coágulo en fundus gástrico sin sangrado activo (Forrest IIb). Evoluciona con resangrados recurrentes a pesar de múltiples intervenciones endoscópicas con clipado, planteándose la sospecha de LD. Ante la persistencia de inestabilidad hemodinámica, se realiza angiotomografía que identifica sangrado activo, por lo que se decide resolución quirúrgica mediante gastrectomía total con evolución tórpida con posterior desenlace.
Discusión: La LD constituye un desafío diagnóstico en el paciente crítico, especialmente por su presentación intermitente y la posibilidad de estudios endoscópicos iniciales negativos. La terapéutica endoscópica es de primera línea, con alta tasa de éxito, aunque el resangrado puede presentarse en hasta el 40% de los casos. En situaciones refractarias, la angiotomografía permite localizar el sitio de sangrado y guiar la conducta terapéutica. La cirugía queda reservada para casos de fracaso endoscópico o inestabilidad persistente.
Conclusión: La LD debe considerarse en pacientes con HDA masiva y recurrente en cuidados intensivos. El abordaje multidisciplinario y la utilización de herramientas diagnósticas complementarias como la angiotomografía son fundamentales. La resolución quirúrgica oportuna puede ser determinante para el control del sangrado y la evolución del paciente crítico.

0198 MÚSCULOS DE ACERO, PULMÓN DE ACEITE: REPORTE DE UN CASO INFRECUENTE DE SÍNDROME DE DISTRÉS RESPIRATORIO AGUDO (SDRA).

IS SCHALLER(1), M VERA(1), L ZELADA(1), R SALATINO(1), G LÓPEZ(1), P GARRO(1), N PUNZINO(1), I DEL CASTILLO(1)
(1) Hospital Central de Mendoza

Introducción: La neumonía lipoidea es una entidad infrecuente, con una incidencia estimada del 1–2,5%, descripta principalmente en reportes de casos y pequeñas series. Se produce por la aspiración o inhalación de sustancias oleosas como aceites minerales o fármacos, generando una respuesta inflamatoria pulmonar que puede evolucionar a insuficiencia respiratoria grave. Su diagnóstico se basa en la sospecha clínica y la identificación de macrófagos espumosos en el lavado broncoalveolar(BAL).
Presentación del caso: Paciente masculino de 43 años, fisiculturista, con consumo crónico de esteroides anabólicos-androgénicos, dexametasona y suplementos deportivos. Consultó por disnea súbita 12 horas posteriores a la autoadministración intramuscular de testosterona. Al ingreso presentó insuficiencia respiratoria grave, taquipnea y rales bilaterales. El laboratorio evidenció acidosis respiratoria, leucocitosis e insuficiencia renal. La angiotomografía mostró opacidades bilaterales en vidrio esmerilado con áreas de consolidación, sin tromboembolismo pulmonar. Inicialmente se interpretó como neumonía en paciente inmunosuprimido por consumo de corticoides, y se inició tratamiento antibiótico. El BAL evidenció macrófagos espumosos, confirmando neumonía lipoidea. Evolucionó con SDRA severo, requiriendo asistencia respiratoria mecánica y maniobras de pronación. Permaneció 43 días en UTI, presentando múltiples complicaciones infecciosas, insuficiencia renal aguda e insuficiencia suprarrenal. Evolucionó favorablemente, dado de alta sin secuelas respiratorias.
Discusión: Según bibliografía publicada al momento, la neumonía lipoidea exógena se vincula a la exposición de sustancias oleosas vía respiratoria, no hallándose casos asociados a la administración de sustancias oleosas vía intramuscular/endovenosa.
Conclusión: Debe considerarse en pacientes con insuficiencia respiratoria aguda y antecedente de exposición a sustancias oleosas. Su reconocimiento precoz es clave para el manejo en cuidados intensivos.

HEMATOLOGIA		
ESTUDIO CITOLOGICO		
Material Remitido	BAL	
Volumen	140	cc.
Recuperación	60	cc.
Recuento Total	55	/mm³
Eosinofilos	3	%
Basofilos	0	%
Cayados	0	%
Segmentados	46	%
Linfocitos	2	%
Monocitos	0	%
Celulas Mesotelilales	0	%
Macrófagos	49	%
Observaciones	El 83 % del total de los MACRÓFAGOS son MACRÓFAGOS ESPUMOSOS	



0200 SÍNDROME DE RABDOMIOLISIS Y HIPERTERMIA MALIGNA CON DAÑO HEPÁTICO SECUNDARIO A INTOXICACIÓN POR COCAÍNA Y USO DE N-ACETILCISTEINA

J BARJA TIRADO(1), P ZULETA CHAMBI(1), C HUAYTA VAZQUEZ(2), M HEREDIA GONZALEZ(1), D ACUÑA(1), H LLANOS(1), L KUMAR(1), R LUNA(1)
(1) Federico Abete. (2) Federio Abete

Introducción: La cocaína produce efectos determinantes del síndrome de rabdomiolisis e hipertermia aumentando las concentraciones sinápticas de norepinefrina, dopamina y serotonina ocasionando disfunción central secundaria, que afecta al hipotálamo, área límbica y córtex y cambios periféricos. Su efecto directo sobre el hipotálamo es el responsable de producir hipertermia
La N – acetilcisteína (NAC) actúa como tratamiento de la hepatitis inducida por acetaminofen por ser agente hepatoprotector a través de múltiples mecanismos incluida la restauración del glutatión hepático y sirve como sustituto del mismo, no demostrado por intoxicación de cocaína.
Presentación del caso: Paciente de 31 años con antecedentes de consumos de sustancias ingresa por emergencias, familiares indican consumo de cocaína, paciente inconsciente Glasgow 5/15 pupilas midriáticas con IOT/ARM estudios: TC de encéfalo, Tórax, Abdomen y pelvis: sin alteraciones de órganos, Punción lumbar: no inflamatorio, Dosaje de drogas en orina: positivo para cocaína, Serologías negativas, evoluciona a las 24 hrs con alteración de enzimas hepáticas, acidosis metabólica refractaria, insuficiencia renal y rabdomiolisis, sin respuesta al tratamiento se decide inicio de Hemodialisis, transaminasas en mayor acenso se inicia N-acetilcisteina carga y mantenimiento de 17 dosis, mejorando la función hepática, intercurriendo con hipertermia T>40°C asociado a rabdomiolisis severa, cultivos negativos progresión de fallas orgánicas sin respuesta al tratamiento con posterior fallecimiento.
Discusión: Actualmente no hay literatura sobre el uso de la NAC en daño hepático por cocaína, pero se demuestra que el metabolismo del NAC ayuda a restablecer los hepatocitos, reduce el efecto del estrés oxidativo mediante la reposición del glucation hepático actuando como antiinflamatorio al disminuir el nivel de citocinas inflamatorias y bloquear la activación del factor de necrosis
Conclusiones: El daño hepático, la rabdomiólisis y la hipertermia severa actúan de forma sinérgica, empeorando drásticamente el pronóstico del paciente, dada la ilegalidad de su comercio es imposible valorar cual es la dosis real incorporada, por lo que se debe considerar a cualquier dosis consumida como potencialmente tóxica.

PERFIL LABORATORIAL

PARAMETROS	05-feb		06-feb	07-feb	08-feb	09-feb	10-feb	11-feb
LEUCOCITOS	18600	PUNCION LUMBAR	15600		13500	14300	15100	19800	22900
HTO	48	GLUCOSA 118	44		38	32	30	25	24
HB	15.7	PROTEINAS 0.5	14.6		12.2	10.9	10	8.2	8.1
PLT	775	GC 6 NMN	540000		442000	504000	490000	1154000	1076000
TP	73		0		24	44	60	68	
KPTT	32	TOXICOLOGIA	0		60	55	55	46	
INR	1.2	CANABINOIDES NEGATIVO	0		1.1	1.6	1.4	1.3	
GLU	238	COCAINA POSITIVO	73	86	84	88	99	120	66
UREA	49		108	107	128	122	135	149	141
CREA	2.7		4.2	6.3	7.8	7.5	9.4	8.6	7.8
CPK	1419		5421	18377	13529	17824	22807	210840	74704	102077
CKMB								570	915
LDH	548		2095	10242	8727	8160	4612	46028	7192	7752
TGO	182		780	7617	5468	4203	2379	12500	2080	1223
TGP	134		499	5852	4943	4308	2163	9240	1322	1073
FAL	88		79	86	95	110	93	106	122	186
BT/BD/BI	0.5		1.87/0.5	3.9/ 2.2	5.2/3.01	6.2/3.8		4.6/4.5/3.1	7.1/3.8/3.3	9.2/5.6/3.6
NA	140		145	141	138	136		136	133	135
K	5.3		5.1	5.1	5.7	4.9		7	7.1	7.5
CL	108		113	103	99	98		95	92	94
PH	7.08		7.18	7.21	7.25	7.28		7.29	7.28	
CO2	62		41	32	38	33		36	50	
PO2	108		94	101	84	92		142	152	
BIC	14.9		14	14	17	16		18	18	
EB	-12		-14	-14	-10	-12		-9,3	-8,5	
SO2	96		95	96	95	97		98	99	
ALB			3,4							
PROT			5,3							
SEROLOGIAS NEGATIVO										

0201 FASCITIS NECROSANTE PERIORBITARIA BILATERAL SECUNDARIA A INFECCIÓN ODONTÓGENA COMPLICADA CON SHOCK SÉPTICO: PRESENTACIÓN DE CASO

FR VARGAS CHAMBI(1), FR]VARGAS CHAMBI(1), AMDL LOPEZ CHIAPPESONI(1), I BRANCO(1), MA DEL CARLO MARTINEZ(1)
(1) Clínica Parque

Introducción: La fascitis necrosante es una infección bacteriana grave, poco frecuente con mortalidad del 20–40%, que requiere diagnóstico precoz, cirugía agresiva y manejo multidisciplinario.
Caso clínico: Paciente femenina de 46 años, con antecedente de epilepsia, consultó por edema bipalpebral con secreción purulenta de 48 horas de evolución. Como antecedentes recientes presentaba odontalgia tratada con corticoides y traumatismo facial por caída. Ingresó en mal estado general, con fiebre, hipotensión, taquicardia y edema facial severo, evolucionando a shock séptico, por lo que requirió ingreso a terapia intensiva. Presentaba leucocitosis, marcadores inflamatorios elevados y falla renal aguda. La tomografía evidenció compromiso periorbitario con extensión profunda.
Se inició tratamiento con antibióticos de amplio espectro (vancomicina, clindamicina y ciprofloxacina) y noradrenalina. Cirugía plástica diagnosticó fascitis necrosante periorbitaria (Figura 1). En cultivos se aisló Streptococcus pyogenes, ajustándose tratamiento. Evolucionó favorablemente, realizándose luego blefaroplastia (Figura 2). Como secuela presentó retracción cicatrizal con ectropión leve, en plan de corrección quirúrgica.
Discusión del caso: La fascitis necrosante presenta alta morbimortalidad, especialmente si evoluciona a shock séptico. La localización periorbitaria es rara, pero puede asociarse a infecciones odontogénicas, sinusitis, traumatismos o cirugías. En este caso, la odontalgia previa tratada con corticoides y el traumatismo facial pudieron favorecer la infección.
El aislamiento de Streptococcus pyogenes corresponde al tipo II, de rápida evolución y asociado a shock tóxico estreptocócico. El diagnóstico es principalmente clínico, ante dolor intenso, edema

progresivo, necrosis cutánea y compromiso sistémico; la tomografía ayuda a valorar extensión y presencia de gas o colecciones.
El tratamiento se basa en antibióticos de amplio espectro como Carbapenem o piperacilina-tazobactam, clindamicina y vancomicina, desbridamiento quirúrgico precoz y soporte en UTI. La evolución favorable probablemente se relacionó con diagnóstico temprano, múltiples cirugías y manejo multidisciplinario. Como secuela, presentó retracción cicatrizal y ectropión, requiriendo reconstrucción posterior.
Conclusión: Este caso resalta la importancia del reconocimiento precoz de infecciones graves faciales, especialmente ante antecedentes odontogénicos o traumatismo, ya que su progresión puede ser rápida y mortal. El desbridamiento temprano y el manejo multidisciplinario son claves para mejorar la evolución y reducir secuelas.

0202 TÉTANOS GRAVE. A PROPÓSITO DE UN CASO.

V MARTINEZ(1), LA MUCHIUTTI(1), A VALLEJOS(1), RM CASTILLA(1), JM SFORZA(1), JA MANNIELLO(1)
(1) Hospital De Niños Dr Orlando Alassia

Introducción: El tétanos es una enfermedad infecciosa aguda prevenible por vacunación, causada por la toxina de Clostridium tetani. Aunque infrecuente, continúa presentándose en pacientes con esquemas de vacunación incompletos.
Presentación del caso: Paciente de 5 años, comienza con odinofagia y dificultad para alimentarse de 2 días de evolución. Presentó registro febril, consulta en samco local donde realizan diagnóstico de faringitis. A las 48 hs evoluciona con rigidez de nuca y dificultad respiratoria, reconsultan. Paciente febril, se sospecha meningoencefalitis, es derivada a centro de mayor complejidad.
Ingresa a nuestro nosocomio se valora RAG, consciente, en suficiencia cardiorrespiratoria. Se constata rigidez generalizada y trismus.
Laboratorio dentro de parámetros aceptables; CPK 1174.
Se toman cultivos, negativos. Se solicitan tóxicos en orina, negativo
Se realiza TAC de cráneo, sin hallazgos patológicos por lo que se realiza punción lumbar. Citofisico: sin alteraciones, cultivo y filmarray negativo.
Se observan episodios de opistótonos con trismus, consciente, que duran segundos.
Se evalúa carnet de vacunas, incompleto; por lo que se sospecha tétanos. Se descartan otros diagnósticos diferenciales.
Se decide su pase a UCIP.
Se indica gammaglobulina específica y toxoide tetánico IM.
Se decide asegurar vía aérea. Se realiza TQT oportuna el día 9 de internación. Permanece en ARM 32 días totales; luego se indica entrenamiento con CPAP, actualmente sin O2.
Se indica analgosedación con dexmedetomidina y opioides.
Como tratamiento específico, protocolo de intervención mínima, diazepam intermitente, y bloqueante neuromuscular. Además se indica sulfato de magnesio reglado, clorpromazina, clonidina y baclofeno; con estricto control de reacciones adversas de fármacos utilizados, y con herramientas de neuromonitoreo se controla el grado de analgesedación.
Cumple tratamiento antibiótico con metronidazol.
Actualmente con buena evolución clínica.
Discusión: Se presenta un cuadro clínico de tétanos grave, interpretado como meningoencefalitis. Por carnet de vacunas incompleto se arriba al diagnóstico. El tratamiento en UCIP fue clave para la evolución favorable.
Conclusión: El tétanos sigue siendo una patología probable en pacientes no vacunados. La sospecha clínica precoz y el tratamiento oportuno son fundamentales para disminuir la morbimortalidad. La prevención mediante vacunación continúa siendo la herramienta más eficaz.

0204 RELACIÓN ENTRE EL CONTENIDO DE FLUIDO TORÁCICO Y EL BALANCE HÍDRICO EN PACIENTES INTERNADOS EN TERAPIA INTENSIVA CON SEPSIS

V RODRIGUEZ(1), E CORNU(1), M BERON(1), B BERTAZZO(1), R AVILA(1)
(1) Hospital Privado Universitario De Córdoba

Introducción: El manejo del estado hídrico es un componente central en la Unidad de Terapia Intensiva, ya que tanto la hipovolemia como la sobrecarga de fluidos se asocian con peores desenlaces. El Contenido de Fluido Torácico (CFT), estimado por bioimpedancia torácica, podría constituir una herramienta no invasiva y en tiempo real para complementar la evaluación del balance hídrico. Sin embargo, su utilidad en pacientes críticos con sepsis permanece incierta.
Objetivo: Evaluar la asociación longitudinal entre el CFT medido por bioimpedancia (Sistema Starling) y el balance hídrico acumulado en pacientes con shock séptico internados en UTI.
Materiales y métodos: Se realizó un estudio de cohorte retrospectivo analítico en el que se incluyeron pacientes adultos con diagnóstico de sepsis según el tercer consenso, monitorizados con sistema Starling. Se recolectaron variables demográficas, clínicas y de gravedad. Se construyeron modelos lineales de efectos mixtos con intercepto aleatorio por paciente para analizar la relación entre balance hídrico diario y: 1) valor absoluto de CFT; 2) cambio del CFT respecto del valor basal (ΔCFT). Los modelos fueron ajustados por día de medición, ventilación mecánica y dosis de noradrenalina.
Resultado: Se analizaron 18 pacientes, que aportaron 38 observaciones longitudinales post-basales (día 1: n=16; día 2: n=15; día 3: n=7). La edad mediana fue de 57 años (RIC 45,2–67,8), el 53,3% requirió ventilación mecánica al inicio y el CFT basal mediano fue de 73,5 (RIC 58,7–84,4).
En el modelo principal, cada litro adicional de balance hídrico se asoció con un incremento de 3,05 unidades de CFT (IC95% 0,86 a 5,25; p=0,006). En el modelo con ΔCFT como variable dependiente, cada litro adicional se asoció con un incremento de 2,10 unidades (IC95% 0,22 a 3,97; p=0,029). No se observaron asociaciones independientes significativas para día de medición, ventilación mecánica o dosis de noradrenalina.
Discusión: En esta cohorte de pacientes con sepsis, el CFT medido por bioimpedancia mostró asociación longitudinal con el balance hídrico acumulado. Estos hallazgos sugieren que podría constituir una herramienta complementaria, no invasiva y de monitoreo en tiempo real para la evaluación dinámica del estado hídrico en pacientes críticos.

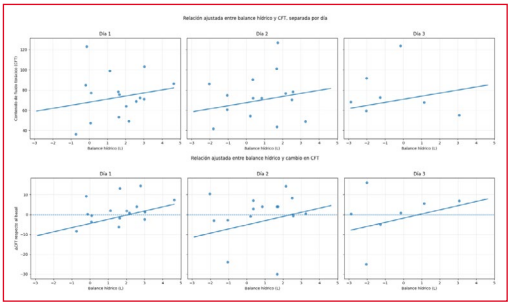


Tabla 1. Características de la cohorte analítica

Variable	Valor
Pacientes incluidos en el modelo	18
Edad, mediana (RIC)	54.0 (45.2–65.5)
APACHE, mediana (RIC)	17.0 (13.0–22.0)
SOFA, mediana (RIC)	7.0 (5.0–8.0)
Peso (kg), mediana (RIC)	74.5 (64.0–89.2)
IMC, mediana (RIC)	27.2 (25.0–28.9)
Neumonía, n/N (%)	7/18 (38.9%)
PLR positivo, n/N (%)	8/15 (53.3%)
ARM basal, n/N (%)	10/18 (55.6%)
Noradrenalina basal, mediana (RIC)	0.2 (0.0–0.4)
CFT basal, mediana (RIC)	70.8 (59.1–83.1)
Balance final0 (mL), mediana (RIC)	1628.0 (75.0–2572.0)

0207 NEUMONÍA COMPLICADA CON DERRAME PLEURAL Y REQUERIMIENTO QUIRÚRGICO. REPORTE DE CASOS

OH GOMEZ LUND(1), ME BOBBIO(1), S MORENO(1)
(1) Sanatorio Altos de Salta

Introducción: Las neumonías complicadas en pediatría, asociadas a derrame pleural, empiema o necrosis pulmonar, representan una causa importante de morbimortalidad y de ingreso a unidades de cuidados intensivos. Su evolución puede requerir intervenciones invasivas y manejo multidisciplinario.
Presentación del caso: Se presentan tres pacientes pediátricos previamente sanos (2 a 4 años) con cuadros febriles y síntomas respiratorios progresivos. El primer caso evolucionó con neumonía multifocal, derrame pleural izquierdo y requerimiento de ventilación mecánica, múltiples esquemas antibióticos y procedimientos quirúrgicos (toracocentesis, drenaje pleural y videotoracoscopía con decorticación y drenaje de abscesos). El segundo paciente presentó coinfección viral y bacteriana (rinovirus, VSR y Mycoplasma), con evolución a derrame pleural que requirió toracotomía y drenaje, con posterior mejoría gradual bajo soporte respiratorio no invasivo. El tercer caso cursó neumonía adquirida en la comunidad complicada con necrosis pulmonar, fístula broncopleural y neumotórax, requiriendo asistencia respiratoria mecánica, drenaje pleural, decorticación quirúrgica y tratamiento antibiótico prolongado, con evolución favorable al egreso.
Discusión: Estos casos reflejan la heterogeneidad clínica de las neumonías complicadas, incluyendo formas con coinfección viral-bacteriana y evolución hacia empiema o necrosis. El diagnóstico se sustentó en hallazgos clínicos e imagenológicos, destacando el rol de la radiografía y la tomografía. Los cultivos negativos en algunos casos evidencian limitaciones diagnósticas. El manejo combinó antibioticoterapia de amplio espectro y tratamiento quirúrgico precoz, en concordancia con la literatura, que sugiere mejores resultados con drenaje oportuno y decorticación en casos avanzados. Los diagnósticos diferenciales incluyeron infecciones virales aisladas y otras causas de dificultad respiratoria.
Conclusión: Las neumonías complicadas en pediatría requieren alta sospecha clínica, abordaje multidisciplinario y decisiones terapéuticas oportunas, incluyendo intervención quirúrgica, para mejorar la evolución y reducir complicaciones.

0208 COMPARACIÓN DE COMPLICACIONES Y RESULTADOS ENTRE TRAQUEOSTOMÍA PERCUTÁNEA (CIAGLIA Y GRIGGS) VS. QUIRÚRGICA EN UNA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA

JJ NAVOTKA(1), AN GUTIERREZ(1), AM OJEDA(1), JM OCHOA(1), C LOPEZ(1), N CRISTALDO(1), MA COCERES(1), CS INSAURRALDE(1)
(1) Hospital de Campaña Escuela Hogar

Introducción: La traqueostomía (TQT) es uno de los procedimientos más frecuentes en la Unidad de Terapia Intensiva (UTI) para facilitar la desvinculación de la ventilación mecánica. Aunque la técnica quirúrgica (TQ) ha sido el estándar, la traqueostomía percutánea (TP) ha ganado terreno por su posibilidad de realizarse a la cabecera del paciente.
Objetivo: Comparar la incidencia de complicaciones y la evolución clínica de pacientes sometidos a TQ frente a TP (técnicas de Ciaglia y Griggs) en una UTI polivalente.
Material y métodos: Estudio retrospectivo y analítico que incluyó 143 pacientes adultos sometidos a TQT entre 2020 y 2025. Se dividieron en tres grupos: TQ (n=65), TP Ciaglia (n=65) y TP Griggs (n=13). Se analizaron variables demográficas, días de estadía, tiempo hasta el procedimiento y complicaciones inmediatas/tardías.
Resultados: La edad media fue de 58,7 años, con un 83% de la muestra asociada a distrés respiratorio por COVID-19. El tiempo promedio desde el ingreso hasta la TQT fue de 16,4 días para TQ, 15,8 días para Ciaglia y 15,3 días para Griggs.
La incidencia de complicaciones fue significativamente mayor en el grupo TQ (21,5%; n=14), siendo el sangrado la más frecuente (n=10), seguida de infección del sitio quirúrgico (n=3) y perforación esofágica (n=2). En el grupo TP Ciaglia no se registraron complicaciones (0%). El grupo TP Griggs presentó un 15,3% (n=2) de sangrados leves intraprocedimiento. La estadía media en UTI fue menor en el grupo TP Ciaglia (25,1 días) frente a TQ (32,5 días). La mortalidad global fue del 75,5%, sin diferencias significativas entre técnicas, relacionada principalmente con la patología de base.
Conclusiones: La traqueostomía percutánea, especialmente la técnica de Ciaglia, demostró ser un procedimiento más seguro que la técnica quirúrgica en nuestra serie, con una nula tasa de complicaciones y una tendencia a menor estadía en UTI. Estos resultados refuerzan la recomendación de la TP como técnica de elección en pacientes críticos cuando no existen contraindicaciones.

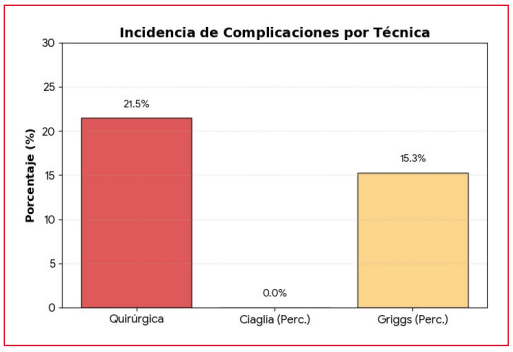


Tabla 1. Comparación de variables clínicas y complicaciones según técnica de traqueostomía.

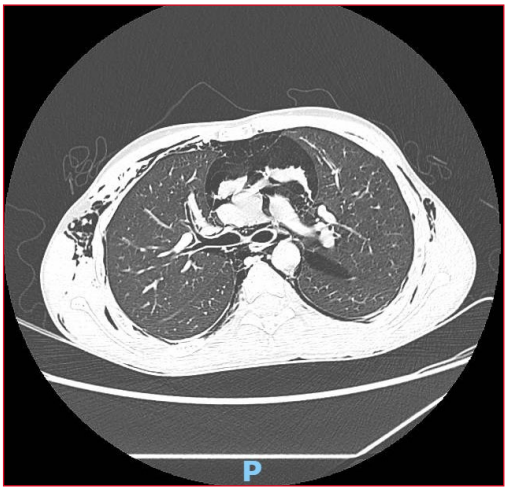
Variable	Quirúrgica (n=65)	Percutánea Ciaglia (n=65)	Percutánea Griggs (n=13)
Edad Media (años)	56.4	59.2	60.6
Tiempo ingreso-TQT (días)	16.4	15.8	15.3
Estadía en UTI (días)	32.5	25.1	48.6
Complicaciones Totales	**21.5% (n=14)**	**0% (n=0)**	**15.3% (n=2)**
Mortalidad en UTI (%)	76.9%	75.3%	69.2%

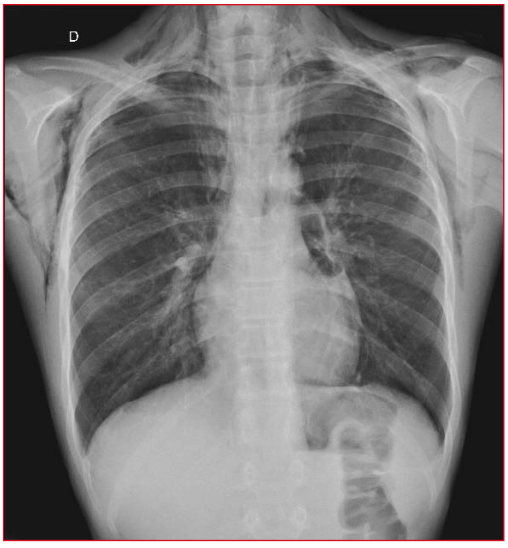
0209 EXACERBACIÓN ASMÁTICA COMPLICADA CON SÍNDROME DE ESCAPE AÉREO Y EFECTO MACKLIN EN ADOLESCENTE: REPORTE DE CASO

OH GOMEZ LUND(1), ME BOBBIO(1), E MONTERO NUÑEZ(1)
(1) Sanatorio Altos de Salta

Introducción: Las exacerbaciones asmáticas pueden asociarse a complicaciones poco frecuentes como el neumotórax y el neumomediastino. El efecto Macklin, mecanismo fisiopatológico caracterizado por la disección de aire a lo largo de las vainas peribroncovasculares, constituye una causa relevante de neumomediastino espontáneo y puede evidenciarse mediante tomografía computada.
Presentación del caso: Paciente masculino de 14 años, asmático, consulta por exacerbación asmática, recibiendo tratamiento sintomático y alta. Reconsulta a las 24 horas por disnea, dolor torácico, odinofagia y náuseas. Se inicia oxigenoterapia, aerosolterapia y corticoides sistémicos. Radiografía de tórax evidencia neumotórax y enfisema, indicándose internación.
Ingresa inicialmente a sala general, con posterior pase a UTIP para monitoreo. Presenta patrón obstructivo severo, requiriendo salbutamol e ipratropio. No se administra sulfato de magnesio por antecedente de reacción adversa. Requiere oxígeno con máscara de reservorio a 10 L/min durante 48 horas, con posterior descenso

progresivo. Recibe 5 días de corticoides endovenosos.
Tomografía de tórax al ingreso evidencia síndrome de escape aéreo (neumotórax, enfisema subcutáneo y neumomediastino), con hallazgos compatibles con efecto Macklin.
A las 48 horas presenta mejoría clínica y radiológica, confirmada en controles posteriores. Evaluación hemodinámica estable; ecocardiograma con insuficiencia tricuspídea mínima. Evoluciona afebril, con laboratorio sin evidencia de infección (GB 13.820, PCR 2.13). Completa tratamiento con claritromicina.
Se otorga alta por evolución favorable, con seguimiento ambulatorio.
Discusión: El efecto Macklin explica la presencia de neumomediastino en ausencia de traumatismo, secundario al aumento de presión alveolar y ruptura con diseminación de aire hacia el mediastino. La tomografía es el método diagnóstico de elección para su identificación. El manejo conservador suele ser suficiente en pacientes estables, como en este caso, destacando la importancia del reconocimiento oportuno y la exclusión de diagnósticos diferenciales.
Conclusión: Este caso resalta la relevancia del efecto Macklin como mecanismo de síndrome de escape aéreo en exacerbaciones asmáticas, y el valor de la tomografía en su diagnóstico.

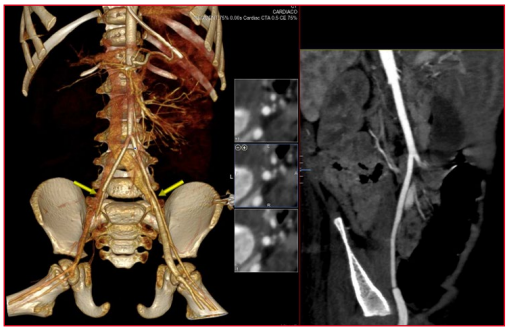


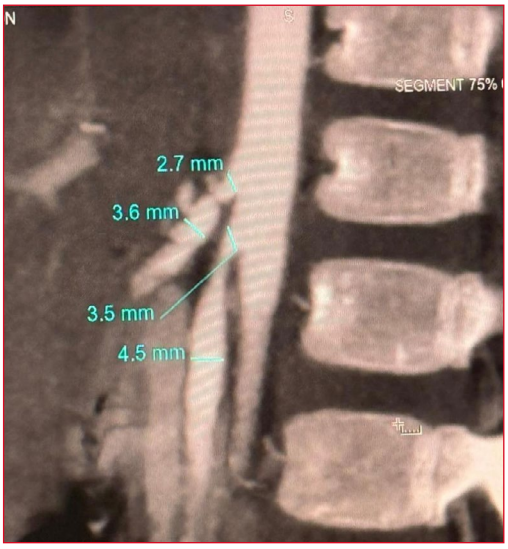


0210 SÍNDROME DE AORTA MEDIA EN PEDIATRÍA: EMERGENCIA HIPERTENSIVA Y COMPROMISO VASCULAR MULTITERRITORIAL COMO PRESENTACIÓN INICIAL

DL RAMOS VARGAS(1), J ASCUY LEDEZMA(1), W TAPIA VENTEMILLAS(2), PA CASTELLANI(2), CM LUTKEVICIUS(2), MB PREZIOSO(2), R EGUES ALMEIDA(2), MA ARRIETA(2)
(1) Sor Maria Ludovica De La Plata. (2) Sor Maria Ludovica

Introducción: El Síndrome de Aorta Media (SAM) representa el 0,5–2% de las malformaciones aórticas, con una incidencia estimada de 1 en 1.000.000 habitantes. Las arterias renales están comprometidas en el 70% de los casos y la hipertensión arterial (HTA) es la manifestación más frecuente (94%). Sin tratamiento, la mortalidad alcanza el 45–55%. La presentación como emergencia hipertensiva y compromiso vascular multiterritorial severo es excepcional.
Presentación del caso: Paciente masculino de 3 años, previamente sano. Cuadro de 14 días de vómitos persistentes, internado por deshidratación e intolerancia oral. Evolucionó con crisis convulsiva, injuria renal aguda (TFG 20 ml/min/1,73m²) y alteraciones hidroelectrolíticas. Trasladado a nuestra UCIP con HTA severa (180/110 mmHg, TAM 133 mmHg). Inició infusión continua de labetalol y requirió ventilación mecánica invasiva, alteración de la perfusión en extremidades, secundario a colocación de dispositivos. Se realiza cateterismo diagnóstico que evidenció aorta hipoplásica, oclusión proximal de la iliaca izquierda, arterias renales extremadamente hipoplásicas con perfusión colateral. Se realizó trombectomía quirúrgica (trombo de 6cm),con recuperación parcial de pulsos distales. La angio-TC confirmó aorta infrarrenal hipoplásica (5,6 mm), obstrucción severa del tronco celíaco y arteria mesentérica superior, oclusión ostial bilateral de arterias renales y oclusión iliofemoral derecha. Requirió 7 días de terapia de reemplazo renal continua y cuatro fármacos antihipertensivos.
El centellograma renal mostró función diferencial 60% derecha/40% izquierda, con recuperación renal parcial (creatinina 0,86 mg/dl; TFG 43ml/min/1,73m²) e HTA grado I–II en tratamiento.
Discusión: Este caso ilustra una presentación atípica y de alta complejidad dentro del SAM. La tríada vómitos/HTA/injuria renal en pediatría debe alertar sobre etiologías vasculares. La perfusión renal exclusivamente colateral con recuperación funcional parcial evidencia la notable plasticidad vascular pediátrica. En la diferenciación con la arteritis de Takayasu es clave la ausencia de engrosamiento parietal, realce mural y compromiso torácico permitiendo descartar etiología inflamatoria, con implicancias terapéuticas y pronósticas significativas.
Conclusión: El SAM debe incluirse en el diagnóstico diferencial de HTA severa pediátrica, especialmente ante injuria renal y síntomas digestivos inexplicados. La encefalopatía hipertensiva está documentada en hasta el 44% de los casos pediátricos de SAM. Este caso refuerza la necesidad de diagnóstico precoz, imagenología de alta resolución y abordaje multidisciplinario.





0211 COMPLICACIÓN TROMBÓTICA POST PARTO EN PACIENTE EN LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO Y SÍNDROME ANTIFOSFOLÍPIDOS: EL COSTO DE SUSPENDER LA ANTICOAGULACIÓN

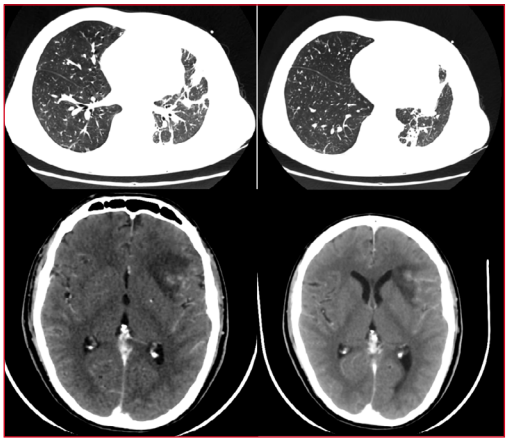
AC GARAY RIOS(1), MJ PADILLA GUILLOTH
(1) Sanatorio Guemes

El LES se manifiesta en 1 de cada 3 embarazos, con riesgo de brote del 20 al 30%; si está activa durante la concepción, aumenta la incidencia de preeclampsia 2-4 veces y de parto prematuro de 25-40%. Asimismo el SAF está presente en el 20-30% mujeres con LES, que en embarazadas tiene distintas formas de presentación: SAF obstétrico, SAF trombótico y SAF catastrófico (trombosis simultánea de vasos grandes y pequeños en al menos tres órganos).
Paciente de 33 años G3P1C1A1 con sospecha de SAF por antecedente de TVP supra/infrapatelar) y aborto espontaneo, anticoagulada por TVP extensa, ingresa por suspensión de ACO, diagnostico concomitante de RCIU y bradicardias fetales extremas, con cesárea de urgencia y POP en UTI por alto riesgo de sangrado por paciente anticoagulada y trombocitopenia severa. Evoluciona con Síndrome de HELLP + Crisis hipertensiva del puerperio y daño de órgano blanco (Cerebro) por ACV isquémico cerebeloso izquierdo, como complicación adicional presenta vegetación de válvula mitral (endocarditis de Libman Sacks). Tratada con micropulsos de corticoides y tromboprofilaxis de alto riesgo.
Diagnóstico retrospectivo de SAF catastrófico gestacional con afectación neurológica severa sin secuela.
La incidencia de SAF catastrófico es del 1% pero se asocia a Síndrome de HELLP en 52% y Endocarditis de Libman Sacks del 15-30% en la población general, desconociéndose la cifra de su presentación en pacientes embarazadas con SAF, según los reportes académicos son casos aislados como el de Migliorini S. et al (2022) que reportan una pte de 38 años con gestación de 15 semanas y endocarditis grave con requerimiento de cirugía cardíaca durante el embarazo; así mismo Kang, A. H., & Graves, C. R. (1999) con una primigestante con embarazo de 17 semanas e insuficiencia mitral severa por gran vegetación estéril y desenlace fatal por infarto cerebral masivo como complicación frecuente.
En referencia a fisiopatología los desencadenantes del SAF en la gestación son difíciles de esclarecer por la asociación de factores angiogénicos e inmunitarios como microangiopatía trombótica, disfunción endotelial y activación del complemento según lo referido por Percourt et al (2021) relacionada a lesión renal, proteinuria, hipertensión, embolia pulmonar, accidente cerebrovascular, encefalopatía e insuficiencia cardíaca.

0212 MENINGITIS TUBERCULOSA CON ESTUDIOS BACTERIOLÓGICOS NEGATIVOS: DESAFÍO DIAGNÓSTICO EN CONTEXTO DE ALTA SOSPECHA CLÍNICA

ME FRIEDEL(1), C IBARROLA(2), JM PROCHASKO, G AGUERO, G ROJAS, C CONSIGLIO, L PONCE DE LEON, M BRITEZ, M LOPEZ, R CONTRERAS, G GRANBERG, A SANCHEZ, P ALEGRE
(1) Hospital De Alta Complejidad. (2) Hospital De Alta Complejidad Pte Juan Domingo Perón

Introducción: La meningitis tuberculosa es una forma grave de tuberculosis extrapulmonar causada por Mycobacterium tuberculosis, asociada a elevada morbimortalidad. Su diagnóstico representa un desafío debido a la baja sensibilidad de los métodos bacteriológicos convencionales, especialmente en etapas iniciales, lo que puede retrasar el inicio del tratamiento específico. En este contexto, la sospecha clínica y los hallazgos indirectos adquieren un rol fundamental.
Objetivo:
Describir un caso de meningitis tuberculosa con estudios bacteriológicos negativos iniciales y resaltar la importancia del enfoque clínico en el diagnóstico precoz.
Material y métodos: Paciente masculino de 36 años con antecedentes de neumonía complicada y cirugía torácica por derrame pleural. Ingresa por síndrome constitucional con pérdida ponderal mayor a 30 kg, fiebre, sudoración nocturna, tos seca, disnea y cuadro neurológico de 48 horas de evolución caracterizado por cefalea intensa, alteración del sensorio, fotofobia, náuseas y vómitos.
La tomografía de tórax evidenció micronódulos con patrón en árbol en brote en pulmón derecho. La tomografía de encéfalo mostró lesión hipodensa frontal izquierda con efecto de masa y hallazgos compatibles con proceso infeccioso inflamatorio, con sospecha de tuberculoma. La prueba de tuberculina y el BAAR en esputo seriado resultaron negativos Serologías Negativas.
Ante deterioro neurológico, ingresa a unidad de cuidados intensivos, realizándose punción lumbar. El líquido cefalorraquídeo presentó pleocitosis (400 células/mm³), hipoglucorraquia y proteinorraquia elevada. Se inicia tratamiento empírico con ceftriaxona, dexametasona y esquema antituberculoso de primera línea.
La evolución clínica fue favorable, confirmándose posteriormente el diagnóstico mediante PCR positiva para Mycobacterium tuberculosis en LCR, con persistencia de baciloscopías negativas.
Conclusiones: La meningitis tuberculosa puede presentarse con estudios bacteriológicos negativos, dificultando su diagnóstico. Este caso destaca la importancia de un alto índice de sospecha clínica, el uso de métodos moleculares y el inicio precoz de tratamiento empírico en pacientes con alta probabilidad, con el fin de reducir la morbimortalidad asociada.



0213 DENGUE GRAVE: CASO CLÍNICO.

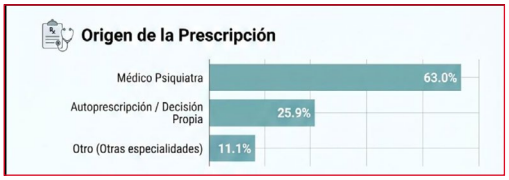
S BENITEZ ARCE, F RACCA VELÁSQUEZ(1), M BARÓN SALGADO(1), F FEITOSA DE SOUZA(1)
(1) Clínica Independencia.

Introducción: El dengue grave es una enfermedad potencialmente mortal causada por el virus del dengue, transmitido principalmente a través de la picadura de la hembra infectada del mosquito Aedes aegypti.
Caso clínico: Paciente obeso de 59 años de edad con antecedentes de DBT tipo 2, insuficiencia renal crónica e hipertensión arterial que ingresó a terapia intensiva derivado de otra institución con diagnóstico de colangitis (4 días de evolución de dolor abdominal, mialgias, ictericia y deterioro progresivo del sensorio), con requerimiento de ventilación mecánica y vasopresores. Se constató como dato positivo hiperglucemia, eritrosedimentación acelerada, elevación de azoados, anemia severa, leucocitosis, plaquetopenia, hiperbilirrubinemia mixta, hipertransaminasemia, hiperlactacidemia, y PCR elevada. Mediante estudios por imágenes se descartó el diagnóstico motivo de la derivación y se constató derrame pleural bilateral y ascitis. Cultivos sin aislamiento bacteriológico. Se descartó síndrome de Weil (por epidemiología laboral) y se arribó al diagnóstico de dengue mediante serología Ig G e Ig M.
El paciente evolucionó sin respuesta al tratamiento falleciendo once días después de su ingreso.
Discusión: Se han descrito factores de riesgo para padecer dengue grave, como tener una infección secundaria, la edad (menores), sexo femenino, diabetes mellitus y la enfermedad renal. Se consideran signos de mala evolución plaquetopenia, cefalea, mialgia y/o artralgia, dolor abdominal, vómitos, hepatomegalia, ascitis, derrame pleural, melena y deterioro del sensorio.
Entre el 2 y el 4% de las infecciones secundarias progresan a dengue grave con una mortalidad estimada de 22 mil pacientes por año. Se postula que la duración de la viremia está asociada con la gravedad clínica de la enfermedad, sin embargo, parecen existir diferencias significativas en la cinética de la viremia, la antigenemia de la proteína no estructural 1 (NS1) y la patogenecidad entre diferentes serotipos y genotipos del virus del dengue
Conclusiones: Siendo el dengue una enfermedad que en la mayoría de casos es asintomática o frecuentemente presentar sintomatología leve, es de suma importancia tenerla en consideración en pacientes susceptibles o que la hayan padecido con anterioridad, debido a que un tratamiento de sostén precoz puede cambiar radicalmente la evolución de la enfermedad.

0214 ¿QUIÉN CUIDA AL QUE PRESCRIBE? EL LADO B DE LA SALUD MENTAL EN LAS UNIDADES CRÍTICAS

FN RAMOS(1), D BAFUMO(1), L ZELADA(1), R SALATINO(1), R PERDIGUES(1), A QUIROGA(1), C LOPEZ(1), JL SILVESTRE(1)
(1) Central de Mendoza

Introducción: Las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) presentan condiciones laborales críticas —alta carga emocional, estrés prolongado y turnos rotatorios— que impactan en la salud mental del personal. El objetivo de este estudio fue analizar la prevalencia y características del consumo de psicofármacos en trabajadores de UCI en Mendoza.
Presentación (Metodología y Resultados): Estudio observacional, descriptivo y transversal realizado en 2026 mediante encuestas anónimas (n=100). La muestra incluyó médicos (50,5%), enfermeros y kinesiólogos. El 73% de los encuestados reportó consumo de psicofármacos, con un 27% de uso diario. Los fármacos predominantes fueron ansiolíticos (48,1%), hipnóticos (44,4%) y antidepresivos (14,8%). Se observó una correlación crítica en la indicación: el 63% de los consumidores recurre a la autoprescripción. Además, el 37% requirió aumento de dosis para mantener el efecto terapéutico. El 58,8% identifica el entorno de UCI como perjudicial para su salud mental, vinculándolo a la sobrecarga horaria (48% trabaja >60 hs semanales) y al pluriempleo (60%).
Discusión: Los hallazgos revelan una naturalización de la automedicación y una gestión silenciosa del malestar psíquico. La prevalencia de trastornos del sueño (37%) y ansiedad (22,2%) como motivos de inicio coincide con la deprivación del sueño y la alta demanda cognitiva del área crítica.
Conclusión: Existe una prevalencia significativa de consumo de psicofármacos y una preocupante tasa de autoprescripción. Es imperativo implementar políticas de salud ocupacional y estrategias de prevención sistémicas para mitigar el desgaste profesional en los equipos de salud.



0215 LINFOPENIA ASOCIADA A SEPSIS: EVALUACIÓN DINÁMICA Y SU ASOCIACIÓN CON SEPSIS RECURRENTE EN PACIENTES CRÍTICAMENTE ENFERMOS

ND FALCON(2), V MONZON(1), I HUESPE(2), E ANGAROLA(2), J NAGOURNEY(3), M BEZZATI(1), J SINNER(2), N DUCASA(4), DA GIANNONE(4), MV ACEVEDO(4), MB VECCHIONE(4), MF QUIROGA(4), G OLAIZOLA(2), E PRADO(2)
(1) Hospital Italiano De Buenos Aires - Sede San Justo. (2) Hospital Italiano De Buenos Aires. (3) University Of Rochester School Of Medicine And Dentistry. (4) Conicet

Objetivos: La linfopenia inducida por sepsis refleja una disfunción inmunológica temprana y puede predisponer a los pacientes a sepsis recurrente. Nuestro objetivo fue determinar si las trayectorias tempranas de linfocitos, integrando tanto la profundidad como la duración de la linfopenia, predicen la sepsis recurrente en adultos críticamente enfermos e identificar herramientas clínicamente aplicables para la estratificación temprana del riesgo inmunológico.
Métodos: Realizamos un estudio de cohorte retrospectivo de dos centros que incluyó pacientes ingresados en UCI con sepsis o shock séptico entre enero de 2011 y julio de 2024. La linfopenia temprana durante las primeras 48 horas se cuantificó mediante: (1) el número de días con recuento absoluto de linfocitos (ALC) ≤1000 o ≤500 células/μL, y (2) un promedio ponderado en el tiempo de 48 horas del recuento linfocitario (TWA-L). La sepsis recurrente, definida como un nuevo episodio séptico ocurrido ≥7 días después del evento índice, se modeló mediante modelos de riesgos competitivos de Fine-Gray, considerando la muerte sin sepsis recurrente como evento competitivo.
Resultados: Entre 4.701 pacientes, 429 (9,1%) desarrollaron sepsis recurrente y 972 (20,8%) fallecieron sin sepsis recurrente. La linfopenia profunda (ALC ≤500 células/μL) mostró una clara relación dosis-respuesta con la recurrencia. En comparación con los pacientes sin linfopenia profunda, aquellos con 1 y 2 días de ALC ≤500 células/μL presentaron hazard ratios subdistributivos ajustados (sHR) de 1,61 (IC 95% 1,22–2,13) y 2,22 (IC 95% 1,74–2,84), respectivamente. Un mayor TWA-L ≤500/μL también se asoció de manera independiente con mayor riesgo, mientras que la linfopenia más leve (≤1000/μL) mostró asociaciones más débiles e inconsistentes.

Conclusiones: La linfopenia profunda temprana y sostenida (ALC ≤500/µL), cuantificada por duración o carga acumulada, identifica a los pacientes con mayor riesgo de sepsis recurrente y proporciona un marco pragmático para la estratificación temprana del riesgo inmunológico y el diseño futuro de ensayos de inmunomodulación.

Figura 1. Asociación entre el TWA-L <500/µL medido durante las primeras 48 horas y el riesgo de un segundo evento séptico.

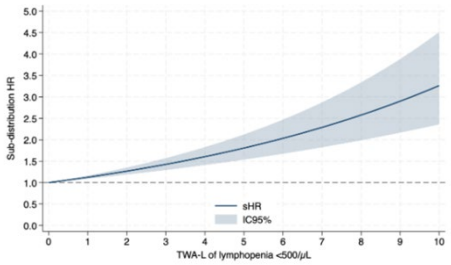
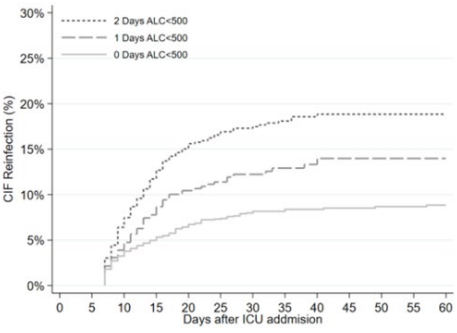


Figura 1 muestra la asociación entre el TWA-L <500/µL durante las primeras 48 horas y el sub-hazard ratio (sHR) de distribución de un segundo evento séptico. Aunque el TWA-L fue modelado como un término lineal, dicha linealidad se aplica en la escala logarítmica del sHR (como ocurre en todos los modelos de riesgos proporcionales); al transformarse nuevamente a la escala del sHR, la relación adopta una forma curva (aproximadamente exponencial) en lugar de una línea recta, con valores progresivamente mayores de TWA-L asociados a un marcado incremento en el riesgo de sepsis recurrente.

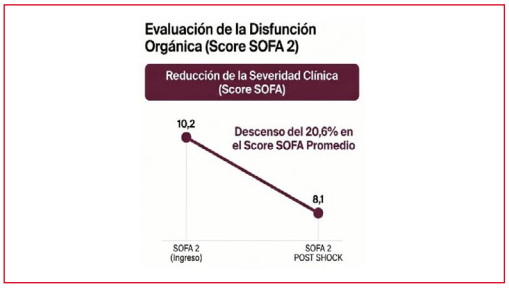
Figura 2. Incidencia acumulada de sepsis recurrente categorizada según los días con ALC <500 durante las primeras 48 horas del ingreso a la UCI.

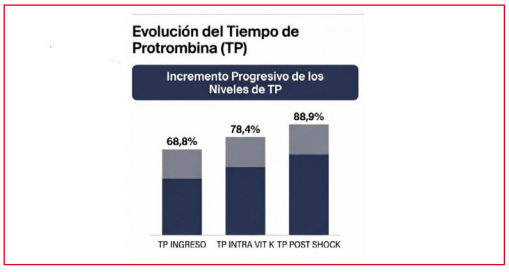


0216 IMPACTO EN LA ADMINISTRACIÓN DE VITAMINA K EN PACIENTES CON SHOCK SÉPTICO

A QUIROGA(1), P GARRO(1), I SCHALLER(1), L ZELADA(1), R SALATINO(1), G LOPEZ(1), JL SILVESTRE(1)
(1) Hospital Central de Mendoza

Este estudio retrospectivo, realizado entre noviembre de 2025 y marzo de 2026 en la Unidad de Terapia Intensiva del Hospital Central de Mendoza, analiza la eficacia de la vitamina K endovenosa para corregir la coagulopatía en 20 pacientes adultos con shock séptico. El objetivo fue determinar si la mejora del Tiempo de Protrombina (TP) se relaciona con la evolución de la falla orgánica medida por los escores SOFA y APACHE II.
Al ingreso, la población presentó una gravedad considerable, con una media de APACHE II de 18.7 y un score SOFA de 10.35. Las causas de ingreso fueron shock séptico (40%), shock hipovolémico (20%) y otras patologías críticas (40%) con posterior evolución a shock séptico. Se documentó que este genera una caída crítica en la hemostasia, con un TP que desciende de un valor basal de 70.15% a un valor mínimo de 56.25% (TP Alterado) durante la fase aguda. Los resultados demuestran que la suplementación con vitamina K tiene un efecto corrector robusto y estadísticamente significativo ($p < 0.0001$). Tras la administración, el TP ascendió a una media de 78.15% (Intra Vitamina K) y alcanzó el 89% en la etapa post-shock. Este aumento presentó una relación inversa con la gravedad clínica: a medida que el TP se recuperaba, el score SOFA disminuyó de 10.35 a 8.20 puntos.
El análisis de correlación mediante el coeficiente de Pearson confirmó que el APACHE II inicial es un buen predictor de la magnitud de la coagulopatía ($p < 0.05$), mientras que la recuperación del TP se asoció con una mejoría de la disfunción orgánica general ($p < 0.05$). En conclusión, este análisis retrospectivo evidencia que la administración de vitamina K endovenosa es una intervención efectiva para revertir la hipocoagulabilidad en el shock séptico. La normalización de las pruebas de coagulación actúa como un marcador fidedigno de la resolución de la disfunción multiorgánica, validando su valor terapéutico y pronóstico en el manejo del paciente crítico.





0217 TRAQUEOSTOMÍA: EPIDEMIOLOGÍA DE UNA UCI DE ADULTOS MAYORES

M ACEVEDO(1), C OLGUIN(1), D ÁLVAREZ(1), M VEGA ZAMBRANO(1), J VOSS(1), E ÀLVAREZ(1), J BUCAREY(1), P BALMACEDA(1), G VALVERDE(1)
(1) Español

Introducción: La unidad de cuidados intensivos de nuestro hospital cuenta con 20 camas de terapia intensiva y 20 camas de terapia intermedia. La población de estudio está compuesta por pacientes con edades comprendidas entre 65 a 92 años, desde Octubre de 2025 hasta Marzo de 2026. Se realizó un análisis retrospectivo de 18 casos, utilizando la historia clínica informatizada, a través de la que se recolectaron variables al ingreso y datos evolutivos durante la internación. El objetivo fue describir las características clínicas y epidemiológicas que los llevaron a la ventilación mecánica y posteriormente a la traqueostomía.
Resultados: Se analizaron 18 pacientes traqueostomizados, de los cuales 10 (55,6%) eran de sexo masculino y 8 (44,4%) de sexo femenino, con una media de edad de 76 años. El motivo predominante de intubación fue clínico (66,7%), seguido del quirúrgico (22,2%) y neurológico (11.1%). El puntaje APACHE II promedio de 31,1. La mediana de días de hospitalización fue de 74,5 días. Presentaron una tasa de mortalidad global del 72%, y el 94,4% de los pacientes requirió drogas vasoactivas. La principal indicación de traqueostomía fue la necesidad de ventilación mecánica

prolongada (94,4%), seguida de indicación neurológica (5,6%). El 22,2% presentó un intento previo de extubación con fracaso extubatorio. En todos los casos, la traqueostomía se realizó por vía percutánea. En cuanto a la evolución, 12 pacientes (66,6%) lograron desvincularse de la ventilación mecánica; 6 de éstos fueron decanulados exitosamente.

Conclusión: En nuestro centro la traqueostomía percutánea fue la técnica utilizada en todos los casos, sin complicaciones significativas, constituyendo una herramienta fundamental para el manejo de la vía aérea en pacientes con requerimiento de ventilación mecánica prolongada, predominantemente de etiología clínica. El proceso de decanulación se enfoca de manera multidisciplinaria con el equipo de kinesiología y otorrinolaringología. Si bien este proceso se asocia a estadías hospitalarias prolongadas, la tasa de decanulación exitosa observada es comparable a la reportada en la literatura para la población general.

0218 ASPERGILOSIS BRONCOPULMONAR ALÉRGICA (ABPA) Y DISTRÉS RESPIRATORIO GRAVE

JM OCHOA(1), AN GUTIERREZ(1), JJ NAVOTKA(1), MA OJEDA(1), C LOPEZ(1), MA COCERES(1), C PISARELLO(1), N CRISTALDO(1)
(1) Hospital de Campaña Escuela Hogar

Introducción: La ABPA es una respuesta de hipersensibilidad al Aspergillus fumigatus, clásicamente asociada a pacientes asmáticos. Aunque su evolución suele ser crónica, su manifestación como Insuficiencia Respiratoria Grave con requerimiento de asistencia ventilatoria mecánica (AVM) es excepcional y representa un desafío diagnóstico en la Unidad Terapia Intensiva (UTI).

Presentación del caso: Paciente masculino de 64 años con antecedente de asma e insuficiencia mitral. Previo a su ingreso presenta reagudización de su patología respiratoria de base asociado a proceso infecciosos recibiendo antibioticoterapia oral de manera empírica. Evolución tórpida por lo que Ingresa a UTI por cuadro de disnea clase IV y desaturación extrema (SatO2 70% aire ambiente). Presenta insuficiencia respiratoria grave, requiriendo intubación orotraqueal y AVM protectora. La TAC de tórax reveló opacidades en vidrio esmerilado, infiltrados alvéolo-intersticiales y consolidaciones parcheadas a predominio de lóbulos superiores. Se asumió inicialmente como sepsis foco respiratorio; se inició tratamiento empírico con imipenem, vancomicina y oseltamivir. Los cultivos (sangre/BAL), PCR para virus respiratorios (Influenza A/B, SARS-COV2, VSR) y serologías para gérmenes típicos/atípicos resultaron negativos. El screening viral no reactivo. La citometría de flujo del BAL reveló neutrofilia marcada (95.3%). Ante la persistencia de la insuficiencia respiratoria y la negatividad de los estudios infecciosos, se solicitaron marcadores inmunológicos. Se informó IgE total elevada (421 UI/ml) e IgE específica para Aspergillus fumigatus muy elevada (26.30 KU/l, Clase 4). Con diagnóstico de ABPA, inició tratamiento con Voriconazol. Evolucionó favorablemente, lográndose la extubación exitosa al tercer día de tratamiento y el alta hospitalaria tras 16 días de internación, continuando tratamiento oral ambulatorio por 12 semanas.

Discusión: El diagnóstico de ABPA en UTI es complejo pues mimetiza cuadros infecciosos bacterianos. En este caso, la exclusión exhaustiva de etiologías virales y bacterianas, sumada a la elevada IgE específica, fue determinante. A diferencia de las formas clásicas, este debut agudo presentó una respuesta neutrofílica predominante en el BAL, sugiriendo una variante fulminante de la enfermedad.

Conclusión: La ABPA debe considerarse como diagnóstico diferencial en pacientes asmáticos con SDRA grave y pobre respuesta a antibióticos. El reconocimiento temprano de marcadores inmunológicos específicos permite evitar tratamientos prolongados innecesarios y optimizar el pronóstico ventilatorio.

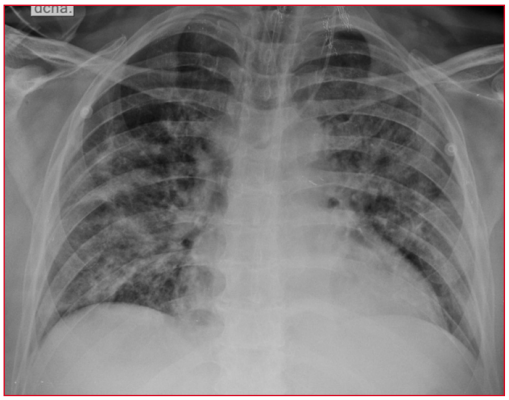


Tabla 1. Perfil Diagnóstico y Exclusión de Etiologías

Estudio	Resultado
Microbiología (BAL y Hemocultivos)	Negativos para bacterias y hongos (cultivo)
Virología (PCR Influenza, VSR, COVID-19)	No detectable
Serología Viral (IgM CMV, EBV, Herpes, B19)	No reactivos
Citometría de Flujo (BAL)	Neutrofilia marcada (95.36%)
IgE Total	421.3 UI/ml
IgE Específica (Aspergillus fumigatus)	26.30 KU/l (Clase 4 - Muy elevada)

0219 VENTILACIÓN MECÁNICA EN ADULTOS MAYORES: UN ACERCAMIENTO A SU EPIDEMIOLOGÍA

D ÀLVAREZ(1), J VOSS(1), A ALIAGA(1), L ROCHA CAMACHO(1), J BUCAREY(1), P BALMACEDA(1), M VÁZQUEZ(1), C OLGUIN(1), M ACEVEDO(1)
(1) Español

Introducción: El presente estudio tiene como objetivo describir la epidemiología, características clínicas y resultados asociados a la ventilación mecánica en pacientes ≥60 años internados en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Español de Buenos Aires (HEBA).

Metodología: Se diseñó un estudio observacional, descriptivo-analítico, de cohorte prospectivo, que incluyó pacientes ≥60 años sometidos a ventilación mecánica invasiva durante más de 48 horas en UCI en el período de Octubre 2025-Marzo 2026. Se analizaron variables demográficas, comorbilidades, etiología de la intubación, requerimientos de soporte vasoactivo y terapia de reemplazo renal, duración de la ventilación y necesidad de traqueostomía. El desenlace primario fue la mortalidad en UCI.

Resultados: Se incluyeron 61 pacientes entre 61 y 92 años (media 76,6 ± 8,2). La media de días de hospitalización fue de 15,3 ± 13,4, mientras que la duración de la VM fue de 13,2 ± 12,9 días. El puntaje promedio de APACHE fue 30,3 ± 6,8, con una tasa de mortalidad del 41%. En la etiología de la VM fue de causa clínica (81%), quirúrgica (16,3%) y neurológica (13,1%). El 26,2% de los pacientes requirió traqueostomía y el 21,3%, diálisis. Respecto al estado basal, el 49,2% presentaba fragilidad intermedia, el 37,7% fragilidad alta y el 13,1% fragilidad baja previo al ingreso.

Conclusión: A pesar de la alta prevalencia de fragilidad, la VM no se asoció de manera independiente con la mortalidad, lo que cuestiona su valor pronóstico aislado. En contraste, el APACHE emergió como el principal predictor independiente de mortalidad, reforzando su utilidad como herramienta de estratificación de riesgo en UCI. La edad no determina un factor de mortalidad en adultos mayores con VM. Estos hallazgos destacan la necesidad de estrategias de evaluación integral y modelos predictivos más robustos que integren variables clínicas, funcionales y evolutivas. La identificación

de factores pronósticos y la optimización de estrategias específicas podrían contribuir a mejorar los resultados en esta población creciente, promoviendo un uso más racional y centrado en el paciente de los recursos de cuidados críticos.

Tabla 1. Resultados del Análisis Bivariado y Multivariado

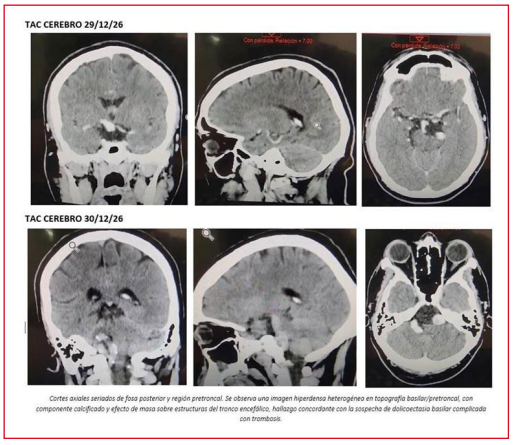
	Escala de Fragilidad	Condición de Egreso	Reintubación	Req. Traqueostomía	Req. Diálisis
Días de Hospitalización	p>0,7	p<0,05	p<0,03	p<0,001	-
Días de VM	p>0,4	p<0,07	p<0,03	p<0,001	-
APACHE	p>0,8	p<0,01	p>0,6	p<0,001	-
Sexo	p>0,21	-	-	-	-
Edad	-	p>0,2	-	-	p>0,2

Análisis Multivariado: *APACHE y mortalidad (OR 1,105; p=0,045; IC 95%: 0,099 - 0,050)*

0221 REPORTE DE CASO: DOLICOECTASIA BASILAR TROMBOSADA COMO CAUSA DE COMPROMISO TRONCULAR CATASTRÓFICO EN TERAPIA INTENSIVA

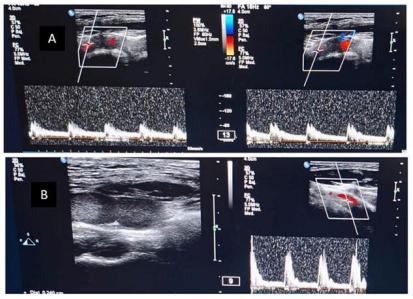
C VAIRO GAMARRA(1), A LÓPEZ GAVIRIA(1), A ARCH(1), F ONTIVERO(1), S DOSSI(1), C CESARI(1), V CALAUTTI(1), A CAHUANA(1)
(1) Hospital Carlos Bocalandro

Introducción: La dolicoectasia vertebrobasilar es una arteriopatía rara caracterizada por elongación, tortuosidad y dilatación arterial. Aunque puede ser un hallazgo incidental, las series internacionales la asocian con accidente cerebrovascular isquémico, compresión del tronco encefálico, hemorragia y elevada letalidad. En revisiones, el riesgo a cinco años de accidente cerebrovascular isquémico alcanza 17,6%, la compresión troncular 10,3% y la letalidad 36,2%. Su trombosis aguda es especialmente crítica por compromiso de perforantes basilares, posibilidad de simular una lesión ocupante pretroncal y ausencia de estrategias terapéuticas estandarizadas. Presentamos una evolución fulminante con alto valor docente en neurointensivismo.
Presentación del caso: Paciente masculino de 45 años, hipertenso, con antecedente familiar de aneurisma cerebral. Consultó por cefalea intensa, hemiparesia faciobraquiocrural derecha, parestesias, náuseas, diplopía y disartria, con presión arterial de 200/100 mmHg. La tomografía sin contraste evidenció imagen redondeada hiperdensa, con calcificaciones periféricas, pretroncal, con impronta sobre el tronco encefálico, sin sangrado ni hidrocefalia, planteándose lesión ocupante de espacio versus aneurisma de circulación posterior. Ingresó a terapia intensiva vigil, somnoliento y confuso, con Glasgow 13/15. A las 24 horas presentó deterioro neurológico con Glasgow 9/15. La angiotomografía mostró imagen compatible con dolicoectasia basilar trombosada. Neurocirugía indicó angiografía cerebral diagnóstica y eventual tratamiento endovascular. Evolucionó con intubación y ventilación mecánica. En las evaluaciones neurológicas presentó cuadriplejía, pupilas reactivas, reflejos de tronco parcialmente conservados e impulso respiratorio. La tomografía evolutiva informó isquemia de tronco encefálico e isquemia cerebelosa derecha. Intercurrió con fiebre persistente, hemocultivos con cocos en cadenas, tratamiento antibiótico y traqueostomía. Fue derivado a centro con capacidad angiográfica/endovascular; posteriormente se informó confirmación angiográfica del diagnóstico y continuaba vivo al seguimiento disponible.
Discusión: Este caso reúne tres elementos de excepcionalidad: presentación en adulto joven, imagen inicial pseudotumoral pretroncal y rápida progresión a síndrome troncular grave con dependencia ventilatoria. La literatura describe cursos variables, pero las formas sintomáticas con trombosis y compromiso de tronco presentan alta morbimortalidad y decisiones terapéuticas complejas.
Conclusión: Ante cefalea, signos de circulación posterior e imagen pretroncal hiperdensa, la dolicoectasia basilar trombosada debe considerarse una emergencia neurovascular. Su sospecha precoz puede modificar el monitoreo, evitar demoras diagnósticas y acelerar la derivación endovascular.



Cortes axiales seriados de fosa posterior y región pretroncal. Se observa una imagen hiperdensa heterogénea en topografía basilar/pretroncal, con componente calcificado y efecto de masa sobre estructuras del tronco encefálico, hallazgo concordante con la sospecha de dolicoectasia basilar complicada con trombosis.

Figura 2. Ecodoppler de vasos de cuello 20/12/25



A. Imagen compatible con placa aterosclerótica de aspecto mixto a nivel carotídeo. B. Doppler color y espectral con permeabilidad arterial conservada, sin aceleración de velocidades que sugiera estenosis hemodinámicamente significativa. El informe concluyó placas ateroscleróticas en ambos bulbos carotídeos y carótida interna derecha con obstrucción menor al 50% y flujo vertebral anterógrado.

0222 REPORTE DE CASO: VASCULOPATÍA CEREBRAL DIFUSA TARDÍA POST-MENINGITIS POR STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE

C MALLO(1), J ALAGUIBE(1), A SIONE(1), C MISER(1), C PETENATTI(1)
(1) Hospital San Martin

Introducción: Es un estrechamiento multifocal de las arterias cerebrales de mediano y pequeño calibre, entre los 7 y 45 días posteriores al cuadro infeccioso, incluso superada la fase crítica y con LCR estéril. Es una de las complicaciones más temidas, complejas y poco frecuentes de la meningitis bacteriana, siendo el Streptococcus pneumoniae el patógeno más frecuentemente asociado. Fisiopatología multifactorial: vasoespasmo reactivo, vasculitis y trombosis in situ.
Presentación caso clínico: Masculino de 48 años, meningitis por neumococo dos meses previos, tratado con ceftriaxona (14 días) y dexametasona (4 días). Hipoacusia secuelar.
Cuarenta días tras el alta presenta cuadro de 8 días de afasia, hemianopsia izquierda y hemiparesia braquio-crural derecha. TAC/RMN: Lesiones multifocales: frontoparietal derecha y frontotemporoparietal izquierda, de aspecto isquémico agudo/subagudo. LCR: cristal

de roca, glucosa 51 mg/dL, proteínas 1.42 g/L, pleocitosis linfocítica (140 leucocitos, 80% MN). Cultivo negativo. ANCA y FAN negativos. AngioRMN: Estrechamientos y dilataciones segmentarias en arterias cerebrales medias. DTC: Vasoespasmo severo en ambas ACM y ACÁ. Angiografia: vasoespasmo leve/moderado difuso asociado, sin lesión estructural. Ingresa a UCI. Inicia milrinona como vasodilatador y metilprednisolona en dosis inmunosupresora. Evoluciona con deterioro neurológico. TAC: edema cerebral difuso severo. Ciclofosfamida de rescate. Evoluciona a muerte encefálica.

Discusión: La vasculopatía post-meningitis puede manifestarse como una angiopatía inflamatoria o vasoespasmo reactivo. La aparición tardía es particularmente notable. La presencia de pleocitosis linfocítica y proteínas elevadas en el LCR indica una respuesta inflamatoria persistente. Los hallazgos confirman una afectación arterial difusa. Responde pobremente a los vasodilatadores. El uso de corticoides en la fase aguda demostró reducir las complicaciones neurológicas, pero su rol en las complicaciones vasculares tardías no está bien definido. Los inmunosupresores como la ciclofosfamida se reservan para casos refractarios, aunque en estadios de edema cerebral el pronóstico es ominoso.

Conclusión: En este caso, a pesar del tratamiento inmunosupresor, el paciente evolucionó con isquemia global y muerte encefálica, ya que cuando la vasculopatía progresa a edema cerebral, las terapias de rescate actuales suelen ser ineficaces.

0224 CUANDO LA MICROBIOTA SE REBELA: SINERGIA POLIMICROBIANA Y PERITONITIS TERCIARIA POR GSA EN EL PACIENTE CRÍTICO

L ROCHA FERREIRA E SILVA(1), M SALATINO(1), L ZELADA(1), JL SILVESTRE(2), G LOPEZ(1), AD BRIONES(1), D VAZQUEZ(1), DR BAFUMO(3), N TERSOGLIO(1), G CHIAROLA(1), N FOURCADE(1), L RETA(1), MV GUZMAN(1)
(1) Hospital Central de Mendoza. (2) Hospital Central de Mendoza. (3) Hospital Central de Mendoz

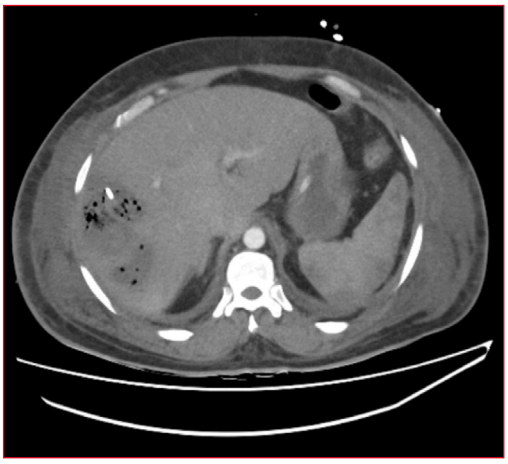
Introducción: El grupo Streptococcus anginosus (GSA) es un componente comensal de la microbiota humana con un potencial patogénico devastador en condiciones de hipoxia tisular. Epidemiológicamente, aunque se aísla en el 5-10% de las peritonitis secundarias, su relevancia clínica radica en una tasa de formación de abscesos superior al 40% en infecciones invasivas, superando significativamente a otros estreptococos.

Presentación del caso: Varón de 49 años, inmunocompetente, con antecedente de apendicitis gangrenosa. Desarrolló una dinámica infecciosa persistente con abscesos hepáticos recurrentes y de pared abdominal; el cultivo inicial reportó S. constellatum y S. anginosus. Pese al tratamiento dirigido con betalactámicos e inhibidores de betalactamasas, presentó falla terapéutica. Reingresó en shock séptico fulminante con fascitis necrotizante y abdomen catastrófico. En este escenario, emergió microbiota multirresistente (BLEE y Metalo-betalactamasas), exacerbada por la sinergia entre GSA y anaerobios estrictos, precipitando una falla multiorgánica con hiperlactatemia crítica (16 mmol/l) que requirió soporte vital avanzado (ARM y TRR).

Discusión: El GSA actúa como facilitador para el crecimiento de anaerobios y la posterior colonización por gérmenes multirresistentes, complejizando la relación PK/PD en el paciente crítico. Su aislamiento en el postoperatorio abdominal debe interpretarse como un marcador de agresividad biológica y riesgo de metástasis séptica, especialmente vía portal.

Conclusión: La recurrencia de colecciones por GSA exige un manejo quirúrgico-percutáneo agresivo y vigilancia estrecha. La evolución tórpida hacia el shock séptico subraya la necesidad de un soporte intensivo precoz y un control de foco exhaustivo para prevenir la catástrofe metabólica.

Fecha	Hito Clínico / Cultivo	Estado Ácido-Base	Intervención Médica
18-04	Inicio de síntomas.	Normal	Ampicilina + Sulbactam.
20-04	Hemocultivos: **SAMR**.	Sin datos.	Cambio atb PTZ + Vancomicina.
24-04	**Ingreso a UTI**. Punción: *S. anginosus*.	**Shock Metabólico**: Lactato 16.0, pH 7.35 (con compensación).	**Meropenem + Vancomicina**.
25-04	Falla renal / Shock persistente.	Deterioro progresivo.	**Inicio de TRR** (Hemodiálisis/Hemofiltro).
26-04	Punto crítico.	**Acidemia (pH 7.19)**. Lactato 13.4.	Ajuste de TRR y soporte vasoactivo.
27-04	**Estabilización**.	**Normalización (pH 7.40)**. Lactato 4.4.	Continuidad de TRR y ATB.



0225 IMPLEMENTACIÓN DE UNIDADES DE ACV EN ÁREAS RURALES, IMPORTANCIA DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA: IMPACTO EN EL ACCESO A TROMBÓLISIS Y REDUCCIÓN DE INEQUIDADES EN SALUD

M SINGH(1), G CASSASOLA(2), I RODRIGUEZ(2), B ARAMAYO(3), A ZAPATA(3), A LOPEZ(3), R PEREYRA(3), M MEDINA(3), M RODRIGUEZ(3)
(1) Hosp Melchora Figueroa de Cornejo. (2) Hmfcornejo. (3) HMF Cornejo

Introducción: El ACV constituye una de las principales causas de morbimortalidad a nivel mundial, con un impacto significativo en áreas rurales, donde las limitaciones en el acceso a centros especializados retrasan la implementación de terapias de reperfusión. La trombólisis intravenosa con alteplasa es el tratamiento de elección en el ACV isquémico agudo dentro de la ventana terapéutica, siendo el tiempo un factor crítico. Siendo el rol de enfermería de vital importancia en entornos con menor complejidad.
Caso Clínico: Paciente de 64 años que ingresa a Hospital Melchora Figueroa de Cornejo en Interior de Salta, con antecedentes de HTA ingresa derivada por la familia por episodio se sincope a hs 13.15 sin respuesta a los estímulos al momento del examen físico se detecta ACV en curso valorada por enfermería con NIHSS de 19 se informa a medico se realiza TAC de encéfalo, en sector privado 13,25 a hs 13,45 retorna al hospital, se constata ACV isquemico ingresa a UTI en plan de tratamiento a hs 13,55. Se inicia trombólisis peso paciente 75 kg bolo inicial 6,75, e infusión de 60, 75. Se valora NIHSS 11 por el servicio de UTI a la hora con una recuperación total a las 24 hs NIHSS 4 a las 24 hs y recuperación integral al alta.
Conclusión: La implementación de estrategias de capacitación en enfermería en áreas rurales constituye un pilar fundamental para mejorar el acceso a la trombólisis en el ACV isquémico agudo. La adecuada formación permite optimizar tiempos críticos, garantizar la correcta preparación y administración de alteplasa, fortaleciendo el trabajo en equipo dentro de circuitos asistenciales estructurados. Los resultados hasta ahora obtenidos evidencian que la intervención mediante capacitación y la articulando con el sector privado ha permitido aumentar la resolución local de los casos y reducir la dependencia de centros de mayor complejidad. En este contexto, el rol de enfermería adquiere un valor estratégico, no solo en la ejecución técnica del tratamiento, sino también en la coordinación del proceso asistencial. Fortalecer estos programas, representa una oportunidad para disminuir inequidades en salud y mejorar los resultados clínicos en poblaciones vulnerables.

0226 VENTILACIÓN MECÁNICA NO INVASIVA EN FALLA RESPIRATORIA AGUDA TIPO I: ANÁLISIS DE RESULTADOS Y PREDICTORES DE FALLA. ESTUDIO EPVAR

RS MORACCI(1), GA PLOTNIKOW(1), M ACCOCE(2), RA PRATTO(3), JH DORADO(2), E STEINBERG(4), J PEREZ(2), E NAVARRO(5), UNIVERSIDAD INTERNACIONAL DE CATALUNYA, FJ GUTIERREZ(7), M SETTEN(8), S FROSIANI(8), M BEZZI(9), L LAURENCE(9), T NOSETTI(10), P D'ANDREA(10), ML ARAUJO(11), JUAN DOMINGO PERON, M SALAS(11), JUAN DOMINGO PERON, JM CAMPANA(13), F GHIGGI
(1) Hospital Británico De Bs As. (2) Sanatorio Anchorena San Martín. (3) Sanatorio Anchorena Recoleta. (4) Hospital Italiano De Buenos Aires. (5) Departamento De Medicina. (6) Universidad Internacional De Catalunya. (7) Hospital Británico De Buenos Aires. (8) Cemic Hospital Universitario Sede Pombo. (9) Hospital De Agudos D. F. Santojanni. (10) Hospital De Alta Complejidad En Red El Cruce. (11) Hospital De Alta Complejidad. (12) Juan Domingo Peron. (13) Hospital De La Baxada Dra. Teresa Ratto. (14) Hospital De Rehabilitación Respiratoria María Ferrer. (15) Hospital Dr. Jose María Cullen. (16) Hospital Emilio Zerboni.

Introducción: Este trabajo analiza la implementación de VMNI en falla respiratoria aguda (FRA) tipo I en la cohorte EpVAr argentina.
Metodología: Subanálisis de pacientes tratados con VMNI por FRA tipo I. Las variables continuas se describieron como media±DE o mediana (RIQ) y se compararon mediante test de t o Wilcoxon según distribución. Las variables categóricas se presentaron como n(%) y se compararon mediante test de Chi cuadrado o test exacto de Fisher. La asociación entre cambios en variables de monitoreo y éxito de VMNI se evaluó mediante regresión logística.
Resultados: De 539 pacientes 49 (9.1%) iniciaron VMNI por FRA tipo I; 22 (44.9%) fallaron y 33 (67.3%) egresaron vivos de UCI. Los motivos de inicio fueron neumonía de la comunidad 32 (65.3%), neumonía intrahospitalaria 12 (24.5%), asma 2 (4,1%), SDRA 2 (4.1%) y trauma torácico 1 (2%). Quince (31.9%) realizaron CNAFO2 concomitante. Los pacientes que fallaron presentaron más comorbilidades (Charlson: 3 vs 6; p=0.0236) sin diferencias en severidad al ingreso (APACHE II: 12[10-17]; p=0.1141). Utilizaron más tiempo la VMNI el primer día (24 vs 14 hs; p=0.0019), sin diferencias en el tiempo hasta el primer intento de desvinculación 2 días (1-3; p=0.8846) ni en la falla en este intento (29,4% vs 35,0%, p=0.9999). El principal motivo de intubación fue el incremento del trabajo respiratorio (31.8%) seguido por hipoxemia (18.2%), deterioro del estado de conciencia (9.1%), deterioro hemodinámico (4.5%) y mal manejo de secreciones (4.5%); 6 recibieron adecuación del esfuerzo terapéutico y 1 no reportó motivo de IOT. En la tabla 1 se observan las variables de monitoreo antes y después de iniciada la terapia. Ninguna variable se asoció con la falla de la terapia de forma uni o multivariada.
Conclusión: En esta cohorte la VMNI en FRA tipo I mostró una alta tasa de falla y limitada capacidad de predicción mediante variables de monitoreo. Esto evidencia la necesidad de identificar predictores más precisos para optimizar la selección y manejo de estos pacientes.

Tabla 1. Variables de monitoreo

Variable	Pre VMNI				Post VMNI				p-valor[5]
	Éxito (N=27)	Falla (N=22)	p-valor	Datos perdidos	Éxito (N=27)	Falla (N=22)	p-valor	Datos perdidos	
pH	7.36 (7.34 - 7.42)	7.36 (7.24 - 7.44)	0.8950[1]	8	7.36 (7.28 - 7.42)	7.38 (7.34 - 7.44)	0.3590[1]	17	0.0761
PaO_2	64 (54.5 - 81.5)	71 (64 - 89.75)	0.1150[1]	8	68.5 (64.75 - 88)	77 (67.75 - 104.75)	0.4830[1]	17	0.2048
$PaCO_2$	42 (34.5 - 56.5)	37 (33 - 55.5)	0.8740[1]	8	46.2 ± 13.23	36.83 ± 8.81	0.0229	17	0.0635
FiO_2	40 (29 - 50)	47.5 (40 - 61.25)	0.0624[1]	3	40 (30 - 50)	45 (40 - 60)	0.0575[1]	11	0.0790
SaO_2	91.5 (87 - 96)	93 (89.5 - 97)	0.1560[1]	4	95 (92.5 - 98)	96 (95 - 98.5)	0.2160[1]	11	0.4210
$PaFiO_2$	161.8 (126.8 - 264.8)	156.45 (113.1 - 223.5)	0.8540[1]	8	180.65 (142.2 - 281.0)	180.6 (132.3 - 283.3)	0.8460[1]	17	0.5049
HACOR	4 (1 - 7.5)	7 (4 - 8)	0.2360[1]	9	2.5 (1 - 5.25)	4 (2 - 6)	0.4530[1]	18	0.2371
ROX	8.89 (6.07 - 13.25)	6.41 (4.21 - 10.07)	0.1980[1]	4	12.67 ± 5.21	8.27 ± 3.45	0.0045[3]	13	0.3429
Cuadrantes	-	-	-	-	2 (1 - 2)	3 (2 - 3)	0.0449[1]	3	-
FR programada	-	-	-	-	17.13 ± 5.04	16.59 ± 7.25	0.7930[3]	9	-
PI programada	-	-	-	-	8.11 ± 3.64	9.62 ± 2.99	0.1220[3]	1	-
PEEP programada	-	-	-	-	6 (6 - 8)	7 (5 - 8)	0.992[1]	1	-
FR	29.3 ± 7.48	29.41 ± 8.22	0.9610	0	21.67 ± 5.01	25.35 ± 5.84	0.0292[3]	2	0.1742
Tiraje presente	16 (59.3%)	12 (54.5%)	0.9670[2]	0	2 (7.4%)	6 (27.3%)	0.117[4]	0	0.0860
Asincronía T-A	13 (48.1%)	12 (54.5%)	0.8740[2]	0	3 (11.1%)	5 (22.7%)	0.4400[4]	0	0.7029
FC	101.93 ± 17.47	105.05 ± 30.57	0.6790[2]	1	91.66 ± 13.55	98.1 ± 26.86	0.3270[2]	2	0.7081
GCS	15 (13.5 - 15)	15 (14.25 - 15)	0.5620[1]	0	15 (14 - 15)	15 (14.75 - 15)	0.7430[1]	2	0.7442
Borg	5.23 ± 2.39	5.06 ± 2.26	0.8060[2]	5	3 (1.5 - 4)	2 (1 - 5)	0.7140[1]	5	0.2764
Confort	-	-	-	-	3 (3 - 4)	3 (2 - 4)	0.4230[1]	3	-
Sedación	-	-	-	-	5 (18.5%)	6 (27.3%)	0.5090[2]	0	-
Analgesia	-	-	-	-	8 (29.6%)	9 (40.9%)	0.6010[2]	0	-
$CNAFO_2$	6 (22.2%)	9 (40.9%)	0.2710[2]	0	6 (22.2%)	6 (27.3%)	0.9400[2]	0	0.2214

[1] Wilcoxon
[2] Chi cuadrado
[3] Test t
[4] Test exacto de Fisher
[5] Resultado de modelo logístico univariado evaluando la asociación entre el cambio previo y post inicio respecto al resultado de la terapia de VMNI

0228 EPIDEMIOLOGÍA DE PACIENTES POSTRASPLANTE HEPÁTICO CON REQUERIMIENTO DE VENTILACIÓN MECÁNICA: ESTUDIO RETROSPECTIVO EN UN HOSPITAL DE ALTA COMPLEJIDAD DE BUENOS AIRES, ARGENTINA

AM BERÓN(1), M SCHMIDHUBER(1), E MANIÁS(1), ZA ZAHER(1), JI PÉREZ ASOREY(1), SE MANSILLA YULÁN(1), M ÁLVAREZ(1), AM VEINTICINCO(1), EM STEINBERG(1)
(1) Hospital Italiano de Buenos Aires

Introducción: La ventilación mecánica constituye un requerimiento habitual para los pacientes en el posoperatorio inmediato trasplante hepático. Sin embargo, existen complicaciones tales como la ventilación mecánica prolongada (VMP). La evidencia sobre las características clínicas y la evolución de los pacientes con VMP en nuestro país es escasa.
Objetivo: El objetivo principal es describir las características clínicas de los pacientes en el postoperatorio inmediato de trasplante hepático con requerimiento de ventilación mecánica al ingreso a Unidad de cuidados intensivos (UCI). Los objetivos secundarios son describir la proporción y la evolución clínica de quienes tuvieron VMP, y explorar factores asociados a dicha condición.
Métodos: Estudio de cohorte retrospectivo. Incluimos pacientes mayores de 18 años, sometidos a trasplante hepático e ingresados intubados a UCI en dos períodos de tiempo: 1 de junio del 2013 al 11 de marzo del 2020, y del 31 de diciembre del 2022 hasta el 1 de junio del 2025, excluyendo el período del COVID-19. Se definió VMP como ventilación mecánica $_2$ 24h. Las variables continuas se compararon con t-Student o Mann-Whitney. Las categóricas con Chi2 y Fisher. Aplicamos modelos de regresión logística univariados y multivariados, ajustando por APACHE, Meld- Na, IMC y ASA.
Resultados: Se incluyeron 364 pacientes. 179 (49.2%) presentaron VMP. El grupo con VMP mostró mayor APACHE II, mayor MELD-Na, mayor tiempo quirúrgico y mayor requerimiento de noradrenalina, vasopresina, hemoderivados, días de ventilación mecánica y de UCI (Tabla 1). En el análisis ajustado, el tiempo de cirugía se asoció con VMP (OR 1.23; IC 95% 1.03 - 1.48) al igual que el uso de noradrenalina (OR 2.41; IC 95% 1.41 - 4.1) y vasopresina (OR 4.38; IC 95% 1.93 - 9.95) (Figura 1).
Conclusiones: El 49.2% de los pacientes trasplantados hepáticos que requirieron ventilación mecánica en el posoperatorio inmediato al ingreso de la UCI tuvieron VMP. Ellos tuvieron mayor APACHE II, mayor MELD-Na, mayor tiempo quirúrgico y mayor requerimiento de noradrenalina, vasopresina, hemoderivados. El tiempo de cirugía, el uso de noradrenalina y de vasopresina se asociaron con la VMP.

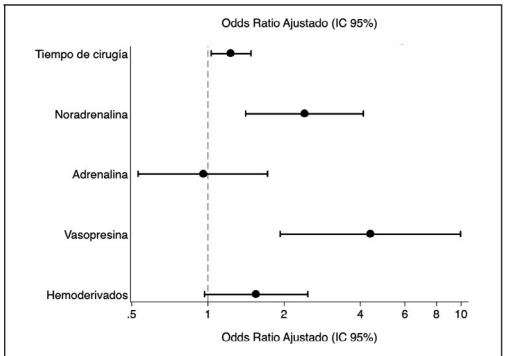


Figura 1. *Factores asociados a VMP.*

Variables	Población (n = 364)	VM ≤ 24 hs (n = 185)	VM > 24 hs (n = 179)	p
Edad, años, mediana [RIQ 25 - 75]	59 [48 - 64]	60 [48 - 64]	59 [49 - 64]	0.68
Sexo, femenino n (%)	142 (39.23)	78 (42.39)	64 (35.96)	0.21
IMC, kg/m2, mediana [RIQ 25-75]	27.5 [24.3 - 31.1]	26.8 [23.8 - 30.7]	27.9 [24.8 - 31.9]	0.03
APACHE II, mediana [RIQ]	17 [13 - 22]	15 [11 - 19]	19 [14 - 25]	0.0000
MELD Na, media (DS)	24(7.5)	23 (7.5)	25 (7.5)	0.01
Score de Charlson, media (DS)	4.2 (1.7)	4.2 (1.7)	4.3 (1.7)	0.7
ASA, n (%) 2 3 4	 6 (1.66) 104 (28.73) 252 (69.61)	 4 (2.17) 65 (35.33) 115 (62.5)	 2 (1.12) 39 (21.91) 137 (76.97)	0.08
Tiempo total de cirugía, minutos, mediana [RIQ]	417 [372 - 466]	409 [368 - 451]	434 [380 - 493]	0.0009
Noradrenalina, n (%)	256 (70.33)	109 (58.94)	147 (82.12)	0.000
Vasopresina, n (%)	52 (14.29)	9 (4.86)	43 (24.02)	0.000
Adrenalina, n (%)	77 (21.15)	35 (18.92)	42 (23.46)	0.28
Hemoderivados, n (%)	162 (44.75)	65 (35.33)	97(54.49)	0.000
Días de VM, días, mediana [RIQ]	2.82 [1.15 - 5.67]	0.54 [0.39 - 0.72]	2.54 [1.56 - 4.63]	0.000
Días de estancia en UCI,días, mediana [RIQ]	7.48 [4.6 - 11.9]	6.15 [4.6 - 9]	9.23 [5.6 - 14.79]	0.000
Mortalidad, n(%)	18 (3.86)	4 (28)	14(72)	0.089

Tabla 1. *Abreviaciones. IMC: índice de masa corporal; APACHE: sistema de clasificación de gravedad de la enfermedad; ASA: clasificación del riesgo anestésico; VM: ventilación mecánica, UCI: unidad de cuidados intensivos.*

0229 REPORTE DE CASO: ENCEFALOPATÌA HEPÀTICA - EL MANGANESO, UN NUEVO PROTAGONISTA

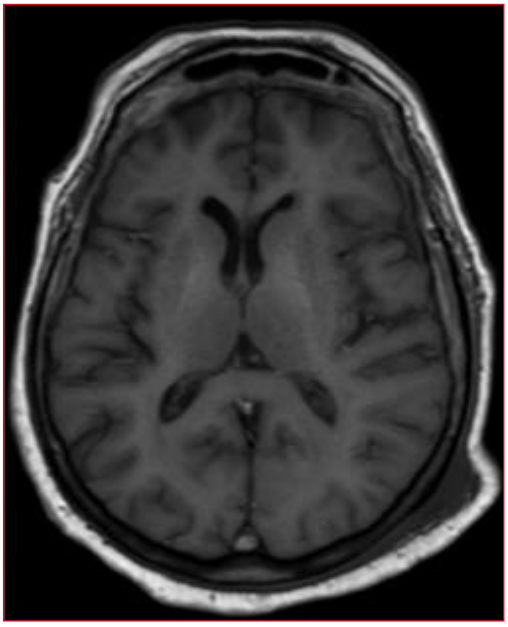
J JARAMILLO(1), M VÁZQUEZ(1), S CISNEROS(1), V ÁVILA(1), N TANEL(1), H CICHERO(1), E ÁLVAREZ(1), G VALVERDE(1), L ROCHA(1)
(1) Español

Introducción: La encefalopatía en pacientes con hepatopatía crónica presenta etiología multifactorial. La hiperintensidad en T1 en globos pálidos ha sido asociada a depósito de manganeso, aunque su correlación clínica es variable.
Caso clínico: Paciente femenina de 72 años, con antecedentes de cirrosis hepática alcohólica con performance status 4 y sospecha de hepatocarcinoma en estudio, cursa internación en sala general en el postoperatorio de evacuación de hematoma subdural traumático con buena evolución neurológica. Durante su evolución presenta movimientos tonicoclónicos parciales de más de 5 minutos de duración, con TC de encéfalo sin cambios con respecto a previa, por lo que inicialmente se interpreta como status convulsivo, requiriendo IOT/ARM y sedoanalgesia profunda. Pese a persistir movimientos

anormales durante descenso gradual de sedación, no se logran documentar descargas en EEG seriados. Se realiza RMN que evidencia hiperintensidad en T1 en ambos globos pálidos, sugestiva de depósito de manganeso. Se solicita dosaje sérico de manganeso, con resultado normal. Evoluciona en UTI con requerimientos de ARM prolongada con mala recuperación neurológica y fallece por shock séptico refractario.

Discusión: Este caso nos parece relevante dada la alta frecuencia de la cirrosis hepática en nuestra población y el desconocimiento acerca de la neurotoxicidad que provoca el manganeso en estos pacientes a pesar de valores plasmáticos normales. Esto puede llevar a un retraso en el diagnóstico y tratamiento adecuados. Es menester destacar que el cuadro clínico de extrapiramidalismo sumado al hallazgo de RMN patognomónico en un paciente cirrótico alcanzan para llegar a un diagnóstico y definir la eventual necesidad de terapéutica.

En este caso en particular, al tratarse de un paciente con patología neuroquirúrgica aguda, llegar al diagnóstico resultó más dificultoso y requirió del trabajo interdisciplinario con los servicios de neurología, toxicología y diagnóstico por imágenes.



0230 REPORTE DE CASOS: MEDIASTINITIS NECROTIZANTE DE ORIGEN ODONTÓGENO: UN CASO EXTREMO CON SUPERVIVENCIA TRAS 100 DÍAS DE TERAPIA INTENSIVA

MA SERRUDO SALGUEIRO(1), GE PALACIOS SANABRIA(1), P SMUKLER(1), S DOSSI(1), A ARCH(1), A BAIRACLIOTI(1), C CESARI(1), A CAHUANA(1)
(1) Hospital Carlos Bocalandro

Introducción: La Mediastinitis necrotizante descendente (MND) es una infección grave y rápidamente progresiva de origen cervicofacial u odontógeno que se disemina al mediastino, asociándose a sepsis, shock séptico y falla multiorgánica. Su alta mortalidad exige diagnóstico precoz y tratamiento quirúrgico agresivo.

Objetivos: Describir la evolución clínica, complicaciones y manejo multidisciplinario de un paciente joven con MND secundaria a foco odontógeno con internación prolongada en UTI.

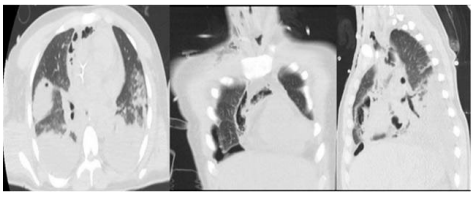
Caso clínico: Paciente masculino de 23 años con antecedente de consumo de sustancias ilícitas y mala salud bucal. Inicia con absceso odontógeno submandibular drenado quirúrgicamente, evolucionando a Mediastinitis necrotizante con empiema pleural bilateral y shock séptico.

Requirió ingreso a UTI, ventilación mecánica invasiva y soporte vasopresor. Presentó paro cardiorrespiratorio recuperado. Se realizó drenaje mediastinal bilateral múltiples, decorticación pleural, drenaje pericárdico y lavado cervical. Evolucionó con SDRA, infecciones polimicrobianas, hipercatabólico, injuria renal aguda y SIADH. Desarrolló fístula traqueoesofágica y polineuropatía del paciente crítico.

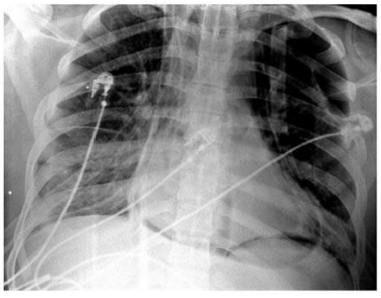
Resultados: Tras manejo intensivo multidisciplinario, el paciente presentó resolución del foco infeccioso, cierre de la fístula traqueal, desvinculación de ventilación mecánica tras aproximadamente 100 días, recuperación neuromuscular progresiva y tolerancia a la vía oral, logrando pase a sala general.

Conclusiones: La MND con mortalidad 80 % es una entidad de alta complejidad que requiere diagnóstico precoz y abordaje quirúrgico agresivo. El manejo multidisciplinario en UTI resulta determinante para mejorar la supervivencia incluso en casos graves con múltiples complicaciones.

1. Figura 1. Tomografía de tórax 19/09/2025



2. Figura 2. Radiografía de Tórax 06/10/2025



0232 EVOLUCIÓN CLÍNICA, FUNCIONAL Y DE CALIDAD DE VIDA EN SOBREVIVIENTES DE UCI: COHORTE PROSPECTIVA LONGITUDINAL Y ANÁLISIS DE FACTORES ASOCIADOS AL PRIMER Y TERCER MES DEL ALTA.

M DEHNE(1), B VALLEJOS(1), O OCCHIUZZI(1), B MAGDALENA(2)
(1) HIGA Vicente Lopez Y Planes. (2) HIGA Vicente Lopez.

Introducción: El síndrome post terapia intensiva se caracteriza por secuelas físicas, funcionales y psíquicas que afectan la calidad de vida tras la internación en la unidad de cuidados intensivos (UCI).

Objetivo: Evaluar la evolución de la calidad de vida, la funcionalidad y la reinserción laboral, así como los factores asociados, en sobrevivientes de UCI al primer y tercer mes post alta de UCI.

Materiales y métodos:

Estudio observacional analítico, prospectivo, longitudinal, de cohorte, realizado entre octubre de 2024 y marzo de 2026. Se incluyeron pacientes ≥18 años con asistencia respiratoria mecánica invasiva ≥48 horas. Se registraron variables clínico-demográficas y de la internación, y se realizó seguimiento al primer y tercer mes mediante índice de Katz, EQ-5D-5L, HADS y situación laboral. Se realizó análisis descriptivo y regresión logística multivariada.

Resultados: Se analizaron 81 pacientes, con una mediana de edad de 54 años (RIQ 35–61), de los cuales el 65,4% eran hombres. La me-

diana de ventilación mecánica fue de 8 días (RIQ 5–14) y la estadía en UCI de 12 días (RIQ 8–19,5). Al primer mes, se obtuvo información de 72 pacientes, de los cuales 64 (88,9%) se encontraban vivos; al tercer mes, de 53 pacientes evaluados, 48 (90,5%) estaban vivos. Se observó mejoría en las dimensiones del EQ-5D entre ambos momentos. El índice de Katz mostró una mediana de 0 al mes (RIQ 0–5) y de 0 a los tres meses (RIQ 0–2). La reinserción laboral fue del 10,4% al mes y el 69,2% permanecía sin retorno a los tres meses. El delirium se asoció de manera independiente con imposibilidad laboral (OR 4,48; IC95% 1,10–18,29).
Conclusión: Los sobrevivientes de UCI presentaron compromiso funcional y de la calidad de vida al primer mes, con mejoría parcial a los tres meses. La reinserción laboral fue limitada durante el seguimiento, y el delirium se asoció de manera independiente con imposibilidad laboral.

Tabla 4. Modelo de regresión logística. Percepción del estado de salud

Variables	B	Error estándar	Sig. (p)	Odds Ratio (IC 95%)
Edad	0,008	0,036	0,818	1,008 (0,940 - 1,081)
Días de ARM total	-0,081	0,051	0,116	0,923 (0,834 - 1,020)
Requerimiento de Vasopresores	1,224	1,326	0,356	3,402 (0,253 - 45,715)
Necesidad de Re IOT	1,683	1,127	0,135	5,384 (0,591 - 49,050)
Constante	0,412	2,466	0,867	1,509

Referencias: ARM = Asistencia respiratoria mecánica ReIOT = Reintubación.

0235 VENTILACIÓN NO INVASIVA EN PACIENTES PEDIÁTRICOS EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS EN UN HOSPITAL PÚBLICO DE LA CIUDAD DE CÓRDOBA (2024-2025). ESTUDIO DESCRIPTIVO.

MA GARCIA(1), BA CLERICÓ(1), NY CORVALÁN(1), F PICOLA(1)
(1) Hospital Infantil Municipal

Objetivo: Describir las características de la ventilación mecánica no invasiva (VNI) utilizada en pacientes pediátricos internados en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Infantil Municipal de la Ciudad de Córdoba durante el período 2024-2025.
Materiales y métodos: Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo y de corte longitudinal.
Resultados: La muestra final (n = 58) se compuso de pacientes con una mediana de edad de 1 año (rango intercuartílico [RIQ] 0,58-6). Un 51,8% era sexo femenino. Las patologías de presentación más frecuentes que requirieron VNI fueron el síndrome obstructivo bronquial (SOB) y la neumonía, con un 26,6% cada una. Un 27,6% de los pacientes que requirió VNI presentaba enfermedades crónicas complejas asociadas. La mediana de duración de la VNI fue de 1 día (RIQ 1-4) (Tabla 1). El 51,8% de los pacientes requirió VNI como inicio de soporte ventilatorio, mientras que el 48,2% la recibió en el período postextubación (31% de forma electiva y 17,2% como rescate). La VNI de inicio presentó una tasa de éxito del 77% y de fracaso del 23% en la crisis asmática (n= 9); del 50% y 50% en bronquiolitis (BQL) (n= 6); del 75% y 25% en neumonía (n = 4); y del 66% y 34% en SOB (n= 12). Una relación SAFI (SatO2/FiO2) más baja se asoció de forma estadísticamente significativa con el fracaso de la VNI (p = 0,01) (Figura 1).
Conclusión: La VNI mostró una alta tasa de éxito en los pacientes pediátricos que cursaron con neumonía o crisis asmática. La relación SAFI se asoció significativamente con el fracaso de la VNI en nuestra muestra, lo que destaca su utilidad como marcador de gravedad en la evaluación inicial de los pacientes pediátricos.

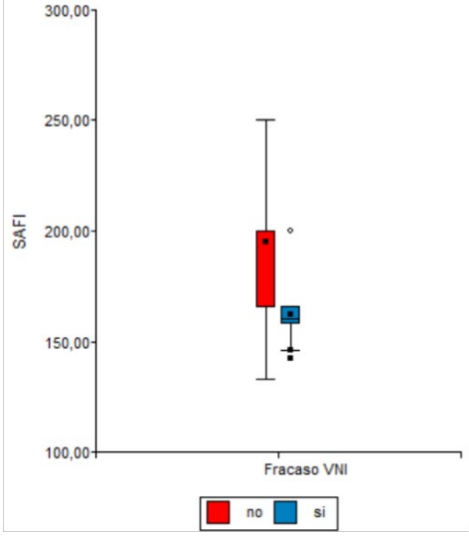


Figura 1. Distribución de la SAFI según fracaso de VNI (n=58)

Tabla 1. Características y Resultados de la Ventilación Mecánica No Invasiva en la UCIP durante el periodo 2024-2025 (n=58)

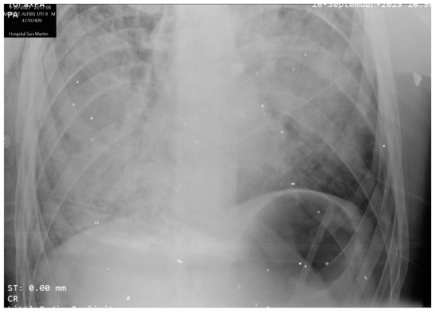
Tipo de VNI, n (%)	De inicio, 30 (51,8) Post-extubación, 28 (48,2) • Electivo, 18 (31) • De rescate, 10 (17,2)
Días de VNI mediana, mediana (RIQ)	1 (1-4)
Resultado, n (%)	Éxito, 47 (81) Fracaso, 11 (19) • Inicial, 1 (1,72) • Precoz, 5 (8,62) • Tardío, 5 (8,62)
PS, mediana (RIQ)	8 (7-8)
PEEP, mediana (RIQ)	6 (6-6)
SAFI, mediana (RIQ)	165 (161-198)

0236 DECÚBITO PRONO EN EL SÍNDROME DE DISTRÉS RESPIRATORIO AGUDO POR TRAUMA TORÁCICO: REPORTE DE CASO

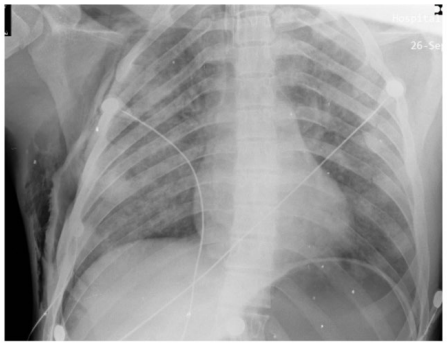
A SIONE(1), J ALAGUIBE(1), C MALLO(1), C PETENATTI(1), C MISER(1)
(1) San Martin

Introducción: La incidencia de síndrome de distrés respiratorio agudo (SDRA) luego del trauma torácico es de hasta 25%. La coexistencia de shock, requerimiento de transfusión de hemoderivados e hipertensión endocraneana aumentan el riesgo y complican su manejo. La posición prona mejora la oxigenación en la hipoxemia grave, aunque los datos en trauma son limitados.
Presentación del caso: Paciente de 18 años, masculino, ingresa por politraumatismo por accidente vial en motocicleta: TEG grave (GCS 6/15) Marshall 1, fracturas costales múltiples en hemitórax izquierdo, sin inestabilidad de la pared torácica, neumotórax y contusiones pulmonares bilaterales. Se coloca tubo de avenamiento pleural bilateral, requiere ARM con ventilación protectiva, protocolo de transfusión masiva, vasopresores en altas dosis. En las siguientes 12 hs persiste con inestabilidad hemodinámica e hipoxemia refractaria (PaO2/FiO2 menor a 100), con progresión de infiltrados pulmonares, por lo que se decide ventilar en decúbito prono. Luego de 24 hs, por mejoría de parámetros ventilatorios y gasométricos, se supina. Evoluciona favorablemente y al 10° día se extuba.
Discusión: En este contexto la estrategia convencional de pulmón abierto podría generar lesión de los alvéolos sanos remanentes, fuga aérea persistente o fístula broncopleural, además de deterioro hemodinámico y aumento de la presión intracraneal. La posición

prona cuenta con evidencia de eficacia para el tratamiento de la hipoxemia grave en otros grupos de pacientes, y ha sido extrapolada al SDRA secundario a traumatismo. Sin embargo, se necesita mayor evidencia para comprender los efectos de esta terapéutica en la insuficiencia respiratoria relacionada con el trauma.
Conclusión: El manejo del SDRA secundario a traumatismo exige un equilibrio complejo entre el tratamiento de las lesiones pulmonares y extrapulmonares. El decúbito prono puede ser utilizado en estos pacientes a pesar de su limitada evidencia, equilibrando la optimización del intercambio gaseoso con la prevención de complicaciones relacionadas.



Radiografía 12 horas despues



Radiografía al ingreso

0237 IAM ANTERIOR COMPLICADO CON ACV ISQUÉMICO AGUDO INTRAPROCEDIMIENTO: REPORTE DE CASO

M SINGH(1), G ORSUZA(1), E TORRES(1)
(1) Hospital San Bernardo

El infarto agudo de miocardio y el accidente cerebrovascular isquémico representan dos de las principales causas de morbimortalidad a nivel mundial, compartiendo factores de riesgo y mecanismos fisiopatológicos comunes. Sin embargo, la presentación simultánea o secuencial de ambas entidades, constituye una condición excepcional y de extrema complejidad clínica, con una incidencia reportada menor al 1% de los casos.
Caso Clínico: Paciente de 46 años antecedentes de Tabaquista severo, etilista que ingresó 26/04 Ingresa a las 22:46, valora cardiologia por dolor precordial típico y ECG ritumo sinusal con supradesnivel en V1 y V2, asumiendo el cuadro como IAM en cara anterior coordinando ingreso a hemodinamia, en guardia inicia con debilidad en hemicuerpo izquierdo, luego es trasladado hacia el servicio de hemodinamia, en donde el medico constata a hs 23:50 focalidad neurológica por lo que se hace internconsulta con servicio de Neurología que constata NIHSS de 19pts con foco motor izquierdo se Indica realizar TC cerebro de urgencia donde no se observan lesiones parenquimatosas agudas ni signos de sangrado. Ingresa a UACV, por encontrarse en periodo de ventana y sin contraindicaciones, se decide tratamiento trombolitico a hs 00.30, con mejoría sintomática. NIHSS ingreso 19. Actual 4 RANKIN prevo 0. Actual 3. TOAST V A9S9C9O9D9. Evoluciona con adecuados parámetros con Ecocardiograma: Hipocinesia antero septal basal medial y apical. Se observa falso tendón (TIPO 4) Fey 56 %. Cinecoronariografia Arterias ectásicas, homogéneas de gran calibre, con flujo enlentecido Coronaria izquierda: Tronco, D, Cx, Coronaria derecha, DP y PV conservados. Paciente es dado de alta con NIHSS1.
Conclusión: Este escenario plantea un desafío terapéutico debido a la necesidad de priorizar estrategias de reperfusión en dos territorios críticos coronario y cerebral dentro de ventanas terapéuticas estrechas y potencialmente conflictivas. El uso de trombólisis intravenosa con alteplasa ha demostrado ser una estrategia efectiva en pacientes con compromiso simultáneo, dado que constituye un tratamiento aprobado especialmente cuando ambas condiciones se presentan dentro de ventana terapéutica. En este caso se logro mejoría tanto neurológica como cardíaca, destacando el rol de la trombólisis como terapia puente en contextos donde la intervención invasiva inmediata no es posible.

0240 ENCEFALOPATÍA HIPERAMONIÉMICA SEVERA ASOCIADA A ÁCIDO VALPROICO EN UN ADOLESCENTE CON POLIFARMACIA PSIQUIÁTRICA Y RESTRICCIÓN ALIMENTARIA

DL RAMOS VARGAS(1), M RABINO(1), MB PREZIOSO(2), PA CASTELLANI(2), W TAPIA(2), T BRAVO(2)
(1) Sor Maria Ludovica De La Plata. (2) Sor Maria Ludovica

Introducción: La encefalopatía hiperamoniémica inducida por ácido valproico (AV) es una complicación metabólica infrecuente pero potencialmente grave, que puede presentarse aún con niveles terapéuticos y función hepática normal. Su reconocimiento en adolescentes puede ser especialmente desafiante debido a comorbilidades psiquiátricas, polifarmacia y conductas alimentarias restrictivas. Presentamos un caso que integra estos factores y evolucionó con hiperamonemia severa.
Caso clínico: Adolescente de 14 años con trastorno psicótico, diabetes tipo 1 e hipotiroidismo, en tratamiento con múltiples psicofármacos (haloperidol, levomepromazina, oxcarbazepina, Lorazepam, biperideno, quetiapina). Presenta restricción alimentaria extrema. Durante internación en sala general por refractariedad de tratamiento psicotrópico inicia ácido valproico, desarrollando 5 días después deterioro neurológico abrupto, con Glasgow 6/15, requiriendo intubación y traslado a terapia intensiva.
El laboratorio inicial mostró función hepática y renal conservadas. El amonio presentó un ascenso marcado (105→450 µmol/L) con valproato en rango terapéutico. Se suspendió AV e inició levocar-

nitina, con descenso progresivo del amonio. Los gases arteriales y parámetros hemodinámicos se mantuvieron estables. Se solicitaron estudios metabólicos (ácido orótico, ácidos orgánicos y perfil de acilcarnitinas) ante la sospecha de un defecto parcial del ciclo de la urea desenmascarado por la combinación de polifarmacia, dieta hipoproteica y estrés metabólico.
Discusión: La fisiopatología probable incluye depleción de carnitina, inhibición del ciclo de la urea y alteraciones mitocondriales inducidas por AV, potenciadas por la polifarmacia psicotrópica. La ausencia de hepatotoxicidad y la rápida respuesta a levocarnitina apoyan un mecanismo no hepatocelular. La restricción alimentaria severa actuó como factor agravante al limitar la disponibilidad de carnitina y comprometer la capacidad de detoxificación del amonio. La coexistencia de múltiples psicofármacos pudo haber contribuido a la sobrecarga metabólica y a la inhibición de vías mitocondriales críticas.
Conclusiones: Este caso destaca la importancia de sospechar hiperamoniémica inducida por AV ante cualquier deterioro neurológico agudo, incluso con niveles terapéuticos y función hepática normal. La combinación de polifarmacia, dietas restrictivas y posibles trastornos metabólicos subyacentes aumenta significativamente el riesgo. La suspensión precoz del AV y la administración de levocarnitina fueron determinantes para la estabilización clínica. La evaluación metabólica permitirá definir si existe una susceptibilidad genética que explique la recurrencia.

0241 ACCIDENTE CEREBROVASCULAR HEMORRAGICO SECUNDARIO A CAVERNOMA PONTINO - REPORTE DE CASO

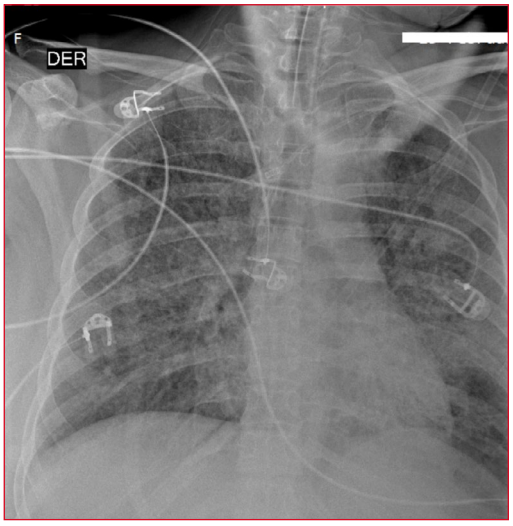
CG DE LUCA(1), D ROMERO(1), J HERZ(1), A LUZZI(1), J LESCANO(1), E RODRIGUEZ(1)
(1) Sanatorio Dr Julio Mendez

Introducción: Los cavernomas del tronco encefálico son malformaciones vasculares infrecuentes y de altagravedad por su localización. Su presentación como accidente cerebrovascular hemorrágico enpacientes jóvenes es poco habitual y conlleva alto riesgo de deterioro neurológico, resangradoy secuelas. La terapia intensiva cumple un rol central como sostén vital hasta alcanzar elmomento adecuado de intervención quirúrgica.
Presentación de caso: Paciente femenina de 25 años, sin antecedentes, ingresa por síndrome neurológico progresivode dos meses de evolución con agudización caracterizada por cefalea, vómitos y déficit focal.Evoluciona rápidamente con compromiso de múltiples pares craneales, hemiparesia izquierda ydeterioro progresivo asociado a sangrado pontino, evidenciado en neuroimágenes compatiblescon cavernoma de tronco encefálico. Requiere intubación orotraqueal y posteriortraqueostomía temprana. Tras estabilización clínica, resección quirúrgica del cavernoma conevolución favorable. Posteriormente desvinculación de la ventilación mecánica y decanulaciónexitosa. Derivada a sala general para rehabilitación. Al egreso hospitalario lúcida, con secuelasneurológicas en recuperación.
Discusión: Los cavernomas del tronco encefálico presentan mayor riesgo de resangrado y peor pronósticofuncional que otraslocalizaciones. La evidencia sugiere que el momento quirúrgico óptimo suele diferirse. Elmanejo precoz en terapia intensiva permitió optimizar condiciones neurológicas hasta lacirugía. La traqueostomía temprana, el tratamiento oportuno de infecciones y la rehabilitaciónprecoz fueron determinantes en la evolución.
Conclusión: El manejo intensivo oportuno y sostenido puede modificar el pronóstico en patologíasinfrecuentes y graves, como puente hacia el tratamiento definitivo

0242 HISTOPLASMOSIS PULMONAR EN PACIENTE INMUNOCOMPROMETIDO: REPORTE DE CASO

A SIONE(1), C PETENATTI(1), C MALLO(1), J ALAGUIBE(1), C MISER(1)
(1) San Martin

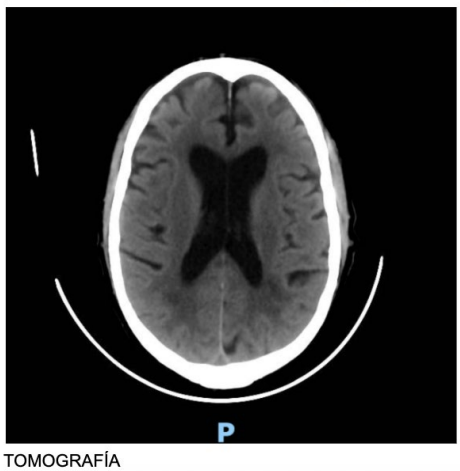
Introducción: La histoplasmosis es una micosis endémica en la zona centro y noreste de Argentina. Tiene una incidencia de 22-44% en personas con VIH, con mortalidad entre 21-53%. El principal riesgo se encuentra en pacientes con CD4 <150/uL.
Presentación del caso: Paciente femenina, 44 años, oriunda de Entre Ríos, sin antecedentes patológicos, con cuadro de un mes de tos, disnea de esfuerzo y fiebre intermitente. Recibió tratamiento antibiótico con amoxicilina y por falta de respuesta fue internada, recibiendo ampicilina-sulbactam, claritromicina y oseltamivir. TAC de tórax: infiltrado bilateral intersticial en vidrio esmerilado. Evoluciona con insuficiencia respiratoria y requerimiento de ventilación mecánica, por lo que ingresa a UTI. No presentó hepatoesplenomegalia ni lesiones cutáneas.
Serología VIH positiva. Carga viral: 285.000 copias/ml, recuento CD4: 10. Hisopado nasofaríngeo para covid e influenza negativos. Se realiza lavado bronquioalveolar. Inicia TARV y TMS por sospecha de neumonía por Pneumocystis jirovecii. Evoluciona con distrés respiratorio. Posteriormente se recibe PCR histoplasma positivo en BAL. Se interpreta como posible histoplasmosis pulmonar y se inicia tratamiento con anfotericina B liposomal.
Presenta un periodo de mejoría inicial, luego intercurre con NAVM a Acinetobacter baumanii y Pseudomona aeruginosa, shock séptico refractario, falla multiorgánica y fallece.
Discusión: La histoplasmosis pulmonar aguda/subaguda suele confundirse con neumonía aguda de la comunidad, con una demora diagnóstica de 39,5 días promedio, similar a lo ocurrido en nuestro caso (41 días).
La PCR no cuenta con validación para ser utilizada en la práctica clínica y no se encuentra dentro de las categorías de clasificación para las enfermedades fúngicas invasivas como probables o comprobadas. Sin embargo, siendo el único método rápidamente disponible, permitió acortar el tiempo hasta el inicio de tratamiento a 7 días desde el ingreso a nuestra institución.
Conclusión: La histoplasmosis diseminada es la forma más frecuente de debut del SIDA en Latinoamérica, sin embargo la afectación pulmonar aislada ocurre en menos del 5% de los casos. La sospecha diagnóstica debe ser alta en contextos de endemicidad ya que el tratamiento antifúngico precoz mejora el pronóstico de estos pacientes.



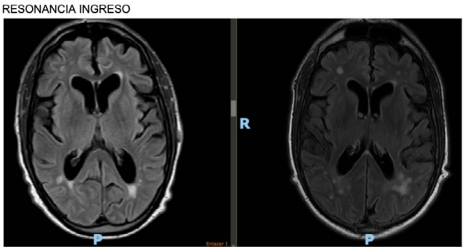
0244 HIPERTENSIÓN ENDOCRANEANA REFRACTARIA EN CRIPTOCOCOSIS MENÍNGEA: ROL DEL DRENAJE LUMBAR EXTERNO. REPORTE DE CASO

V OLIVA(1), C GALLETTI(1), P CALCAGNO(1), E MINOLDO(1)
(1) Sanatorio Allende

Introducción: La criptococosis meníngea es una infección oportunista clásicamente asociada a inmunosupresión severa, aunque también puede presentarse en contextos de inmunocompromiso no tradicional. La hipertensión endocraneana constituye una de sus principales complicaciones y se asocia a peor pronóstico, pudiendo requerir intervenciones invasivas para su control.
Presentación del caso: Paciente masculino de 61 años con enfermedad renal crónica en hemodiálisis, en tratamiento con corticoides, HIV negativo, con internación reciente por síndrome confusional agudo sin etiología definida. Reingresa a las 48 horas por nuevos episodios de desorientación, bradipsiquia y disartria, asociando subfebriles. Ante sospecha de neuroinfección se realiza punción lumbar, evidenciando pleocitosis a predominio mononuclear, con detección de Cryptococcus neoformans mediante FilmArray, iniciándose tratamiento con anfotericina B liposomal y fluconazol.
Durante la evolución en terapia intensiva presenta deterioro del sensorio asociado a hipertensión endocraneana, con presión de apertura de 28 cmH_2O, requiriendo punciones lumbares evacuatorias seriadas con mejoría transitoria. Ante recurrencia y necesidad de evacuaciones frecuentes, se decide colocación de drenaje lumbar externo, con adecuada respuesta clínica y progresiva mejoría neurológica. Evoluciona favorablemente, con recuperación del estado de conciencia, retiro del drenaje y derivación a sala general para completar tratamiento antifúngico.
Discusión: Si bien la criptococosis meníngea se asocia clásicamente a VIH, su presentación en pacientes con inmunocompromiso no tradicional, como enfermedad renal crónica en hemodiálisis y uso de corticoides, ha ido en aumento, con manifestaciones clínicas inespecíficas que pueden retrasar el diagnóstico. La hipertensión endocraneana constituye un factor pronóstico clave, incluso en ausencia de signos meníngeos. Las guías recomiendan punciones lumbares evacuatorias seriadas como primera línea; sin embargo, en casos refractarios, el drenaje lumbar externo permite un control sostenido de la presión intracraneana, mejorando la evolución neurológica y reduciendo la necesidad de procedimientos repetidos, aunque su uso es aún limitado.
Conclusión: La criptococosis meníngea debe considerarse ante síndrome confusional en pacientes con inmunocompromiso no clásico. El manejo oportuno de la hipertensión endocraneana es fundamental, y el drenaje lumbar externo constituye una herramienta eficaz en casos refractarios.



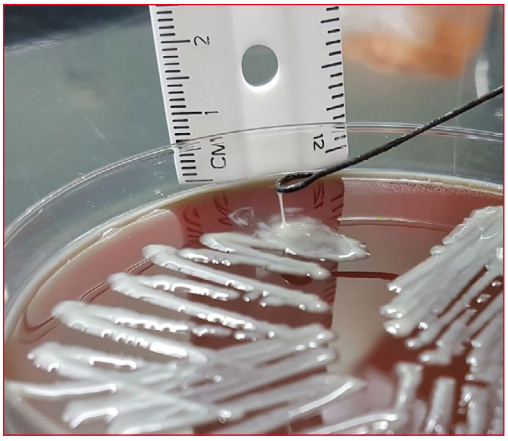
TOMOGRAFÍA

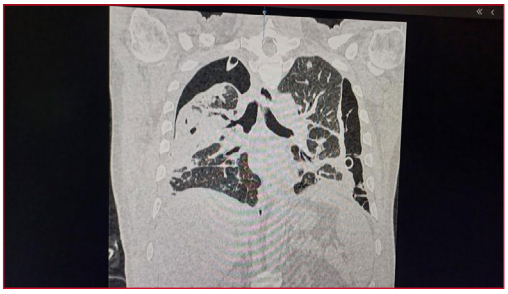


0245 REPORTE DE CASO: FÍSTULA BRONCOPLEURAL SECUNDARIA A NEUMONÍA POR KLEBSIELLA PNEUMONIAE HIPERMUCOVISCOSA SEROTIPO CAPSULAR K1 DE ORIGEN ODONTÓGENO

MDLM D'OTTAVIO COLOMBO(1), MG ARIAS(1), V TORRALBO GAZZOLI TOLEDO(1), M SACALINA CAMARGO(1), FE GONZALEZ(1), R VILLA(1), N RAIMONDI(1)
(1) Hospital General De Agudos Juan A. Fernandez

Introducción: Klebsiella pneumoniae (Kpn) hipermucoviscosa serotipo capsular k1 se asocia a infecciones invasivas con diseminación hematógena y abscesos a distancia. Las manifestaciones incluyen absceso hepático, neumonía y meningitis, siendo la fístula broncopleural una complicación infrecuente con elevada morbimortalidad. Se identifica la diabetes mellitus como factor de riesgo.
Presentación del caso: Masculino de 65 años con antecedentes de diabetes mellitus tipo 2 y cardiopatía isquémica con stents coronarios. Ingresa por absceso odontógeno por Kpn hipermucoviscosa K1 complicado con bacteriemia e impactos sépticos pulmonares bilaterales, iniciándose ampicilina-sulbactam según sensibilidad.
Evoluciona con empiema, neumotórax y fístula broncopleural derecha con requerimiento de drenaje de abscesos y colocación de tubos de avenamiento pleural. En el postoperatorio presenta shock hipovolémico por sangrado de arteria subescapular, requiriendo ventilación mecánica y resolución quirúrgica.
Tomografía de control evidencia lesión cavitada en lóbulo superior derecho, derrame pleural bilateral tabicado y neumotórax, colocándose tubo pleural izquierdo. Evolucia con neumotórax hipertensivo por disfunción de drenajes, evidenciándose por toracoscopía fístula broncopleural bilateral de 5 cm. Se colocan tapones endobronquiales mediante fibrobroncoscopia con persistencia de neumotórax. Luego de tres meses de internación, se produce el óbito.
Discusión: Se trata de una infección invasiva por Kpn hipermucoviscosa K1 con neumonía necrotizante y fístula broncopleural bilateral. El diagnóstico se definió con el aislamiento microbiológico con identificación de cepa hipermucoviscosa K1 -asociada a mayor hipervirulencia- y los hallazgos tomográficos. La diabetes mellitus constituyó un factor de riesgo relevante.
Entre los diagnósticos diferenciales se consideraron neumonía necrotizante por otros microorganismos y causas no infecciosas de cavitación.
Reportes previos en Asia describen mortalidad del 100%, aunque un caso reporta curación tras seis meses de antibioticoterapia intensiva.
Como limitación, la evolución tórpida con sepsis, múltiples intervenciones quirúrgicas, ventilación mecánica, complicaciones hemorrágicas e internación prolongada llevaron al desenlace fatal a pesar de antibioticoterapia dirigida e intervencionismo oportuno.
Conclusión: Las infecciones por Kpn hipermucoviscosa serotipo capsular K1 pueden presentar complicaciones con alta tasa de mortalidad. Este caso destaca el comportamiento agresivo del microorganismo y la complejidad de la evolución clínica y su manejo.





0247 REPORTE DE CASO: SHOCK VASOPLÉJICO REFRACTARIO POR INTOXICACIÓN COMBINADA CON BISOPROLOL Y AMLODIPINA

A GONZALEZ VARA(1)
(1) Hospital José Maria Cullen

Introducción: Las conductas suicidas constituyen un problema de salud pública, estimándose más de 720.000 muertes anualmente según la Organización Mundial de la Salud. Presentamos el caso de una paciente con polingesta farmacológica autolítica, que cursó con shock refractario y requirió tratamiento multimodal.
Reporte de caso: Mujer de 51 años que ingresa por intento autolítico secundario a polingesta de bisoprolol, amlodipina y clonazepam. A su ingreso, Glasgow 6/15, FC 20 lpm, requerimiento de ARM, monitoreo invasivo, vasopresores, inotrópicos y descontaminación gástrica, interpretándose shock refractario. Se realizó ecocardiograma bedside sin evidencia de disfunción sistólica ni alteraciones estructurales. El monitoreo con Swan-Ganz mostró gasto cardíaco 4,3 L/min, índice cardíaco 2,8 L/min/m², PVC 10 mmHg, $ScvO_2$ 78%, wedge 12 mmHg y RVS 766 dyn·s/cm_2, compatible con shock predominantemente vasopléjico. Se indicó azul de metileno, glucagón, cloruro de calcio e insulina, con mejoría hemodinámica, descenso del soporte vasopresor y extubación tras 48 horas.
Discusión: La intoxicación por beta bloqueantes y bloqueantes cálcicos puede producir shock refractario por mecanismos superpuestos. En los primeros predomina la reducción del cronotropismo, el inotropismo y la conducción auriculoventricular, mientras que los segundos, se asocian principalmente a vasodilatación periférica y, en sobredosis, a bradicardia e hipotensión profunda. Se trata de una toxicidad hemodinámicamente heterogénea, en la que la ecocardiografía y el monitoreo invasivo permiten definir el perfil.
Conclusiones: En estas intoxicaciones, el shock refractario no debe asumirse como cardiogénico puro. El monitoreo avanzado permitió identificar vasoplejía predominante, orientar un tratamiento multimodal dirigido y reservar ECMO venoarterial para deterioro cardiogénico refractario.

0248 RESULTADOS DE SUPERVIVENCIA CON RCP ASISTIDA POR LUCAS® VERSUS RCP MANUAL EN PACIENTES OBESOS CON PARO CARDÍACO INTRAHOSPITALARIO

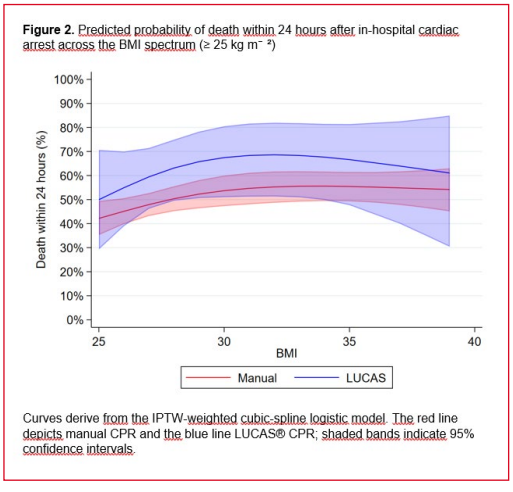
AJ PEREZ DE ANDES(1), I HUESPE(1), J SINNER(1), S DEVANG(2), A PAREEK(2), A PATHAK(2), S SUJANYAL(2), S BATEH(2), J DELGADO(2), A JENA(2), R VENKATESAN(2), V PATEL(2), D THATIGOLLA(2), A BISWAS(2), F SALEEM(2), O TITILOPE(3), A HANSON(2), K STONER(2), J SOTO(2), A SHAPIRO(2), P PATEL(2), P MORENO FRANCO(2), N KELLY(2)
(1) Hospital Italiano De Buenos Aires. (2) Mayo Clinic. (3) Brigham And Women's Hospital

Antecedentes: La obesidad plantea desafíos técnicos y fisiológicos durante la reanimación cardiopulmonar (RCP), pudiendo afectar la calidad de las compresiones y los resultados clínicos. Sin embargo, la evidencia sobre el beneficio de los dispositivos mecánicos en esta población es limitada. Evaluamos si la RCP asistida por LUCAS® mejora la supervivencia en comparación con la RCP manual en pacientes con sobrepeso y obesidad, y si el índice de masa corporal (IMC) modifica este efecto.
Métodos: Cohorte retrospectiva multicéntrica de adultos con paro cardíaco intrahospitalario en siete hospitales de Mayo Clinic (2019–2025). Se excluyeron eventos
Resultados: Se analizaron 679 pacientes (RCP manual: 595; LUCAS®: 84). No se observaron diferencias significativas en la mortalidad a 24 horas (OR 1,54; IC 95%: 0,94–2,53; p = 0,09) ni a 60 días (OR 1,83; IC 95%: 0,92–3,64; p = 0,09). La mortalidad mostró un incremento moderado entre IMC 25–28 kg/m², con posterior meseta. No se evidenció interacción significativa entre IMC y tipo de RCP, indicando ausencia de efecto modificador.
Conclusión: En pacientes con sobrepeso y obesidad, la RCP mecánica con LUCAS® no se asoció con mejor supervivencia en comparación con la RCP manual. El IMC no modificó esta relación, lo que sugiere que la elección de la estrategia de RCP no debería basarse exclusivamente en el peso corporal.

Tabla 2. Coeficientes derivados de los modelos de spline cúbico restringido
para ambos desenlaces (mortalidad a 24 horas y mortalidad a 60 días)

Variable	Coef. (IC 95%)
Muerte a las 24 horas	
RCP con LUCAS®	−1,70 (−11,37 a 7,97)
Spline 1 (IMC 25–28 kg/m²)	0,12 (0,01 a 0,24)
Spline 2 (IMC 28–37 kg/m²)	−0,18 (−0,41 a 0,05)
Spline 1 × LUCAS®	0,08 (−0,28 a 0,44)
Spline 2 × LUCAS®	−0,17 (−0,87 a 0,53)
Intercepto	−3,35 (−6,48 a −0,22)
Muerte a los 60 días	
RCP con LUCAS®	−9,53 (−23,09 a 4,02)
Spline 1 (IMC 25–28 kg/m²)	0,14 (−0,01 a 0,29)
Spline 2 (IMC 28–37 kg/m²)	−0,21 (−0,50 a 0,09)
Spline 1 × LUCAS®	0,38 (−0,13 a 0,89)
Spline 2 × LUCAS®	−0,65 (−1,62 a 0,33)
Intercepto	−2,50 (−6,52 a 1,53)

IMC: índice de masa corporal; RCP: reanimación cardiopulmonar; IC: intervalo de confianza; LUCAS®: dispositivo de compresión torácica mecánica



0249 ACIDOSIS LÁCTICA SEVERA POR METFORMINA: REPORTE DE CASO

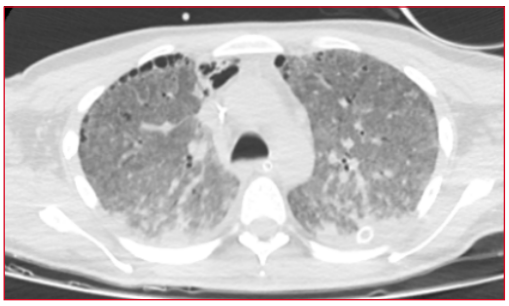
J ALAGUIBE(1), C MALLO(1), A SIONE(1), C PETENATII(1), C MISER(1)
(1) San Martin

Introducción: La acidosis láctica asociada a metformina (MALA) es una complicación grave e infrecuente del uso de este fármaco, con una mortalidad mayor al 50%. Se define como acidosis metabólica y lactato > 5,0 mmol/L en el contexto del consumo o sobredosis de metformina.
En los casos graves pueden coexistir mecanismos de acidosis láctica tipo B, relacionados con toxicidad metabólica, y tipo A, secundarios a hipoperfusión tisular y shock. Esta superposición dificulta el diagnóstico y condiciona el pronóstico.
Presentación del caso: Paciente femenina de 46 años con antecedentes de diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial y trastorno depresivo mayor, que ingresa por ingesta medicamentosa intencional de metformina (mayor a 12 g), glicazida, enalapril y alcohol.
Presenta depresión del sensorio, hipotensión arterial y acidosis metabólica con anión gap elevado. Evoluciona con insuficiencia renal aguda anúrica, hiperkalemia, acidosis metabólica persistente y shock.
Ante la sospecha de MALA, pese a la falta de disponibilidad de dosaje sérico de metformina, se inició terapia de reemplazo renal precoz. Sin embargo la paciente progresa con inestabilidad hemodinámica, shock vasopléjico refractario y fallecimiento.
Discusión: El aclaramiento de metformina depende directamente de la función renal. En situaciones de sobredosis puede acumularse rápidamente con posterior insuficiencia renal aguda, que genera un círculo vicioso y perpetúa la toxicidad.
En este contexto la terapia de reemplazo renal corrige la acidosis y constituye el principal mecanismo de depuración del fármaco.
La evolución clínica puede entenderse como la superposición de un mecanismo inicial tipo B mediado por inhibición mitocondrial, seguido de un componente tipo A secundario a shock vasopléjico.
Conclusión: En este caso, a pesar del inicio precoz de terapia de reemplazo renal, su eficacia se vio limitada por inestabilidad hemodinámica y shock refractario, lo que condicionó el mal pronóstico.

0251 HISTOPLASMOSIS PULMONAR AGUDA GRAVE EN PACIENTE INMUNOCOMPETENTE: REPORTE DE CASO

J ALAGUIBE(1), C MALLO(1), A SIONE(1), C PETENATII(1), C MISER(1)
(1) San Martin

Introducción: La histoplasmosis es una micosis sistémica producida por Histoplasma capsulatum, que se adquiere por inhalación de microconidias aerosolizadas luego de remover polvo, tierra o material orgánico contaminado con excretas de aves de corral o murciélagos.
En pacientes inmunocompetentes puede cursar de forma asintomática o como cuadro respiratorio leve y autolimitado, pero ante exposiciones intensas puede presentarse como neumonía aguda grave, insuficiencia respiratoria y síndrome de distrés respiratorio agudo.
Presentación del caso: Paciente masculino de 35 años, sin antecedentes, presenta dos semanas de evolución de vómitos, diarrea, artralgias, cefalea y fiebre, con antecedente epidemiológico de haber trabajado en la limpieza de un depósito que había permanecido cerrado durante 10 años, junto con dos acompañantes. Dos semanas después las 3 personas inician con síntomas respiratorios de diferente gravedad.
Este paciente recibió tratamiento antibiótico como neumonía aguda de la comunidad, con mala evolución por lo que requirió internación en Clínica Médica y luego en Terapia Intensiva, con requerimiento de ventilación mecánica por síndrome de distrés respiratorio agudo. TAC de tórax: bullas subpleurales y compromiso intersticial difuso. Se realiza BAL, serologías y PCR, y se descartan múltiples patologías infecciosas. Recibe tratamiento antibiótico con betalactámicos y macrólidos, y anfotericina liposomal ante la alta sospecha de histoplasmosis, posteriormente confirmada con PCR en BAL y plasma.
Presenta buena evolución, con traqueostomía y posterior desvinculación de la ventilación mecánica.
Discusión: Este caso resulta relevante porque muestra una forma de presentación poco frecuente de una micosis endémica en un paciente inmunocompetente, donde el dato epidemiológico fue una pieza clave.
El inicio precoz y empírico de anfotericina liposomal fue razonable ante la gravedad del cuadro y la ausencia de diagnóstico bacteriano.
Conclusión: La histoplasmosis pulmonar aguda debe considerarse en pacientes con neumonía grave o SDRA, aun cuando sean inmunocompetentes, principalmente si existe un antecedente epidemiológico relevante o evolución tórpida sin respuesta al tratamiento habitual. Resulta de gran importancia la sospecha diagnóstica, obtención de muestras adecuadas e inicio del tratamiento antifúngico precoz.

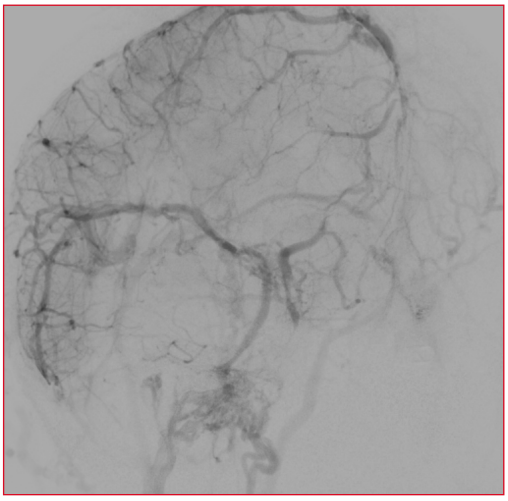


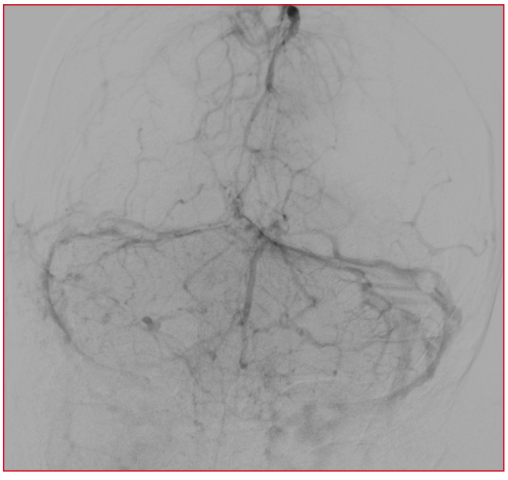
0252 TROMBOSIS VENOSA CEREBRAL EXTENSA CON PRESENTACIÓN INICIAL COMO HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA: REPORTE DE CASO

J ALAGUIBE(1), C MALLO(1), A SIONE(1), C PETENATII(1), C MISER(1)
(1) San Martin

Introducción: La trombosis venosa cerebral (TVC) es una patología infrecuente con presentación clínica variable, desde cefalea, convulsiones, déficit focal, alteración del sensorio o hemorragia intracraneana, donde resulta fundamental la sospecha diagnóstica para iniciar el tratamiento oportuno.
Presentación del caso: Paciente femenina de 45 años, antecedentes de hipertensión arterial, hipotiroidismo y uso de anticonceptivos orales, derivada con diagnóstico de hemorragia subaracnoidea (HSA) Fisher II/ Hunt y Hess V. La tomografía informa hemorragia meníngea en cisternas peritroncales y cuarto ventrículo, sin hidrocefalia. Se realiza angiografía cerebral que presenta trombosis severa y multisegmentaria de los senos venosos durales, sin evidencia de lesión arterial responsable del sangrado. Esto permitió reinterpretar el cuadro como hemorragia subaracnoidea no aneurismática en el contexto de TVC extensa y se inició anticoagulación con heparina de bajo peso molecular.
La evolución fue regular y quedó con secuelas neurológicas por lo que requirió traqueostomía y rehabilitación.
Discusión: A diferencia del accidente cerebrovascular arterial el diagnóstico de TVC puede demorarse debido a una presentación imagenológica atípica que solapa otras urgencias neurológicas. El estudio angiográfico fue clave para reabrir la discusión diagnóstica y evitar tardanzas en la conducta terapéutica.
Otro punto importante fue el tratamiento anticoagulante, necesario para evitar la progresión de la trombosis que puede agravar el edema cerebral, la hipertensión endocraneana, la congestión venosa y el daño neurológico. Pese a las complicaciones hemorrágicas potenciales, sigue siendo la base del tratamiento debido a que el mecanismo primario no es hemorrágico sino trombótico.

Conclusión: La trombosis venosa cerebral puede presentarse de manera poco habitual y simular una hemorragia subaracnoidea aneurismática. Este caso muestra que, aun ante un patrón inicial sugestivo de etiología arterial, la arteriografía sin evidencia de lesión arterial y la evaluación del tiempo venoso fue decisiva para identificar una trombosis, reconsiderar el diagnóstico y cambiar la conducta terapéutica de manera precoz.





0253 ERGOTISMO AGUDO DE MIEMBROS INFERIORES TRAS DOSIS ÚNICA DE ERGOTAMINA POTENCIADO POR JUGO DE POMELO: REPORTE DE CASO

NZ ARANDIA MERCADO(1), ND FALCON(1), J CALLE ORLENADO(1), M CASANOVA(1)
(1) Clinica Bazterrica

Introducción: El ergotismo es un síndrome tóxico por alcaloides de Claviceps purpúrea que provoca vasoespasmo periférico grave. Su incidencia es inferior al 0,002% entre consumidores de ergotamina. Los casos graves suelen vincularse a interacciones que inhiben el CYP3A4, como macrólidos o inhibidores de proteasa. La interacción alimento–medicamento con jugo de pomelo —inhibidor irreversible del CYP3A4— es un factor precipitante menos reconocido pero igualmente relevante.
Presentación del caso: Varón de 31 años con migraña episódica y consumo regular de jugo de pomelo. Consultó por cefalea y mialgias, desarrollando dolor progresivo y frialdad distal en miembros inferiores (MMII) tras ingerir 1 mg de ergotamina con cafeína e ibuprofeno. Al examen: hipoperfusión bilateral con pulsos presentes y cianosis distal. Signos vitales y laboratorio sin alteraciones; electrocardiograma normal.
La angiotomografía (angio-TC) descartó oclusión trombótica y evidenció vasoespasmo generalizado. El Doppler dúplex mostró flujo monofásico de baja resistencia, velocidades sistólicas distales marcadamente reducidas (tibiales 11–12 cm/s) e índice tobillo-brazo (ITB) indetectable bilateral. Se descartaron vasculitis (ANA, ANCA, anti-dsDNA, factor reumatoide y crioglobulinas negativos), causas cardioembólicas y aterotrombóticas. Se diagnosticó ergotismo agudo. Ingresó a UCI con nitroprusiato de sodio endovenoso, logrando mejoría clínica rápida, seguido de transición a doxazosina oral. Al séptimo día se confirmó normalización hemodinámica por Doppler y fue dado de alta sin secuelas.
Discusión: Este caso ilustra la aparición de ergotismo grave con dosis terapéutica única, en ausencia de factores de riesgo cardiovascular. El jugo de pomelo elevó los niveles plasmáticos de ergotamina al inhibir su metabolismo de primer paso hepático (CYP3A4), precipitando isquemia severa. La reversibilidad del cuadro con vasodilatadores lo diferencia de oclusiones trombóticas o vasculíticas. El ergotismo es un diagnóstico diferencial infrecuente pero crítico ante isquemia periférica aguda en pacientes jóvenes.
Conclusión: Ante isquemia periférica aguda en pacientes jóvenes sin comorbilidades vasculares, debe interrogarse activamente sobre uso de ergotamina e interacciones con alimentos o fármacos inhibidores del CYP3A4, incluyendo el jugo de pomelo, para evitar toxicidad grave con dosis terapéuticas habituales.

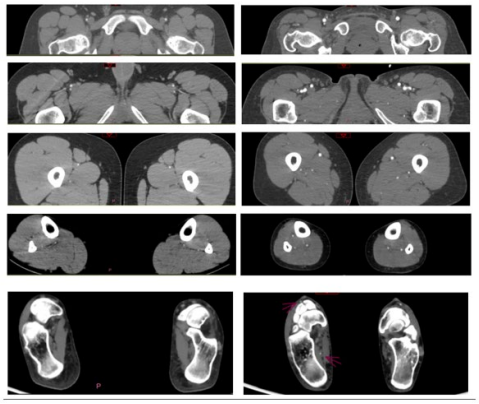


Figura 1. Angiotomografía del paciente con ergotismo mostrando vasoespasmo a diferentes niveles (izquierda), comparado con otro estudio normal (derecha).

Tabla 1. *Evolución hemodinámica por Doppler arterial. Comparación entre estudio inicial (vasoespasmo severo) y control evolutivo (normalización) tras terapia vasodilatadora. VPS: velocidad pico sistólica; VPD: velocidad pico diastólica; ITB: índice tobillo-brazo.*

Variable	Estudio inicial	Control evolutivo
Contexto clínico	Isquemia periférica aguda	Post tratamiento vasodilatador
Patrón de flujo	Monofásico baja resistencia bilateral, VPS descendente hacia distal	Bifásico distal (recuperación de pulsatilidad)
Femoral	Monofásico. VPS 84–89 cm/s	Sin lesiones. Flujo conservado
Poplítea	Monofásico. VPS ~34 cm/s	Sin lesiones. Flujo conservado
Tibiales ant./post.	Monofásico. VPS 11–12 cm/s; VPD 6–7 cm/s	Flujo bifásico distal normalizado
ITB	No valorable bilateral (hipoflujo severo)	Patrón distal normal
Interpretación	Vasoespasmo arterial difuso compatible con ergotismo agudo	Resolución del vasoespasmo. Normalización hemodinámica

0255 BARRERAS PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE PRÁCTICAS BASADAS EN EVIDENCIA EN EL PERSONAL DE ENFERMERÍA DE LA UNIDAD DE CUIDADOS CRÍTICOS DEL HOSPITAL ESCUELA DR. RAMÓN MADARIAGA, POSADAS, MISIONES

MCI VERDÚN(1), N MUOLS(1), VE KRUTKI(1)
(1) Dr. Ramón Madariaga

Introducción: La práctica basada en la evidencia (PBE), consiste en la utilización de la mejor evidencia en la práctica clínica incorpo-

rando la experiencia del profesional y preferencias del paciente; pilar fundamental para cuidados de enfermería eficaces y de alta calidad. Sin embargo, la implementación enfrenta múltiples obstáculos relacionados con factores individuales como organizacionales. Identificarlas constituye un paso esencial para diseñar estrategias de mejora.
El objetivo fue identificar las principales barreras, para orientar intervenciones institucionales que favorezcan una atención de mayor calidad y seguridad.
Materiales y métodos: Estudio cuantitativo, descriptivo, transversal; muestra no probabilística, por conveniencia, incluyó 14 profesionales de distintos grupos etarios y sexos, independientemente de su experiencia clínica, en investigación o estado contractual.
La recolección de datos se basó en una encuesta estructurada y anónima, utilizando la Escala de Barreras de Funk. Se registraron datos demográficos y laborales, conocimiento sobre PBE, barreras para su implementación, percepción y disposición del personal.
Resultados: El rango etario y sexo predominante fueron entre 20 y 30 años (50%) y femenino (71.4%). 57.1% licenciados, 21.4 % especialistas y 21.4% técnicos. El 92,9% conoce el concepto de PBE; el 64,3% recibió capacitación y el 50% revisa bibliografía frecuentemente. El 100% de los entrevistados está dispuesto a capacitarse en PBE.
Categorías de análisis: falta de tiempo, sobrecarga laboral, acceso a bases de datos científicas, formación en investigación, apoyo institucional, resistencia al cambio.
Principales barreras percibidas:
Resistencia al cambio (42.9%).
Falta de capacitación en investigación (28.6%).
Carga laboral y tiempo disponible (14.3%).
Acceso e interpretación de literatura científica (7.1%).
Factores facilitadores:
Impacto positivo de la PBE en la calidad del cuidado (85.7%).
El liderazgo de enfermería favorece a la implementación de PBE (78,4%).
Cultura organizacional para la actualización científica continua (35.7%).
Conclusión: El estudio evidenció un alto nivel de conocimiento sobre PBE, actitud favorable hacia su implementación y disposición para la capacitación. La incorporación efectiva se ve limitada por barreras críticas, la resistencia al cambio, la falta de formación en investigación, sumadas a factores estructurales como la carga laboral. El estudio permitió identificar áreas para fortalecer la implementación de la PBE en enfermería crítica, y favorecer la calidad del cuidado, la seguridad del paciente y el desarrollo profesional del equipo de enfermería.

0256 PERICARDITIS POR CÁNDIDA GLABRATA COMO COMPLICACIÓN EN PACIENTE INMUNODEPRIMIDO REPORTE DE CASO

LR CARRERA RAMOS(1), L CARRERA(1), J ARANIBAR(1), A CANTOS(1), D ZERDA(1), D GUERRERO(1), B DAGLIO(1), L SOLIZ(1), C POZO(1)
(1) Unidad Asistencial Cesar Milstein

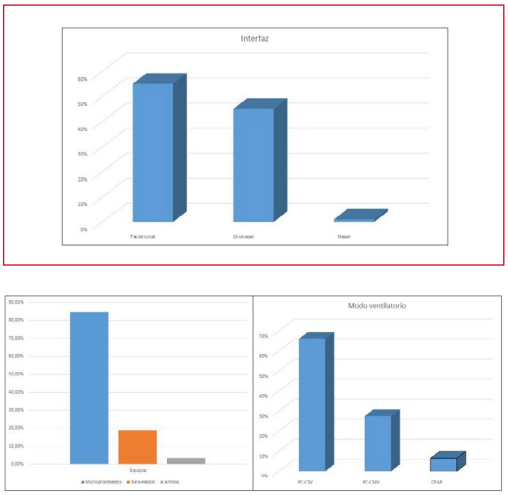
Introducción: La Cándida Glabrata es una levadura de comportamiento oportunista, y potencialmente mortal. Siendo la pericarditis fúngica infrecuente, con elevada gravedad, su diagnóstico sigue siendo un desafío al no ser considerado como diagnóstico diferencial frecuente.
La pericarditis infecciosa en el mundo occidental abarca 1% del total de los casos, siendo 30% de causa bacteriana y 20-24 % fúngica. Durante el 2024 se realizaron revisiones sistémicas retrospectivas en Norteamérica de pericarditis fúngica donde se evidencio como principal causa C. Albicans y menos frecuente originada por C. Glabrata. registrando una mortalidad mayor al 50%.
Informe del caso: Paciente de 70 años con artritis reumatoidea en tratamiento con metotrexato quien curso internación por endocarditis a válvula nativa aortica, con impactos meníngeos cumpliendo tratamiento con ampicilina/ceftriaxona, en la misma internación intercurre con infección por clostridiodes difficile no complicada tratada con vancomicina.
A las 72 horas del alta médica presenta astenia, fiebre deposiciones liquidas, consulta al nosocomio, ingresando a terapia intensiva con SOFA score (7pts) , requiriente de vasoactivos y ARM, TC de abdomen engrosamiento de colon mayor a 18mm, interpretada como diarrea por clostridiodes grave. 24 hrs post internación intercurre con disnea, taquicardia e hipotensión, compatibles con taponamiento cardíaco, confirmado por ecocardiograma, se realiza pericardiocentesis con débito purulento solicitando colocación de drenaje a cargo de cirugía cardiovascular, paciente fallece horas posterior a su ingreso, informe post-mortem C. glabrata.
Discusión: La pericarditis por C.glabrata es excepcionalmente rara, con factores de riesgo: edad avanzada, cirugía cardiotorácica, antibióticos de amplio espectro, corticoesteroides, teniendo alta resistencia anti fúngica, y morbimortalidad, requiriendo: diagnósticos efectivos, tratamiento dirigido y precoz, y seguimiento estricto del paciente.
Conclusión: El presente informe de caso nos alerta a pensar en posibles complicaciones del shock, evaluar signos clínicos, detectar factores de riesgo y realizar paraclínica dirigidas. Entre ellas poner especial atención en el electrocardiograma y la ecografía bedside para facilitar el diagnóstico de taponamiento cardíaco y así, realizar tratamiento dirigido precoz para mejorar la supervivencia del paciente.

0257 IMPLEMENTACIÓN TÉCNICA DE LA VENTILACIÓN MECÁNICA NO INVASIVA: ANÁLISIS DE EQUIPAMIENTO, INTERFACES Y HUMIDIFICACIÓN. ESTUDIO EPVAR

RA PRATTO(1), GA PLOTNIKOW(2), M ACCOCE(3), JH DORADO, E STEINBERG(4), J PEREZ, E NAVARRO(5), UNIVERSIDAD INTERNACIONAL DE CATALUNYA, FJ GUTIERREZ(2), RS MORACCI(2), I ZANDSTRA(7), SANTA FÉ, S MARTÍNEZ(7), SANTA FÉ, E PEREYRA ZAMORA(9), G ÁVILA(9), J SILVA(10), CHUBUT, G ALTAMIRANO(10), CHUBUT, EM GALLARDO(12), SANTA CRUZ, MC RODRÍGUEZ
(1) Sanatorio Anchorena Recoleta. (2) Hospital Británico De Buenos Aires. (3) Sanatorio Anchorena San Martin. (4) Hospital Italiano De Buenos Aires. (5) Departamento De Medicina. (6) Universidad Internacional De Catalunya. (7) Hospital Regional Dr. Alejandro Gutiérrez. (8) Santa Fé. (9) Hospital Regional Enrique Vera Barros. (10) Hospital Regional Víctor Sanguinetti Comodoro Rivadavia. (11) Chubut. (12) Hospital Samic De El Calafate. (13) Santa Cruz. (14) Hospital San Carlos. (15) PBA. (16) Hospital San Martín. (17) Entre Rios. (18) Hospital Simplemente Evita. (19) PBA

Introducción: La implementación de ventilación mecánica no invasiva (VMNI) requiere cierto grado de experiencia que soporte la toma de decisiones en su implementación. Nuestro objetivo fue describir las preferencias de equipos, modos e interfaces de los profesionales que utilizan VMNI en Argentina.
Metodología: Subanálisis de la cohorte de pacientes incluidos en el estudio EpVAr. Las variables continuas se describieron como media(±DE) o mediana(RIQ) y se compararon mediante test de t o Wilcoxon según distribución; las categóricas como n(%) comparadas mediante Chi cuadrado o test exacto de Fisher.
Resultados: Se incluyeron 539 pacientes de 64 terapias intensivas de Argentina. En el 84.5% de los casos se eligieron equipos microprocesados en el primer día de uso, 19% utilizaron equipos binivelados y 3.5% combinaron ambos (Figura 1). El 64% utilizó módulo de VMNI. El modo ventilatorio más usado fue PC-CSV (66%), seguido por PC-CMV (27.5%) y solo el 6.5% usó CPAP (Figura 1). Las interfaces elegidas fueron 55% facial total, 45% oronasal y 1% nasal (Figura 2). 7.5% cambió de interfaz para favorecer la adherencia en un 80% de los casos. Se registraron lesiones en 34 pacientes (6.3%), que

fueron más frecuentes con el uso de máscaras oronasales (65%). Las zonas más comprometidas fueron el puente de la nariz (68%) y los pómulo (18%). Se utilizó algún tipo de humidificación en 52.5% de los pacientes, siendo 77% de estos intercambiadores de calor y humedad. En el 89% de los casos la humidificación se uso desde el inicio de la terapia con VMNI. El confort reportado fue de 3 (3-4) sin diferencias de acuerdo al uso o no de humidificación (p=0.3868).
Conclusión: La implementación de VMNI en las terapias intensivas de Argentina se caracteriza por uso predominante de ventiladores microprocesados y modos espontáneos controlados por presión. Las máscaras faciales son más usadas que las oronasales y tuvieron una menor incidencia de lesiones por presión. Observamos, además, un alto uso de sistemas de humidificación desde el inicio de la VMNI.

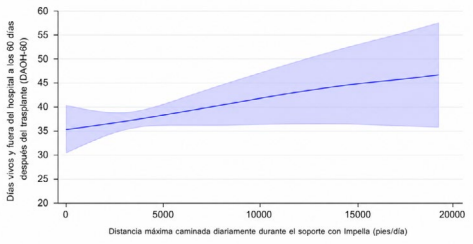


0258 OPTIMIZACIÓN PRETRASPLANTE CON IMPELLA 5.5 Y SU IMPACTO EN LA RECUPRACIÓN POST TRASPLANTE CARDÍACO

D AMITRANO(1), I HUESPE(1), A JENA(2), D SANGHAVI(2), S BAUQUE(1), S VILLARROEL(1)
(1) Hospital Italiano De Buenos Aires. (2) Mayo Clinic

Introducción: La rehabilitación con Impella 5.5 proporciona soporte hemodinámico mientras permite la movilización temprana en pacientes con insuficiencia cardíaca avanzada; sin embargo, su impacto sobre la recuperación postrasplante cardíaco no está completamente establecido.
Objetivos: Evaluar la recuperación durante la rehabilitación asistida con Impella 5.5 y su asociación con resultados tempranos postrasplante, incluyendo una posible relación dosis-respuesta con la actividad ambulatoria.
Materiales y métodos: Estudio de cohorte retrospectivo unicéntrico en adultos puente a trasplante cardíaco con soporte Impella 5.5 entre el 1 de abril de 2022 y el 30 de septiembre de 2024. La distancia caminada diaria, registrada sistemáticamente, se utilizó como variable de exposición. El resultado primario fue la duración de la internación hospitalaria postoperatoria y el secundario el tiempo hasta la extubación. Se utilizaron modelos de riesgos competitivos de Fine-Gray ajustados por edad, puntaje SOFA, clase funcional NYHA y duración del soporte. Asimismo, se analizaron las trayectorias longitudinales de recuperación funcional.
Resultados: De 82 pacientes elegibles, 65 fueron incluidos (edad media 54,9 ± 13,1 años; 83 % varones). La mediana del intervalo Impella-trasplante fue de 23 días. La distancia máxima diaria estratificó a los pacientes en baja (< 487 metros), intermedia (487-731 metros) y alta (>731 metros) capacidad, con características basales ampliamente balanceadas (diferencias de medias estandarizadas < 0,20). Cada metro adicional caminado se asoció con un aumento en el subhazard de alta hospitalaria (sHR ajustado 1,03; IC 95 % 1,01–1,06; p = 0,002) y de liberación de la ventilación mecánica (sHR ajustado 1,06; IC 95 % 1,03–1,06; p = 0,01). La capacidad de marcha aumentó significativamente durante los primeros 17 días ($_{22}$ = 658.0632 metros/día) y luego se estabilizó ($_{22}$ = –548.3 metros/día), sugiriendo una recuperación enlentecida tras tres semanas iniciales.
Conclusión: El soporte con Impella 5.5 facilita la movilización y la rehabilitación temprana. Una mayor actividad ambulatoria se asocia con una mejor recuperación post trasplante, reflejada en menor estancia hospitalaria y menor tiempo de ventilación mecánica. Estos hallazgos respaldan estrategias orientadas a optimizar la capacidad funcional durante el soporte, aunque se requieren estudios prospectivos para confirmarlos y estandarizar intervenciones en esta población.

Figura 2. Modelo de splines cúbicos restringidos que indica la relación entre los días vivos y fuera del hospital a los 60 días y la distancia máxima caminada durante la hospitalización con soporte Impella 5.5 en pacientes candidatos a trasplante cardiaco.



Relación entre el rendimiento de la prehabilitación y la recuperación postrasplante. La línea sólida representa la asociación ajustada entre la **distancia máxima caminada diariamente durante el soporte con Impella 5.5 y los días vivos y fuera del hospital a los 60 días (DAOH-60)**, estimada mediante un modelo aditivo generalizado. La banda sombreada representa el **intervalo de confianza del 95%.**

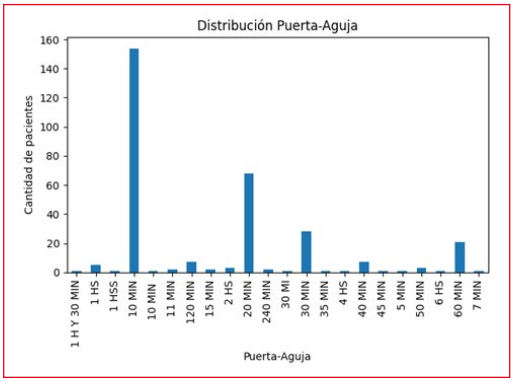
Table 1. Características demográficas

	Total (N = 65)	< 487 mts (N – 20)	487–731 mts (N – 22)	> 731 mts (N – 23)	p value	SMD <487 vs 487–731	SMD <487 vs >731	SMD 487–731 vs >731
Edad, media (SD)	54.9 (13.1)	52.4 (12.3)	56.2 (14.0)	55.7 (13.3)	0.592	0.3	0.27	0.04
Género masculino, n(%)	54 (83.1%)	14 (70.0%)	17 (77.3%)	23 (100%)	0.01	0.16	0.9	0.75
Score de SOFA al inicio del Impella, mediana [IQR]	3.00 [2.00;5.00]	4.00 [3.00;5.25]	3.00 [1.25;5.00]	3.00 [1.00;4.50]	0.422	0.4	0.36	0.03
IMC, mediana (SD)	27.5 (4.68)	28.0 (5.45)	28.7 (4.80)	26.1 (3.54)	0.207	0.13	0.42	0.62
Días desde Impella hasta trasplante, mediana [IQR]	23.0 [15.0;35.0]	19.5 [14.5;27.8]	21.5 [14.2;36.5]	29.0 [19.5;37.0]	0.21	0.23	0.55	0.31
NYHA, n(%)					0.304	0.01	0.41	0.4
NYHA 3	31 (47.7%)	11 (55.0%)	12 (54.5%)	8 (34.8%)				
NYHA 4	34 (52.3%)	9 (45.0%)	10 (45.5%)	15 (65.2%)				
Causa de falla cardíaca, n(%)								
Amiloide	2 (3.08%)	0 (0.00%)	2 (9.09%)	0 (0.00%)	0.202	0.44	0	0.44
Congénita	2 (3.08%)	1 (5.00%)	0 (0.00%)	1 (4.35%)	0.757	0.32	0.03	0.29
Dilatada	22 (33.8%)	3 (15.0%)	9 (40.9%)	10 (43.5%)	0.099	0.59	0.64	0.05
Isquémica	13 (20.0%)	3 (15.0%)	5 (22.7%)	5 (21.7%)	0.859	0.19	0.17	0.02
No isquémica	33 (50.8%)	15 (75.0%)	10 (45.5%)	8 (34.8%)	0.026	0.62	0.86	0.21
Periparto	1 (1.54%)	0 (0.00%)	1 (4.55%)	0 (0.00%)	0.646	0.3	0	0.3
Comorbilidades, n(%)								
Tabaquismo	3 (4.62%)	0 (0.00%)	0 (0.00%)	3 (13.0%)	0.102	0.52	0.14	0.38
Hipertensión	47 (72.3%)	15 (75.0%)	17 (77.3%)	15 (65.2%)	0.631	0.05	0.21	0.26
Hipertipidemia	33 (50.8%)	9 (45.0%)	14 (63.6%)	10 (43.5%)	0.331	0.37	0.03	0.4
Diabetes	33 (50.8%)	10 (50.0%)	14 (63.6%)	9 (39.1%)	0.258	0.27	0.21	0.49
ERC (moderada a severa)	20 (30.8%)	6 (30.0%)	8 (36.4%)	6 (26.1%)	0.754	0.13	0.22	0.49
Enfermedad renal terminal	4 (6.15%)	2 (10.0%)	1 (4.55%)	1 (4.35%)	0.679	0.32	0.32	0
EPOC	1 (1.54%)	1 (5.00%)	0 (0.00%)	0 (0.00%)	0.308	0.21	0.22	0.01
Enfermedad coronaria	8 (12.3%)	1 (5.00%)	5 (22.7%)	2 (8.70%)	0.197	0.32	0.4	0.49
Fibrilación auricular	12 (18.5%)	4 (20.0%)	4 (18.2%)	4 (17.4%)	1	0.05	0.07	0.02
Infarto de miocardio	3 (4.62%)	1 (5.00%)	0 (0.00%)	2 (8.70%)	0.519	0.32	0.32	0.43
Enfermedad vascular periférica	3 (4.62%)	1 (5.00%)	2 (9.09%)	0 (0.00%)	0.403	0.32	0.22	0.38

0259 ASOCIACIÓN ENTRE TRATAMIENTO DE REPERFUSIÓN Y REMISIÓN NEUROLÓGICA EN PACIENTES CON FOCALIDAD NEUROLÓGICA AGUDA Y SUBAGUDA: ANÁLISIS ESTRATIFICADO POR NIHSS

MG MAGALU(1), M TORRACO(1), MS FERNANDEZ(1), S DE GIOVANNI ANDREU(1), J MADARIAGA(1), GF QUISHPE(1), J REINALDEZ(1), M VELA BORJA(1), F VILLALBA(1), GP FERNANDEZ ROJAS(1), SF GARCES BELLO(1), A BANTAR(1), P COMIGNANI(1), S SERRA(1)
(1) Sanatorio Trinidad Palermo

Se realizó un estudio retrospectivo de 409 pacientes asistidos en una Unidad de Stroke, con el objetivo de analizar la severidad neurológica, los tiempos de reperfusión y variables asociadas a la atención aguda del accidente cerebrovascular.
La distribución del NIHSS evidenció predominio de eventos leves: 209 pacientes (51%) presentaron NIHSS entre 0–4, 44 pacientes (11%) entre 5–10 y 50 pacientes (12%) valores mayores a 10, lo que sugiere una adecuada captación precoz de los casos.
Realizando un análisis entre el valor de NIHSS y la intervención endovascular se observa que el promedio del mismo fue de 12.5 pts, siendo NIHSS de ingreso mínimo 1 pts y máximo 18 pts.
En relación con el tiempo puerta-aguja, se observó un alto rendimiento asistencial: 154 pacientes (37,6%) recibieron tratamiento en 10 minutos, 68 (16,6%) en 20 minutos y 28 (6,8%) en 30 minutos. Solo una minoría superó los 60 minutos, evidenciando tiempos de respuesta significativamente por debajo de los estándares internacionales recomendados.
Respecto al tiempo de evolución, la mayoría de los pacientes ingresó dentro de ventana terapéutica (<4,5 horas), con mayor concentración en las primeras 2 horas desde el inicio de los síntomas.
En relación a la respuesta al tratamiento se evaluó a los pacientes según NIHSS, observándose que de los 37 pacientes que recibieron rTPA, 17 (45.9%) mostraron reversión o mejoría de foco neurológico y 12 (32%) no evidenciaron cambios, 8 (21.6%) uno solo presento sangrado 1 (2.5) falleció. En lo que respecta tratamiento endovascular, del los 7 pacientes a los que se realizó trombectomía mecánica, 3 evidenciaron reversión completa de foco neurológico (NIHSS 0pts), y 1 presentó mejoría parcial, mientras que en los 3 restantes no se objetivaron cambios. Se deberá tener en cuenta que se cuenta con muestra pequeña de pacientes.
Los resultados demuestran que la Unidad de Stroke presenta un desempeño altamente eficiente en términos de tiempos de reperfusión y detección precoz, con oportunidades de mejora en la estandarización de variables clínicas, particularmente en el registro del tiempo de evolución.



0260 DE LA INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AL DIAGNÓSTICO: DESAFÍO CLÍNICO EN MIASTENIA GRAVIS ANTI-MUSK

L DÍAZ(1), P VERÓN(1), P DOMÍNGUEZ(1), S VIERA(1)
(1) Cl Pueyrredón

Introducción: La Miastenia Gravis mediada por anticuerpos MuSK es una entidad poco frecuente (5–8% de las miastenias) que puede tener graves implicancias por la rápida progresión de sus síntomas y presentar refractariedad al tratamiento. La presentación en coma secundario a insuficiencia respiratoria ha sido escasamente reportada.
Presentación del caso: Paciente femenina de 65 años, ingresó a UTI con Glasgow 3/15 secundario a insuficiencia respiratoria hipercápnica con necesidad de intubación orotraqueal y asistencia respiratoria mecánica. Se realizó tomografía de tórax y cultivos, con evidencia de neumonía y aspirado traqueal con rescate de S. Aureus Meticilino Sensible, iniciando antibioticoterapia con Cefotaxima-Claritromicina. Al cuarto día, presenta mejoría del sensorio, logrando comprender y obedecer órdenes, pero persiste con cuadriparesia, oftalmoparesia sumado a debilidad de músculos faciales y cervicales. Bajo sospecha de enfermedad neuromuscular, se solicitó anticuerpos ACRA y anti-MUSK y se realizó EMG que evidenció afectación de la unión neuromuscular post-sináptica. Se inició tratamiento empírico con Inmunoglobulina humana sin respuesta, y posteriormente corticoterapia a dosis inmunosupresoras, sin evidenciarse tampoco mejoría clínica. Tras una semana de internación, se recibe Ac anti-MUSK positivos. Por presentar refractariedad a tratamiento, se indicó ciclos de Rituximab endovenoso, logrando un weaning exitoso tras primera dosis y evolucionando favorablemente de su debilidad, persistiendo únicamente con leve oftalmoparesia y paresia facial.
Discusión: La presentación inicial con coma secundario a insuficiencia respiratoria limitó una adecuada evaluación neurológica y orientó inicialmente hacia otras etiologías, sin alcanzarse un diagnóstico concluyente; en la literatura existen escasos reportes de esta forma de presentación. Tras la recuperación del nivel de conciencia, la identificación de debilidad muscular permitió plantear la sospecha de una patología neuromuscular y orientar el diagnóstico hacia miastenia gravis.
Conclusión: El presente caso evidencia que la Miastenia Gravis anti-MuSK puede presentar como debut el compromiso del nivel de conciencia en contexto de insuficiencia respiratoria.

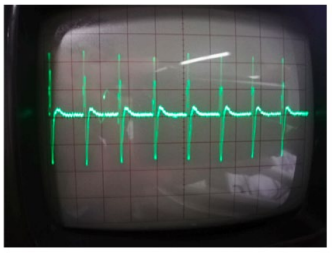


Figura. Estimulación repetitiva a 4 Hz en nervios mediano y cubital derechos, con conducción motora y electromiografía de aguja dentro de parámetros normales y sin denervación en reposo. Se observa un decremento leve del potencial motor (≈15%) entre el tercer y quinto estímulo.

0261 HIPOVENTILACIÓN NOCTURNA DEL ADULTO: A PROPÓSITO DE UN CASO

L DÍAZ(1), P DOMÍNGUEZ(1), G FERNANDEZ(1)
(1) Cl Pueyrredón

Introducción: La insuficiencia respiratoria de origen neuromuscular en el adulto representa un desafío diagnóstico. Su abordaje diagnóstico resulta complejo, especialmente en presencia de estudios iniciales negativos para las entidades más prevalentes, lo que puede retrasar la dentificación etiológica y el inicio de terapias específicas.

Presentación del caso: Paciente masculino de 52 años con antecedentes de dislipidemia, hipotiroidismo y ex tabaquismo, que presenta evolución progresiva con tos nocturna, expectoración ineficaz, debilidad muscular, disartria y pérdida de peso. Ingresa a UTI por insuficiencia ventilatoria hipercápnica en estado comatoso, requiriendo intubación orotraqueal y asistencia respiratoria mecánica.
En la evaluación inicial se constata debilidad axial y proximal, hiporreflexia y elevación del hemidiafragma derecho. Se inicia abordaje etiológico con estudios neuromusculares: anticuerpos anti-receptor de acetilcolina y anti-MuSK negativos, así como estudio para enfermedad de Pompe no concluyente. La tomografía de tórax evidencia proceso infeccioso concomitante, tratado con antibióticos.
Ante la dificultad para el destete ventilatorio, se realiza traqueostomía precoz. La persistencia de hipercapnia en intentos de weaning, junto con la identificación de excursión diafragmática disminuida bilateral en ecografía y radioscopía, orienta a compromiso diafragmático significativo. Se documenta un patrón de dependencia ventilatoria nocturna con adecuada ventilación espontánea diurna, asociado a episodios de apnea.
Dado que no se logra establecer un diagnóstico etiológico ni tratamiento específico durante la internación, se decide un enfoque terapéutico sintomático centrado en el soporte ventilatorio. Se optimiza la asistencia respiratoria, logrando estabilización gasométrica y desvinculación parcial de la ventilación mecánica. En este contexto, y priorizando la reducción de la internación prolongada y sus complicaciones asociadas, se indica ventilación no invasiva domiciliaria en modo BiPAP para soporte nocturno, permitiendo la externación del paciente con seguimiento ambulatorio para completar el estudio etiológico.
Discusión: El abordaje diagnóstico permitió excluir parcialmente etiologías neuromusculares de la insuficiencia respiratoria, definiendo un patrón de hipoventilación predominantemente nocturna. No obstante, la confirmación etiológica continúa pendiente, teniendo como diagnósticos presuntivos enfermedad de Pompe, miastenia gravis y síndrome de hipoventilación alveolar congénita, requiriendo complementar con nuevos estudios (polisomnografía, gen PHOX2B) y reevaluación los previos.
Conclusión: Este caso resalta la importancia de priorizar estrategias que permitan continuar un estudio etiológico complejo en forma ambulatoria, favoreciendo la externación temprana y segura.

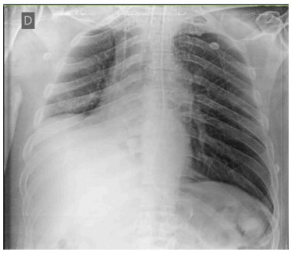
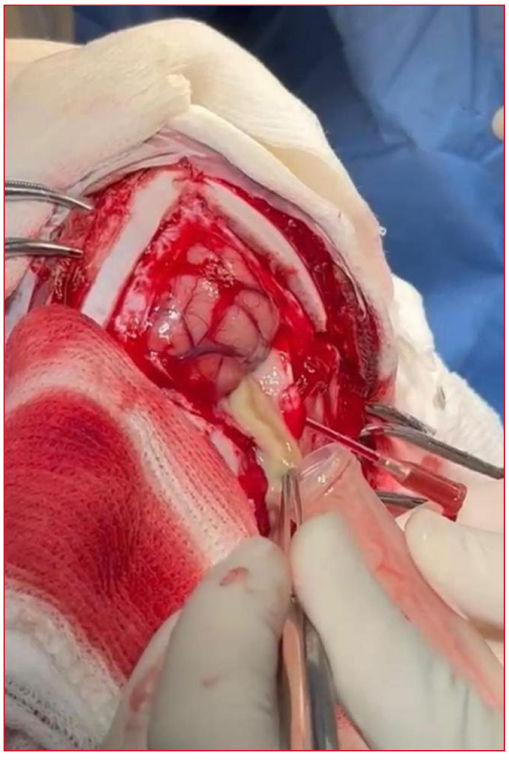


Figura. Radiografía de tórax que evidencia velamiento de seno costofrénico derecho, coincidente con parálisis diafragmática del paciente.

0262 IPERTENSIÓN ENDOCRANEANA SECUNDARIA A ABSCESO CEREBRAL POR STREPTOCOCCUS INTERMEDIUS EN UN NIÑO PREVIAMENTE SANO

M ENZETTI(1), MB FORCELLI(1), B ORTIZ BREARD(1), A CARETTA(1), C MEREGALLI(1)
(1) Hospital De Niños Pedro De Elizalde

Introducción: El absceso cerebral en pediatría es una infección intracraneal infrecuente pero potencialmente mortal.
En los últimos años se ha observado un aumento de infecciones intracraneales por especies del grupo Streptococcus anginosus, en particular Streptococcus intermedius, microorganismo de la flora habitual orofaríngea.
El diagnóstico y tratamiento precoz son determinantes para reducir morbimortalidad y secuelas neurológicas.
Objetivo: Describir el abordaje diagnóstico y terapéutico de un absceso cerebral por Streptococcus intermedius en un paciente pediátrico previamente sano.
Presentación del caso: Paciente de 3 años previamente sano consulta por fiebre de 7 días y deterioro del sensorio en las últimas 24 horas. Tomografía cerebral evidencia absceso occipitoparietal con edema perilesional, efecto de masa e hipertensión endocraneana. Progresa con deterioro de sensorio requiriendo ventilación mecánica, craneotomía urgente, drenaje del absceso y monitoreo invasivo de presión intracraneana. Durante el abordaje se evidencia drenaje espontáneo inicial de material purulento, previo a la apertura dural. Se drenan aproximadamente 30 ml de material purulento e inicia antibioticoterapia empírica de amplio espectro.
Los cultivos del material aíslan Streptococcus intermedius.
Evoluciona favorablemente con extubación electiva y retiro de drenaje y monitoreo invasivo a las 48 horas.
No se evidencia foco de origen (sin compromiso otorrinolaringológico ni odontógeno) ni inmunodeficiencia subyacente.
Completa 40 días de antibioticoterapia dirigida, con resolución imagenológica.
Presenta recuperación neurológica completa, sin déficit focal.
Discusión: El absceso cerebral por Streptococcus intermedius puede presentarse en pacientes previamente sanos y sin foco evidente, con rápida progresión a hipertensión endocraneana.
Se ha reportado un aumento reciente de infecciones intracraneales por este germen.
La sospecha clínica precoz, el drenaje neuroquirúrgico oportuno, la antibioticoterapia dirigida y el soporte intensivo constituyen pilares fundamentales del tratamiento y se asocian a mejores resultados clínicos.
Conclusión: El absceso cerebral por Streptococcus intermedius debe considerarse ante cuadros febriles con deterioro neurológico, incluso en niños sin factores predisponentes. La intervención temprana y el abordaje multidisciplinario permiten revertir cuadros potencialmente fatales y alcanzar recuperación neurológica completa.



0264 ENCEFALOPATIA NECROTIZANTE AGUDA, A PROPÓSITO DE UN CASO

ME BLANDO(1), C DUEÑAS(1), G SCIOLLA(1), F JUDAIS(1), M TELLO(1)
(1) Hospital De Niños Zona Norte

Introducción: La encefalopatía necrotizante aguda (ANE) es una patología neurológica infrecuente, de rápida progresión y alta morbimortalidad, principalmente en población pediátrica. Se asocia a infecciones virales, especialmente Influenza A. Su fisiopatología postula una respuesta inflamatoria sistémica exacerbada con liberación masiva de citoquinas generando disrupción de la barrera hematoencefálica y daño cerebral. El diagnóstico se basa en la sospecha clínica y hallazgos característicos en neuroimágenes, como lesiones bilaterales y simétricas en tálamos.
Presentación de caso: Varón de 10 meses, incompletamente inmunizado, sano previo. Presenta cuadro de dos días de fiebre y vómitos, agregando hipotonía generalizada, lo que motiva consulta en guardia. Se valora febril, mal perfundido y con sensorio deteriorado por lo que se expande con volumen. Ante sospecha de sepsis, se pancultiva, obteniendo resultados negativos, e inicia antibioticoterapia empírica. Presenta hipertonía generalizada, se solicita tomografía de cráneo: imágenes hipodensas en ambos tálamos con extensión hacia pedúnculos y tronco compatibles con ANE. Por Glasgow 6/15 se vincula al respirador. Se realiza filmarray respiratorio: Influenza AH3N2 y laboratorio con hipertransaminasemia. Inicia gammaglobulina, pulso de metilprednisolona y Oseltamivir. Se complementa con resonancia de encéfalo con imágenes similares a tomografía. Presenta hemorragia digestiva , tratada con Octeotride.
El paciente evoluciona comatoso, pupilas puntiformes y signos de decorticación ante el estímulo.
Discusión: La ANE representa un desafío diagnóstico por su naturaleza fulminante. En este caso, la progresión del deterioro neurológico tras un pródromo viral coincide con la edad de mayor vulnerabilidad reportada globalmente. La bibliografía postula que la patogenia deriva de una respuesta inflamatoria sistémica; esto justifica que, ante el hallazgo de lesiones talámicas en estudios complementarios, se deba iniciar inmunomodulación incluso antes de obtener confirmaciones virológicas, intentando detener tal respuesta inflamatoria que condiciona el pronóstico.
Conclusión: El caso presentado subraya la elevada morbimortalidad de la ANE, capaz de generar secuelas graves en pacientes previamente sanos en menos de 48 horas. Se destaca la importancia de la sospecha clínica ante todo lactante con deterioro del sensorio e infección por Influenza. Finalmente, reforzamos la necesidad de optimizar las tasas de vacunación antigripal como única estrategia de prevención.

0265 PARECE ANAFILAXIA PERO NO LO ES: MANEJO DEL ANGIOEDEMA HEREDITARIO EN EL SERVICIO DE EMERGENCIAS

BA KARAS(1), J AGUAYO(1)
(1) HOSPITAL POSADAS

Introducción: El angioedema hereditario (AEH) tipo I es una enfermedad autosómica dominante causada por deficiencia del inhibidor de C1, lo que genera sobreproducción de bradiquinina, principal mediador del edema. A diferencia del angioedema alérgico, no responde a antihistamínicos, corticoides ni adrenalina. La inaccesibilidad a terapias específicas de alto costo (icatibant, C1-INH) en emergencias es frecuente. Las crisis asocian alta morbilidad por dolor abdominal severo y un profundo impacto psicosocial. La complicación más grave es el edema laríngeo, que afecta al 50% de los pacientes en su vida, con hasta 33% de mortalidad sin tratamiento oportuno.
Presentación del caso: Paciente femenina de 31 años, con diagnóstico de AEH tipo I desde los 19 años, consulta por angioedema de inicio matutino en labio inferior, rostro y antebrazos. Al ingreso: lúcida, hemodinámicamente estable y sin compromiso de vía aérea. Carecía de medicación de rescate específica por pérdida de cobertura social. Ante la indisponibilidad de C1-INH en la institución, se indicó en consenso con inmunología transfundir 2 unidades de plasma fresco congelado (PFC) a 10 ml/kg. Se internó bajo monitoreo estricto para vigilar efectos paradojales y progresión a vía aérea, incluyendo la preparación de instrumental avanzado y anticipando un acceso anatómicamente dificultoso. Evolucionó con disminución del edema facial y a las 48 horas egresó con alta voluntaria y pautas de alarma.
Discusión: El abordaje del AEH en emergencias es un desafío; su baja incidencia y sospecha clínica suelen retrasar el diagnóstico y propiciar el uso de fármacos ineficaces en la crisis aguda. Ante la escasez de terapia específica, el PFC repone el C1-INH faltante, pero acarrea el riesgo teórico de exacerbar el cuadro al aportar sustratos (precalicreína, quininógeno) que generarían aún más bradiquinina.

El manejo exige extrema precaución y anticipación para instrumentar una vía aérea dificultosa.
Conclusión: El PFC es una herramienta de rescate vital ante la falta de alternativas, pese al riesgo teórico de agravamiento paradójico. Comprender la fisiopatología mediada por bradiquinina previene el uso de intervenciones ineficaces. Este caso subraya la vulnerabilidad del paciente sin acceso a medicación de alto costo y la necesidad de preparación y monitoreo estricto en emergencias.

0266 INTOXICACIÓN GRAVE DE ÁCIDO VALPROICO

P MARTINEZ MENDEZ(1), G DOMENICONI(1), K GAMARRA(1), L VILASECA(1), M ULLOA(1)
(1) Sanatorio Trinidad De San Isidro Thames

Introducción: El ácido valproico es un fármaco utilizado en el tratamiento de las crisis de ausencias simples y complejas, mioclonías y convulsiones tónico-clonicas generalizadas, como profilaxis de segunda línea para la migraña y en el trastorno bipolar. En los últimos años han aumentado los casos de intoxicación. Su toxicidad puede generar daños graves: como depresión del sistema nervioso central, alteraciones metabólicas y falla hepática.
Presentación del caso: Paciente de 16 años, antecedentes de trastorno psicótico, 4 intentos autolíticos bajo tratamiento con ácido valproico y quetiapina. Ingresa tras ingesta de 90 comprimidos de ácido valproico, de 4 horas de evolución, inicialmente lucido, evoluciona a las 15 horas con deterioro neurológico requiriendo de IOT/ARM, se observa midriasis bilateral, falla renal, acidosis metabólica, inestabilidad hemodinámica, con Valproemia: >2000ug/ml; hiperamonemia: 305ug/dl. Inicia tratamiento con L-carnitina y Terapia de reemplazo Renal. Para monitorización neurológica requiere de Catéter PIC (Presión Intracraneal). Evolución favorable y se deriva a un centro de salud mental.
Discusión: El ácido Valproico es eficaz en diversas patologías neurológicas y psiquiátricas. En sobredosis: provoca daño mitocondrial severo, conduce a fracaso en la producción de ATP y acumulación de metabolitos tóxicos. El compromiso principal ocurre en hígado y cerebro, generando disfunción neurológica y hepática. L – carnitina restaura el metabolismo energético y favorece la B-oxidación. La diálisis depura el fármaco en casos graves.
Conclusiones: La intoxicación por ácido valproico es potencialmente letal y requiere abordaje multidisciplinario.
El reconocimiento precoz y la implementación de medidas como hemodiálisis y L-carnitina mejoran el pronóstico.

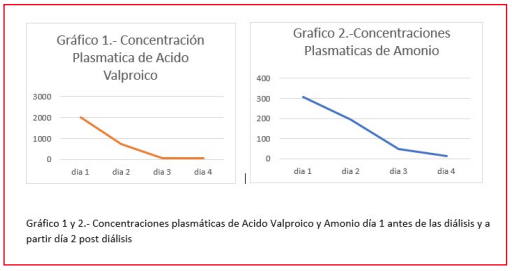


Gráfico 1 y 2.- Concentraciones plasmáticas de Acido Valproico y Amonio día 1 antes de las diálisis y a partir día 2 post diálisis

0267 MONITOREA MAS PARA INTERVENIR MENOS: NEURO MONITOREO MULTIMODAL EN TROMBOSIS VENOSA CEREBRAL- REPORTE DE CASO.

D TAIPE(1), R DELFIN(1), D CAROLINA(1), C MARCELO(1), P FELIX(1), N NICOLAS(1), S PABLO(1), T VERONICA(1), E CONRADO(1)
(1) Sanatorio Guemes

La trombosis venosa cerebral (TVC) constituye una causa infrecuente pero potencialmente grave de injuria cerebral aguda, especialmente en pacientes jóvenes con factores protrombóticos adquiridos. Su fisiopatología, dominada por la alteración del drenaje venoso y el aumento de la presión venosa intracraneana, difiere sustancialmente de la del daño arterial, lo que puede limitar la utilidad de los parámetros clásicos de evaluación neurológica y de neuromonitoreo centrados en el flujo arterial y la presión intracraneana (PIC). En este escenario, el neuromonitoreo multimodal emerge como una herramienta clave para una interpretación fisiopatológica integrada, aunque el rol de técnicas como la espectroscopía infrarroja cercana (NIRS) permanece escasamente explorado en la TVC.
Presentamos el caso de una paciente femenina de 19 años, usuaria de anticonceptivos orales, que ingresó por cefalea progresiva, de-

terioro del nivel de conciencia y déficit neurológico focal. La neuroimagen evidenció trombosis extensiva del seno sagital superior y seno transverso derecho, asociada a infarto venoso fronto-parieto-occipital derecho con componente hemorrágico. Evolucionó con crisis convulsivas y status epiléptico refractario, requiriendo ventilación mecánica, sedoanalgesia y manejo en cuidados intensivos, iniciándose anticoagulación terapéutica precoz.
Se implementó neuromonitoreo multimodal incluyendo PIC, Doppler transcraneal, NIRS, saturación venosa yugular y monitorización electroencefalográfica simplificada. Durante su evolución se observó una disociación relevante entre valores de PIC moderadamente elevados y parámetros conservados de perfusión, oxigenación cerebral regional y global, hemodinamia arterial y actividad eléctrica cerebral. Asimismo, la evaluación indirecta de la autorregulación cerebrovascular sugirió preservación de los mecanismos compensatorios.
La integración dinámica y coherente de estas variables permitió interpretar el cuadro dentro de una fisiopatología predominantemente venosa, sostener una estrategia terapéutica conservadora y evitar intervenciones invasivas potencialmente innecesarias. La paciente presentó una evolución favorable, con recuperación neurológica progresiva y egreso a rehabilitación.
Este caso ilustra el valor del neuromonitoreo multimodal en la TVC y plantea el potencial aporte del NIRS y de la concordancia entre marcadores regionales y globales de oxigenación cerebral para guiar decisiones clínicas en un contexto donde los indicadores tradicionales pueden sobreestimar la gravedad real.

0268 RENDIMIENTO DE HUMIDIFICADORES ACTIVOS EN VENTILACIÓN NO INVASIVA: ESTUDIO EXPERIMENTAL

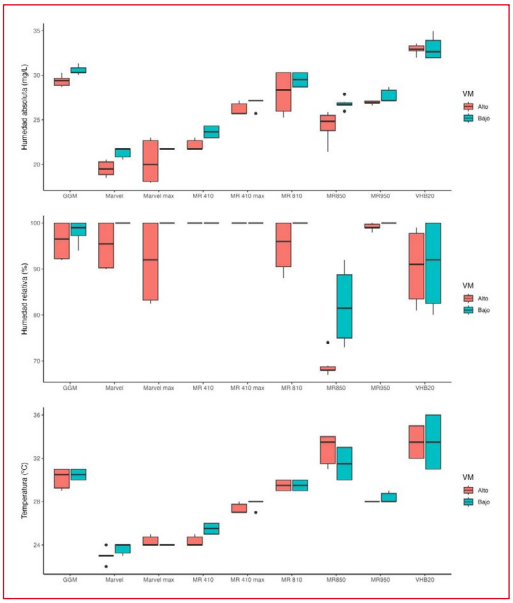
V BRAVO(1), LM GALVAN(1), M URDANGARIN GOTI(1), AY DOMINGUEZ(1), C SUAREZ ABOY(1), MO VAZQUEZ(1), ER BRIZUELA(1), RS MORACCI(1), GA PLOTNIKOW(1)
(1) Britanico De Bs As

Introducción: La ventilación mecánica no invasiva (VNI) es fundamental en el tratamiento de la insuficiencia respiratoria aguda, y su éxito depende en gran medida del confort y la tolerancia. El déficit de humedad y temperatura durante la VNI podría impactar negativamente en el confort del paciente, y a su vez en la adherencia al tratamiento. A pesar de la amplia disponibilidad de sistemas de humidificación activa (SHA), existe una notable falta de evidencia sobre el rendimiento técnico de los diversos modelos disponibles en condiciones de VNI. El objetivo principal de este estudio fue comparar la entrega de humedad absoluta (HA) de siete modelos de SHA.
Materiales y Métodos: Estudio experimental realizado en un centro de simulación clínica utilizando un modelo de laboratorio. Se evaluaron 7 modelos de SHA. Se testearon dos niveles de volumen minuto: 5L/min y 10L/min, bajo condiciones ambientales controladas. Las mediciones se realizaron con un termohigrómetro Testo 605-H tras 30 minutos de estabilización. La HA se calculó mediante fórmulas estándar. Para el análisis estadístico se utilizaron modelos de regresión lineal simple y regresión logística.
Resultados: Se realizaron 108 mediciones. La mediana global de HA fue de 26.6 mg/L y la de T° fue de 28.0°C. El modelo de SHA utilizado fue el principal determinante de la variabilidad en la HA ($_2 2 = 0.91$; p<0.001), mientras que el volumen minuto tuvo un impacto significativamente menor ($_2 2 = 0.02$; p<0.001). Los dispositivos mostraron un rango de entrega de HA de entre 20.4 y 33.0 mg/L. Se observó que por cada 1 L/min de incremento en el VM, la HA disminuyó en promedio 0.27 mg/L independientemente del sistema.
Conclusión: Se halló una marcada heterogeneidad en el rendimiento de los SHA. Solo un dispositivo superó los 30 mg/L de HA, vinculado a una mayor temperatura de salida del gas. Aunque el incremento del volumen minuto afecta negativamente la humedad, la variabilidad intrínseca del dispositivo seleccionado es el factor determinante.

Tabla 1

Variable	VM bajo	VM alto
PEEP (cmH_2O)	5 (5 - 5)	5 (5 - 5)
PI (cmH_2O)	9 (8 - 9)	16 (16 - 16)
FR (cpm)	22 (22 - 22)	22 (22 - 22)
VMi (L/min)	5.1 (5.0 - 5.1)	9.75 (9.5 - 10.0)
VMe (L/min)	5.1 (5.0 - 5.1)	9.75 (9.5 - 10.2)
Fuga (%)	31 (27 - 34)	25 (22 - 27)
Temperatura (ºC)	28 (25 - 30)	28 (24.2 - 31.0)
Humedad relativa (%)	100 (100 - 100)	99 (90 - 100)
Humedad absoluta (mg/L)	27.2 (23.0 - 30.2)	25.7 (21.7 - 28.7)
Presión vapor de agua (cmH_2O)	28.4 (23.8 - 31.8)	28.4 (22.7 - 33.7)
Empaña (N - %)	36 (67%)	32 (59.2%)
Temperatura ambiente (ºC)	23 (23 - 24)	24 (23 - 24)
Humedad relativa ambiente (%)	66.5 (53 - 68)	65 (53 - 68)
Humedad absoluta ambiente (mg/l)	13.7 (11.5 - 14.4)	13.3 (11.5 - 14.7)
Presión vapor ambiente (cmH_2O)	21.1 (21.1 - 22.4)	22.4 (21.1 - 22.4)

VM: Volumen minuto, PEEP: Positive End-Expiratory Pressure,FR: Frecuencia respiratoria, VMi: Volumen minuto inspiratorio, VMe: Volumen minuto espiratorio.



0269 ACCIDENTE CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO SECUNDARIO A EMBOLIA GASEOSA CEREBRAL

D TAIPE(1), R DELFIN(1), C DIAZ(1), M COSTILLA(1), F PALOMINO(1), N NIHANY(1), V TERRAZAS(1), M LAZARO(1), C ESTOL(1)
(1) Sanatorio Guemes

La embolia gaseosa cerebral (EGC) es una causa poco frecuente de accidente cerebrovascular isquémico, generalmente asociada a procedimientos invasivos o endovasculares, con un alto potencial de morbimortalidad. Su presentación clínica suele ser abrupta y su pronóstico depende de manera crítica del reconocimiento precoz y del inicio inmediato de medidas terapéuticas específicas. Debido a su baja incidencia, la evidencia disponible es limitada y el manejo se basa principalmente en series de casos y recomendaciones fisiopatológicas.
Se presenta el caso de un varón de 46 años, con antecedentes de hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2 y ACV previo sin secuelas, que ingresó con disartria leve y afasia, con un NIHSS inicial de 3. La resonancia magnética evidenció lesiones isquémicas en la ínsula izquierda y en región paraventricular córtico-subcortical. Estudios etiológicos iniciales, incluyendo Doppler transcraneal y

ecocardiograma transesofágico, demostraron paso de burbujas, sugiriendo un mecanismo embólico.
Durante un procedimiento endovascular por vía femoral, el paciente presentó una embolia aérea masiva secundaria a aspiración de aire, con evidencia tomográfica posterior de gas intravascular en territorio fronto-parietal izquierdo y en el seno longitudinal superior. Evolucionó con compromiso hemodinámico grave, incluyendo bradicardia extrema y paro cardiorrespiratorio, requiriendo reanimación avanzada. Posteriormente desarrolló deterioro neurológico severo, con progresión a ACV isquémico maligno, necesidad de ventilación mecánica, sedoanalgesia, manejo neurocrítico avanzado y craniectomía descompresiva, además de status epiléptico refractario.
El caso pone de manifiesto la gravedad potencial de la EGC asociada a procedimientos endovasculares, la utilidad de la tomografía computada sin contraste como herramienta diagnóstica inicial y la importancia del manejo integral en unidades neurocríticas. Asimismo, resalta el rol central de la prevención iatrogénica mediante técnicas rigurosas de purgado de sistemas y coordinación del equipo de salud, principal estrategia para reducir la incidencia de esta complicación infrecuente pero devastadora.

0270 IMPACTO DE LA EXPOSICIÓN MATERNA A SÍFILIS COMO FACTOR ASOCIADO A DISPLASIA BRONCOPULMONAR MODERADA-SEVERA EN PREMATUROS INTERNADOS EN NEONATOLOGÍA DEL HOSPITAL MATERNO NEONATAL RAMÓN CARRILLO, CÓRDOBA, ENERO 2024 A ENERO 2026

MP BRUNO(1), A RUIZ ESPAÑOL(1), FA SIGEL(1), S TURK(1), VE CEBALLOS(1), CS RODRIGUEZ GEREMIA(1), N DE LA VEGA(1), ME QUIROGA MARQUEZ(1), A TEIJEIRO(1), V HIGA(1), ME BULLANO
(1) Hospital Materno Neonatal Dr Ramón Carrillo

Resumen: La sífilis constituye un problema de salud pública en aumento a nivel mundial. Según la OMS, se estimaron aproximadamente 8 millones de nuevos casos en 2022 [1]. La sífilis congénita representa una carga significativa, con 700.000 casos anuales, reflejando fallas en la prevención y el tratamiento oportuno durante el embarazo [1]. En la Región de las Américas la incidencia aumentó cerca del 30%, y en Argentina superó los 50.000 casos anuales, con impacto en mujeres en edad reproductiva [2,3]. La infección materna se asocia a prematurez y bajo peso al nacer, factores vinculados al desarrollo de DBP; la evidencia reciente sugiere además que las infecciones perinatales contribuyen a la DBP mediante mecanismos inflamatorios [4]. Si bien la prematurez es el principal determinante de DBP, el rol de la sífilis materna como factor asociado ha sido poco estudiado, por lo que resulta relevante evaluar su posible asociación en nuestra población.
Material y métodos: Se llevó a cabo un estudio longitudinal, descriptivo y retrospectivo de neonatos internados en UCIN entre enero de 2024 y enero de 2026. Se evaluó la exposición a sífilis materna y su asociación con el desarrollo DBP. La magnitud de la asociación se estimó mediante riesgo relativo (RR) y odds ratio (OR), mediante regresión de Poisson y regresión logística multivariada con varianza robusta y con un intervalo de confianza del 95%.
Resultados: Durante el período analizado se incluyeron 907 pacientes, de los cuales 645 fueron prematuros; 47 presentaron VDRL positiva y 105 desarrollaron DBP. La exposición a sífilis materna se asoció significativamente con el desarrollo de DBP, observándose 16 casos en el grupo expuesto, con un RR de 2,11 y OR de 3,52 ($p < 0,01$).
Conclusión: La exposición a sífilis materna duplica la probabilidad de desarrollar DBP en prematuros de manera estadísticamente significativa, demostrando la necesidad de considerarla factor de riesgo relevante en nuestro medio, debido a la alta prevalencia de sífilis en embarazadas.

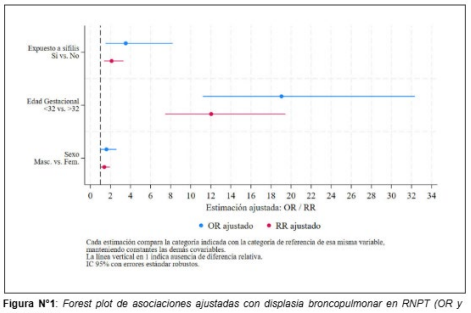


Figura N°1: *Forest plot de asociaciones ajustadas con displasia broncopulmonar en RNPT (OR y RR, IC95%)*

Tabla N°1: *Modelo multivariado de regresión de Poisson para displasia broncopulmonar en RNPT internados en UCIN (n=645).*

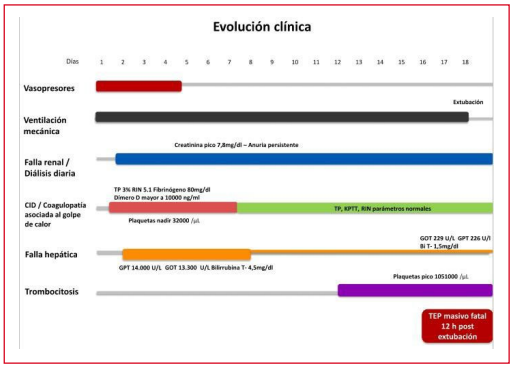
RNPT n=645	DBP n=105	IRR	std. err	p	IC95%
Expuestos a sífilis vs no expuestos	16	2,11	0,47	<0,01	1,35-3,29
	89				
EG <32 vs >32	90	12,03	2,94	<0,01	7,45-19,43
	15				
Sexo M vs F	79	1,38	0,23	0,05	0,99-1,94
	42				

0271 COAGULOPATÍA HIPOFIBRINOLÍTICA TRAS GOLPE DE CALOR POR EJERCICIO: HIPERCOAGULABILIDAD OCULTA Y TROMBOEMBOLISMO PULMONAR FATAL. REPORTE DE CASO

CM RUFINER GAREIS(1)
(1) Militar Regional Parana

Introducción: El golpe de calor por ejercicio (GCE) es una emergencia médica definida por hipertermia, disfunción neurológica aguda y estrés térmico-físico. Aunque la mortalidad global es cercana al 5%, en pacientes con ingreso a UCI alcanza el 26,5%. El daño endotelial sistémico puede inducir una coagulopatía dinámica bifásica (HIC): un fenotipo hiperfibrinolítico detectable por coagulograma convencional y un fenotipo hipofibrinolítico tardío, mediado por PAI-1, con hipercoagulabilidad paradójica invisible al TP/KPTT/RIN, identificable mediante viscoelastometría (TEG/ROTEM). En centros sin acceso a esta tecnología, dicho fenotipo representa una trampa diagnóstica potencialmente letal.
Caso clínico: Varón de 51 años, sin antecedentes patológicos, hallado en vía pública tras colapso durante actividad física en condiciones de calor extremo. Ingresó con Glasgow 3/15, temperatura central 40,5°C y shock distributivo refractario. El diagnóstico de GCE se estableció por criterios clínicos, tras excluir etiología infecciosa, tóxica y metabólica. Desarrolló falla multiorgánica: coagulación intravascular diseminada, falla hepática aguda, rabdomiólisis e insuficiencia renal con diálisis diaria. Requirió asistencia ventilatoria mecánica y soporte vasopresor. Al día 18 presentó recuperación neurológica completa, mejoría significativa de la función hepática y se realizó extubación exitosa. Los parámetros de coagulación se normalizaron con persistencia de trombocitosis reactiva e insuficiencia renal. En ese contexto de recuperación clínica aparente, y pese a tromboprofilaxis con heparina no fraccionada a dosis estándar, presentó tromboembolismo pulmonar masivo y posterior óbito.
Discusión: La HIC es reconocida como una coagulopatía predominantemente hipofibrinolítica con potencial trombogénico persistente. Matsumoto et al. describieron un cambio bifásico hiperfibrinolítico-hipofibrinolítico con utilidad de la anticoagulación guiada por viscoelastometría. En nuestro caso, la ausencia de TEG/ROTEM

impidió detectar hipercoagulabilidad residual tras la normalización del coagulograma convencional. La trombocitosis reactiva extrema post-CID constituyó el único hallazgo de alarma disponible.
Conclusión: En GCE severo, la normalización del coagulograma convencional no implica resolución del riesgo trombótico. La trombocitosis reactiva extrema post-CID podría representar una señal clínica accesible que merece evaluación prospectiva.



0273 CUANDO EL HÍGADO LLORA, EL PULMÓN SE INUNDA: REFRACTARIEDAD EN EL POSTRASPLANTE

I DEL CASTILLO(1), I SCHALLER(1), P GARRO(1), RN PUNZINO(1), L ZELADA(1), R SALATINO(1), G LOPEZ(1), J GARCIA INOSTROSA(1), JL SILVESTRE(1)
(1) Hospital Central de Mendoza

Introducción: El hidrotórax hepático ocurre en hasta 5–10% de los pacientes cirróticos y su forma refractaria se asocia a alta morbimortalidad. En el contexto del trasplante hepático, su persistencia o reaparición refleja un estado de disfunción sistémica compleja, frecuentemente exacerbado por sobrecarga hídrica, fallo renal e infecciones graves.
Caso clínico: Paciente masculino con cirrosis Child-Pugh C (MELD-Na 25) y múltiples comorbilidades, sometido a trasplante hepático. El postoperatorio cursa con infección por Klebsiella pneumoniae MBL/BLEE, bacteriemia y colecciones intraabdominales persistentes. Evoluciona con insuficiencia renal con requerimiento de hemodiálisis y sobrecarga hídrica severa. En este contexto desarrolla un hidrotórax hepático derecho refractario a tratamiento médico (restricción hídrica y diuréticos) y pleurocentesis evacuadoras, con rápida re-acumulación. El compromiso respiratorio progresa, persistiendo bajo ventilación mecánica invasiva. Su refractariedad se asocia a balance hídrico positivo sostenido y a la imposibilidad de lograr control de foco infeccioso efectivo.
Discusión: El hidrotórax refractario en pacientes cirróticos refleja un desequilibrio entre presiones trans-diafragmáticas y retención de electrolitos, exacerbado por fallo renal. La bibliografía actual refiere que la resolución depende del control del factor precipitante. A diferencia de los casos clásicos donde estrategias como TIPS no es considerada por inestabilidad hemodinámica, la infección activa por gérmenes multirresistentes y la falla multiorgánica. El drenaje pleural repetido en este contexto se asocia a complicaciones.
Conclusión: El hidrotórax hepático refractario en el postrasplante representa un marcador de disfunción multiorgánica más que una entidad aislada. Su manejo efectivo requiere priorizar el control del foco infeccioso y la optimización del balance hídrico, siendo las intervenciones pleurales insuficientes como estrategia única.

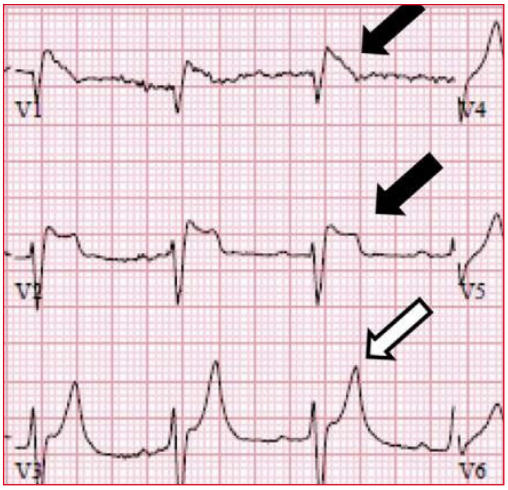
0274 FENOCOPIA DE BRUGADA POR HIPONATREMIA SEVERA COMO DEBUT DE SÍNDROME POLIGLANDULAR AUTOINMUNE TIPO 2 EN ADOLESCENTE: REPORTE DE UN CASO

M OLIVERA(1), Y AMILIVIA, F MENDOZA, J BLEIZ, C PEDRAZA
(1) Sor Maria Ludovica

Introducción: El síndrome de Brugada es una canalopatía hereditaria con riesgo de muerte súbita. Una fenocopia reproduce su patrón electrocardiográfico por causas reversibles (metabólicas, farmacológicas) y desaparece al corregir el factor subyacente, como la hiponatremia. El síndrome poliglandular autoinmune (SPA) asocia insuficiencia suprarrenal (IS) y tiroiditis de Hashimoto. Su debut pediátrico como emergencia arrítmica por alteraciones hidroelectrolíticas secundarias a IS es excepcional. Presentamos un caso donde una fenocopia de Brugada por hiponatremia severa fue la manifestación inicial de un SPA.
Presentación del caso: Varón de 14 años, previamente sano, derivado por astenia, hiporexia, vómitos y diarrea de 3 semanas, con deshidratación y alteraciones hidroelectrolíticas. Al ingreso, hemodinámicamente estable. El ECG con sodio plasmático de 119 mEq/L mostró patrón Brugada tipo 1 (elevación del punto J en precordiales derechas). Ingresó a unidad cardiovascular. Persistió hiponatremia (125-130 mEq/L) y presentó bradicardia sinusal marcada durante el sueño, sin inestabilidad. Enzimas cardíacas levemente elevadas (troponina 12,5 ng/L, CPK 271 UI/L); ecocardiograma con leve disquinesia septal que se normalizó (strain longitudinal global -19%). Por bradicardia e hiponatremia se dosaron hormonas: cortisol <0,1 µg/dL, ACTH >500 pg/mL, renina >500 pg/mL (IS primaria); TSH >50.400 µUI/mL, T4L 0,4 ng/dL, anti-TPO >1.099 UI/mL (tiroiditis de Hashimoto). Se inició hidrocortisona (10 mg c/8 h) y levotiroxina (125 µg/día). Tras corregir el sodio (<7 días), el ECG se normalizó completamente, descartando la forma congénita. Se completaron estudios de extensión del SPA; una RMN de encéfalo mostró descenso amigdalino de 7 mm como hallazgo incidental. El paciente egresó sin complicaciones, con seguimiento ambulatorio.
Discusión: La clave fue distinguir una canalopatía congénita de una fenocopia. El contexto clínico y la normalización del ECG al corregir la natremia permitieron descartar el test de flecainida. La hiponatremia y las alteraciones del potasio asociadas a la IS modifican el potencial de acción transmural en el ventrículo derecho, desenmascarando la corriente Ito y generando el patrón Brugada. La fenocopia por IS está reportada en adultos, pero es anecdótica en pediatría (López C, et al. 2018; Ramsaroop K, et al. 2019). Nuestro caso es singular por el debut simultáneo de IS e hipotiroidismo severo (SPA tipo 2) en un adolescente. No se realizó estudio genético de canalopatías, limitación asumida.

Conclusión: No todo patrón Brugada es una canalopatía. En pediatría, ante un primer ECG compatible, deben descartarse causas metabólicas, especialmente hiponatremia. Es crucial buscar activamente una insuficiencia suprarrenal como etiología reversible y potencialmente fatal, transformando una alarma cardiológica en una enfermedad endocrinológica tratable.

Tabla 1 – Criterios diagnósticos sistemáticos para la fenocopia de Brugada
I) El patrón del ECG tiene características morfológicas de Brugada tipo 1 o tipo 2. (Obligatorio).
II) El paciente tiene una condición subyacente identificable. (Obligatorio).
III) El patrón del ECG desaparece después de resolver la condición subyacente. (Obligatorio).
IV) Hay una baja probabilidad pretest clínica de síndrome de Brugada verdadero, determinada por la ausencia de síntomas, antecedentes médicos y antecedentes familiares. (Obligatorio).
V) Resultados negativos en pruebas de provocación con bloqueadores de los canales de sodio, como flecainida o procainamida.
VI) La prueba de provocación no es obligatoria si la manipulación quirúrgica del tracto de salida del ventrículo derecho ocurrió en las últimas 96 horas.
VII) Los resultados de las pruebas genéticas son negativos (deseable, pero no obligatorio, porque la mutación SCN5A se identifica solo en el 20% al 30% de los pacientes afectados por el verdadero síndrome de Brugada).



0275 HEMORRAGIA ALVEOLAR SECUNDARIA A HIPERINFECCION POR STRONGYLOIDES - REPORTE DE CASO

D ROMERO(1), C MORFU(1), CG DE LUCA(1), A LUZZI(1), J LESCANO(1), E RODRIGUEZ(1)
(1) Sanatorio Dr Julio Mendez

Introducción: La hemorragia alveolar difusa es una urgencia potencialmente fatal, habitualmente asociada a etiologías autoinmunes. En pacientes inmunosuprimidos, infecciones oportunistas como Strongyloides stercoralis pueden simular estas exacerbaciones. El reconocimiento precoz es clave para evitar terapias inadecuadas.
Presentación de caso: Paciente femenina de 45 años con antecedentes de lupus eritematoso sistémico y enfermedad renal crónica. Consulta por cefalea en tratamiento por infección urinaria, evolucionando en 72 horas con inestabilidad hemodinámica, fiebre y deterioro del sensorio, requiriendo intubación orotraqueal y antibioticoterapia empírica. Presenta reagudización de insuficiencia renal con requerimiento de hemodiálisis. Imágenes evidencian compromiso pulmonar y sangrado alveolar. Se indica pulso de corticoides por sospecha autoinmune. Se realiza fibrobroncoscopía confirmando hemorragia alveolar difusa y parasitológico identifica larvas de Strongyloides stercoralis. Tras la suspensión de la inmunosupresión, se inicia tratamiento dirigido con ivermectina y albendazol, con evolución favorable que permite la extubación.
Discusión: La hiperinfección por Strongyloides en pacientes inmunosuprimidos puede presentarse con compromiso pulmonar grave y simular cuadros autoinmunes, lo que conlleva riesgo de tratamientos inapropiados como el uso de corticoides. La identificación temprana del agente etiológico y la suspensión oportuna de inmunosupresión son determinantes para la supervivencia.
Conclusión: En pacientes inmunosuprimidos con hemorragia alveolar, debe considerarse etiología infecciosa. El diagnóstico precoz y el tratamiento dirigido permiten modificar el pronóstico y evitar intervenciones potencialmente perjudiciales

0276 ANÁLISIS RETROSPECTIVO DE LA TASA DE EXTUBACIÓN DE PACIENTES NEUROCRÍTICOS

RA HOFFMANN(1), BS AVALOS, MC DELLIZZOTTI
(1) HIGA San Martin de La Plata

Introducción: La lesión cerebral aguda es un motivo común de admisión a unidad de cuidados intensivos (UCI), se reporta a nivel mundial como la segunda causa de requerimiento de ventilación mecánica, entre el 13,2% y 16,7%. En Argentina la prevalencia es más alta, entre 25,4% y 31,7%.
Los pacientes neurocriticos presentan alta tasa de extubación 78,9%, una mayor tasa de falla de extubación (FE), 10% al 38%, en comparación a la población general, 5% a 20%. Como consecuencia una mayor incidencia traqueostomía, prolongación de estadía en UCI y hospitalaria, un aumento en la morbimortalidad, y un incremento en los gastos hospitalarios.
El objetivo del presente estudio fue determinar la tasa de extubación y de falla de extubación en pacientes neurocríticos internados en UCI. Secundariamente reconocer la incidencia de pacientes neurocríticos, y describir sus características clínico-demográficas y resultados de la internación analizados por subgrupos de falla y éxito de EOT.
Materiales y métodos: Este estudio de cohorte observacional retrospectivo y descriptivo, incluyó a pacientes neurocríticos ventilados mecánicamente, mayores de 14 años, con al menos 12hs de ventilación mecánica. Ingresados entre enero 2024 y diciembre 2025, a la UCI del HIGA San Martín de La Plata. Los datos se recolectaron de la historia clínica digital y base de datos de los servicios de Kinesiología y Terapia Intensiva. Se excluyeron a pacientes con ventilación mecánica menor a 12hs, traqueotomizados al ingreso, lesión medular C5 o superior, y adecuación del esfuerzo terapéutico.
Resultados: Se incluyó un total de 133 pacientes en el periodo determinado, se extubaron 67 (50.4%), de los cuales 26 (38.8%) presentaron FE. El 37.6% del total de pacientes requirieron traqueostomía, y la mortalidad fue del 38.4%. Por falta de datos solo fue posible calcular la incidencia de pacientes neurocríticos del año 2025, 12,3%. Las características clínico demográficas y resultados de la internación se presentan en tabla 1.
Conclusión: La tasa de EOT es menor a la reportada en la bibliografía, sin embargo la FE es similar a la reportada en la bibliografía. El carácter retrospectivo del estudio y las bases de datos fueron una limitante para el mismo.
PALABRAS CLAVE: lesión cerebral aguda, extubación traqueal, traqueotomía, descriptivo.

Tabla 1: Características clínico demográficas y resultados de internación generales, y analizados por subgrupo de falla y éxito de extubación.

	lación total (n = 133)	EOT n° = 67 (50,3%) Pacientes con falla de EOT n= 26 (38,8)	Pacientes con xito de EOT n= 41 (61,2%)	Valor P
Edad, mediana (RIC), años.*	41 (27-57)	42,5 (24-53	32 (21-59)	0,73
Sexo masculino/femenino, n° (%).*	93 (69,9%) / 40 (30,1%)	16 (61,5%) / 10 (38,5%)	25 (61%) / 16 (39%)	0,96
Motivo ingreso, n° (%)*				
TEC	48 (36,1%)	4 (15,3%)	15 (36,6%)	
ACV-H	26 (19,6%)	6 (23%)	2 (5%)	
POP-LOE	18 (13,5%)	2 (7,6%)	9 (22%)	
Status Convulsivo	12 (9%)	4 (15,3)	8 (19,5%)	
Otros†	29 (21,8%)	10 (38,5%)	7 (17,1%)	**0,04***
Tratamiento de lesión n°=129, n° (%)*				
Medico	51 (39,5%)	12 (46,1%)	22 (53,6%)	
Sensor de PIC	33 (25,6%)	4 (15,4%)	6 (14,6%)	
Sensor PIC con Craniectomia	15 (11,6%)	2 (7,7%)	2 (4,9%)	
Otros‡	30 (23,3%)	5 (19,2%)	11 (28,8%)	0,94
Lesiones asociadas al ingreso n°, (%)*				
Ninguna	92 (69,2%)	19 (73%	29 (70,7%)	
Politrauma	14 (10,5%)	5 (19,2%)	1 (2,4%)	
Politrauma con neumotorax	12 (9%)	3 (11,5%)	2 (4,9%)	
Neumotorax	4 (3%)	2 (7.7%)	1 (2,4%)	0,58
Antecedentes personales, n° (%)*				
≥2 antecedentes	49 (36,8%)	13 (50%)	17 (41,1%)	0,33
HTA	23 (17,3%)	4 (15,4%)	10 (24,4%)	0,28
TBQ	22 (16,5%)	6 (23,1%)	4 (9,8%)	0,12
Consumo de Exotoxicos	18 (13,5%)	2 (7,7%)	5 (12,2%)	0,44
GCS de IOT n°= 108, mediana (RIC)*	9 (7-13)	10 (8-13)	10,5 (8-14	0,5
GCS motor de IOT n°= 98, mediana (RIC)*	5 (4-6)	5(4-6)	5 (5-66)	0,37
APACHE II ingreso n°= 76, mediana (RIC)*	19 (13-24	16 (12-24)	19 (12-23)	0,92
SOFA I ingreso n°=76, mediana (RIC)*	9 (6-10,5)	8 (5-10)	9 (6-9)	0,72
EOT, n° (%)	67 (50,3%)			
EOT programada, n° (%)*	51 (76,1%)	16 (61,5%)	35 (85,4%)	**0,02**
Causa de reintubación n° = 26, n° (%)				
Estridor	6 (23,1%)			
Mal manejo secreciones	6 (23,1%)			
Deterioro respiratorio	5 (19,2%)			
Otros	9 (34,6%)			
TQT, n° (%)	50 (37,6%)			
TQT sin intento de EOT n° (%)	30 (69%)			
Tiempo de AVM hasta 1er EOT, mediana (RIC), días.*	6 (3-13)	7,5 (5-12)	4 (2-11)	0,08
Tiempo total de AVM, mediana (RIC), días.*	14,5 (4,5-24,5)	26 (17-34)	5 (2-10)	**<0,001**
Tiempo de AVM a traqueostomia n°= 42, mediana (RIC), días.*	24,5 (21-33)			
Estadía UCI, mediana (RIC), días.*	14 (7-30)	31,5 (18-40)	9 (6-13)	**<0,001**
Estadía Hospitalaria, mediana (RIC), días.*	23 (9-47)	31,5 (18-40)	19 (13-27)	**<0,001**
Obito, n° (%).*	51 (38,4%)	5 (55,5%)	9 (17,6%)	0,22
Obito en UCI, n° (%).*	39 (29,3%)	2 (50%)	4 (10,3%)	0,51

TEC = traumatismo cranio encefalico; ACV-H = accidente cerebrovascular hemorragico; POP-LOE = postoperatorio de lesión ocupante de espacio.; PIC = presión intracraneal; HTA = hipertensión arterial; TBQ = tabaquismo; APACHE II = Acute Physiology and Chronic Health Evaluation II; SOFA = Sepsis related Organ Failure Assessment; EOT = extubación orotraqueal; TQT = traqueostomia AVM = assitencia ventilatoria mecánica; UCI = unidad de cuidados intensivos;

Se considero Valor P < 0,05 como significativamente estadistico.

*chi2. *exact fisher test. *Mann-Whitney test.

†Otros incluye accidente cerebrovascular isquemico; infección del SNC; deterioro neurologico; paro cardiorrespiratorio

‡Otros incluye exceresis o evaluación; Craniectomia; Sensor de PIC y derivación ventricular externa; Sensor de PIC y evacuación; Craniectomia, sensor de PIC y derivación ventricular externa; Evacuación, sensor de PIC y derivaciónes ventricular externa

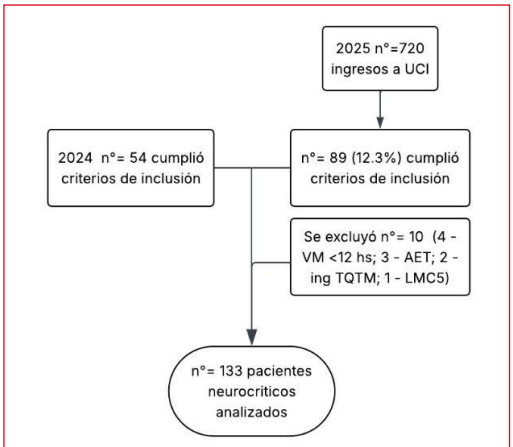


Fig. 1: Diagrama de flujo de pacientes: (AET, adecuación del esfuerzo terapéutico; ing TQT, ingresa traqueostomizado; LMC5, lesión medular nivel C5 o superior; VM<12hs, ventilación mecánica menor a 12 hs)

0277 ERROR DE DOSIFICACIÓN CON METOTREXATO: PERFIL CLÍNICO Y LIMITADA UTILIDAD DEL DOSAJE SÉRICO. SERIE DE CASOS

E ALBUQUERQUE(1), EM PARRAS CANGA(1), JE DOMINGUEZ(1), GJ PEREZ(1), G JULIAN(1), A VOITZUK(1)
(1) Alejandro Posadas

Introducción: El metotrexate (MTX) es uno de los fármacos más comúnmente prescrito para una gran cantidad de enfermedades reumatológicas, principalmente la artritis reumatoide. Su esquema de dosificación semanal puede llevar en algunos casos a errores en la compresión de la posología y a la administración diaria del fármaco, produciéndose acumulación de este y toxicidad. La presente serie de casos ilustra la problemática en nuestra población local.

Materiales y métodos: Es un estudio retrospectivo, observacional. Se recabaron las historias clínicas electrónicas de todos los pacientes que presentaron intoxicación por MTX en el Hospital Nacional Prof. A. Posadas reportados en el Sistema Nacional de Farmacovigilancia de ANMAT entre mayo de 2023 y febrero de 2026. Se registraron datos demográficos, la enfermedad que llevó a la indicación del MTX, lesiones cutaneomucosas, síntomas gastrointestinales, laboratorio general, dosaje de MTX, días de estadía y decesos.

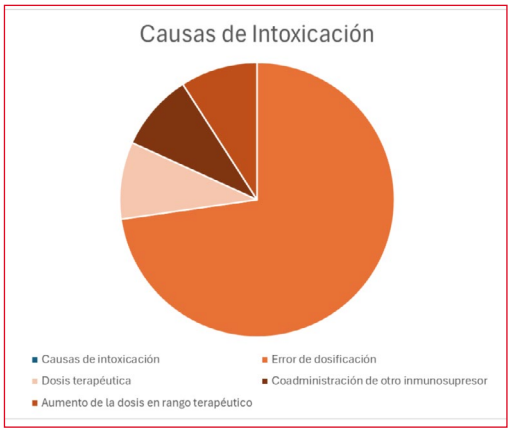
Resultados: Las frecuencias de las variables estudiadas se muestran en la Tabla 1. La dosis acumulada de MTX no se correlacionó con los días de internación. El dosaje de MTX sólo fue positivo en un paciente, por lo que no se pudo realizar análisis estadístico.

Discusión: Nuestros resultados son acordes a la literatura previamente publicada. La serie más reciente publicada en 2024 presentó de forma similar una prevalencia del 100% de mucositis, alta prevalencia de manifestaciones cutáneas y baja prevalencia de manifestaciones gastrointestinales, hepáticas y renales. Las causas de la intoxicación se muestran en el gráfico, siendo la principal el error en la toma, que también coincide con lo publicado. Nuestra mortalidad fue del 18%, similar a lo descripto en la literatura, que oscila entre el 15 y el 25%. Coincidente con el resto de la literatura, el dosaje de MTX no se correlacionó con la presencia de toxicidad.

Conclusión: En nuestro medio las complicaciones de la intoxicación por MTX muestran un perfil en la literatura internacional.

Tabla 1

Edad (mediana)	57 años	
Mujeres	7	64%
Dosis acumulada	80 mg (+/- 48) (25 - 150)	
Lesiones cutáneas	8	73%
Mucositis	11	100%
Vómitos	0	0%
Diarrea	3	27%
Leucopenia	4	36%
Anemia	10	91%
Plaquetopenia	5	45%
IRA	1	9%
Hiponatremia	3	27%
Hiperkalemia	3	27%
Hipokalemia	2	18%
Hepatotoxicidad	1	9%
Infecciones	7	64%
Muertes	2	18%



0278 SCREENING RECTAL DE A. BAUMANNII: IMPACTO EN LA NEUMONÍA ASOCIADA A LA VENTILACIÓN.

J DOGLIA(1), V NOVARESE(2), M SILVIA(2), B ANALIA(2), M CECILIA(3), R FLORENCIA(3), M SHEPHERD(2)
(1) Carlos Mascias. (2) Carlos Macias. (3) Cralos Macias

La vigilancia microbiológica en pacientes críticos mediante hisopados rectales (HR) se orienta habitualmente a la detección de enterobacterias productoras de carbapenemasas (EPC).
Este enfoque puede subestimar la circulación de otros patógenos multirresistentes, como Acinetobacter baumannii resistente a carbapenemes (ABRC), cuya incidencia y relevancia clínica en unidades de cuidados intensivos aumentó considerablemente.
En enero de 2025 se identificaron en nuestra institución los primeros aislamientos de ABRC, en paralelo, un cambio en la epidemiología de los agentes causales de la neumonía asociada a la ventilación (NAV). Este escenario motivo la búsqueda en la vigilancia de HR e implementar medidas de prevención y control de infecciones dirigidas.
Objetivo: Evaluar el impacto de la incorporación de la búsqueda dirigida de ABRC en HR sobre la epidemiología de EPC y su relación con NAV. Su influencia en la adecuación del tratamiento empírico.
Materiales y métodos: Estudio observacional retrospectivo en una unidad de cuidados intensivos polivalente de 9 camas en un hospital de tercer nivel.
Se analizaron resultados de HR de vigilancia y aislamientos microbiológicos en NAV durante dos períodos consecutivos: previo a la incorporación de la búsqueda de ABRC en HR (2024) y posterior a su implementación (2025).
Se evaluó el porcentaje de positividad de HR y mecanismos de resistencia, la etiología de las NAV y las modificaciones en el tratamiento empírico.
Resultados: Durante 2024 se procesaron 287 HR, el 39,5% fueron positivos, predominando EPC metalo-$_2$-lactamasas (78,2%). En este periodo, las NAV fueron causadas por microorganismos carbapenemes sensibles. La mortalidad fue 29,08%.
En 2025, de 121 HR, 27,4% fueron positivos, el 63,6% correspondieron a ABRC. Paralelamente, el 67% de las NAV fueron atribuibles a ABRC, con una mortalidad del 26,5%. La detección de la colonización permitió ajustar el tratamiento empírico.
Conclusiones: La búsqueda de ABRC en HR permitió identificar un cambio significativo en la epidemiología local, evidenciando el desplazamiento de EPC MBL hacia ABRC como patógeno predominante en NAV. Esta estrategia facilitó la anticipación etiológica, optimizó el tratamiento empírico y fortaleció las medidas de prevención y control de infecciones, destacando el valor de la vigilancia activa como herramienta clave en entornos críticos

0279 REPORTE DE CASO: CRISIS COLINÉRGICA EN PACIENTE CON MIASTENIA GRAVIS DE NOVO

P RAMIREZ(1), R CASTRO(2), M DUARTE(3), M PIAGGIO(3), L COLLAZO(3), B PEREZ(3), N VARGAS(3), R LOBO(3)
(1) Higaevita de Lanus. (2) Higa Evita Lanús. (3) Higa Evita de Lanús

Introducción: La miastenia gravis es una enfermedad autoinmune de la unión neuromuscular caracterizada por debilidad fluctuante y fatigabilidad. La crisis miasténica en su forma más grave puede causar insuficiencia respiratoria. La crisis colinérgica, secundaria al exceso de anticolinesterásicos, es infrecuente y de difícil diagnóstico.
Reporte de caso: Paciente masculino de 88 años, con antecedentes de ictus isquemico, diabetes mellitus tipo 2, consultó por disfagia progresiva, debilidad cervical y ptosis palpebral izquierda de un mes de evolución. Fue hospitalizado por cuadro miastenico e inició piridostigmina, confirmándose luego anticuerpos antireceptor de acetilcolina positivos.
Durante la internación presentó deterioro respiratorio, desaturación y compromiso del sensorio, requiriendo intubación orotraqueal e ingreso a Terapia Intensiva. Se inició corticoterapia y plasmaféresis. Posteriormente evolucionó con fasciculaciones, miosis, sialorrea y diaforesis, interpretándose crisis colinérgica. Se suspendió piridostigmina y se administró atropina, con respuesta favorable.
Tras 13 días de internación en terapia intensiva, logró extubación exitosa, fue derivado a otro hospital por su obra social donde continuo tratamiento con plasmaféresis.
Discusión: La crisis colinérgica puede simular progresión de la crisis miasténica, dificultando el manejo en pacientes críticos. La aparición de signos muscarínicos y la relación temporal con anticolinesterásicos orientaron el diagnóstico. El soporte ventilatorio precoz y el ajuste terapéutico fueron determinantes.
Conclusiones: La crisis colinérgica es una complicación poco frecuente pero grave. Su reconocimiento temprano y el monitoreo estrecho en Terapia Intensiva permiten reducir complicaciones y mejorar la evolución clínica.

0280 REPORTE DE CASO: MANEJO MULTIDISCIPLINARIO DE LA FÍSTULA TRAQUEO-ESOFÁGICA COMO COMPLICACIÓN DE LA TRAQUEOSTOMÍA PERCUTÁNEA

M GUADO(1), E OJEDA(2), V GONZÁLEZ(2), C PEREYRA(2), G MICAELA(1), YS PÉREZ(2), C TORANCIO(2), M KORSUNSKY(2), I RITOU(2)
(1) Hieayc San Juan De Dios. (2) Hieayc San Juan De Dios / Instituto Médico Platense

Introducción: La fístula traqueoesofágica (FTE) post-traqueostomía es una comunicación adquirida poco frecuente (0,3% a 3%) pero grave entre la tráquea y el esófago. Su origen suele ser iatrogénico por isquemia de la mucosa traqueal debida a la hiperpresión del manguito (>22 mmHg) o al contacto mecánico con sondas de alimentación. Esta complicación representa un desafío clínico significativo, con una mortalidad que puede alcanzar el 18,9%.
Presentación del caso: Se presenta a una paciente femenina de 46 años con politraumatismo y traumatismo encéfalo craneal grave que requirió asistencia respiratoria mecánica (ARM) prolongada. Tras realizar una traqueostomía percutánea, desarrolló enfisema subcutáneo, diagnosticándose FTE mediante fibrobroncoscopia (lesión de 3,5 cm) y endoscopia (lesión de 5 mm). Se realizó un cierre quirúrgico inicial en doble plano con colgajo de músculo esternocleidomastoideo. Ante la persistencia del defecto, se procedió a una yeyunostomía y a un segundo abordaje quirúrgico con colgajo de pleura. Durante la evolución, la paciente presentó estenosis traqueal crítica (Cotton IV), requiriendo tratamientos endoscópicos complementarios con argón plasma y hemoclips. Finalmente, se logró la desvinculación de la ARM.
Discusión: El manejo de la FTE es controversial y depende de factores como la edad, el estado nutricional y la dependencia de ARM,

la cual dificulta la cicatrización y aumenta el riesgo de recurrencia. Aunque la cirugía es el tratamiento de elección con tasas de éxito del 90% en pacientes estables, en casos complejos se requieren estrategias como la derivación esofágica y el uso de parches tisulares. El diagnóstico preciso mediante broncoscopia y endoscopia es fundamental para la planificación terapéutica.
Conclusión: Es necesario establecer protocolos multidisciplinarios estandarizados en las unidades de cuidados intensivos para el abordaje de esta complicación. Asimismo, se requieren más estudios que permitan optimizar los resultados clínicos y reducir la morbimortalidad asociada a la FTE post-traqueostomía.

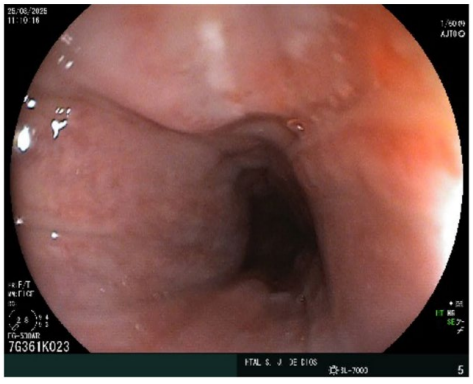


Figura n°1; VEDA donde se evidencia en Esófago; A 20 cm de la ADS lesión deprimida de 5 mm con fondo de fibrina

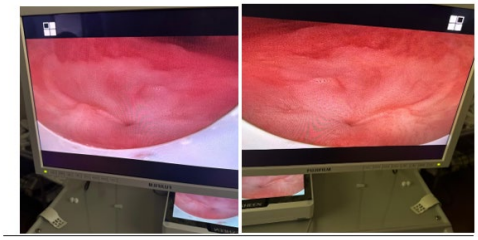


Figura n°2 FBC de control constatando presencia del trayecto fistuloso

0281 ASOCIACIÓN ENTRE EL ÁREA DEL ANTRO GÁSTRICO Y LA INTOLERANCIA GÁSTRICA EN PACIENTES CRÍTICOS CON NUTRICIÓN ENTERAL

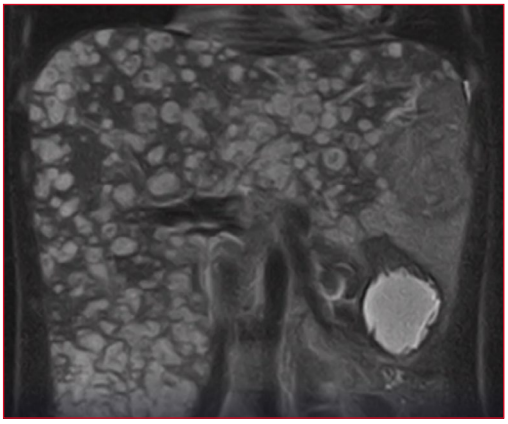
T TENEZACA(1), M DEHEZA(2), A GOLD(3), D PRIETO(3), P CAIZA(4)
(1) Ramos Mejia. (2) Sanatorio La Torre. (3) Hospital Ramos Mejía. (4) Clínica Colonial

Introducción: La intolerancia gástrica es una complicación frecuente en pacientes críticos que reciben nutrición enteral (NE) y se asocia con peores desenlaces clínicos, interrupción del soporte nutricional y mayor riesgo de aspiración. La medición del volumen residual gástrico ha sido tradicionalmente utilizada para evaluar la tolerancia, aunque presenta limitaciones en cuanto a reproducibilidad y valor predictivo. En este contexto, la ecografía del antro gástrico ha emergido como una herramienta no invasiva, reproducible y disponible a pie de cama para la evaluación del contenido gástrico.
Objetivo: Evaluar la asociación entre el área ecográfica del antro gástrico y la presencia de intolerancia gástrica en pacientes críticos con NE, así como determinar su capacidad discriminativa.
Material y métodos: Estudio observacional, analítico y transversal realizado en una unidad de terapia intensiva. Se incluyeron 60 pacientes adultos con indicación de NE por sonda nasogástrica. La intolerancia gástrica se definió como la presencia de distensión abdominal durante la administración de NE. Se realizó medición ecográfica del área del antro gástrico mediante técnica estandarizada. Se efectuaron análisis comparativos entre grupos, regresión logística multivariada ajustada por variables clínicas relevantes y análisis de curva ROC para evaluar la capacidad discriminativa.
Resultados: La intolerancia gástrica se observó en el 33,3% de los pacientes. El área antral fue significativamente mayor en pacientes con intolerancia gástrica en comparación con aquellos sin intolerancia (8,97 ± 3,54 vs. 5,03 ± 1,98 cm²; p < 0,001). En el análisis multivariado, el área del antro gástrico se asoció de manera independiente con la presencia de intolerancia gástrica (OR: 2,10; IC95%: 1,07–4,10; p = 0,029). La curva ROC mostró una adecuada capacidad discriminativa (AUC: 0,85), con un punto de corte óptimo de 7,1 cm², con una sensibilidad del 80% y especificidad del 87,5%.
Conclusión: El aumento del área del antro gástrico se asocia de forma independiente con la intolerancia gástrica en pacientes críticos con NE y presenta buena capacidad discriminativa. La ecografía gástrica podría constituir una herramienta útil, no invasiva y reproducible para la detección temprana de intolerancia gástrica y la optimización del manejo nutricional en la unidad de cuidados intensivos.

0282 INADECUADA ASIGNACIÓN DE ÓRGANOS ANTE LA EMERGENCIA: FALLA HEPÁTICA FULMINANTE CON DIAGNÓSTICO ETIOLÓGICO TARDÍO

M ARFILLI PÉREZ(1), C SOLARTE MORA(1), S AGUIRRE(1), VB PAIS(1), C TONELLI(1), GE RAMOS(1), V PICOLLA(1)
(1) Cosme Argerich

Introducción: El trasplante hepático en contexto de emergencia incluye un grupo heterogéneo de patologías. El carácter agudo dificulta el diagnóstico etiológico previo a la indicación del trasplante. Presentamos el caso de un paciente con falla hepática fulminante, trasplantado bajo criterio de emergencia, evidenciándose en el postrasplante una patología que contraindicaba dicho procedimiento.
Presentación del caso: Paciente masculino de 28 años, ruso, consulta en institución de CABA por dolor abdominal sordo y progresivo, asociado a pérdida de peso, astenia y adinamia. Al ingreso presenta anemia sin otros hallazgos relevantes. En estudios por imágenes (TC/RMN) se observan lesiones quísticas con refuerzo con contraste que reemplazan el parénquima hepatoesplénico. Ante la sospecha de infección por Echinococcus multilocularis, inicia tratamiento con albendazol. Evoluciona con hemoperitoneo, requiriendo laparotomía, donde se constata ruptura de lesiones hepáticas; se realiza packing y se deriva a nuestra institución para evaluación por trasplante hepático. Complica con síndrome compartimental abdominal, requiriendo nueva laparotomía con control hemostático, nuevo packing y biopsia hepática. Evoluciona con falla hepática fulminante y sospecha ecográfica de síndrome de Budd-Chiari, por lo que se indica trasplante hepático de emergencia, realizado a las 36 horas. El estudio anatomopatológico del explante informa angiosarcoma hepático, por lo que se ajusta la inmunosupresión. A los 40 días postrasplante, ante ruptura esplénica, se realiza esplenectomía, hallándose múltiples lesiones peritoneales y en injerto hepático compatibles con enfermedad metastásica.
Discusión: El angiosarcoma hepático es un tumor maligno, raro y altamente agresivo, de origen endotelial, que representa aproximadamente el 2% de los tumores hepáticos. La baja prevalencia de estas presentaciones asociado a su dificultoso diagnóstico son dos factores a tener en cuenta para la optimización de la asignación de órganos.
Conclusión: El diagnóstico tardío de patologías que contraindican el trasplante impacta en la adecuada asignación de órganos, especialmente cuando la sobrevida esperada es inferior a la del injerto. La detección precoz resulta compleja y no siempre está disponible.



0283 FACTORES ASOCIADOS A LA NECESIDAD DE SOPORTE VENTILATORIO POST-EXTUBACIÓN EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS DE UN HOSPITAL PÚBLICO DE CÓRDOBA (2024–2025).

MA GARCIA(1), NY CORVALÁN(1), AB CLÉRICO(1), P FABIAN(1)
(1) Hospital Infantil Municipal

Objetivo: Identificar los factores asociados a la necesidad de soporte ventilatorio post-extubación en la unidad de cuidados intensivos pediátricos del Hospital Infantil de la ciudad de Córdoba entre Mayo de 2024 y Septiembre de 2025.
Materiales y Métodos: Estudio observacional, analítico, retrospectivo y de corte longitudinal.
Resultados: La muestra final estuvo compuesta por 110 pacientes, con una mediana de edad de 1 año (Rango intercuartílico, RIQ 0,41-3). El 55% eran de sexo masculino. La mediana de duración de la VMI fue de 8 días (RIQ 5-10). El 12% de los pacientes requirió ventilación mecánica prolongada (≥14 días) y el 67% (n=74) necesitó soporte ventilatorio post-extubación (39% ventilación no invasiva y 28% oxigenoterapia de alto flujo, OAF) (Tabla 1). La tasa de fallo de extubación con reintubación fue del 5%. Una mayor duración de la VMI se asoció con un mayor requerimiento de ventilación no invasiva postextubación (p=0,003), pero no con el uso de OAF (p=0,83). Además, una menor edad (p=0,004), un menor peso (p=0,01) y la bronquiolitis (BQL) (p=0,0005) se asociaron con la necesidad de OAF como soporte ventilatorio postextubación. Los niños con BQL presentaron 3,39 veces más probabilidades de requerir OAF en comparación con aquellos sin bronquiolitis (Tabla 2).
Conclusión: La necesidad de soporte ventilatorio postextubación fue del 67% en nuestra población, con una tasa de fallo de extubación con requerimiento de reintubación de un 5%. La duración de la VMI se asoció con el requerimiento de ventilación no invasiva, mientras que la edad, el peso y la BQL se vincularon con el uso de OAF. Nuestros resultados deben interpretarse cuidadosamente, ya que no pudimos determinar si todos nuestros pacientes requirieron efectivamente soporte ventilatorio postextubación o si parte de su utilización respondió a una estrategia preventiva, dado que no se evaluó de forma sistemática la gravedad clínica posterior a la extubación. Futuros estudios deberán considerar estas limitaciones y evaluar detenidamente estas asociaciones.

Tabla 1. Distribución del soporte post-extubación según diagnóstico (n=74)

Diagnóstico	*VNI, n (%)*	*OAF, n (%)*
Crisis Asmática	6 (14)	2 (6,5)
Bronquiolitis	18 (42)	19 (61)
SOB	12 (28)	8 (26)
Neumonía	3 (7)	2 (6,5)
Otros diagnósticos	4 (9)	0 (0)
Total	*43 (100)*	*31 (100)*

Tabla 2. Asociación entre diagnósticos clínicos y tipo de soporte ventilatorio post-extubación (n=110)

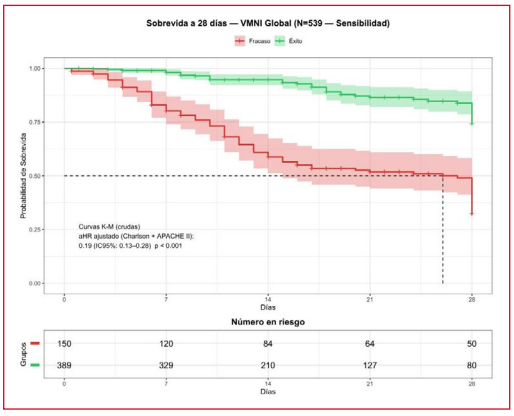
Diagnóstico	VNI Sí	VNI No	OR (IC95%)	p-valor	OAF Sí	OAF No	OR (IC95%)	p-valor
Bronquiolitis Sí	18	28	1,00	0,99	19	27	**3,39**	**0,005**
Bronquiolitis No	25	39			11	53		
SOB Sí	12	11	1,97	0,14	7	23	1,22	0,70
SOB No	31	56			16	64		
Crisis asmática Sí	6	7	1,39	0,57	2	11	0,45	0,30
Crisis asmática No	37	60			28	69		

0284 EPIDEMIOLOGÍA DE LA VENTILACIÓN MECÁNICA NO INVASIVA EN LA ARGENTINA. ESTUDIO OBSERVACIONAL MULTICÉNTRICO EPVAR

GA PLOTNIKOW(6), RA PRATTO(1), JH DORADO(5), E STEINBERG(2), J PÉREZ(5), E NAVARRO(3), UNIVERSIDAD INTERNACIONAL DE CATALUNYA, M ACCOCE(5), FJ GUTIERREZ(6), RS MORACCI(6)
(1) Sanatorio Anchorena Recoleta. (2) Hospital Italiano De Bs As. (3) Departamento De Medicina. (4) Universidad Internacional De Catalunya. (5) Sanatorio Anchorena San Martín. (6) Hospital Británico De Buenos Aires

Introducción: La ventilación mecánica no invasiva (VMNI) es una alternativa a la ventilación invasiva para tratar la insuficiencia respiratoria aguda (IRA) en múltiples escenarios. El objetivo es comparar la sobrevida a los 28 días entre pacientes con éxito y fracaso de la VMNI en Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) de Argentina. Secundariamente, nos proponemos describir las características demográficas y clínicas de los pacientes y evaluar la asociación del resultado de la VMNI (éxito vs. fracaso) sobre la sobrevida en diferentes escenarios clínicos de aplicación e identificar factores asociados al fracaso.
Material y Métodos: Estudio observacional, multicéntrico y prospectivo realizado entre mayo y noviembre de 2025. Se incluyeron adultos en UCI que recibieron VMNI para prevenir la intubación. El fracaso se definió como necesidad de intubación endotraqueal o muerte durante el soporte. La variable de resultado primaria fue la sobrevida al día 28.
Resultados: Se incluyeron 539 pacientes [mediana de edad 69 (58-78) años; 242 (45%) fueron mujeres]. Los motivos de uso más frecuentes fueron insuficiencia cardíaca (n=159; 29%), prevención de fallo de extubación (n=102; 19%) y EPOC exacerbado (n=83; 15%). La VMNI fue exitosa en 389 pacientes (72.2%) y fracasó en 150 (27.8%). La mortalidad general a los 28 días fue de 24.5% (n=132), existiendo una diferencia estadísticamente significativa entre el grupo fracaso y el grupo éxito (58.7%, n=88 vs. 11.3%, n=44; p<0.001). En estos, la curva de sobrevida se separan precozmente, registrándose una reducción del 81% en el riesgo de mortalidad para los pacientes con éxito en la VMNI (HR ajustado 0.19; IC95%: 0.13-0.28; p<0.001) (Figura 1).
El análisis multivariado identificó como predictores independientes de fracaso al APACHE II (OR: 1.04; IC95% 1.004-1.082; p=0.030) y a los días de internación en el hospital previo al inicio de VMNI (OR: 1.02; IC95% 1.001-1.044; p=0.043). El desarrollo de sepsis y el fracaso en el primer intento de desvinculación de la VMNI (OR 10.79; IC95% 3.16-43.5; pConclusión. En esta población heterogénea de 539 pacientes de Argentina que utilizaron VMNI en diferentes escenarios clínicos, el éxito de la VMNI se asoció con menor mortalidad

al día 28. Además, nuestros hallazgos sugieren que para maximizar su eficacia, es importante estandarizar los protocolos de destete y prevenir complicaciones intercurrentes, las cuales actúan como hitos de pérdida de la ventana terapéutica.



0285 VARIABLES CLÍNICAS, DEMOGRÁFICAS Y DE MECÁNICA RESPIRATORIA ASOCIADAS A LA DURACIÓN DE LA VENTILACIÓN MECÁNICA INVASIVA EN PACIENTES PEDIÁTRICOS EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DE UN HOSPITAL PÚBLICO DE CÓRDOBA (2024–2025).

MA GARCIA(1), NY CORVALÁN(1), AB CLÉRICO(1), F PICOLA(1)
(1) Hospital Infantil Municipal

Objetivo: Analizar la relación existente entre diversas variables clínicas, demográficas y de mecánica respiratoria y la duración de la ventilación mecánica invasiva (VMI) en la unidad de cuidados intensivos pediátricos del Hospital Infantil de la ciudad de Córdoba entre Mayo de 2024 y Septiembre de 2025.
Materiales y métodos: Estudio observacional, analítico, retrospectivo y de corte longitudinal.
Resultados: La muestra final (n) se compuso de 110 pacientes, con una mediana de edad de 1 año (rango intercuartílico [RIQ] 0,41-3). Un 55% eran de sexo masculino. La patología de presentación más frecuente que requirió VMI fue la bronquiolitis (BQL) en un 36,5% seguida del síndrome obstructivo bronquial (SOB) en un 18,3%. Un 4,5% de los pacientes cursó con Síndrome de Distrés Respiratorio Agudo (SDRA) severo. La mediana de días de VMI total fue de 8 (5-10) días (Tabla 1). La tasa de fallo de la extubación con necesidad de re-intubación fue de 5% y la mortalidad del 0,9%. 3 (2,7%) pacientes requirieron traqueostomía. Se observó una relación significativa entre el sexo femenino (p = 0,008), el peso ≤10 kilos (p=0,003) y la edad menor a 2 años (p = 0,01) con una mayor duración de la VMI. Al mismo tiempo, se evidenció una correlación significativa entre una mayor driving pressure y más días de VMI (r= 0,19; p= 0,04) (Imagen 1). No se encontró una relación estadísticamente significativa entre la gravedad de la insuficiencia respiratoria aguda al ingreso medida por índice de saturación de oxígeno y los días de duración de la VMI (p=0,28).
Conclusión: La VMI en pacientes pediátricos fue requerida principalmente en patologías respiratorias en nuestra unidad, con una baja tasa de fallo de extubación con necesidad de re-intubación y una baja mortalidad. La menor edad, el bajo peso, el sexo femenino y valores más elevados de mecánica respiratoria se asociaron con una mayor duración de la VMI.

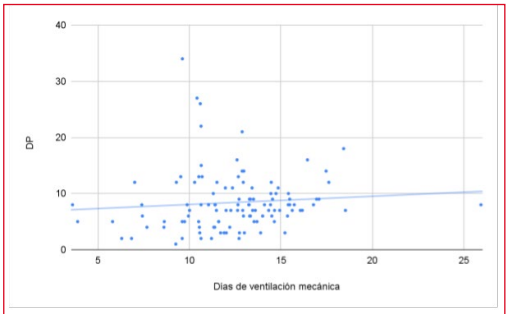


Figura 1. Correlación entre los días de ventilación mecánica y la driving pressure en pacientes en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos (n = 110)

Tabla 1. Monitoreo de la ventilación mecánica y resultados de los sujetos que requirieron VMI en la UCIP durante el periodo 2024-2025 (n=110)

Días de VMI, mediana (RIQ)	Total, 8 (5-10) Año 2024, 8 (5-10) Año 2025, 7 (5-10)
Días de VMI por diagnóstico, mediana (RIQ)	BBQL, 8 (6–9) SOB, 9 (8–13) Asma, 6 (4–12) Neumonía, 9 (7–11) Shock Séptico, 6 (5–8) Postquirúrgicos, 4 (2–5) SDRA severo, 18 (12–21)
Modo ventilatorio PC, n (%)	106 (96)
PS, media (DE)	16,6 (2,84)
PEEP, media (DE)	4,93 (0,77)
FIO2, mediana (RIQ)	0,54 (0,50-0,57)
Ppico, media (DE)	21,5 (2,75)
Pplateau, mediana (RIQ)	17,44 (16,1-19,2)
Pvamedia, mediana (RIQ)	9,79 (9-10,5)
Cest, mediana (RIQ)	6,5 (4,61-11,9)
Raw, mediana (RIQ)	52,3 (37,5- 70,1)
Volumen corriente en ml/kg, mediana (RIQ)	9 (8,4-10,3)
DP, mediana (RIQ)	12,7 (10,6-14,4)
ISO al ingreso a la UCIP, mediana (RIQ)	6,18 (5,45-7,20)
Requerimiento de VAFO, n (%)	2 (1,82)
Requerimiento de estrategia de prono, n (%)	4 (3,64)

VMI: Ventilación mecánica invasiva; PC: presión control; PS: presión soporte; FIO2: fracción inspirada de oxígeno; Pico: presión pico; Pplat: presión plateau; PVamedia: presión media de la vía aérea; Cest: compliance estática; Raw: resistencia; DP: driving pressure; ISO: índice de saturación de oxígeno; VAFO: ventilación de alta frecuencia oscilatoria; BQL: Bronquiolitis; SOB: Síndrome Obstructivo Bronquial; SDRA: Síndrome de distrés respiratorio agudo; UCIP: Unidad de Cuidados intensivos Pediátricos.

0286 IMPACTO DE LA DIFICULTAD EN EL ACCESO VENOSO PERIFÉRICO SOBRE LA EFICIENCIA, COSTOS Y SEGURIDAD EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS CRÍTICOS

C ORTIZ(1), G GARAY(2), Y SEGOVIA(2), C GIUFFRE(2)
(1) Británico De Buenos Aires. (2) Hospital Británico De Buenos Aires

Introducción: La colocación de accesos venosos periféricos (AVP) es un procedimiento esencial en cuidados críticos. Sin embargo, la presencia de accesos venosos dificultosos (DIVA) se asocia a múltiples intentos de punción, incremento del consumo de insumos, mayor costo y potencial riesgo para el paciente. La identificación precoz de estos pacientes podría optimizar la eficiencia del proceso y mejorar los resultados clínicos.
Objetivo: Evaluar el impacto de la dificultad en la colocación de AVP sobre la eficiencia del procedimiento, el consumo de recursos y su implicancia en la práctica clínica.
Métodos: Estudio observacional, descriptivo y analítico realizado en una unidad de cuidados críticos. Se incluyeron 169 procedimientos de colocación de AVP en pacientes adultos.
Se analizaron número de intentos, consumo de recursos (variable proxy: número de punciones) y área de internación. Se utilizaron pruebas no paramétricas: Mann-Whitney para comparación entre grupos, correlación de Spearman para variables continuas y Chi-cuadrado para variables categóricas. Se consideró significativo p ≤ 0,05.
Resultados: La tasa de éxito en el primer intento fue del 86,7%, mientras que el 13,3% de los procedimientos requirió múltiples intentos. El número promedio de punciones fue de 1,15 por paciente. Los procedimientos con múltiples intentos presentaron un incre-

mento estadísticamente significativo en el consumo de recursos (Mann-Whitney; p < 0,001). Se evidenció una correlación positiva significativa entre el número de intentos y el consumo (Spearman: r = 1; p < 0,001), indicando una relación directa entre dificultad y utilización de insumos.
No se observaron diferencias según la sala de internación (Chi-cuadrado; p = 0,93). Si bien el DIVA bajo predominó, los casos moderados y altos, aunque menos frecuentes, concentraron un impacto desproporcionado en el consumo de recursos.
Conclusión: La dificultad en la colocación de AVP no representa un problema de volumen, sino de impacto, donde un subgrupo de pacientes concentra la mayor utilización de recursos.
Estos hallazgos evidencian limitaciones del abordaje tradicional y refuerzan la necesidad de estrategias dirigidas. La implementación de herramientas predictivas y técnicas ecoguiadas como segunda línea podría reducir la variabilidad del procedimiento, optimizar costos y mejorar la seguridad en unidades de cuidados críticos.

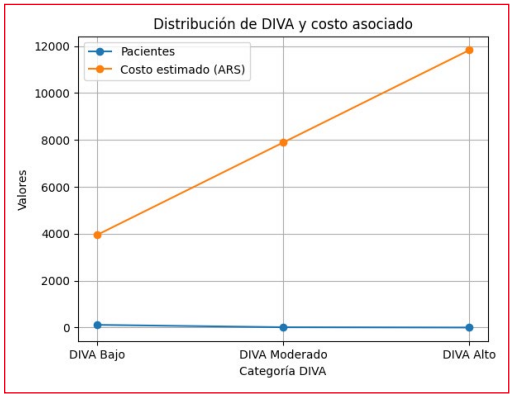


Tabla 1. Análisis estadístico de la relación entre dificultad del acceso venoso y consumo de recursos

Variable analizada	Grupos / Relación	Prueba	Resultado	Interpretación
Consumo de recursos (punciones)	1 intento vs múltiples	Mann-Whitney	p < 0,001	Mayor consumo en múltiples intentos
Número de intentos vs consumo	Variables continuas	Spearman	r = 1; p < 0,001	Correlación positiva significativa
Sala vs múltiples intentos	Variables categóricas	Chi-cuadrado	p = 0,93	Sin asociación significativa
Punciones según sala	>2 grupos	Kruskal-Wallis	p > 0,05	Sin diferencias significativas

Notas: p ≤ 0,05 significativo. Consumo estimado por número de punciones. r: coeficiente de Spearman.

0287 MENINGITIS BACTERIANA POR ENTEROCOCCUS FAECALIS CON EVOLUCIÓN CRÍTICA INICIAL Y RESOLUCIÓN FAVORABLE

N FUNES NELSON(1), O VEGA NEGRETE(2)
(1) Sanatorio Del Oeste Ituzaingo. (2) Sanatorio Del Oeste

Introducción: La MB constituye una emergencia médica que requiere diagnóstico y tratamiento inmediatos. Enterococcus faecalis es una causa infrecuente, generalmente asociada a condiciones predisponentes como procedimientos invasivos, focos infecciosos digestivos o inmunocompromiso. Su identificación implica un enfoque terapéutico dirigido y una búsqueda exhaustiva del foco primario.
Presentación del caso: Paciente, 41 años, con antecedente de resección de nódulos, ingresó por guardia con cefalea intensa de inicio súbito, fiebre y deterioro progresivo del estado neurológico de 24 horas de evolución. Glasgow 10/15, fiebre y estabilidad hemodinámica. TAC de cerebro y tórax sp. Progresa a GCS 8/15, vómitos y taquipnea, requiriendo IOT y ARM.
PL con LCR turbio con hipoglucorraquia severa (glucosa 2 mg/dl), hiperproteinorraquia marcada (678 mg/dl), lactato elevado (14,59 mmol/l) y pleocitosis con predominio de polimorfonucleares, compatible con meningitis bacteriana. Se inició ATB ceftriaxona endovenosa. Los cultivos de LCR aislaron Enterococcus faecalis multisensible, confirmando la etiología. Los hemocultivos resultaron negativos.
Durante la internación en UTI, la paciente evolucionó hemodinámicamente estable, sin requerimiento de vasopresores, aunque con leucocitosis persistente y acidosis metabólica inicial. A las 48–72 horas se inició ventana de sedación, con posterior mejoría neurológica progresiva. Se extuba al tercer día, Se rotó ceftriaxona a ampicilina y gentamicina, según sensibilidad del germen.
Estudios complementarios y evolución: Ecografía abdominal y ecocardiograma, sin evidenciar foco infeccioso primario ni signos de endocarditis. Se efectuaron estudios endoscópicos que evidenciaron candidiasis esofágica y enteropatía malabsortiva, iniciándose fluconazol oral. Completó 14 días de ATB, con normalización progresiva de parámetros inflamatorios y recuperación neurológica completa.
Discusión: La meningitis por EF es rara y exige investigar exhaustivamente posibles focos secundarios, especialmente gastrointestinales y endovasculares. En este caso, la evolución inicial fue grave, requiriendo soporte ventilatorio, pero la rápida instauración de antibióticos y el manejo intensivo multidisciplinario permitieron una evolución favorable. El aislamiento del germen guio el tratamiento dirigido y evitó complicaciones mayores.
Conclusión: Este caso destaca la importancia de considerar patógenos poco frecuentes en meningitis bacteriana del adulto, así como la necesidad de un abordaje integral y dinámico. La detección temprana, el tratamiento antibiótico adecuado y la vigilancia estricta en UTI fueron determinantes para el desenlace favorable, subrayando el valor del trabajo interdisciplinario en cuadros infecciosos graves.

0289 EVENTO TROMBÓTICO CEREBRAL FULMINANTE COMO FORMA DE PRESENTACIÓN INICIAL DE POSIBLE SÍNDROME ANTIFOSFOLIPÍDICO CATASTRÓFICO EN PACIENTE JOVEN

CA CENTURION KAUZ(1), S IRINA(1), R YAMILA LUJAN(1), S CLAUDIA(1), R MATEO(1)
(1) Sanatorio Diagnostico

Introducción: El síndrome antifosfolipídico catastrófico es poco frecuente pero de extrema gravedad. Ocurre en menos del 1% de los pacientes y presenta elevada mortalidad. Se caracteriza por el desarrollo acelerado de trombosis múltiples con compromiso multiorgánico. Su diagnóstico se basa en criterios clínicos y de laboratorio, puede resultar dificultosa la diferenciación de Microangiopatías (MAT) primarias.
Presentación del caso: Paciente femenina de 24 años, en estudio por plaquetopenia y lesión cerebelosa 2 meses previos. Ingresa por convulsión tónico-clónica generalizada y TEC. Evoluciona con depresión del sensorio, requiriendo asistencia respiratoria mecánica. El laboratorio presentaba hemólisis, Coombs (-) y plaquetopenia (21.000) con coagulograma normal. El doppler transcraneal con ausencia de flujo en Arteria cerebral media izquierda (ACM) y Arteria cerebral anterior (ACÁ) homolateral. Se realiza AngioTC (figura 1 y 2) que confirma infarto extenso del hemisferio izquierdo por oclusión completa de la ACM. Se plantea el diagnóstico diferencial entre MAT primaria y secundaria. Se solicita ADAMTS13, anticoagulante lúpico (que fue positivo) y esquistocitos no significativos en frotis periférico. Se indica pulso de corticoides, plasmaféresis (descartada por infarto maligno) y gammaglobulina. No se llega a administrar tratamiento por rápida evolución a muerte encefálica.
Discusión: El síndrome antifosfolipídico catastrófico (SAFC) presenta un 53% de afectación de SNC. Existen reportes que documentan la afectación de grandes vasos, como en este caso, donde se evidenció una oclusión completa de la arteria cerebral media con evolución a infarto maligno hemisférico. Si bien no se pudo confirmar la persistencia de anticuerpos a las 12 semanas, la positividad del anticoagulante lúpico en el contexto de un evento trombótico arterial masivo en paciente joven permite plantear un probable síndrome antifosfolipídico, interpretándose como forma de presentación catastrófica por su evolución rápidamente progresiva.

Conclusión: El SAFC es una entidad infrecuente y de alta mortalidad, que puede presentarse de forma fulminante. La aparición de eventos trombóticos arteriales de gran vaso en pacientes jóvenes, especialmente con plaquetopenia, debe generar sospecha. El reconocimiento precoz es clave, ya que el inicio oportuno de terapias específicas puede modificar el pronóstico, aunque en casos de evolución hiperaguda las opciones terapéuticas pueden verse limitadas.

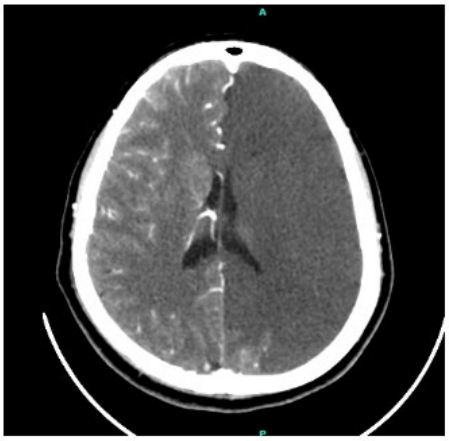


Figura 1: Infarto maligno hemisferio izquierdo. Oclusion ACM

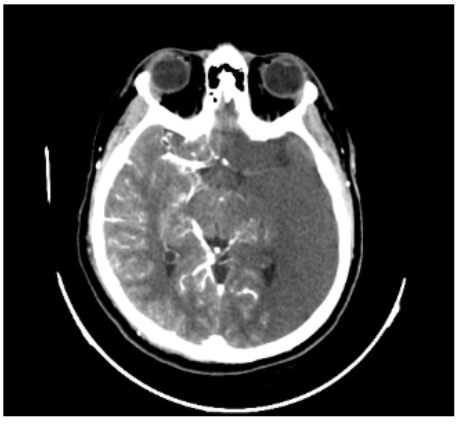


Figura 2: Infarto maligno hemisferio izquierdo. Oclusion ACM

0290 TRAYECTORIA DE LA MECÁNICA RESPIRATORIA EN NIÑOS CON SÍNDROME DE DIFICULTAD RESPIRATORIA AGUDA PEDIÁTRICA Y EN RIESGO DE DESARROLLARLO

P TAFFAREL(1), J PALMEIRO(1), A CARETTA(1), S MARTIN(1), M ERVITI(1), V LAULHE(1), L LISCIOTTO(1), V LUNA(1), M PAZ(1), L NIZZA(2), AF MUÑOZ(1), A CAVAGNA(1), MC CHAHIN(1), F JORRO-BARÓN(1), P CRUCES(3)
(1) Hospital General De Niños Pedro De Elizalde. (2) Hospital General De Agudos J.m. Penna. (3) Universidad Andres Bello

Introducción: Las infecciones respiratorias agudas bajas (IRABs) son la principal etiología del síndrome de dificultad respiratoria aguda pediátrica (SDRAP). Las guías introducen el término "en riesgo de SDRAP" para ampliar la detección de pacientes que podrían desarrollar SDRAP, no existiendo parámetros basados en mecánica respiratoria para su diferenciación.
Objetivo: Comparar la trayectoria de la mecánica respiratoria entre pacientes con SDRAP y "riesgo de SDRAP" bajo asistencia ventilatoria mecánica invasiva (AVMi).
Métodos: Estudio prospectivo (1/07-15/09 del 2025) en niños menores de 24 meses con AVMi durante más de 72 horas. La mecánica respiratoria se evaluó diariamente en condiciones estáticas, incluyendo: componentes resistivo [presión inspiratoria máxima (PIM) - presión de meseta (PM)], elástico [presión de dispersión, ΔP = PM - presión positiva al final de espiración (PEEP) total] y umbral [PEEP total – PEEP] de la presión de trabajo total.
Resultados: Se incluyeron 37 pacientes (mediana de edad: 5,3 meses); el 94 % presentaba infecciones virales. Catorce pacientes cumplían criterios de SDRAP y 23 de "riesgo". En grupo SDRAP, se observó una mayor PM, ΔP (días 1 y 3) e índice de oxigenación (IO), así como una menor constante de tiempo inspiratorio (CTisnp) al día 3 (Tabla 1). El análisis intragrupo, en el grupo con SDRAP, la presión de trabajo total disminuyó a expensas del componente resistivo [12 (11–13,7) a 8,5 (6–13) cmH2O; p = 0,047], mientras que la ΔP se mantuvo sin cambios. El volumen tidal, la PIM, la fracción inspirada de oxígeno y la CTinsp también disminuyeron con el tiempo (p<0,05) (Tabla 2).
En toda la seria el IO se correlacionó inversamente con la distensibilidad estática en los días 2 y 3
En el análisis de la curva ROC, el IO presentó un AUC de 0,81 (IC del 95 %, 0,72-0,89) para la discriminación del SADRP (valor de corte 4,91, sensibilidad del 78,6 y especificidad del 77,9 %), mientras que la ΔP arrojó un AUC de 0,66 (IC del 95 %, 0,56-0,76).
Conclusión: IO y ΔP mostraron el mayor rendimiento discriminatorio para SDRAP. La mecánica respiratoria siguió trayectorias temporales distintas en comparación con los pacientes "en riesgo de SDRAP".

Tabla 1. Trayectoria de mecánica respiratoria en grupo SDRAP y "en riesgo" de SDRAP

Variable	Día	SDRAP (N=14)	"En Riesgo" de SDRAP (N=23)	P
Volumen Tidal (mL/kg)	1	7.6 (6.6 - 8.7)	7.7 (6.6 - 8.2)	0.987
	2	7.4 (6.9 - 7.9)	7.1 (6.6 - 7.8)	0.562
	3	7.4 (6.2 - 7.9)	7 (6.1 - 7.5)	0.322
PIM (cmH_2O)	1	37.5 (33.2 - 40.7)	34 (29.5 – 38.5)	0.315
	2	34 (32 – 37)	32 (26 – 34)	0.108
	3	32 (28.2 - 37.2)	28 (26 - 35.7)	0.268
PEEP (cmH_2O)	1	6 (6 – 7)	7 (5.5 – 7)	0.885
	2	6.5 (6 – 8)	7.7 (5.5 - 7.5)	0.242
	3	8 (6 – 8)	6 (6 – 7)	**0.013**
FiO_2 (%)	1	0.6 (0.4 – 0.6)	0.5 (0.4- 0.5)	**0.028**
	2	0.6 (0.4 - 0.6)	0.4 (0.35- 0.4)	**0.020**
	3	0.5 (0.5 - 0.6)	0.4 (0.3 - 0.4)	**0.002**
Presión total de trabajo (cmH_2O)	1	29.5 (26.2 - 33.5)	27 (22.5 – 32)	0.232
	2	27 (24.2 - 28.7)	25 (20 - 27.5)	0.176
	3	23.5 (19 - 30.5)	22 (20 - 27.5)	0.706
PM (cmH_2O)	1	23 (22 - 26.7)	21 (18 – 23)	**0.037**
	2	23.5 (21.2 - 25.7)	20 (17.5 - 23.5)	**0.019**
	3	22.5 (21.2 - 26.7)	19.5 (17.2 - 22.7)	**0.037**
PIM-PM (cmH_2O)	1	12 (11 - 13.7)	13 (11 - 15.5)	0.488
	2	10.5 (8.5 - 11.7)	10 (8.5 - 12.5)	0.899
	3	8.5 (6 – 13)	10 (8 - 12.5)	0.320
ΔP (cmH_2O)	1	13.2 (12.5 - 16.8)	11.8 (9.7 - 14.1)	**0.020**
	2	13.6 (12.4 - 15.7)	12 (9.9 - 15.2)	0.110
	3	14.5 (12.1 - 16.6)	10.9 (9.2 – 13.7)	**0.032**
PEEPi (cmH_2O)	1	1.8 (0.8 - 2.4)	2.5 (0.5 – 3)	0.354
	2	1.7 (0.9 - 2.9)	1.6 (0.85 - 2.1)	0.561
	3	1 (0.1 - 2.2)	1.6 (1 - 2.8)	0.097
Compliance estática ($ml/cmH_2O/kg$)	1	0.5 (0.45 - 0.59)	0.6 (0.5 - 0.77)	0.085
	2	0.55 (0.43 - 0.65)	0.56 (0.45 - 0.75)	0.316
	3	0.45 (0.43 - 0.63)	0.65 (0.47 - 0.74)	0.062
Resistencia inspiratoria ($cmH_2O/L/s$)	1	139 (100 - 153)	123 (102 – 140)	0.684
	2	98.7 (85 – 117)	117 (72 - 138)	0.938
	3	70 (54 – 138)	109 (80 - 131)	0.243
Resistencia espiratoria ($cmH_2O/L/s$)	1	446 (343 - 626)	424 (351 - 550)	0.521
	2	424 (340 – 617)	381 (336 - 522)	0.491
	3	482 (260 - 606)	413 (312 – 441)	0.721
PaO_2/FIO_2	1	170 (136 – 232)	307 (250 - 384)	**<0.001**
	2	173 (143 – 246)	302 (264 - 377)	**<0.001**
	3	211 (138 – 264)	297 (235 - 358)	**0.005**
Índice de Oxigenación	1	8.2 (6.2 - 10.2)	4.1 (3.4 – 5.5)	**<0.001**
	2	7.2 (4.8 - 7.7)	3.4 (3 - 4.8)	**<0.001**
	3	7.8 (5.8 - 9.3)	3.2 (2.7 - 4.2)	**<0.001**
Constante de tiempo inspiratoria (segundos)	1	0.47 (0.32 – 0.67)	0.53 (0.42 – 0.75)	0.301
	2	0.35 (0.24 – 0.52)	0.43 (0.32 – 0.60)	0.583
	3	0.29 (0.22 – 0.43)	0.48 (0.37 – 0.65)	**0.028**
Resultados				
Duración AVMi (h)		227 (180.2 - 296.5)	169.5 (134 - 307.5)	0.37
Estancia UCIP (días)		13 (10 -15.5)	12 (8 - 14.5)	0.39

SDRAP: síndrome de dificultad respiratorio agudo pediátrico; PIM: Presión inspiratoria maxima; PEEP: Presión positiva al final de espiración; PaO_2: Presión arterial de oxigeno; FiO_2: Fracción inspirada de oxigeno; PM: Presión Meseta; ΔP: Presión de dispersión; PEEPi: PEEP intrínseca; UCIP: Unidad de cuidados intensivos pediátrico.

Tabla 2. Comparación intragrupal de los parámetros diarios de mecánica respiratoria y oxigenación entre cohortes de SDRAP y "en riesgo" de SDRAP.

Variable	SDRAP (N=14) Día 1	Día 2	P	Día 3	P	"En riesgo" de SDRAP (N=23) Día 1	Día 2	P	Día 3	P
Volumen tidal (ml/kg)	7.6 (6.6 - 8.7)	7.4 (6.9 - 7.9)	0.345	7.4 (6.2 - 7.9)	**0.042**	7.7 (6.6 - 8.2)	7.1 (6.6 - 7.8)	0.800	7 (6.1 - 7.5)	0.395
PIM (cmH_2O)	37.5 (32.2 - 40.7)	34 (32 – 37)	0.004	32 (28.2 - 37.2)	**0.044**	34 (29.5 – 38.5)	32 (26 – 34)	0.211	28 (26 - 35.7)	0.003
PEEP (cmH_2O)	6 (6 – 7)	6.5 (6 – 8)	0.777	8 (6 – 8)	0.778	7 (5.5 – 7)	7.7 (5.5 - 7.5)	0.564	6 (6 – 7)	0.006
FiO_2 (%)	0.6 (0.4 - 0.6)	0.6 (0.4 - 0.6)	**0.004**	0.5 (0.5 - 0.6)	**0.010**	0.5 (0.4 - 0.5)	0.4 (0.35- 0.4)	0.399	0.4 (0.3 - 0.4)	0.833
Presión de trabajo total (cmH_2O)	29.5 (26.2 - 33.5)	27 (24.2 - 28.7)	0.090	23.5 (19 - 30.5)	**0.028**	27 (22.5 – 32)	25 (20 - 27.5)	0.153	22 (20 - 27.5)	**0.036**
PM (cmH_2O)	23 (22 - 26.7)	23.5 (21.2 - 25.7)	0.323	22.5 (21.2 - 26.7)	0.380	21 (18 – 23)	20 (17.5 - 23.5)	0.908	19.5 (17.2 - 22.7)	0.728
PIM - PM (cmH_2O)	11 (11 – 13.7)	10.5 (8.5 - 11.7)	**0.040**	8.5 (6 – 13)	**0.047**	13 (11 – 15.5)	10 (8.5 - 12.5)	0.126	10 (8 - 12.5)	0.097
ΔP (cmH_2O)	13.2 (12.5 - 16.8)	13.6 (12.4 - 15.7)	0.678	14.5 (12.1 - 16.6)	0.517	11.8 (8.7 - 14.1)	12 (9.9 - 15.2)	0.818	10.9 (9.2 - 13.7)	0.800
PEEPi (cmH_2O)	1.8 (0.8 - 2.4)	1.7 (0.9 - 2.9)	0.226	1 (0.1 - 2.2)	0.776	2.5 (0.5 – 3)	1.6 (0.85 - 2.1)	0.818	1.6 (1 - 2.8)	0.466
Compliance estática ($ml/cmH_2O/kg$)	0.5 (0.45 - 0.59)	0.55 (0.43 - 0.65)	0.560	0.45 (0.43 - 0.63)	0.955	0.6 (0.5 - 0.77)	0.56 (0.45 - 0.75)	0.902	0.65 (0.47 - 0.74)	0.613
Resistencia inspiratoria ($cmH_2O/L/s$)	139 (100 - 153)	98.7 (85 – 117)	0.210	70 (54 – 138)	0.242	123 (102 – 140)	117 (72 - 138)	0.215	109 (80 - 131)	0.069
Constante de tiempo inspiratoria (segundos)	0.47 (0.32 - 0.67)	0.35 (0.24 - 0.52)	0.305	0.29 (0.22 - 0.43)	**0.036**	0.53 (0.42 - 0.75)	0.43 (0.32 - 0.60)	0.173	0.48 (0.37 - 0.65)	0.345
Resistencia Espiratoria ($cmH_2O/L/s$)	446 (343 - 626)	424 (340 – 617)	0.758	482 (260 - 606)	0.555	424 (351 - 550)	381 (336 - 522)	0.890	413 (312 – 441)	0.613
PaO_2/FIO_2	170 (136 – 232)	173 (143 – 246)	0.613	211 (138 – 264)	0.725	307 (250 - 384)	302 (264 - 377)	0.908	297 (235 - 358)	0.462
Índice de oxigenación	8.2 (6.2 - 10.2)	7.2 (4.8 - 7.7)	**0.008**	7.8 (5.8 - 9.3)	**0.014**	4.1 (3.4 - 5.5)	3.4 (3 - 4.8)	0.301	3.2 (2.7 - 4.2)	0.550

SDRAP: síndrome de dificultad respiratorio agudo pediátrico; PIM: Presión inspiratoria máxima; PEEP: Presión positiva al final de espiración; PaO_2: Presión arterial de oxigeno; FiO_2: Fracción inspirada de oxigeno; PM: Presión Meseta; ΔP: Presión de dispersión; PEEPi: PEEP intrínseca;

0291 ESTAFILOCOCCEMIA INVASIVA CON ABSCESOS MUSCULARES, PIOMIOSITIS Y MÚLTIPLES FOCOS SÉPTICOS EN PACIENTE ADULTO: REPORTE DE CASO

A GONZALEZ(1)
(1) Hospital Militar Central N°601

Introducción: La infección por Staphylococcus aureus constituye una de las principales causas de muerte por bacteriemia en todo el mundo, con una tasa de letalidad del 15% al 30% y un estimado de 300.000 muertes por año, tiene una alta diseminación hematógena, con compromiso osteoarticular, muscular, pleuropulmonar y visceral.
Presentación del caso: Paciente masculino de 59 años de edad con antecedentes de artrosis, reemplazo de cadera izquierda, fractura cadera, tabaquismo y enolismo. Inició con lumbalgia, automedicado con diclofenac y betametasona intramuscular. Evoluciona con dolor, eritema y edema en muslos, región cervical y mano izquierda. Consulta por celulitis multifocal, trombocitopenia y disfunción hepática. La tomografía evidenció cambios inflamatorios cervicales prevertebrales con extensión al paquete vasculonervioso y colección en psoas izquierdo.
Recibió antibioticoterapia empírica con piperciclina-tazobactam y vancomicina. Se realizó cervicotomía exploradora con lavado y toma de cultivo de ganglio abscedado, ingresando luego a terapia intensiva por sepsis. Hemocultivos confirmaron bacteriemia por S. aureus, ajustándose tratamiento linezolid y cefazolina.
Posteriormente presentó abscesos bilaterales en muslos e ilíacos, derrame pleural bilateral y focos sépticos pulmonares (Imagen N2). Se colocaron drenajes pleurales bilaterales y se drenaron colecciones de psoas y miembros inferiores vía percutánea. A los 6 días de ingreso logra extubarse e intercurre con neumonía asociada a ventilación mecánica por Stenotrophomonas maltophilia e infección urinaria por Candida albicans, tratadas con esquema antibiótico dirigido con linezolid y fluconazol.
Se efectuó drenaje percutáneo bilateral de psoas y toilette quirúrgica de muslo derecho, con retiro de material protésico contaminado y espaciador en cadera izquierda (Imagen N1). Evolucionó de manera favorable, pasa a piso de rehabilitación kinesiológica con alta a los 4 meses.
Discusión: La persistencia de bacteriemia por S. aureus obliga a buscar focos sépticos. En este caso coexistieron piomiositis multifocal, abscesos de psoas, compromiso cervical profundo y focos sépticos pulmonares, patrones descritos en enfermedad invasiva. El éxito terapéutico dependió de antibioticoterapia dirigida, drenajes seriados y abordaje multidisciplinario.
Conclusión: Ante bacteriemia por S. aureus con evolución tórpida debe sospecharse diseminación profunda. La búsqueda sistemática de colecciones y el control precoz del foco pueden modificar favorablemente la evolución clínica.

0292 HIPERTERMIA MALIGNA SECUNDARIA A FÁRMACOS ANESTÉSICOS EN CONTEXTO DE APENDICECTOMÍA POR APENDICITIS AGUDA

FE GONZALEZ(1), V TORRALBO GAZZOLI TOLEDO(1), M SACALINA CAMARGO(1), MDLM DÖTAVIO COLOMBO(1), MG ARIAS(1), N RAIMUNDI(1), R VILLA(1)
(1) J.a. Fernandez

Introducción: La hipertermia maligna (HM) es un trastorno farmacogenético que se manifiesta como una respuesta hipermetabólica a potentes agentes inhalatorios anestésicos (halotano, isoflurano, sevoflurano y desflurano), al relajante muscular despolarizante succinilcolina y, raramente, en humanos, a factores estresantes como el ejercicio intenso y el calor.
Los dos genes que se han asociado de forma definitiva con mutaciones causantes de HM son RYR1 y CACNA1S. Las características clínicas clave incluyen una elevación inexplicable del dióxido de carbono espirado, a pesar del aumento de la ventilación minuto, rigidez muscular, rabdomiolisis, hipertermia, taquicardia, acidosis e hiperpotasemia.
Reporte: Paciente masculino de 34 años de edad, sin antecedentes patológicos ni quirúrgicos con diagnóstico de apendicitis aguda intercurre en acto quirúrgico con crisis convulsivas mioclónicas posterior a la inducción anestésica asociado a aumento brusco de end tidal de Co2 de 50 mmhg a 90 mmhg (sin cambios en parámetros de ventilación), registro térmico de 38.5 grados a la cual asocia taquicardia de 130 latidos por minuto. Se interpretó cuadro como hipertermia maligna, se inician medidas de sostén, infusión de dantrolene a razón de 2 mg/kg/hr, se dio

aviso a AAARBA e ingreso a unidad de cuidados intensivos para cuidados posteriores.
Durante su internación en terapia intensiva, paciente evoluciona favorablemente con mejoría en curva de CPK y suspensión de dantroleno a las 48 horas.
Discusión: Se trata de un caso de hipertermia maligna en relación a la exposición de agentes anestésicos volátiles como el sevoflurano. El diagnóstico se basó en la sintomatología acompañante a un desencadenante descrito en la bibliografía presentándose como limitante al diagnóstico molecular la disponibilidad de recursos. Como principal diagnóstico diferencial se consideró la fiebre de origen infeccioso por cuadro de apendicitis aguda.
Conclusión: Si bien, la hipertermia maligna es una condición con predisposición genética infrecuente, su importancia radica en la mortalidad del cuadro si no se conocen los signos y síntomas patognomónicos asociados a un trigger.
Conocer el manejo clínico y farmacológico de esta entidad es fundamental para el monitoreo, detección y tratamiento de las complicaciones que pueda llegar a presentar el paciente durante su internación en unidad cerrada.

0293 FACTORES ASOCIADOS A LA REINTUBACIÓN EN PACIENTES CON VENTILACIÓN MECÁNICA INVASIVA: ANÁLISIS POST HOC DE UN ENSAYO CLÍNICO ALEATORIZADO

M BEZZI(1), S GIGENA(1), M ANDREU(1), M BERTOZZI(1)
(1) Santojanni

Introducción: La tasa de reintubación reportada oscila entre el 10% y el 20% en pacientes de terapia intensiva y se asocia significativamente con un incremento en la mortalidad4,5.
La capacidad para predecir la falla de extubación es muy baja, demostrando la dificultad existente para detectar el riesgo elevado de los pacientes que fracasan la extubación12.
El objetivo primario fue explorar los factores asociados a la reintubación. El objetivo secundario fue conocer la evolución de aquellos pacientes reintubados en la terapia intensiva.
Materiales y métodos: Diseño de estudio: Se realizó un análisis secundario de un ensayo clínico aleatorizado. Se siguieron los lineamientos de la guía TRIPOD28, se generó un modelo univariado y multivariado de predicción para identificar qué variables se asocian con la falla de extubación a las 72hs.
El desenlace de interés considerado como variable principal o dependiente fue la reintubación a las 72 horas29,30.
Análisis Estadístico: Las variables categóricas se describieron mediante frecuencias. En variables continuas, se evaluó la normalidad mediante la prueba de Shapiro-Wilk y la inspección visual de los gráficos de cuantiles (QQ-plots). Se reportaron como media y desviación estándar (DE) si seguían una distribución normal, o como mediana y rango intercuartílico (RIQ) en caso contrario.
Resultados: De 708 sujetos, 95 (13.4 %) requirieron reintubación.
La Tabla 1 presenta las características de los participantes discriminados según el desenlace.
La Tabla 2 presenta los resultados del análisis univariado y multivariado de las variables asociadas con el riesgo de reintubación.
La estadía en UTI fue significativamente mayor en los pacientes reintubados, con una mediana de 18 (IQR 10-29) días, en comparación con 8 días (IQR 5-14)] ($p < 0,001$).
La supervivencia fue significativamente mayor en el grupo con extubación exitosa (92 % versus 61,1 %).
Conclusiones: Se identificó que los días de VM y el score APACHE II el día previo a la extubación se asocian con el riesgo de reintubación. Los pacientes reintubados presentan más probabilidades de fallecer y una estadía en UTI mayor.

Table 1. Subjects' Characteristics

	Total Sample N = 708 (100%)	No REIOT N = 613 (86%)	REIOT N = 95 (14%)	*P*
Age, y, median (IQR)	63 [51, 74]	63 [51, 73]	64 [54, 77.5]	0.22
Male sex, n (%)	435 (61.4)	378 (61.7)	57 (60)	0.84
Critical care unit, n (%)				0.001
Coronary unit	147 (20.8)	140 (22.8)	7 (7.4)	
ICU	523 (73.9)	444 (72.4)	79 (83.2)	
Emergency department	38 (5.4)	29 (4.7)	9 (9.5)	
APACHE II, median (IQR)	16 [11, 22]	16 [10, 21]	18 [13, 23]	0.02
Reason for intubation, n (%)				0.01
Emergent surgery	141 (19.9)	117 (19.1)	24 (25.3)	
Scheduled surgery	214 (30.2)	198 (32.3)	16 (16.8)	
Medical disease	231 (32.6)	197 (32.1)	34 (35.8)	
Respiratory disease	88 (12.4)	70 (11.4)	18 (18.9)	
Trauma	34 (4.8)	31 (5.1)	3 (3.2)	
Comorbidities, n (%)				
COPD	101 (14.3)	84 (13.7)	17 (17.9)	0.35
Peripheral artery disease	21 (3.0)	18 (2.9)	3 (3.2)	0.99
Immunocompromised	39 (5.5)	35 (5.7)	4 (4.2)	0.72
Liver disease	48 (6.8)	44 (7.2)	4 (4.2)	0.39
Hypertension	355 (50.1)	308 (50.2)	47 (49.5)	0.98
Diabetes mellitus	152 (21.5)	126 (20.6)	26 (27.4)	0.17
Neurological disease	103 (14.5)	82 (13.4)	21 (22.1)	0.04
Heart disease	205 (29.0)	191 (31.2)	14 (14.7)	<0.01
Oncologic condition	115 (16.2)	96 (15.7)	19 (20.0)	0.36
Chronic kidney disease	65 (9.2)	56 (9.1)	9 (9.5)	0.99
Congestive heart failure	16 (2.3)	15 (2.4)	1 (1.1)	0.63
BMI >30	105 (14.8)	90 (14.7)	15 (15.8)	0.90
Spontaneous Breathing Trial, n (%)				
30 minutes	356 (51.6)	323 (52.7)	42 (44.2)	0.25
60 minutes	213 (30.1)	182 (29.7)	31 (32.6)	
120 minutes	130 (18.4)	108 (17.6)	22 (23.2)	
Days on MV before EOT, median [IQR]	2 [1, 6]	2 [1, 5]	4 [2, 7]	<0.001

REIOT: Reintubation within 72 hours after extubation
IQR: interquartile range
COPD: Chronic obstructive pulmonary disease
BMI: Body mass index
APACHE II: Acute Physiology and Chronic Health Evaluation II
ICU: Intensive Care Unit
MV: Invasive mechanical ventilation
EOT: Extubation

Table 2. Univariate and multivariate logistic regression analyses of predictors of reintubation within 72 hours

Variable	Univariate		Multivariate	
	Odds Ratio (95% CI)	*P*	Odds Ratio (95% CI)	*P*
APACHE II	1,03 (1.0 to 1.05)	<0.01	1,03 (1.0 to 1.05)	0.02
Days on MV before EOT	1,06 (1.02 to 1.10)	<0.01	1,05 (1.01 to 1.1)	0.01
Reason for intubation, n (%)		<0.01		
Emergent surgery	0,2 (0.13 to 0.31)	0.001		
Scheduled surgery	0,39 (0.20 to 0.77)	<0.01		
Medical disease	0,84 (0.48 to 1.50)	0,55		
Respiratory disease	1,25 (0.63 to 2.46)	0,51		
Trauma	0,47 (0.11 to 1.47)	0,24		
High risk of REIOT	1,74 (0.94 to 3.56)	0,10		

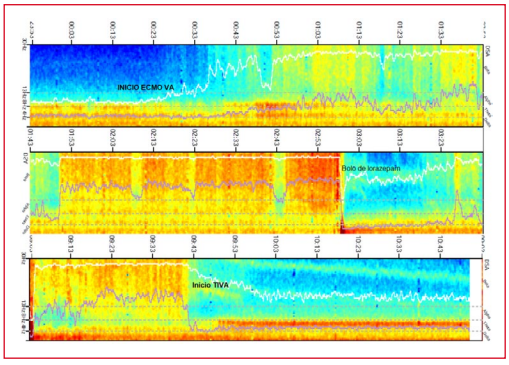
APACHE II: Acute Physiology and Chronic Health Evaluation II
CI: Confidence Interval
MV: Invasive mechanical ventilation
EOT: Extubation
REIOT: Reintubation within 72 hours after extubation

0294 FALLA DE SEDACIÓN INHALADA EN VA-ECMO: IMPLICANCIAS DEL FLUJO PULMONAR EFECTIVO EN LA ENTREGA DEL ANESTÉSICO

V ALTHAUS(1), E CORNU(1), B BERTAZZO(1), E MANRIQUE(1), R AVILA(1)
(1) Hospital Privado Universitario De Córdoba

Introducción: La sedación inhalada en pacientes críticos se ha propuesto como alternativa a los sedantes intravenosos por su rápida titulación, menor acumulación y beneficio en la evaluación neurológica. Sin embargo, su eficacia depende no solo de la concentración administrada, sino de la adecuada transferencia del anestésico desde el alvéolo hacia la circulación sistémica. En condiciones de flujo pulmonar extremadamente bajo, este proceso podría verse comprometido, generando discordancia entre la dosis administrada y el efecto clínico observado.
Presentación de caso: Paciente con miocardiopatía dilatada no isquémica que ingresó por shock cardiogénico en contexto de tormenta eléctrica. Al ingreso presentaba índice cardíaco de 1,6 L/min/m², presión wedge de 40 mmHg y saturación venosa mixta de 46%. Se inició balón de contrapulsación intraaórtico con mejoría parcial, por lo que se indicó soporte con ECMO venoarterial (ECMO-VA).
Previo a la instauración del soporte extracorpóreo, el paciente se encontraba bajo sedación con isoflurano y remifentanilo, con adecuado plano sedativo (RASS -5, BIS 55 y predominio de actividad alfa-delta en el análisis espectral).
Tras el inicio del ECMO-VA (flujo 4,1 L/min), se observó un descenso de las presiones a nivel de la circulación pulmonar (presión arterial pulmonar sistólica 12 mmHg), hallazgos compatibles con reducción del flujo pulmonar efectivo. En este contexto, el paciente presentó

pérdida del plano sedativo (RASS 0, BIS 90 y aumento de actividad beta). El incremento de la concentración de anestésico inhalado no logró revertir el cuadro, requiriendo conversión a sedación intravenosa con midazolam y remifentanilo.
Discusión: La captación de anestésicos inhalados depende críticamente de la ventilación alveolar y de la perfusión pulmonar. En escenarios de flujo pulmonar reducido, como puede ocurrir en ECMO-VA con escasa contribución del gasto cardíaco nativo, la transferencia del anestésico al compartimento arterial puede verse limitada. Esto condiciona menor disponibilidad cerebral y una potencial falla en la profundidad sedativa, independientemente de la concentración administrada. Este fenómeno puede interpretarse como una falla en la entrega del fármaco más que en su efecto farmacodinámico.
Conclusión: En condiciones de flujo pulmonar crítico, la sedación inhalada puede presentar respuesta impredecible. La monitorización multimodal y la individualización terapéutica resultan esenciales, considerando estrategias alternativas ante sospecha de falla en la entrega del anestésico.



0295 COMA APARENTE COMO PRIMERA MANIFESTACIÓN DE BOTULISMO GRAVE POR NEUROTOXINA A: UN DESAFÍO DIAGNÓSTICO EN TERAPIA INTENSIVA.

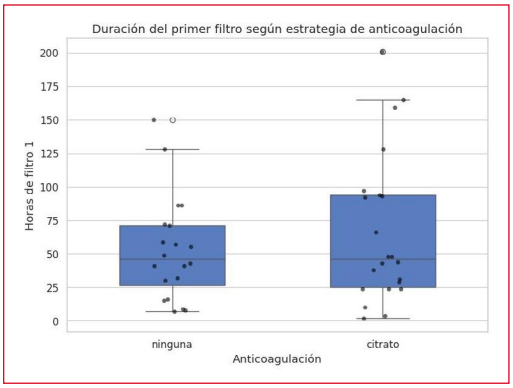
GA PALACIOS(1), E CORNU(1), E SARASQUETA(1), T APEZTEGUIA(1), C AMBROSI(1), E MANRIQUE(1), R AVILA(1)
(1) Hospital Privado Universitario De Córdoba

Introducción: El botulismo alimentario es una enfermedad neuroparalítica, producida por una intoxicación grave y potencialmente mortal causada por neurotoxinas producidas por Clostridium botulinum presente en conservas de alimentos, La toxina bloquea de forma irreversible la liberación presináptica de acetilcolina en la unión neuromuscular.
En Argentina (2019-2025), se notificaron 215 casos, con alta tasa de internación (98%), Unidad de cuidados intensivos(UCI) (83%) y seis fallecimientos. Se caracteriza por parálisis simétrica, descendente y compromiso de pares craneales, sin alteración sensitiva ni de la conciencia. El diagnóstico precoz y la antitoxina son cruciales.
Caso clínico: Mujer de 57 años, previamente sana, ingresó a UCI bajo asistencia respiratoria por coma aparente (Glasgow 4/15). Siete días antes consultó por cefalea, malestar y visión borrosa (interpretado como ansiedad); consultó horas más tarde por fallo ventilatorio y deterioro neurológico. Al ingreso presentaba parálisis flácida, midriasis y reflejos de tronco abolidos sin sedación. Neuroimágenes, LCR y estudios serológicos/toxicológicos fueron negativos. La electromiografía reveló un trastorno presináptico de la unión neuromuscular (respuesta incremental con estimulación repetitiva de alta frecuencia) y los potenciales evocados somatosensoriales resultaron conservados..
Se realizó Dupplex transcraneal con velocidades e índices de pulsatilidad conservados. Además de electroencefalogramas seriados que Informaron enlentecimiento difuso, sin descargas epileptiformes.
Ante el antecedente de consumo de conservas, se solicitó toxina botulínica tipo A en suero y esporas de C. botulinum en materia fecal las cuales resultaron positivas. Debido a la evolución mayor a siete días, no se indicó antitoxina.
Conclusión: Se debe sospechar botulismo ante coma aparente, parálisis flácida y abolición de reflejos de tronco, especialmente con antecedente de consumo de conservas. El diagnóstico y tratamiento oportunos con antitoxina son esenciales para reducir la morbimortalidad y los días de internación y ventilación mecánica.

0296 ESTRATEGIA DE ANTICOAGULACIÓN EN PACIENTE CON TERAPIA DE REEMPLAZO RENAL CONTINUA Y ALTO RIESGO DE SANGRADO.

M CRUCCI(1), E CORNU(1), A ACOSTA(1), E MANRIQUE(1), R AVILA(1)
(1) Hospital Privado Universitario De Córdoba

Introducción: Manejar la anticoagulación durante la terapia de reemplazo renal continua (TRRC) en pacientes críticos con alto riesgo de sangrado es un desafío. Aunque la anticoagulación regional con citrato (ARC) es una opción segura, hay poca evidencia sobre su impacto en la duración del circuito y desenlaces clínicos en este subgrupo. Este estudio comparó la duración del filtro y los resultados clínicos entre ARC y ausencia de anticoagulación en pacientes con alto riesgo hemorrágico
.Materiales y métodos: Estudio retrospectivo observacional (julio 2020 - diciembre 2025) en la Terapia intensiva del Hospital Privado Universitario de Córdoba. Se incluyeron pacientes en TRRC con más de 24 horas de supervivencia y al menos uno de los siguientes: plaquetas <30.000/mm³, RIN >1,5 o KPTT basal >50 segundos. Se compararon dos grupos: ARC y sin anticoagulación. El resultado primario fue la duración del primer filtro. Los resultados secundarios incluyeron duración del segundo filtro, interrupción precoz (<12 y <24 horas), motivo de suspensión y mortalidad a 28 días.
Resultados: Se incluyeron 46 pacientes (25 con ARC, 21 sin anticoagulación). Los pacientes con ARC presentaron mayor frecuencia de sepsis (72% vs 38,1%; p=0,044). El grupo sin anticoagulación tuvo un RIN más alto (2,3 [1,9–3,1] vs 1,7 [1,5–2,0]; p=0,004). No se observaron diferencias en la duración del primer filtro (46 hs[25,2–93,8] vs 46 hs[26,5–71,2] horas; p=0,623). Tampoco hubo diferencias en la duración del segundo filtro (56,5 [34,2–70,5] vs 68,5 [44,5–104] horas; p=0,408), en la frecuencia de interrupción precoz (13,6% vs 15%; p=1,0) ni en la mortalidad a 28 días (71,4% vs 65%; p=0,915). No se observaron diferencias significativas en el motivo de suspensión de la TRRC: la coagulación del sistema ocurrió en 22,7% con citrato y 15,0% sin anticoagulación (p=0,445).
Conclusiones: La ARC no mejoró la duración del circuito ni se asoció con diferencias en la mortalidad o interrupción precoz de la TRRC, en comparación con la ausencia de anticoagulación.



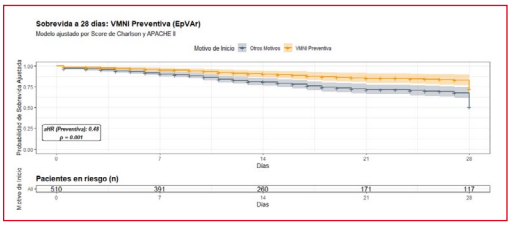
Variable	Citrato (*n* = 28)	Ninguna anticoagulación (*n* = 21)	*p*
Variables continuas, mediana [RIQ]			
Edad, años	62.0 [46.0–68.0]	49.0 [39.0–63.0]	0.2652
Peso, kg	75.0 [58.0–80.0]	75.0 [60.0–81.0]	0.4509
Creatinina ingreso, mg/dL	1.6 [0.9–3.0]	1.4 [1.0–1.9]	0.5515
TFGe MDRD	45.0 [22.0–83.0]	59.0 [36.0–75.0]	0.2468
SOFA	11.0 [9.0–13.0]	10.0 [8.0–11.0]	0.0796
Plaquetas previas	65.0 [17.0–141.0]	55.0 [17.0–105.0]	0.6671
KPTT basal, seg	38.5 [34.0–51.0]	42.0 [37.0–59.0]	0.1942
Hemoglobina, g/dL	8.3 [7.7–10.9]	8.7 [7.7–9.3]	0.7072
RIN basal	1.7 [1.5–2.0]	2.3 [1.9–3.1]	**0.0045**
Qb, mL/min	150.0 [150.0–150.0]	150.0 [150.0–150.0]	0.6982
Quf convectivo, mL/h	1100.0 [800.0–1300.0]	1250.0 [1000.0–1300.0]	0.2817
Dosis CRRT	34.0 [29.4–36.3]	31.3 [25.3–34.7]	0.1894
Noradrenalina basal	0.4 [0.3–1.1]	0.8 [0.3–1.6]	0.1517
Variables categóricas, *n* (%)			
Sexo masculino	13/25 (52.0%)	11/21 (52.4%)	1.0000
Hipertensión arterial	12/25 (48.0%)	5/21 (23.8%)	0.1656
Enfermedad renal crónica	6/25 (24.0%)	4/21 (19.0%)	0.7348
Insuficiencia cardíaca	3/25 (12.0%)	0/21 (0.0%)	0.2391
Diabetes	8/25 (32.0%)	1/21 (4.8%)	**0.0274**
Obesidad	1/25 (4.0%)	3/21 (14.3%)	0.3180
Cirrosis	6/24 (25.0%)	6/21 (28.6%)	1.0000
Sepsis	18/25 (72.0%)	8/21 (38.1%)	**0.0442**
ARM	22/25 (88.0%)	21/21 (100.0%)	0.2391
ECMO	0/25 (0.0%)	1/21 (4.8%)	0.4565
Hemoperfusión	3/25 (12.0%)	3/21 (14.3%)	1.0000
Plaquetas <20.000/mm³	9/25 (36.0%)	7/21 (33.3%)	1.0000
RIN >1.5	19/24 (79.2%)	19/21 (90.5%)	0.4216
KPTT >80 segundos	6/24 (25.0%)	7/21 (33.3%)	0.7751
Alto riesgo hemorrágico	25/25 (100.0%)	21/21 (100.0%)	1.0000

RIQ: rango intercuartílico; TFGe: tasa de filtrado glomerular estimada; KPTT: tiempo parcial de tromboplastina activado; RIN: razón internacional normalizada; Qb: flujo sanguíneo; Quf: tasa convectiva; CRRT: terapia de reemplazo renal continua; ARM: asistencia respiratoria mecánica; ECMO: oxigenación por membrana extracorpórea.

0297 USO DE VMNI EN EL DESTETE DE LA VENTILACIÓN MECÁNICA INVASIVA. ESTUDIO EPVAR

J DORADO(1), M ACCOCE(1), R PRATTO(2), E STEINBERG(3), J PÉREZ(1), E NAVARRO(4), F GUTIERREZ(5), R MORACCI(5), S TELAYNA(6), J OSATNIK(6), F DA FONSECA(7), WILLINER, J (7), I BROZZI(5), AS RAMIREZ(5), F BARRESSI(8), A MANSILLA(8), F LEONFORTE(9), L GARCIA OLIVERA(9), S FREDES(10), N TIRIBELLI(10), M FERREYRA(11), C PUCHETA(11), JP GOMEZ
(1) Sanatorio Anchorena De San Martín. (2) Sanatorio Anchorena. (3) Hiba. (4) Universidad Internacional De Catalunya. (5) Hospital Británico De Buenos Aires. (6) Hospital Alemán. (7) Hospital Bernardino Rivadavia. (8) Hospital Central. (9) Hospital Central Dr. Ramon Carillo. (10) Hospital Churrucavisca. (11) Hospital Cordoba. (12) Hospital Cuenca Alta Nestor Kirchner

Introducción: El uso de VMNI en el periodo post-extubación se asocia con mayor tasa de éxito del destete en pacientes seleccionados. Sin embargo, el fallo en la intervención seguido de la necesidad de re-intubación incrementa la mortalidad. No se han descrito factores asociados a mayor chance de fallo en VMNI.
Metodología: Subanálisis de pacientes con soporte no invasivo durante la desvinculación de la VMI de EpVAr-VMNI. Las variables continuas se describieron como media±DE o mediana [25-75] y se compararon mediante t-test o Wilcoxon según distribución; las categóricas como n(%) comparadas mediante Chi2 o test exacto de Fisher. La asociación entre variables de monitoreo y éxito de VMNI se evaluó mediante regresión logística.
Resultados: Fueron incluidos 147 pacientes. El 34% (50) presentaron fallo de la intervención: por incremento del trabajo respiratorio (46%), deterioro del sensorio (18%) y mal manejo de secreciones (14%). El 81.6% (120/147 pacientes) egresaron vivos de UCI, con mayor estadía en quienes fallaron (13 vs 21.5 días; p=0.0012). No hubo diferencias en severidad al ingreso (APACHE II: 16, 12-20; p=0.3967), sin embargo los individuos que fallaron presentaron más comorbilidades (Charlson: 4[3-6] vs 4[1-5]; p=0.0488) y menos días al primer intento de destete (1 [0-1] vs 1[0-2]; p=0.0190). Las horas de uso durante el primer día no difirieron (p=0.3850). Los escenarios utilizados se distribuyeron en: prevención de falla 69,4%, rescate 20,4% y facilitador de destete 10,2%, con una tasa de falla de 27.5%, 53.3% y 40% respectivamente (p=0.0275). Ajustado por APACHE II y Charlson, considerando el escenario de prevención utilizar VMNI como rescate se asoció con falla de la intervención (OR de 4.50 IC95%: 1.40-15.67, p=0.0136). En el análisis multivariado, solo la FiO2 se asoció con falla (OR: 1.08; IC95%: 1.01-1.16; p=0.0325) (Tabla 1).
Conclusión: Es escenario de implementación de VMNI durante la desvinculación se asocia a diferente tasa de falla. La FiO2 programada presentó asociación independiente con fallo de la intervención.



Variable	Pre VMNI				Post VMNI				p valor*
	Éxito (N=77)	Falla (N=27)	p-valor	Datos perdidos	Éxito (N=27)	Falla (N=77)	p-valor	Datos perdidos	
pH	7.42 (7.38 - 7.46)	7.42 (7.37 - 7.44)	0.4281	23	7.43 ± 0.05	7.41 ± 0.08	0.2460	41	0.6202
PaO_2	83 (71 - 98)	84 (72 - 99)	0.8822	22	83 (68 - 95)	82 (73.75 - 103)	0.4721	42	0.5774
$PaCO_2$	40 (34 - 44)	42 (35 - 47.25)	0.2092	22	38 (35.25 - 42)	37 (32 - 42)	0.4103	40	0.5701
FiO_2	30 (25 - 40)	30 (25 - 40)	0.3517	15	30 (25 - 38)	30 (26.5 - 40)	0.3694	29	0.0648
SaO_2	96 (94 - 97)	95.5 (94 - 97)	0.9021	17	96 (94 - 97)	96 (94 - 98)	0.7416	28	0.1939
$PaFiO_2$	280.66 ± 105.14	290.65 ± 99.83	0.6091	22	295.83 (228.6 - 347.5)	253 (197.13 - 386.28)	0.6324	43	0.4613
HACOR	2 (0 - 6)	3 (1 - 10)	0.2429	28	1 (0 - 4)	3 (1 - 6.25)	0.0074	45	0.3051
ROX	14 (10.11 - 17.69)	13.29 (9.11 - 15.35)	0.2325	30	15.78 (11.48 - 20.94)	13.19 (10.62 - 16.31)	0.0523	32	0.2227
Cuadrantes	1 (0 - 2)	2 (1 - 2)	0.0121	9	1 (0 - 2)	2 (1 - 2)	0.0121	9	>0.999
FR programada	-	-	-	-	15 (10 - 16)	16 (12 - 21)	0.117	53	-
PI programada	-	-	-	-	8 (6 - 10)	8 (6 - 12)	0.228	3	-
PEEP programada	-	-	-	-	6 (5 - 8)	6 (5.25 - 8)	0.9950	0	-
FR	21 (18.5 - 26)	24 (20 - 30)	0.0433	3	20 (16 - 23)	23.5 (20 - 26)	0.0006	2	0.3807
Tiraje presente	0 (0 - 0)	0 (0 - 1)	0.1912	0	0 (0 - 0)	0 (0 - 0.75)	0.0017	0	0.2462
Asincronía T-A	0 (0 - 0)	0 (0 - 1)	0.1912	0	0 (0 - 0)	0 (0 - 0)	0.0223	0	0.6453
FC	92.41 ± 20.86	97.22 ± 22.92	0.2230	5	90 (76 - 102.5)	89.5 (80 - 104.75)	0.2953	2	0.7194
GCS	15 (13 - 15)	14 (13 - 15)	0.5978	2	15 (14 - 15)	14.5 (13 - 15)	0.1123	0	0.1474
Borg	1.5 (0 - 3.25)	3 (0.5 - 5)	0.0381	16	1 (0 - 3)	2 (0.75 - 4)	0.0391	11	0.9729
Confort	-	-	-	-	4 (3 - 4)	3 (3 - 4)	0.0688	10	-
Sedación	-	-	-	-	27 (27.8%)	14 (28%)	>0.9999	0	-
Analgesia	-	-	-	-	41 (42.3%)	22 (44%)	0.9800	0	-
CNAF/O_2	-	-	-	-	11 (11.3%)	5 (10%)	>0.9999	0	-

0298 EL DERRAME PLEURAL DE ALTO DÉBITO POST-FONTAN COMO MARCADOR DE FRACASO FISIOLÓGICO LINFÁTICO-HEMODINÁMICO. REPORTE DE CASOS.

DA VILLARREAL LEIVA(1), ES MASSA(1), J CLAUS(1), MDV BALESTRINI(1)
(1) Clinica Y Maternidad Suizo Argentina

Introducción: El derrame pleural prolongado y/o de alto débito es una complicación frecuente y esperable tras la cirugía de Fontan, asociada a mayor morbimortalidad. Su fisiopatología refleja una interacción compleja entre la hemodinámica Fontan y la disfunción del sistema linfático.
Caso clínico: Dos pacientes con fisiología univentricular sometidos a cirugía de Fontan evolucionaron con derrame pleural prolongado no quiloso. Ambos presentaron cateterismos cardíacos previos con presiones pulmonares bajas. (Tabla 1.)
El primer caso, con doble entrada de ventrículo izquierdo y Glenn previo, presentó 21 días de internación con derrame pleural izquierdo que requirió drenaje prolongado. Se optimizó hemodinámicamente con Levosimendan y, en cateterismo posquirúrgico, se realizó desobstrucción de la fenestración y embolización de colaterales, con adecuada permeabilidad posterior y buena evolución clínica.
El segundo caso, con síndrome de corazón izquierdo hipoplásico (Norwood-Sano y Glenn previos), desarrolló derrame pleural persistente de alto débito refractario a tratamiento médico. El cateterismo posquirúrgico evidenció obstrucción de ramas pulmonares y cierre de fenestración, requiriendo reintervención quirúrgica. Después de la corrección anatómica, persistió el derrame respondiendo con buena respuesta a terapias vasodilatadoras y moduladoras del flujo linfático.
Discusión: El derrame pleural prolongado post-Fontan se asocia a mayor morbimortalidad y estadía hospitalaria, por lo que su diagnóstico precoz y la identificación de factores predisponentes además de un cateterismo cardíaco previo resulta fundamental. La identificación temprana de dichos factores, como obstrucciones del circuito, alteraciones de la fenestración o aumento de las resistencias pulmonares, resulta clave para implementar el tratamiento escalonado con el objetivo de aumentar las resistencias periféricas, disminuir las resistencias pulmonares y modular la producción de linfa. En este contexto, la realización de cateterismo cardíaco precoz ante fracaso del manejo médico permite detectar y corregir lesiones residuales potencialmente reversibles.

Conclusión: El derrame peural persistente post-Fontan constituye un marcador de falla circulatoria formando parte de la evolución natural más que una complicación aislada. Un enfoque integral y oportuno podría mejorar la evolución y reducir complicaciones en esta población.

Tabla Comparativa de Casos

VARIABLE	CASO 1	CASO 2
EDAD	3 años	3 años
CARDIOPATIA CONGENITA	DEVI	SCIH
PRESION EN LAAP (CATETERISMO CARDIACO PREVIO)	13 mmHg	12 mmHg
TIEMPO DE CEC	62'	48'
DIAS DE HOSPITALIZACION	21	>21
DIAS DE DRENAJE	20	23
QUILOTORAX	No	No
CATETERISMO POST FONTAN	Si (angioplastia de Fenestra + embolización de colaterales exitosa)	Si (angioplastia de fenestra y de rama pulmonar derecha frustras)
OTRAS INTERVENCIONES	No	Cirugía de urgencia (ampliación de la unión del TEC y plástica de la RPD)
SILDENAFIL Y/O OCTREOTIDE	No	Si (Ambas)
MEDICACION AL ALTA	AAS	ACO + Sildenafil

0299 CUANDO EL RIÑÓN ACELERA: HIPERFILTRACIÓN RENAL EN PACIENTES CRÍTICOS

MJ DIAZ(1), MA MALVICINI(1), P PRATESI(1)
(1) Hospital Universitario Austral

Introducción: El riñón hiperfiltrante (RHF) se caracteriza por una tasa de filtración glomerular superior a 120 ml/min/1,73 m² en mujeres y 130 ml/min/1,73 m² en varones, determinado por aclaramiento de creatinina (ClCr) en orina recolectada de 8, 12 o 24 horas. Se presenta con mayor frecuencia en pacientes jóvenes, con creatinina sérica baja y en patologías como trauma, sepsis y COVID-19. En pacientes críticos, su detección temprana resulta crucial para el ajuste adecuado de fármacos con eliminación renal (antimicrobianos, levetiracetam y heparinas).
Objetivo: Determinar la prevalencia del RHF en una Unidad de Terapia Intensiva (UTI), describir las características demográficas asociadas y el tiempo transcurrido hasta su detección.
Materiales y métodos: Se realizó un estudio retrospectivo y descriptivo realizado en la UTI del Hospital Universitario Austral entre marzo de 2024 y abril de 2026. Se incluyeron todos los pacientes internados durante el período. Se registraron datos demográficos y valores de ClCr obtenidos mediante recolección de orina de 24 horas según protocolo institucional. El análisis se realizó según edad (menores de 40 años) y sexo, utilizando los umbrales establecidos para RHF.
Resultados: Se internaron 1622 pacientes, de los cuales 51 cumplieron criterios de RHF, con una prevalencia del 3,1%. La edad osciló entre 16 y 80 años, siendo el 47% menores de 40 años. El 67% correspondió a varones y el 33% a mujeres. En el 45% de los casos el RHF fue identificado dentro de los primeros cinco días de internación, con un promedio de tres días. En todos los pacientes, la determinación del ClCr fue motivada por sospecha clínica.
Conclusión: El RHF es una condición reportada como frecuente (15 a 30% según algunos autores) y clínicamente relevante en pacientes críticos. La prevalencia hallada en este trabajo se basa en un análisis de registros médicos y de laboratorio, sin contar con una Guía sistemática. La detección temprana destaca la importancia del monitoreo renal precoz, aunque la estrategia basada en sospecha clínica podría subestimar la prevalencia real. El trabajo aporta información valiosa para la población local y destaca la importancia de implementar protocolos de pesquisa temprana del RHF en unidades críticas así como alternativas terapéuticas para hacer frente a este síndrome.

0300 IMPLEMENTACIÓN DE UNA UNIDAD DE MEDICINA MATERNO FETAL DE ALTA COMPLEJIDAD EN UN HOSPITAL PEDIÁTRICO

M KIRSCHBAUM(1), M MONTENEGRO(1), MF VALENTI(1), N BASUALDO(1), S ARBIOS(1), F CORIA(1), D GARCIA(1), AC HERNANDEZ(1), D FARIÑA(1), M DE PAULI(1), P BELLANI(1), G ZENYK(1), A ASTUDILLO(1), P NEMER(1), J ARGUELLO
(1) Hospital De Pediatría "prof. Dr. Juan P. Garrahan"

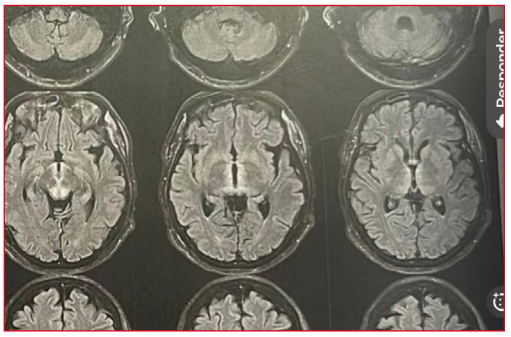
Introducción: Las anomalías congénitas constituyen el 25% de la mortalidad neonatal. Se ha demostrado que si el nacimiento se produce en el mismo lugar donde se llevará a cabo el tratamiento, disminuye significativamente la morbimortalidad.
En 2025 se puso en funcionamiento una Unidad de Terapia Intensiva Materna que permite en un Hospital pediátrico constituir una Unidad de Medicina Materno Fetal de Alta Complejidad (UMMFAC), pionera en Latinoamérica. Nuestro objetivo es describir la implementación de esta Unidad, sus características asistenciales, resultados iniciales y potencial impacto.
Materiales y métodos: Estudio descriptivo observacional de cohorte retrospectiva que incluyó a todas las pacientes asistidas en la Unidad durante los primeros 12 meses (Abr2025-Abr2026).
El equipo se compone de obstetras especializados en medicina maternofetal, intensivistas con formación en obstetricia crítica, neonatólogos, anestesiólogos y enfermeros. La Unidad cuenta con cuatro camas maternas de alta complejidad. Desde marzo de 2024 se capacitó al equipo mediante formación teórica y simulación clínica, con protocolos de atención transdisciplinarios y circuitos asistenciales de diagnóstico y tratamiento.
Resultados: Se asistieron 38 pacientes, con 37 cesáreas:36 por patología fetal y 1 por patología materna(Análisis estadístico en Tabla 1). Hubo un incremento del 125% de nacimientos respecto a años previos, la atención de pacientes con comorbilidades y la realización de 4 cirugías intrauterinas para corrección de mielomeningocele (uno de estos embarazos continúa en curso).
Discusión: El nacimiento en el mismo centro donde se llevará a cabo el tratamiento quirúrgico neonatal disminuye la mortalidad, en particular en países de ingresos medios como la Argentina,donde existen centros especializados pero los traslados postnatales son inaccesibles o ineficientes.
Previamente, las pacientes con embarazos de alto riesgo obstétrico debían cursar el parto en instituciones de adultos, con posterior traslado neonatal. La nueva unidad permite la implementación de un modelo de atención centrado en la familia con internación conjunta.
La experiencia muestra una baja tasa de complicaciones maternas y buenos resultados neonatales,aunque es necesario un seguimiento a largo plazo.
Conclusión: La implementación de una UMMFAC en un hospital pediátrico público se asocia a beneficios clínicos y sociales relevantes, representa un cambio estructural en el modelo de atención perinatal y extiende el acceso a la atención de calidad a las madres y neonatos más vulnerables.

Variable	Valor / Estadistica
Edad *(media)*	26,8 años
Número de gestas *media (mediana)*	2,11 (2)
Edad Gestacional *(media)*	37,2
Días de estadía *(media)*	3
Finalización por cesárea *n (%)*	37 (97,3)
Patologías Fetales *n (%)*	**Casos**
Hernia diafragmática	13 (34,21)
Mielomeningocele	6 (15,78)
Gastrosquisis	5 (13,15)
Teratoma sacrococcígeo	2 (5,26)
Malf. vía respiratoria	2 (5,26)
Otros*	9 (23,68)
Sin Patología Fetal	1 (2,63)
**Incluye: Aneurisma V. Galeno, Estenosis pulmonar, Hidrotórax, Fallot, Artrogriposis, Tumor SNC, Transposición grandes vasos, Hidrops, Bloqueo AV.*	
Patologías Maternas, n (% del total)*	**Casos**
Hipotiroidismo	4 (10,52)
Trastornos HTA/ Preeclampsia	3 (7,89)
Lupus / Síndrome de Sjögren	2 (5,26)
Atrofia Medular Espinal (AME)	1 (2,63)
Estenosis pilórica	1 (2,63)
Psoriasis	1 (2,63)
Litiasis	1 (2,63)
Alergia a la penicilina	1 (2,63)
Sin Patología Materna	25 (65,78)
*Una paciente con hipotiroidismo y psoriasis	

0301 NEUROMIELITIS ÓPTICA MIMETIZADA

E JIMENEZ(1), S HEALY(1), C GARNERO(1), ML ORTIZ(1), J ARROYO(1), JA GARCÍA(1), M BERMEO(1), M RAGAZZOLLI(1), S KAMBOURIAN(1), M CALANI(1), N SOUZA(1), JA RIVAS(1), A TORO(2), C BALASINI(1)
(1) Pirovano. (2) Pirovano

Introducción: El espectro de Neuromielitis Óptica (NMOSD) es una enfermedad inflamatoria y desmielinizante del sistema nervioso central, mediada frecuentemente por anticuerpos anti-acuaporina 4 (AQP4). Su presentación clásica incluye neuritis óptica y mielitis transversa; sin embargo, el compromiso del área postrema puede manifestarse con náuseas y vómitos persistentes, lo que frecuentemente deriva en errores diagnósticos y abordajes quirúrgicos innecesarios antes de evidenciarse el compromiso neurológico mayor.
Caso clínico: Paciente femenina con diagnóstico de NMOSD de 10 años de evolución, con secuela de amaurosis bilateral y antecedente de abandono de tratamiento inmunosupresor. Ingresa a una institución secundaria por un cuadro de 15 días de evolución caracterizado por náuseas y vómitos incoercibles. Fue interpretado inicialmente como una pancreatitis aguda, realizándose una colecistectomía sin mejoría del cuadro. Posteriormente, la paciente desarrolla cuadriparesia progresiva y deterioro del sensorio hasta el coma, motivando su traslado a nuestra UTI. Al ingreso, el diagnóstico diferencial se centró en dos entidades: Encefalopatía de Wernicke (secundaria a la desnutrición y vómitos crónicos) versus una progresión severa de su enfermedad de base (NMOSD) con extensión al tronco encefálico.
Evolución: Se instauró tratamiento con altas dosis de tiamina endovenosa y 3 pulsos de metilprednisolona. Ante la ausencia de respuesta clínica y la persistencia del compromiso del sensorio, se interpretó como un brote de NMOSD refractario a corticoides. Se inició terapia de rescate con Rituximab. Tras la primera dosis, la paciente presentó una mejoría parcial, recuperando la reactividad al medio y mejorando la mecánica respiratoria, aunque persistiendo con déficits motores severos.
Conclusiones: Este caso ilustra el desafío que representa el síndrome del área postrema. La demora diagnóstica y la intervención quirúrgica errónea subrayan la necesidad de considerar la NMOSD ante síntomas gastrointestinales inexplicables en pacientes con antecedentes neurológicos. Asimismo, destaca el rol del Rituximab como terapia de rescate fundamental cuando los corticoides fallan en controlar la actividad inflamatoria grave.



0303 ABSCESO EPIDURAL ESPINAL CERVICAL COMPLICADO CON CUADRIPARESIA, ENDOCARDITIS Y ABDOMEN AGUDO: REPORTE DE CASO

FN NUÑEZ(1)
(1) Ramon Carrillo

Introducción: El absceso epidural espinal es una entidad infrecuente y potencialmente devastadora, asociada a alta morbimortalidad cuando el diagnóstico se retrasa. Su presentación clínica suele ser inespecífica, dificultando el reconocimiento precoz. La diseminación hematógena, especialmente por Staphylococcus aureus, y su asociación con focos infecciosos a distancia, como la endocarditis, agravan el pronóstico.
Presentación del caso: Paciente femenina de 57 años con antecedentes de diabetes, hipertensión, dislipidemia, hipotiroidismo y tabaquismo. Consulta el 22/12 por lumbociatalgia sin fiebre ni síntomas urinarios. Reconsulta por persistencia del dolor y deterioro neurológico, inicialmente interpretado como síndrome confusional.
El 25/12 presenta somnolencia (Glasgow 11/15), diagnosticándose absceso epidural cervical (C1–C3), realizándose drenaje quirúrgico. Evoluciona con síndrome de compresión medular y cuadriparesia, requiriendo nueva laminectomía (C5–D1) el 27/12.
Hemocultivos, LCR y material quirúrgico fueron positivos para Staphylococcus aureus meticilino sensible. Posteriormente desarrolla endocarditis infecciosa de válvula aórtica. Requiere intubación por mala protección de vía aérea y traqueostomía precoz.
Durante la evolución presenta síndrome de Ogilvie complicado con perforación cecal, requiriendo hemicolectomía derecha e ileostomía. Se aíslan Candida glabrata y Parabacteroides distasonis. Evoluciona con deterioro progresivo, falleciendo el 03/02.
Discusión: El caso evidencia la evolución fulminante de un absceso epidural cervical con bacteriemia por Staphylococcus aureus. La presentación inicial inespecífica retrasó el diagnóstico, favoreciendo el compromiso neurológico severo.
La asociación con endocarditis sugiere bacteriemia persistente. La necesidad de múltiples cirugías y la aparición de infecciones oportunistas reflejan la complejidad del paciente crítico. La localización cervical y la rápida progresión neurológica se asocian a peor pronóstico según la literatura.
Conclusión: El absceso epidural espinal requiere alta sospecha clínica ante dolor axial persistente. El diagnóstico y tratamiento precoz son claves para evitar secuelas neurológicas y complicaciones sistémicas graves.

Tabla 1. Evolución cronológica, procedimientos y microbiología

Fecha	Evento clínico / Procedimiento	Hallazgos microbiológicos
22/12	Consulta por lumbociatalgia	-
23/12	Reconsulta, internación	-
25/12	Deterioro neurológico, drenaje absceso C1–C3	LCR y hemocultivos: *S. aureus*
26–27/12	Compresión medular, laminectomía C5–D1	Material quirúrgico: *S. aureus*
30/12	Intubación por falla de vía aérea	-
02/01	Traqueostomía percutánea	-
04/01	Control microbiológico	Cultivos negativos
09–13/01	Antibióticos (cefepime + metronidazol)	-
13/01	Abdomen agudo, hemicolectomía + ileostomía	Líquido abdominal: *Candida glabrata*
13/01	Hemocultivo	*Parabacteroides distasonis*
Evolución	Endocarditis aórtica	-
03/02	Fallecimiento	-

0306 NUEVAS MORBILIDADES ASOCIADAS A CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS: INCIDENCIA, FACTORES DE RIESGO Y SEGUIMIENTO LONGITUDINAL EN UN CENTRO ARGENTINO

SI RAMOS ELIZAGARAY(1), IV MARINELLI(1), MS GUERRERO(1), MB FRATE(1), DF MARCONI(1)
(1) Notti

Introducción y objetivos principales: La medicina crítica pediátrica ha mostrado un importante descenso en la mortalidad los últimos años, sin embargo un mayor numero de pacientes egresan de las unidades críticas con nuevas morbilidades. Describir la incidencia de morbilidades adquiridas en la unidad de cuidados intensivos pediátricos (UCIP), los factores de riesgo asociados, y su recuperación a los 6 meses.
Pacientes y métodos: Estudio prospectivo de cohorte realizado en un hospital pediátrico de alta complejidad. Se incluyeron 92 menores de 15 años en muestreo consecutivo durante 6 meses (43 % de los ingresados a UCIP en el mismo período). A los 6 meses se obtuvieron datos de 38 de ellos (41 % de la cohorte). Las variables registradas fueron: puntajes en la escala de estado funcional antes de su ingreso a UCIP (EEF1), al momento de su egreso (EEF2) y a los 6 meses del alta (EEF3); datos demográficos y requerimiento de diferentes tratamientos durante la enfermedad crítica.
Resultados: La incidencia de nuevas morbilidades fue de 73 % al alta de UCIP (EEF2 > 3 puntos a EEF1). Los factores de riesgo de adquirirlas fueron la edad menor a 1 año, la permanencia en UCIP mayor a 5 días, el uso de ventilación mecánica invasiva, el requerimiento de hemoderivados, analgosedación mayor a 4 días, corticoides y bloqueantes neuromusculares. A los 6 meses el 79 % se recuperó (EEF3 Conclusiones: La adquisición de nuevas morbilidades en UCIP es un evento de alta incidencia. La EEF permitió su detección y recuperación. Los factores de riesgo identificados deben corroborarse con otros estudios.

0307 PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE LACTANTES INGRESADOS EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS POR ENFERMEDAD RESPIRATORIA AGUDA BAJA

T RENAULT(1), M ALFANO(1), A GATTARI(1), D TURINA(1), C KLUN(1), P ECOS FERNANDEZ(1), N SOLANO(1), J BENITEZ(1), M BERGATI(1), MP ARIAS LOPEZ(1)
(1) HNRG

Introducción: La enfermedad respiratoria aguda baja (ERAB) es una de las principales causas de ingreso de lactantes en las unidades de cuidados intensivos pediátricos (UCIP) en el mundo. Los factores descritos que predisponen al ingreso son prematuridad, menor edad, presencia de comorbilidades (CCC), entre otros. Considerando la ausencia de datos locales recientes que describen esta población, nuestro objetivo es describir las características de una población de lactantes ingresados en UCIP por causa respiratoria, su evolución, e identificar los factores de riesgo asociados a la estadía presentes al ingreso.
Material y métodos: Retrospectivo, observacional. Análisis secundario de base de datos del servicio (SATI-Q). Ámbito: UCIP clínico-quirúrgica en hospital pediátrico especializado. Periodo analizado: 01-01-2023 al 31-12-2025. Criterios de inclusión: pacientes entre 1-24 meses ingresados con diagnóstico de ERAB. Estadística descriptiva para caracterizar a la población [mediana y rango intercuartílico (RIC)] para variables continuas, frecuencias y porcentajes para aquellas categóricas. Se compararon variables continuas mediante pruebas no paramétricas o correlación de Spearman según correspondiera. Se usó análisis multivariado de regresión binomial negativa para ajustar la asociación entre estadía y factores confundidores. Se consideró p significativa <0.05.
Resultados: De 1668 pacientes ingresados durante ese periodo, se identificaron 253 menores de 2 años con diagnóstico de ERAB (15.17%; IC95%: 13.48-17). Sus características y evolución se describen en la tabla 1. Un total de 186 (73.5%) ingresos requirieron ventilación mecánica (VM) invasiva [mediana: 8 días (RIC 5-15)], 53 (21%) VM no invasiva, [mediana 2 días, RIC 1-5] y 184 (73%), cánula de alto flujo [mediana; 3 días RIC(2-5)]. De los pacientes con VM invasiva, 17/186 (9,1%) recibieron óxido nítrico y 48/186 (25.8%) posición prona.
Un total de 218 (86,2%) ingresos tuvieron rescate viral; 88 (40.4%) presentaron coinfección bacteriana y 45 (20.6%) coinfección viral. En la tabla 2 se describen los rescates microbiológicos. El 26.8% presentaron infección asociada a dispositivos. El análisis multivariado mostró que la edad (IRR = 0.98, IC95% 0.97-1.00, p = 0.024) y el score PIM3 (IRR = 1.04, IC95% 1.01-1.08, p = 0.010) se asociaron en forma independiente con la estadía. En el modelo ajustado, prematurez, etiología viral y coinfecciones no alcanzaron significancia estadística.
Conclusiones: En lactantes internados en UCIP por ERAB, la presencia de CCC es elevada. El principal rescate es viral. La menor edad y mayor gravedad al ingreso se asociaron de forma independiente a estadías más prolongadas. La prematurez, etiología viral y coinfecciones no resultaron factores independientes. Estos hallazgos aportan datos locales relevantes para caracterizar esta población.

Tabla 1 Características y evolución de lactantes ingresados por enfermedad respiratoria aguda baja

Características y evolución	N = 253
Sexo masculino (n;%)	150 (59)
Edad en meses (mediana;RIC)	8 (4-14)
Prematurez (n;%) ≥ 34 semanas EG (n;62) < 34 semanas EG (n;62)	62 (24.5) 40 (64.5) 22 (35.5)
Condición Crónica Compleja (CCC) (n;%) CCC Respiratoria (n:187) CCC Genética/Neurológica (n:187) CCC Cardiopatía (n:187) CCC Otras (n:187)	187(74) 81 (43.3) 60 (32.1) 40 (21.4) 6 (3.2)
Estadía en UCIP en días (mediana, RIC)	9 (6-17)
Probabilidad de muerte (PIM3)	0.77 (0.42-3.92)
Mortalidad (n;%)	3 (1,2)

Tabla 2 Agentes infecciosos identificados

Aislamiento microbiológico	N = 253
Virus (n; %) Virus sincicial respiratorio (n:218) Enterorinovirus (n:218) Metapneumovirus (n:218) Adenovirus (n:218) Parainfluenzae (n:218) Influenzae (n:218) Otros (n:218)	218 (86.2) 117 (53.7) 74 (29.2) 32 (14.7) 17 (7.8) 17 (7.8) 13 (6.4) 8 (4.2)
Bacterias (n;%) *Moraxella haemophilus* (n:12) *Haemophilus influenzae* (n:12) *Streptococcus pneumoniae* (n:12) Otros (n:12)	12 (4.7) 5 (41.6) 3 (25) 2 (16.7) 2 (16.7)
Sin rescate (n;%)	23 (9.1)

La suma de virus es mayor a 253 por la presencia de coinfecciones virales

0309 ABORDAJE FARMACÉUTICO DE LA VARIABILIDAD FARMACOCINÉTICA DE ANTIMICROBIANOS, EN PACIENTES PEDIÁTRICOS EN ECMO: DISEÑO DE UN PROTOCOLO DE VERIFICACIÓN Y DOSIFICACIÓN

A PAULUZZI(1), A MALVICINI(1)
(1) Hospital Austral

Introducción: La oxigenación por membrana extracorpórea (ECMO) es una estrategia de soporte vital utilizada en pacientes con insuficiencia respiratoria y/o cardiovascular refractaria. La enfermedad crítica, la inflamación sistémica y la interacción con el circuito extracorpóreo generan alteraciones significativas en la farmacocinética de los antimicrobianos, dificultando su dosificación y comprometiendo potencialmente la eficacia y seguridad del tratamiento.
Objetivos: Identificar los principales factores que modifican la dosificación antimicrobiana en ECMO.
Sistematizar recomendaciones prácticas de dosificación según grupos de antimicrobianos.
Diseñar un checklist que facilite la evaluación integral al iniciar o ajustar antimicrobianos en ECMO.
Materiales y métodos: Se realizó una revisión crítica de la bibliografía disponible. Las principales fuentes fueron The ELSO Red Book (6.ª edición), la revisión Pharmacokinetics and Dosing of Anti-infective Drugs in Patients on Extracorporeal Membrane Oxygenation y la revisión sistemática de Duceppé et al. (Pediatric Drugs, 2023), que incluyó 29 estudios clínicos pediátricos con datos farmacocinéticos y farmacodinámicos de antimicrobianos durante ECMO. A partir del análisis de sus resultados, se elaboraron un checklist clínico-farmacológico (IMAGEN 1) y una tabla de dosificación de antimicrobianos (IMAGEN 2) que oriente la dosificación, priorizando los antimicrobianos de uso frecuente en cuidados intensivos.
Resultados: La evidencia analizada demuestra una marcada heterogeneidad en el impacto de la ECMO sobre la farmacocinética de los antimicrobianos, dependiente del fármaco, el tipo de circuito y las características del paciente. Esta variabilidad limita la aplicabilidad de esquemas posológicos fijos y resalta la necesidad de dosis de carga adecuadas, ajustes dinámicos y monitoreo terapéutico de fármacos cuando esté disponible.
En este escenario, el uso de herramientas estructuradas puede mejorar la seguridad del paciente, disminuir omisiones críticas y servir como apoyo a la toma de decisiones. Estas herramientas son coherentes con los principios de mejora continua de la calidad y uso racional de antimicrobianos.
Conclusiones: La implementación de un checklist clínico y tabla práctica de dosificación en pacientes con ECMO constituye una estrategia factible y potencialmente útil para optimizar la terapia antimicrobiana. Estas herramientas favorecen un abordaje sistemático e individualizado en un contexto de alta complejidad. Se requieren estudios prospectivos que evalúen su impacto sobre resultados clínicos y seguridad.

IMAGEN 1: Checklist clínico-farmacológico para antimicrobianos en ECMO

1. Evaluación inicial del paciente: Evaluar el escenario clínico
• Edad, peso y superficie corporal. • Diagnóstico infeccioso sospechado o confirmado. • Grado de disfunción orgánica (especialmente renal y hepática).
2. Características del soporte extracorpóreo
• Tipo de ECMO (VA o VV). • Tiempo desde el inicio de ECMO. • Circuito y oxigenador utilizados (si se dispone de la información). • Cambios recientes de circuito o canulación.
3. Evaluación farmacológica
• Antimicrobiano seleccionado y propiedades fisicoquímicas (hidrofílico/lipofílico, unión a proteínas). • Necesidad de dosis de carga (recomendada en la mayoría de los antimicrobianos). • Vía y modalidad de administración (intermitente, infusión extendida o continua).
4. Función renal y terapias asociadas
• Aclaramiento estimado de creatinina. • Uso concomitante de terapia de reemplazo renal (TRR).
5. Monitoreo y reevaluación
• Disponibilidad de monitoreo terapéutico de drogas (TDM). • Revisión de concentraciones plasmáticas cuando corresponda (vancomicina, aminoglucósidos). • Reevaluación de dosis ante cambios clínicos, de ECMO o de TRR.

ANTIMICROBIANO	Propiedades fisicoquímicas del ATM		PK ATM	Alteración en ECMO		Sugerencia de dosis con función renal normal *si hay falla renal o terapia de reemplazo renal, ajustar a Clearence renal o a TRRC
	Unión a Proteínas plasmáticas	X log P	Vd (L/kg)	Secuestro en equipo	Vd	
Amikacina	0-11 %	< 1	<1	Mínimo	Podría verse un incremento (moderado a alto en neonatos y lactantes)	Dosis estandar En caso de contar con la tecnología usar Monitoreo terapeutico de drogas (dosaje)
Ampicilina	15-25 %	<1	<1	Mínimo	Podría verse un incremento (moderado a alto en neonatos y lactantes)	Utilizar dosis máximas sobretodo el lactantes y neonatos
Ampicilina y sulbactam	15-30 %	< 1	<1	Mínimo	Podría verse un incremento (moderado a alto en neonatos y lactantes)	Utilizar dosis máximas sobretodo el lactantes y neonatos
Anfotericina liposomal	>95 %	0.8-1.5	<1	Moderado-Alto	Podría verse un incremento (moderado a alto en neonatos y lactantes)	Utilizar dosis máximas
Caspofungina	97%	<1	<1	Moderado	Podría verse un incremento (moderado a alto en neonatos y lactantes)	Considerar dosis máximas de carga y mantenimiento
Cefazolina	80-85 %	<1	< 1	Moderado	Podría verse un incremento (moderado a alto en neonatos y lactantes)	Dosis estandar para profilaxis Dosis máximas para tratamiento , e infusión prolongada para optimizar T>MIC.
Cefepime	20 %	<1	< 1	Mínimo	Podría verse un incremento (moderado a alto en neonatos y lactantes)	Dosis máxima admisible sobretodo en lactantes y neonatos, en infusión prolongada/ continua para optimizar T>MIC.
Ceftarolina	20 %	<1	< 1	Mínimo	Podría verse un incremento (moderado a alto en neonatos y lactantes)	Dosis máxima admisible sobretodo en lactantes y neonatos
Ceftazidima	10%	<1	< 1	Mínimo	Podría verse un incremento (moderado a alto en neonatos y lactantes)	Dosis máxima admisible sobretodo en lactantes y neonatos Se recomienda infusión prolongada para optimizar T>MIC.
Ceftazidima avibactam	Ceftazidima <10 % Avibactam 5.8-8.1 %	<1	< 1	Mínimo	Podría verse un incremento (moderado a alto en neonatos y lactantes)	Dosis máxima admisible sobretodo en lactantes y neonatos Se recomienda infusión prolongada para optimizar T>MIC.
Cefotaxima	31-50 %	<1	< 1	Mínimo	Podría verse un incremento (moderado a alto en neonatos y lactantes)	Dosis máxima admisible sobretodo en lactantes y neonatos Se recomienda infusión prolongada para optimizar T>MIC.
Ceftolozano tazobactam	Ceftolozano: 16-21 % Tazobactam : 30%	<1	< 1	Mínimo	Podría verse un incremento (moderado a alto en neonatos y lactantes)	Dosis máxima admisible sobretodo en lactantes y neonatos Se recomienda infusión prolongada para optimizar T>MIC.
Ceftriaxona	85-95 %	<1	< 1	Moderado	Podría verse un incremento (moderado a alto en neonatos y lactantes)	Dosis máxima admisible sobretodo en lactantes y neonatos Se recomienda infusión prolongada para optimizar T>MIC.
Ciprofloxacina	20-40%	<1	1.5-3	Mínimo	Podría verse un incremento (moderado a alto en neonatos y lactantes)	Dosis máxima admisible
Daptomicina	90-93 %	<1	< 1	Moderado-Alto	Podría verse un incremento (moderado a alto en neonatos y lactantes)	Dosis estandar Dosis máximas admisibles en neonatos y lactantes (controlar CPK)
Gentamicina	<10 %	<1	< 1	Mínimo	Podría verse un incremento (moderado a alto en neonatos y lactantes)	Dosis estandar En caso de contar con la tecnología usar Monitoreo terapeutico de drogas (dosaje)
Linezolid	30%	<1	< 1	Moderado	Podría verse un incremento (moderado a alto en neonatos y lactantes)	Usar dosis máximas
Meropenem	2%	<1	< 1	Mínimo	Podría verse un incremento (moderado a alto en neonatos y lactantes)	Dosis máxima admisible sobretodo en lactantes y neonatos Se recomienda infusión prolongada para optimizar T>MIC.
Metronidazol	<20 %	<1	< 1	Mínimo	Podría verse un incremento (moderado a alto en neonatos y lactantes)	Dosis estandar
Piperacilina tazobactam	30%	<1	< 1	Mínimo	Podría verse un incremento (moderado a alto en neonatos y lactantes)	Dosis máxima admisible sobretodo en lactantes y neonatos Se recomienda infusión prolongada/ continua para optimizar T>MIC.
Sulfametoxazol-trimetoprima	Sulfametoxazol: 70 % Trimetroprima: 40 %	<1	neonatos: 2.7 lactantes: 1.3 niños: :0.86-1	Moderado	Podría verse un incremento (moderado a alto en neonatos y lactantes)	Dosis estandar
Vancomicina	55%	<1	<1	Mínimo-moderado	Podría verse un incremento (moderado a alto en neonatos y lactantes)	Dosis estandar En caso de contar con la tecnología usar Monitoreo terapeutico de drogas (dosaje)
Voriconazol	58%	1.8-2.5	neonatos: 3-4 lactantes: 2-3 niños: 1-2	Alto	Podría verse un incremento (moderado a alto en neonatos y lactantes)	Se sugiere incrementar la dosis de carga y de mantenimiento (Sugerencia 14 mg /kg/dosis q12 hs)* En caso de contar con la tecnología usar Monitoreo terapeutico de drogas (dosaje)

Los puntos clave de lo que esto implica son:
1. Alteraciones Farmacocinéticas
Secuestro en el circuito: El material de la membrana y el tubo del sistema ECMO puede absorber o "atrapar" el medicamento, reduciendo su concentración en la sangre del paciente.
Aumento del Volumen de Distribución (Vd): La adición de sangre y soluciones de cebado en el circuito, sumada a la respuesta inflamatoria sistémica, puede diluir los fármacos.
Cambios en el aclaramiento (Clearance): La ECMO puede mejorar o alterar la función de órganos como el riñón y el hígado, cambiando la velocidad a la que el cuerpo elimina la droga.
PubMed Central (PMC) | gov/PubMed Central (PMC) | gov] +4
2. Factores de Riesgo para el "Cambio Significativo"
Alta lipofilia: Los medicamentos que se disuelven bien en grasas tienden a adherirse más a los componentes plásticos del circuito.
Alta unión a proteínas: Si la droga se une fuertemente a las proteínas plasmáticas, su distribución se verá muy afectada por los cambios en el volumen sanguíneo

ATM: antimicrobiano
X log P: coeficiente de partición octanol/agua
Vd: volumen de distribución
PK: farmacocinética
IC: Infusión continua
TRRC: Terapia de reemplazo renal continúa
* Pharmacokinetics and Dosing of Anti-Infective Drugs in Patients on ExtracorporealMembrane OxygenationA Review of the Current Literature

0310 VASOESPASMO CEREBRAL COMO COMPLICACIÓN POSQUIRÚRGICA EN LA DESCOMPRESIÓN MICROVASCULAR DEL TRIGÉMINO: REPORTE DE CASOS

P CENTANNI(1), M BRIZUELA(1), AL NISNIK(1), G ANALIA(1)
(1) Hospital Misericordia Nuevo Siglo

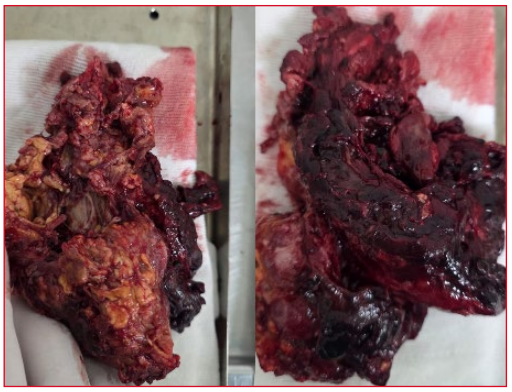
Introducción: El vasoespasmo cerebral es una complicación vascular poco frecuente pero grave tras la cirugía de descompresión del nervio trigémino. Su fisiopatología se asocia a la manipulación quirúrgica de vasos cercanos al tronco encefálico y liberación de sustancias inflamatorias. El reconocimiento temprano es fundamental para evitar daño isquémico irreversible.

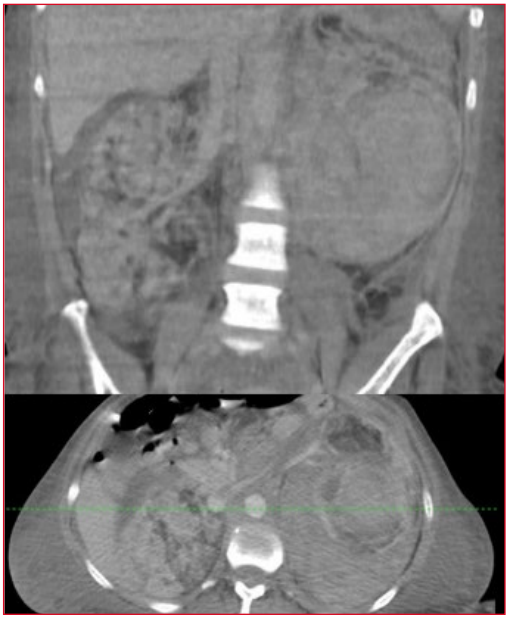
Presentación del caso: Paciente femenina de 65 años con neuralgia del trigémino crónica. Ingresó a UTI tras cirugía programada de descompresión microvascular sin complicaciones inmediatas. En el postoperatorio presentó depresión del sensorio, paro respiratorio y coma, requiriendo ventilación mecánica (VM). Una TC de cerebro inicial no mostró lesiones agudas. Tras una extubación fallida por inestabilidad hemodinámica y un nuevo paro respiratorio, requirió re-intubación y dosis crecientes de noradrenalina. Se optimizó la presión arterial media > 90 mmHg y se inició solución salina hipertónica al 3% junto con nimodipina ante la sospecha de vasoespasmo cerebral con riesgo de infarto bulbar. La paciente evolucionó favorablemente, lográndose el destete de drogas vasoactivas y de la VM en 48 horas. Recibió el alta hospitalaria tras la recuperación ad integrum.
Discusión: La descompresión microvascular es generalmente segura, pero el vasoespasmo representa una complicación crítica de difícil diagnóstico por la inespecificidad de sus síntomas y variabilidad temporal. En este caso, la presentación errática y la respuesta a la terapia dirigida (optimización de la presión de perfusión cerebral y bloqueantes cálcicos) sugieren que la manipulación vascular e inflamación local fueron los desencadenantes. A diferencia de otros casos donde el vasoespasmo ocurre por hemorragia subaracnoidea, aquí la sospecha clínica ante la ausencia de lesiones en TC fue clave para iniciar el tratamiento con nimodipina.
Conclusión: El vasoespasmo cerebral post-descompresión del trigémino es un evento potencialmente grave que debe considerarse ante complicaciones neurovasculares postoperatorias inexplicables. La vigilancia neurológica estricta y el manejo hemodinámico orientado a asegurar la perfusión cerebral pueden mejorar significativamente el pronóstico y reducir la morbimortalidad.

0311 HIPOVOLEMIA SECUNDARIO A ESTALLIDO TRAUMÁTICO DE ANGIOMIOLIPOMA RENAL GIGANTE EN PACIENTE CON SOSPECHA DE ESCLEROSIS TUBEROSA

YL ROCHETTA(2), S CLAUDIA(1), M RENK(2), I SIMORE(2), C CENTURION KAUZ(2), M RENZI(2)
(1) Sanaotrio Diagnostico. (2) Sanatorio Diagnostico

Introducción: El angiomiolipoma es un tumor mesenquimático benigno, compuesto por tejido adiposo, músculo liso y vasos sanguíneos dismórficos. Pertenece al grupo de los tumores denominados PEComas y se localiza mayormente en riñón. Su incidencia es baja, estimándose en alrededor del 0,3–3% de la población general, con predominio en mujeres. El 70-80% de los pacientes con esclerosis tuberosa desarrollan angiomiolipomas.
Caso clínico: Paciente femenina de 49 años, con retraso madurativo, hipotiroidismo, enfermedad renal crónica, anemia crónica, institucionalizada, en estudio por sospecha de esclerosis tuberosa (tumores pulmonares, renales y uterinos) y múltiples caídas de propia altura. Ingresa por dolor abdominal, hipotensión y palidez cutáneo-mucosa. Se constata anemia severa y se realiza tomografía de abdomen (figura 1) que evidencia estallido renal bilateral grado V asociado a múltiples fracturas costales. Formaciones compatibles con angiomiolipomas gigantes en riñón derecho. Se efectúa soporte transfusional y embolización de arteria renal izquierda en dos oportunidades. Por evolución tórpida, se decide nefrectomía y toma de muestra de biopsia (figura 2).
Discusión: El angiomiolipoma es reconocido como una causa de hemorragia retroperitoneal espontánea; sin embargo, su asociación con trauma renal severo incrementa el riesgo de sangrado masivo y dificulta el control hemostático.
Conclusión: El traumatismo renal grado V es una condición de alta gravedad que puede agravarse en presencia de lesiones subyacentes, aumentando el riesgo de hemorragia. Este caso resalta la importancia de un abordaje escalonado y dinámico, donde la embolización arterial selectiva puede permitir el control inicial del sangrado. Sin embargo, ante la persistencia del sangrado, la nefrectomía continúa siendo una intervención definitiva. Se destaca la necesidad de un manejo individualizado y multidisciplinario en escenarios de alta complejidad.



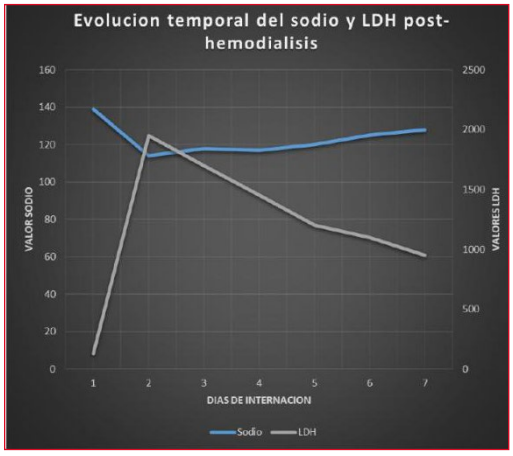


0313 REPORTE DE CASO: HEMOLISIS POR HIPONATREMIA SEVERA EN PACIENTE EN HEMODIALISIS

GA MALDONADO(1), JB CAMPOSTRINI(1), S LANCHAS(1), M MORELLI(1), AI SOSA RODRÍGUEZ(1), R ROSA(1), G SÁENZ(1), A BETANCUR(1)
(1) Hospital Interzonal de Agudos San Martin de La Plata

Introducción: El desarrollo de hemólisis aguda (HA) durante una sesión de hemodiálisis (HD) es una complicación poco frecuente asociada a significativa morbimortalidad. Habitualmente se vincula a alteraciones en la composición del líquido de diálisis, hipotonicidad, presencia de contaminantes o sobrecalentamiento. El reconocimiento precoz de sus causas es fundamental para implementar medidas correctivas y prevenir complicaciones potencialmente graves, como arritmias, anemia con compromiso coronario o pancreatitis necrotizante.
Caso clínico: Paciente masculino de 71 años, con antecedentes de hipertensión arterial, tabaquismo, cardiopatía isquémica con colocación de stent y enfermedad renal crónica, que cursaba internación en unidad de terapia intensiva por shock séptico secundario a neumonía adquirida en la comunidad, con evolución a falla multiorgánica.
Durante su internación requirió asistencia respiratoria mecánica, con posterior realización de traqueostomía por weaning prolongado. También desarrolló injuria renal aguda sobre enfermedad renal crónica, con requerimiento de HD, además de múltiples intercurrencias infectológicas tratadas con antibioticoterapia.

Posterior a una sesión de HD, presentó hiponatremia severa que requirió corrección con aporte de sodio. Asociado a este cuadro, evidenció parámetros sugestivos de hemólisis (caída de hematocrito y hemoglobina, aumento de bilirrubina a predominio indirecto, de lactato deshidrogenasa e hiperkalemia). Durante la misma sesión presentó sangrado peritraqueostomía, de escasa cuantía y sin repercusión hemodinámica.
Se realizó seguimiento con mejoría progresiva de los parámetros de hemólisis. El paciente evolucionó favorablemente, con estabilización hemodinámica, descenso de vasopresores y avance en la desvinculación de la ventilación mecánica.
Discusión: La hemólisis en HD se asocia principalmente a causas mecánicas o químicas, los mecanismos osmóticos representan una etiología menos conocida. La hiponatremia severa reduce la osmolaridad plasmática, favoreciendo la entrada de agua al eritrocito y su lisis. A su vez, la HD puede inducir cambios osmóticos que incrementan la fragilidad eritrocitaria.
Conclusiones: La hiponatremia severa en el contexto de HD puede asociarse a hemólisis mediante mecanismos osmóticos. Su reconocimiento precoz y el monitoreo del sodio son claves para prevenir complicaciones graves en pacientes críticos.

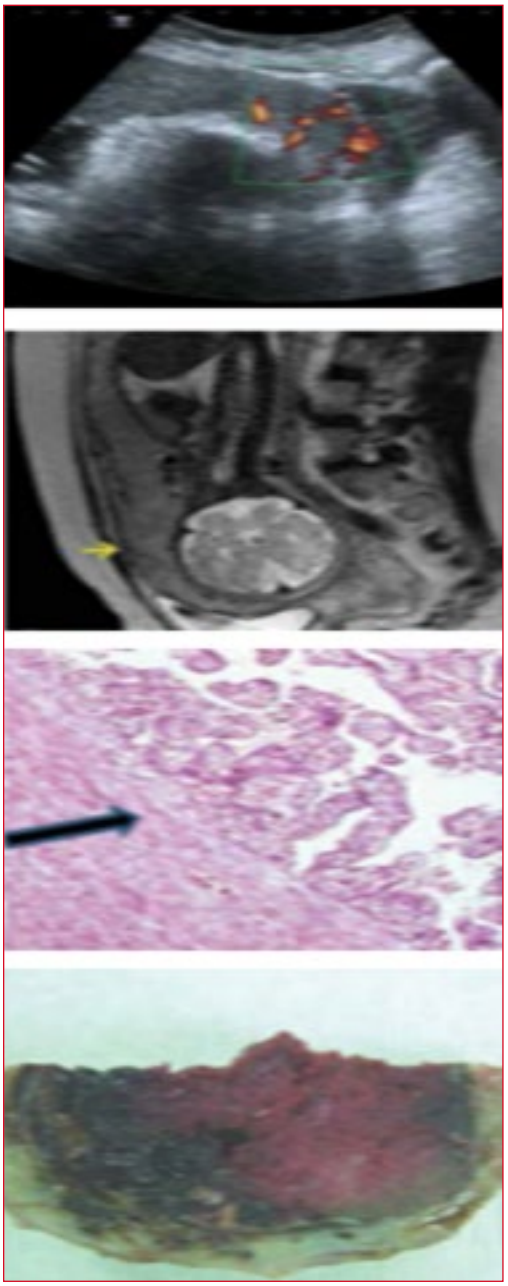


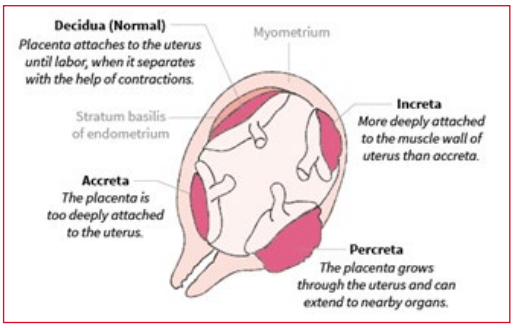
Variable	Dia previo	Dia evento	Control posterior	Control posterior
Hto/HB	8.1	6.1	7.2	7
Bilirrubina I	0.35	3.1	1.44	1.09
LDH		1952	1452	952
Sodio	139	116	114	118
Potasio	3.5	4.5	3.7	4.1

0315 PLACENTA ACRETA: CUANDO PREVENIR LA HEMORRAGIA MARCA LA DIFERENCIA

C IBARROLA(1), F MILENA(1), P JORGE MARCELO(1), A GRACIELA INES(1), R GIMENA VANINA(1), S ANGEL GABRIEL(1), C CORINA YAMILA(1), B MIRIAN(1), L MARIELA(1), PDL LAURA(1), G GUIDO(1), C RAUL(1), A MARISA(1), V ALEJANDRA(1)
(1) Hospital De Alta Complejidad Juan Domingo Perón

El Acretismo placentario es una de las causas poco frecuente de Emergencia Obstétrica con elevada de morbimortalidad, pudiéndose convertir en una urgencia con sangrado masivo y shock hipovolémico, con requerimiento de histerectomía de emergencia y múltiples transfusiones. Entre los Factores de riesgo se encuentran: Cirugía uterina previa, Edad materna superior a 35 años, Multiparidad, Tabaco, Pérdidas gestacionales recurrentes e Intervalos de tiempos cortos entre la cesárea entre otros.
En la provincia de Formosa, en forma conjunta el Hospital de la Madre y el Niño y el HAC Pte J D Perón, hemos conseguido disminuir la morbimortalidad materna.
Desde Marzo del 2014 a Julio del 2022 hemos tenido 32 casos, donde a partir de: factores de riesgo, ecografías de control durante el embarazo, derivación al Servicio de Obstetricia de Alto Riesgo, y confirmando posterior con RNM, programándose en la semana 36 gestacional la realización del cateterismo de ambas arterias hipogástricas, con oclusión intermitente tras el clampeo del cordón umbilical y posterior histerectomía.
De las 32 pacientes requirieron transfusiones 13 de ellas, con un total de 20 UGRD, 5 UPFC y 1 pool de crioprecipitados. Ninguna paciente requirió vasopresores, la internación en UTI de 3er nivel no superó las 48 hs.
Conclusiones:
• La realización de la oclusión temporaria de las arterias hipogástricas es un procedimiento seguro, de bajo costo, que disminuye la morbimortalidad materna, la permanencia en UTI y la necesidad de politransfusiones.
• El abordaje multidisciplinario del acretismo es factible en un sistema de salud en sus diferentes niveles de atención creciente.





0318 REPORTE DE CASO: IMPORTANCIA DEL TRATAMIENTO AGRESIVO INMEDIATO ANTE LA SOSPECHA DE SÍNDROME PULMÓN-RIÑÓN POR DOBLE POSITIVIDAD

S MORANDO(1)
(1) Clinica El Castaño

Introducción: El Síndrome Pulmón-Riñón (SPR) es una entidad crítica definida por la coexistencia de hemorragia alveolar difusa (HAD) y glomerulonefritis rápidamente progresiva. Presenta una mortalidad del 70% y su evolución natural es súbita y letal. En casos de "doble ataque" (positividad para ANCA y Anti-MBG), el daño histológico es extremadamente agresivo, lo que exige activar conductas terapéuticas máximas sin las demoras que implican los tiempos de procesamiento de biopsias o serologías.
Presentación del caso: Paciente femenina de 52 años que ingresó con falla renal extrema (Urea 283 mg/dl, Creatinina 15,69 mg/dl) y oligoanuria. Presentó un deterioro respiratorio súbito con HAD confirmada tras la intubación. Ante el riesgo vital inminente y la severidad del cuadro renal, se decidió el inicio inmediato de un protocolo de inducción máximo. Tras la estabilización, se confirmó la doble positividad inmunológica y una biopsia con 18/24 glomérulos afectados por semilunas fibrocelulares.
Discusión: La sinergia entre anticuerpos ANCA-P y Anti-MBG acelera la destrucción del parénquima, por lo que la celeridad en la remoción de anticuerpos y el bloqueo de la inflamación son los únicos factores que modifican el pronóstico. En este contexto crítico, se emplearon de forma urgente los siguientes métodos rápidos de inducción:
Bloqueo inflamatorio sistémico: Pulsos de metilprednisolona (500 mg a 1 g/día) durante 3 a 5 días.
Remoción de anticuerpos: Sesiones de plasmaféresis (PLEX) un método mandatorio ante HAD y falla renal severa Inmunosupresión citotóxica: Ciclofosfamida en pulsos.
La implementación de estas medidas ante la sospecha clínica precoz es fundamental, ya que esperar la confirmación diagnóstica en un paciente inestable suele conducir a un desenlace fatal.
Conclusión: En el SPR por doble ataque inmunológico, el tiempo es parénquima y vida. La sospecha clínica debe gatillar automáticamente el tratamiento agresivo con corticoides, ciclofosfamida y plasmaféresis; postergar estas intervenciones por la obtención de resultados histológicos o serológicos resulta en una pérdida de oportunidad terapéutica irreversible

0320 CANALIZACIÓN VENOSA PERIFÉRICA ECOGUIADA CON ABOCATH N°18 EN PACIENTES CON ACCESO VENOSO DIFÍCIL EN LA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA DEL HOSPITAL PABLO SORIA

ML MORALES(1)
(1) Pablo Soria

Introducción: El acceso venoso periférico constituye uno de los procedimientos más frecuentes en las unidades de terapia intensiva (UTI), siendo indispensable para la administración de fluidos, fármacos y tratamientos intravenosos. Sin embargo, en pacientes con acceso venoso difícil —especialmente aquellos con obesidad, edema generalizado o múltiples accesos previos— la canalización mediante técnicas convencionales suele presentar múltiples intentos fallidos y mayor riesgo de complicaciones. En este contexto, la canalización venosa periférica ecoguiada surge como una alternativa que permite mejorar la visualización vascular y aumentar la tasa de éxito del procedimiento. No obstante, en muchas instituciones públicas el acceso vascular continúa realizándose con catéteres periféricos cortos, como el abocath N°18, cuya efectividad en pacientes críticos aún presenta limitaciones poco estudiadas a nivel local.
Objetivo: Evaluar la efectividad de la canalización venosa periférica ecoguiada con abocath N°18 en pacientes con acceso venoso difícil internados en la Unidad de Terapia Intensiva del Hospital Pablo Soria durante el período 2026.
Metodología: Se realizará un estudio cuantitativo, descriptivo, observacional, prospectivo y transversal. La población estará conformada por pacientes internados en la UTI del Hospital Pablo Soria que requieran canalización venosa periférica ecoguiada. La muestra será no probabilística por conveniencia e incluirá pacientes con acceso venoso difícil sometidos a canalización ecoguiada con abocath N°18. Se analizarán variables relacionadas con tasa de éxito, número de intentos, duración funcional del catéter y complicaciones asociadas, tales como infiltración, extravasación y necesidad de recanalización. La recolección de datos se realizará mediante observación directa y registro sistemático en una planilla diseñada por el investigador.
Conclusión esperada: Se espera que la canalización venosa periférica ecoguiada mejore la tasa de éxito en pacientes con acceso venoso difícil; sin embargo, podrían evidenciarse limitaciones relacionadas con la corta longitud del abocath N°18 en pacientes obesos y edematosos. Los resultados permitirán generar evidencia local que contribuya a optimizar la práctica clínica y fundamentar futuras estrategias de acceso vascular en pacientes críticos.

0321 REGISTRO DE PACIENTES CON HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA ESPONTÁNEA INGRESADOS A LA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA DEL HOSPITAL ESCUELA DE AGUDOS DR. RAMÓN MADARIAGA

SA GOMEZ MENDEZ(1), EE ALFONSO(1), SD RIBAK(2), R OSTROWSKI(2), NP BARRETO(2), AE CARRERA(2)
(1) Hospita Escuela De Agudos Dr Ramon Madariaga. (2) Hospital Escuela De Agudos Ramon Madariaga

Introducción: La hemorragia subaracnoidea espontánea(HSA) es una enfermedad con una mortalidad y morbilidad elevada que afecta predominantemente a pacientes jóvenes, previamente sanos e independientes, con una proporción ligeramente superior en mujeres.
En la provincia de Misiones no se dispone de registros epidemiológicos sobre HSA espontánea. Considerando que el Hospital Escuela de Agudos Dr. Ramón Madariaga constituye el principal centro de derivación neurocrítico provincial, el análisis de su población permitiría obtener datos representativos de la región.
Describir las características epidemiológicas y clínicas de los pacientes con hemorragia subaracnoidea espontánea ingresados a UTI del Hospital Escuela de Agudos Dr. Ramón Madariaga.
Materiales y métodos: Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo. Se revisaron las historias clínicas de pacientes mayores de 15 años que ingresaron a UTI durante un periodo de 5 años, con diagnóstico de HSA espontánea.
Se registraron datos demográficos, edad, sexo, motivo de ingreso, días de esatdia en UTI, días de avm, APACHE II. Se utilizó promedio y mediana para registro estadístico
Resultados: Se registraron un total de 108 de pacientes con diagnsotico de HSA, sexo femenino 62 pacientes (57,4%), sexo masculino: 46 pacientes (42,6%), el promedio de edad fue de 47,8 años, Mediana de edad 50 años. Mortalidad en UTI, fallecidos en UTI: 47, tasa

de mortalidad en UTI: 43,5%. Días de internación en UTI: mediana: 6 días; días de asistencia ventilatoria mecánica (AVM): Mediana: 3 días. SCORE APACHE II: media de 18,2; Mediana 17.
Conclusión: La HSA es una enfermedad grave, nuestro registro muestra una patología de elevada gravedad, afectando principalmente a mujeres jóvenes y de mediana edad.
La elevada mortalidad observada confirma el importante impacto clínico de esta enfermedad y la necesidad de manejo en centros especializados neurocríticos.
Los hallazgos obtenidos son comparables con series nacionales e internacionales previamente publicadas.
Nuestro registro constituye el primer reporte de pacientes con HSA espontánea en Misiones, por lo que nuestro resultado aportaron datos que podrían resultar de utilidad en el manejo de la misma, pero también nos permitirá poder extender el registro al resto de la provincia en un segundo estudio que involucre a los centros de referencia de la provincia con el objetivo de comparar los resultados y extrapolar los mismo para el manejo.

0322 DESVINCULACIÓN DE LA VENTILACIÓN MECÁNICA NO INVASIVA: IMPACTO DE LA PROTOCOLIZACIÓN Y MÉTODOS DE RETIRO EN UNA COHORTE MULTICÉNTRICA. ESTUDIO EPVAR

RS MORACCI(1), GA PLOTNIKOW(1), M ACCOCE(2), RA PRATTO(3), JH DORADO(2), E STEINBERG(4), J PEREZ(2), E NAVARRO(5), UNIVERSIDAD INTERNACIONAL DE CATALUNYA, FJ GUTIERREZ(7), FM SINDONI(8), I ARENAS(8), ME FERNÁNDEZ(9), D MIQUERI(9), J VELÁZQUEZ(10), J BERTINAT(10), F LOMBARDIA(11), R PERICHÓN(11), M HEIDENREICH(12), K TORRES(12), V LAURIA
(1) Hospital Británico De Bs As. (2) Sanatorio Anchorena San Martín. (3) Sanatorio Anchorena Recoleta. (4) Hospital Italiano De Buenos Aires. (5) Departamento De Medicina. (6) Universidad Internacional De Catalunya. (7) Hospital Británico De Buenos Aires. (8) Hospital Enfermeros Argentinos. (9) Hospital Escuela José Francisco De San Martín. (10) Hospital Escuela De Agudos Doctor Ramón Madariaga. (11) Hospital Favaloro. (12) Hospital General Ramos Mejía. (13) Hospital Interzonal Profesor Dr. Luis Guemes. (14) Hospital Municipal Del Carmen. (15) Hospital Municipal Eva Perón De Merlo

Introducción: El retiro del soporte no invasivo carece de estandarización. El objetivo fue describir el retiro de la VMNI en Argentina.
Metodología: Subanálisis de 539 pacientes incluidos en la cohorte EpVAr. Las variables continuas se describieron como media±DE o mediana (RIQ) y se compararon mediante test de t o Wilcoxon según distribución; las categóricas como n(%) comparadas mediante Chi cuadrado o test exacto de Fisher.
Resultados: El retiro fue protocolizado en el 26.3% de los casos, siendo más frecuente en el grupo que resultó exitoso (32% vs 15%; p<0.001). La mediana de días hasta el primer intento fue de 1 día (RIQ: 0-1). El método predominante fue la reducción gradual del tiempo de uso durante el día (75.7%), seguido por la reducción de presión soporte (14.5%). El fracaso en el primer intento de retiro ocurrió en el 20.6% de los pacientes. El principal motivo de fracaso fue el aumento del trabajo respiratorio (52.9%), seguido de hipoxemia (14.9%) y acidosis (7.4%). El 27.3% de los centros reportó disponer de un protocolo (41.8% de los centros privados vs 9.5% de los públicos; p<0.001), sin embargo no se observaron diferencias a nivel paciente en la aplicación del mismo (26.9% vs 27.3% respectivamente; p>0.999). Entre los centros que reportaron al menos un paciente con retiro protocolizado, la mediana de pacientes manejados mediante este enfoque fue del 50% (RIQ: 26%-69%). El 91.3% de los pacientes presentó al menos 1 complicación con una mediana de 1 complicación (RIQ: 0-2), sin diferencia entre los grupos (p=0.060).
Conclusión: El retiro de la VMNI en esta cohorte fue mayormente empírico y basado en el juicio clínico al pie de la cama, siendo el método más frecuente la reducción del tiempo de uso. El retiro protocolizado se asoció con una mayor tasa de éxito, lo que resalta la necesidad de estrategias estandarizadas en el proceso.

Tabla 1. Desvinculación

Variable	Éxito (N = 389)	Fracaso (N = 150)	p-valor
Retiro protocolizado = Si	124 (32%)	22 (15%)	<0.001[1]
Tipo: ~ Reducción gradual del soporte ~ Reducción gradual del tiempo ~ Otro	 19 (16%) 91 (76%) 10 (8%)	 3 (14%) 17 (77%) 2 (9%)	>0.999[2]
Falla el primer intento = Si	54 (14%)	62 (41%)	<0.001[1]
Motivo de falla: ~ Aumento del trabajo respiratorio ~ Taquipnea ~ Hipoxemia ~ Acidosis respiratoria ~ Disnea ~ Otros	 24 (44%) 9 (17%) 6 (11%) 3 (6%) 7 (13%) 5 (9%)	 38 (62%) 4 (7%) 4 (7%) 6 (10%) 2 (3%) 7 (11%)	
Días VMNI hasta el primer intento	1 (0 - 2)	1 (0 - 2)	0.0366[3]

[1] Prueba de Chi- cuadrado para la comparación entre proporciones estratificadas de acuerdo a éxito o fracaso de la VMNI.
[2] Prueba exacta de fisher.
[3] Prueba de Wilcoxon-Rank Sum Test para la comparación entre valores estratificados de acuerdo a éxito o fracaso de la VMNI.

0323 INCOHERENCIA HEMODINÁMICA EN LA PRÁCTICA DIARIA

P SAÚL(1), FACULTAD DE MEDICINA, UNIVERSIDAD ABIERTA INTERAMERICANA, F LIPOVESTKY(1), FACULTAD DE MEDICINA, UNIVERSIDAD ABIERTA INTERAMERICANA, B DE ARAUJO CASOTTI(1), FACULTAD DE MEDICINA, UNIVERSIDAD ABIERTA INTERAMERICANA, PC MOREIRA SÁNCHEZ(1), FACULTAD DE MEDICINA, UNIVERSIDAD ABIERTA INTERAMERICANA, N CAMPAGNUCCI(4), R GREGORI-SABELLI(4), E CUNTO(4), V CHEDIACK(4)
(1) Clínica Ciudad De La Vida. (2) Facultad De Medicina. (3) Universidad Abierta Interamericana. (4) Hospital Muñiz

Introducción: La incoherencia hemodinámica ([IH] disfunción microcirculatoria a pesar de la restauración de la función macrocirculatoria tras la reanimación) es un evento frecuente en el shock séptico (SS) asociado a mortalidad. La capilaroscopía sublingual es la prueba diagnóstica de referencia, no está disponible en la mayoría de las terapias intensivas de la Argentina.
La videocapilaroscopia periungueal (VCP), permite la visualización directa de la microcirculación (vasos< 100 um de diámetro), podría ser una herramienta útil en este escenario.
Material y métodos: Estudio retrospectivo, observacional analítico, de corte transversal.
Se incluyeron 19 pacientes, con SS según Sepsis-3 dentro de las 24 h de alcanzar tensión arterial media (TAM) objetivo (≥65 mmHg).
Se considero incoherencia hemodinámica "clínica" a pacientes con TAM (≥65 mmHg) y tiempo de relleno capilar (TRC) > 3 segundos.
Se registraron características demográficas, clínicas, lactatemia, TRC y la medición del estado de la microcirculación mediante VCP por Score CapMic simplificado.
Se usó programa Infostat. Se evaluó porcentajes, media o mediana y las variables continuas mediante la prueba de Shapiro Wilk, cuantitativas se compararon utilizando la prueba t de Student, o prueba U de Mann–Whitney. Se evaluó correlación test de Pearson. p significativa < o = a 0.05
Resultados: Hombres 68%. Tabla n°1 se muestran las características de ambos grupos (IH y coherencia hemodinámica)
Se observó una correlación moderada-alta entre TRC y VCP (r: 0.69, p <0.01) pero una correlación baja entre score de VCP y lactato (r 0.13, p 0.6) y baja correlación entre lactato y TRC (r 0.19 p0.43)
Todos los pacientes con incoherencia hemodinámica tenían un score CapMic modificado ≤0,6 puntos. La media del score de video fue significativamente menor en el grupo de incoherencia hemodinámica (0.3 vs 0.75 p <0.01)
Discusión: La VCP es una herramienta prometedora para evaluar la IH. VCP Fig A: Patrón de disminución de la perfusión; Fig B: Patrón de perfusion normal

En nuestro estudio la VCP correlacionó en forma significativa con el TRC, los pacientes que presentaban IH clínica tenían un score de VCP ≤0.6, este podría ser el punto de corte para hipoperfusión tisular. La lactatemia tuvo mal desempeño como parámetro de IH y la correlación con otros parámetros de perfusión tisular fue muy bajo. Esto concuerda con la cinética del lactato lenta a intervenciones terapéuticas en el SS en comparación con el TRC.

Conclusiones: La VCP podría ser una herramienta complementaria al TRC. El capiloroscopio utilizado para la VCP tiene diversas ventajas: disponible al lado de la cama del paciente, accesible económicamente, no invasivo y de fácil aprendizaje.

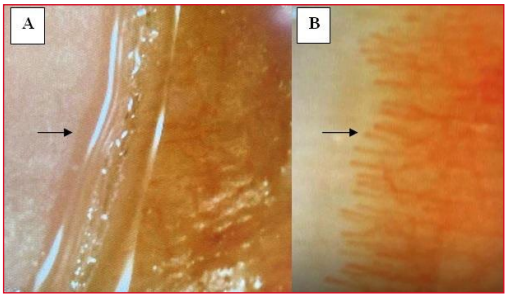


Tabla 1. Características clínicas entre los 2 grupos: IH y coherencia hemodinámica

Parámetro	Grupo incoherencia (media)	Grupo Coherencia (media)	
	N=13 (68.43%)	N=6 (31.57)	*p*
Edad años	58	41	0.04
Apache II puntos	19.08	19.67	0.92
SOFA puntos	7.62	7.58	0.94
Dosis de noradrenalina µg/k/m	0.11	0.15	0.42
FEY %	56	53	0.65
Índice cardiaco L/minuto/m^2	27	2.65	0.93
Índice diastólico de shock	1.35	0.87	0.02
Score de CapMic punto	0.3	0.75	<0.01
Lactato mmol/L	2	2.05	0.85

0324 SÍNDROME MEDIASTINAL A TUMOR DE CÉLULAS GERMINALES MIXTO. REPORTE DE CASO SECUNDARIO

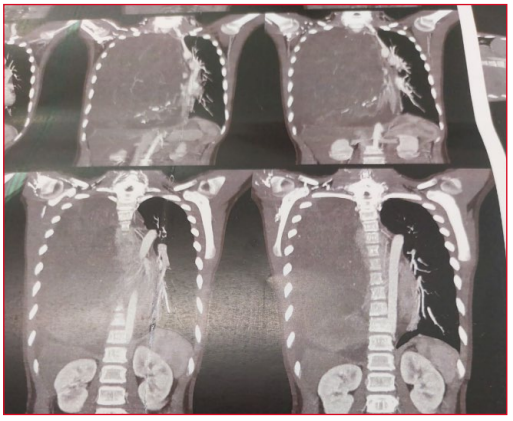
PD ECOS FERNANDEZ(1), T RENAULT(1), N SOLANO(1), J BENITEZ(1), C KLUN(1), J STEINER(1), D TURINA(1), MP ARIAS(1)
(1) HNRG

Introducción: El síndrome mediastinal es el conjunto de signos y síntomas resultantes de la compresión de uno o varios órganos del mediastino, por aumento de tamaño de los órganos que lo constituyen, o por compresión generada por estructuras contiguas. Aunque poco frecuente (3-5% de los cánceres en < 15 años), el tumor de células germinales es una de las causas de este síndrome. Considerando la escasa frecuencia y posibilidad de tratamiento, el objetivo de este trabajo es presentar el caso de un paciente que ingresó en la unidad de cuidados intensivos (UCIP) por cuadro de síndrome mediastinal secundario a un tumor gigante de células germinales.

Presentación de caso: Paciente de sexo masculino de 11 años, con diagnostico clínico de tumor de células germinales de 3 meses de evolución. Realizó 3 ciclos de quimioterapia, con descenso de "marcadores "tumorales (alfa-fetoproteína; gonadotrofina coriónica humana).Ingresa en la UCIP por evolución de la sintomatología compresiva con síndrome mediastinal(tos, disnea, precordialgia y dificultad respiratoria) Se realiza tomografía computada que muestra tejido heterogéneo de 15 x 17 x 23 cm con atenuación grasa y calcificaciones y desplazamiento mediastinal (imagen 1).Se realiza exéresis tumoral total por compresión mediastinal y colapso pulmonar derecho. Macroscópicamente se observa masa con paredes lobuladas y encapsuladas de color parduzco opalescente con zonas de hemorragia y necrosis (Imagen 2). .El estudio anatomopatológico informó, tumor mixto de células germinales con componente de teratoma inmaduro(benigno) y saco vitelino(maligno). En el posoperatorio requirió 10 días de ventilación mecánica y 3 días de inotrópicos(adrenalina: dosis máxima 0,4 y/kg/min y noradrenalina 0,5 y/kg/min). Egresa de UCIP a los 15 días con paresia de hemidiafragma derecho como única secuela.

Discusión: El síndrome mediastinal presenta múltiples etiologías (infecciosas, inflamatorias y tumorales) Conocer la anatomía patológica permite ajustar el tratamiento. En el caso presentado , la presencia de dos componentes histológicos generó progresión tumoral a pesar de descenso de marcadores, requiriendo resolución quirúrgica para su remisión completa.

Conclusión: El sme mediastinal tumoral es una urgencia oncológica, El abordaje multidisciplinario y reconocer el cuadro clínico en forma precoz permitirá el inicio temprano y adecuado del tratamiento disminuyendo secuelas y complicaciones.



0326 HEPATITIS HERPÉTICA: DIAGNÓSTICO TEMPRANO MEJORA LA RESPUESTA CLÍNICA. REPORTE DE CASO

A RAMÍREZ-AYALA(1), A RAMÍREZ-AYALA(2), P SAÚL(2), C DOMÍNGUEZ(2), Y HUARACHI-CHIRILLA(2), S CÁCERES(2), C VARGAS(2), V CHEDIACK(2), E CUNTO(2)
(1) Muñiz. (2) Hospital Muñiz

Introducción: La hepatitis por virus herpes simple (HSV) es una causa infrecuente pero grave de hepatitis fulminante (mortalidad >80% sin tratamiento) Se caracteriza por elevación extrema de transaminasas, fiebre y plaquetopenia, requiriendo aciclovir intravenoso precoz. Se presenta con mayor frecuencia en pacientes inmunocomprometidos y embarazadas.

Caso clínico: Hombre de 34 años. Antecedente: tuberculosis diseminada tratada desde octubre-2025 con rifampicina (R),isoniacida

(H),etambutol y pirazinamida, hasta el 12/12/2025, iniciando la fase de consolidación con R y H.
El 24/0/2026 ingresó a unidad de terapia intensiva(UTI) por dolor abdominal,fiebre, vómitos e ictericia de 4 días de evolución. Se realizó análisis de laboratorio (tabla1), anticuerpos anti HSV 1/2 IgG, reactivo >30 (rango 1.1-30), anticuerpos anti HSV1/2 IgM, reactivo 2.6 (rango 1.1 - 30). HIV no reactivo. Tomografía computada: hepatomegalia homogénea.
Se sospechó hepatitis herpética se inició tratamiento el 27/01 con aciclovir 30mg/kg/día (10 días), endovenoso. Evolucionó favorablemente, derivado a clínica médica. Gráfico 1. Evolución de TGP durante la internación en UTI.
Discusión: Debido al curso rápido y a menudo fatal, la hepatitis por HSV sigue siendo una emergencia infecciosa El gold standard para el diagnóstico de HSV es la reacción en cadena de la polimerasa en sangre (no contamos con ese método validado).
Conclusión: El VHS debe considerarse como etiología en la hepatitis y/o falla hepática aguda de etiología poco clara. La ausencia de lesiones cutáneas no la descarta. El inicio precoz de aciclovir es una intervención de alto impacto y puede ser determinante en la evolución clínica.

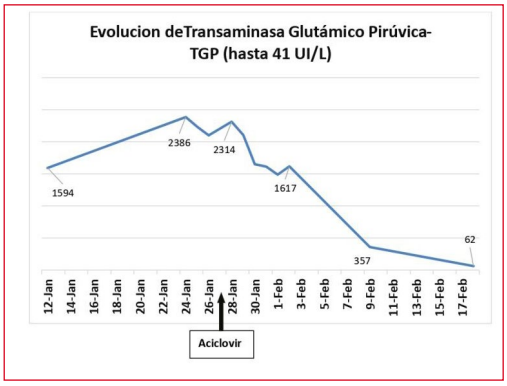


Tabla 1. Análisis de laboratorio durante el ingreso a UTI

		Valores hallados	Referencia
Hemoglobina		14,4	12,3-17,5 g/dL
Hematocrito		41	%
Plaquetas		208 x 10^3	150-409 x 10^3 células/mm^3
Leucocitos		4800	3,6-11 x10^3 células/mm^3
Tiempo de protrombina	Porcentaje	43	70-120
	Segundos	19,6	
Razón internacional Normatizada (RIN)		1,80	
Glucemia		91	70-100 mg/dL
Uremia		26	10-50 mg/dL
Creatinina		0,80	0,70-1,40 mg/dL
TGO		1100	Hasta 38 UI/L
TGP		2386	Hasta 41 UI/L
Bilirrubina total		8,7	Hasta 1 mg/dL
Bilirrubina directa		7,4	Hasta 0-0,4 mg/dL
Láctica deshidrogenasa		465	Hasta 250 UI/dL

0327 INFECCIÓN POR MYCOBACTERIUM BOVIS DISEMINADA: ENFERMEDAD POCO FRECUENTE. REPORTE DE CASO

A RAMÍREZ-AYALA(1), A RAMÍREZ-AYALA(2), L GONZALEZ(2), P SAÚL(2), Y LAMBERTO(2), I ÁVILA-FLORES(2), A GARCÍA-QUISPE(2), E CUNTO(2), V CHEDIACK(2)
(1) Muñiz. (2) Hospital Muñiz

Introducción: La enfermedad por Mycobacterium bovis (MB) se ha diagnosticado más frecuentemente en los últimos años y representa un riesgo de enfermedad zoonótica en humanos. Generalmente se adquiere a través del consumo de productos lácteos contaminados o no pasteurizados. Presenta resistencia natural a la pirazinamida y una posible asociación con la enfermedad extrapulmonar.
Caso clínico: Masculino de 22 años. Diagnóstico 9 meses previos, de micobacteriosis diseminada (pulmón, médula ósea y meníngea), por MB, diagnóstico realizado por identificación genotípica, con resistencia a pirazinamida, con tratamiento incompleto. Ingresó a unidad de terapia intensiva por síndrome meníngeo y hemiparesia braquio-crural izquierda, constatándose en la tomografía computada (TC) de cerebro con contraste: ventriculomegalia, hipodensidad de sustancia blanca periventricular frontal y en núcleo caudado derecho (fig.1A), sugestivas de vasculitis. Se realizó punción lumbar: presión de apertura 32 cmH2O, proteinorraquia 3.75g/L, glucorraquia 25mg/dl y 360 células/mm3 (81%polimorfonucleares). En TC de tórax se observó bullas biapicales, bronquiectasias y nodulillos circundantes (fig.1B). En el ecodoppler transcraneal (TCD), se observó velocidades normales en la cerebral media izquierda (fig.2 A) y elevadas en la arteria cerebral media derecha compatible con vasculitis (fig 2. B). Se inició isoniacida, rifampicina, levofloxacina, etambutol, linezolid y corticoides. Se otorgó alta a clínica el 10° día.
Discusión: La tuberculosis por MB plantea desafíos diagnósticos debido a que las técnicas habituales no permiten diferenciar especies dentro del complejo tuberculosis. La identificación mediante secuenciación genómica permite reconocer patrones de resistencia intrínseca, a pirazinamida y la modificación del esquema de tratamiento es vital para el éxito. El compromiso del sistema nervioso central asociado a vasculitis representa una forma clínica grave. En este contexto, el TCD emerge como una herramienta útil en la evaluación hemodinámica cerebral
Conclusión: La identificación del MB mediante identificación genotípica permite optimizar el tratamiento y evitar el uso de drogas ineficaces. En casos con compromiso del sistema nervioso central, la integración de herramientas diagnósticas como el TCD aporta información relevante. Este caso resalta la importancia del abordaje integral y la medicina de precisión en pacientes con micobacteriosis compleja.

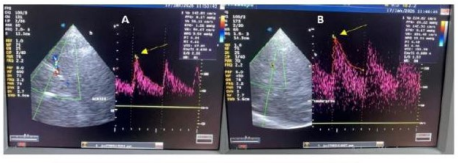


Fig 2-A. TCD velocidades normales en la cerebral media izquierda

Fig 2-B velocidades elevadas en la arteria cerebral media derecha compatible con vasculitis

[Escribir texto]

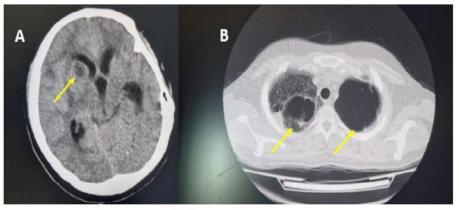


Fig. 1-A. TC de cerebro-corte axial

Fig. 1-B. TC de tórax-corte axial

0328 LA PARADOJA DEL OXIGENO:CUANDO EL TRATAMIENTO CONVENCIONAL ALIMENTA EL DANO

V GUZMAN(1), L ZELADA(1), R SALATINO(1), G LOPEZ(1), A QUIROGA(1), A BRIONES(1), D VAZQUEZ(1), C LOPEZ(1)
(1) Central

Introducción: La intoxicación por Paraquat presenta mortalidades superiores al 60-80%. Su toxicidad radica en un ciclo de óxido-

reducción que genera peroxidación lipídica sistémica y fibrosis pulmonar irreversible. Ante la ausencia de un antídoto, el éxito depende de la descontaminación precoz y la modulación inflamatoria.

Caso clínico: Femenina de 34 años con lesiones cáusticas orofaríngeas, dolor abdominal y vómitos. Inicialmente manejada por ingesta de sustancia desconocida (lavado gástrico y carbón activado). Evolucionó con insuficiencia respiratoria, edema laríngeo, neumotórax bilateral y fallo multiorgánico (FMO).

A las 48 horas, ante el deterioro clínico, se confirmó el antecedente de ingesta de Paraquat. Se inició terapia de reemplazo renal y soporte hemodinámico. La paciente progresó a fibrosis pulmonar severa, hipoxemia refractaria y shock distributivo, falleciendo pese a las medidas instauradas.

Discusión: El manejo del Paraquat desafía el soporte vital convencional. La "Paradoja del Oxígeno" obliga a metas de saturación limítrofes (88-92%) para no acelerar la fibrosis. La evidencia actual sugiere que la inmunosupresión agresiva (esteroides y ciclofosfamida) junto a depuración extracorpórea precoz (idealmente

Conclusión

La precocidad diagnóstica es el determinante pronóstico principal. El rol del intensivista es crítico en la implementación inmediata de protocolos de inmunosupresión y el manejo restrictivo del oxígeno.

0329 MÁS QUE UNA RESACA: GLICOLES, CONVULSIONES Y EL ARTE DE LA ETILTERAPIA

L RETA(1), A BRIONES(1), G VELAZCO(1), C CARRICONDO(1), H VITALE(1), L ZELADA(1), R SALATINO(1), G LOPEZ(1), JL SILVESTRE(1)
(1) Central De Mendoza

Introducción: La intoxicación por glicoles, aunque de baja incidencia epidemiológica, representa una emergencia toxicológica crítica con alta morbimortalidad si no se interviene precozmente. Su toxicidad deriva de metabolitos como el ácido glicólico y el oxálico, producidos por la alcohol deshidrogenasa, que desencadenan acidosis metabólica profunda y falla multiorgánica.

Presentación de Casos: Se analizan dos pacientes con ingresos críticos: Una mujer de 42 años que presenta amaurosis, convulsiones y rabdomiólisis grave (CPK 19.662 UI/L), y otra mujer de 65 años con deterioro de conciencia, inestabilidad hemodinámica y paro cardiorrespiratorio. Ambos compartieron una acidosis metabólica refractaria con Anión Gap elevado (27.4 Caso 2) y requerimiento de ventilación mecánica. Mientras el primero destacó por su neurotoxicidad recurrente y su diagnostico fue un desafio por desconocer la noxa causante, el segundo presentó hipocalcemia y cristales de oxalato de calcio en orina tras la ingesta de refrigerante, antecedente que refiere la familia. Ambos evolucionaron favorablemente tras recibir terapia de reemplazo renal (TRR) y, en el segundo caso, etilterapia por sonda nasogástrica.

Discusión: El eje diagnóstico fue la "ventana del Anión Gap": la transición de una brecha osmolar elevada a una acidosis con brecha aniónica aumentada. Un hallazgo clave fue el "falso lactato" (29 mmol/L en Caso 2), resultado de la interferencia del glicolato en ciertos analizadores, lo que debe alertar al clínico cuando no hay correlación con la perfusión.

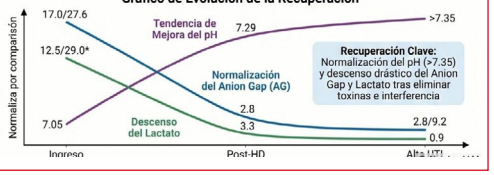
Conclusión: Ante trastornos de conciencia de etiología incierta y acidosis refractaria, la identificación de brechas y cristales de oxalato permite iniciar diálisis y etilterapia precoz, intervenciones determinantes para la supervivencia en ausencia de fomepizol.

Tabla Comparativa de Evolución Clínica

Parámetro	Caso 1: Ingreso	Caso 1: Post-HD	Caso 1: Alta UTI	Caso 2: Ingreso	Caso 2: Post-HD	Caso 2: Alta UTI
pH	7.05	7.29	7.49	7.05	7.19	7.38
pCO2 (mmHg)	26.7	37.6	34.1	33.0	48.6	55.4
HCO3 (mmol/L)	7.4	18.3	26.0	10.4	18.6	30.8
Anion Gap (AG)	17.0	14.4	2.8	27.6	17.4	9.2
Lactato (mmol/L)	12.5	5.1	3.3	29.0*	* 19.0	0.9

*Nota: El lactato de 29.0 en el Caso 2 al ingreso es un "falso lactato".

Gráfico de Evolución de la Recuperación



0330 ATRAPADA EN SU CUERPO: EL DESAFÍO DEL MUTISMO ACINÉTICO POST-TRASPLANTE

D BAFUMO(1), P GARRO(1), R SALATINO(1), L ZELADA(2), JL SILVESTRE(2)
(1) Hospital Central Mendoza. (2) Hospital Central

Introducción: La neurotoxicidad por inhibidores de la calcineurina (ICN) afecta al 10-30% de los receptores de trasplante hepático. Si bien el Síndrome de Encefalopatía Posterior Reversible (PRES) es la manifestación más reconocida, existe un espectro de toxicidad con niveles plasmáticos normales y neuroimagen negativa que representa un desafío diagnóstico en la Unidad de Terapia Intensiva (UTI).

Descripción del caso: Paciente femenina de 34 años con cirrosis autoinmune (Child C, MELD-Na 36) y cuadro de Acute-on-Chronic Liver Failure (ACLF) grado 2. Se realizó trasplante hepático ortotópico (TIF7hs), con evolución inicial favorable y extubación a las 24 horas. Al 7° día post-trasplante, bajo tratamiento con Tacrolimus (FK), inició un cuadro de labilidad.

emocional y disartria marcada, progresando rápidamente a mutismo acinético, anartria y sialorrea profusa. Se encontraba vigil, con apertura ocular espontánea y respuesta a órdenes simples (3/3), pero sin débito verbal.

Se descartaron causas orgánicas mediante TC, punción lumbar (negativa para infecciones) y dosaje de FK en rango terapéutico (8.6-9.7 ng/ml). La RMN de cerebro realizada durante el pico de los síntomas (Figura 1) no evidenció lesiones isquémicas ni signos de edema vasogénico compatibles con PRES.

Ante la sospecha de neurotoxicidad por ICN SNC-específica, el día 22° post-operatorio se decidió la suspensión del Tacrolimus y la rotación a Ciclosporina y Everolimus. Tras 48 horas del cambio de fármaco, la paciente presentó una recuperación neurológica notable, recuperando el habla y la conexión con el medio.

Discusión: La neurotoxicidad por Tacrolimus puede manifestarse con niveles plasmáticos en rango y RMN normal, sugiriendo una vulnerabilidad selectiva de la barrera hematoencefálica o toxicidad local.

En este caso, la focalidad en el lenguaje (anartria) simuló un evento vascular, pero la reversibilidad tras la rotación de la droga confirmó la etiología farmacológica.

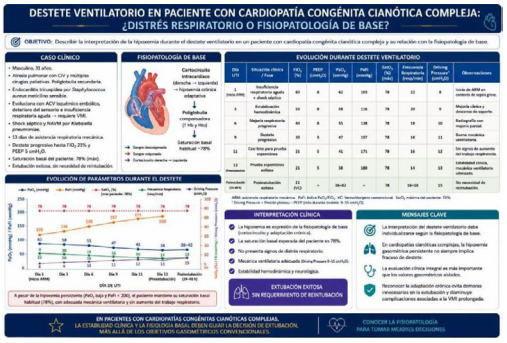
Conclusión: La ausencia de hallazgos en la neuroimagen no excluye la toxicidad por Tacrolimus. La rotación de ICN es una estrategia terapéutica eficaz ante la sospecha clínica para lograr la recuperación funcional sin comprometer el injerto.

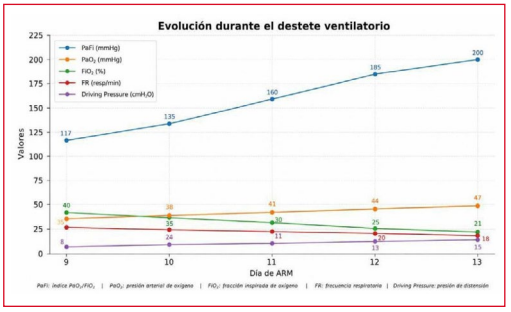
Imagen representativa del 14/11. Se observa ausencia de hiperintensidades en regiones parieto-occipitales y ganglios basales, descartando estructuralmente el síndrome de PRES pese a la severidad del cuadro clínico.

0331 DESTETE VENTILATORIO EN PACIENTE CON CARDIOPATÍA CONGÉNITA CIANÓTICA COMPLEJA: ¿DISTRÉS RESPIRATORIO O FISIOPATOLOGÍA DE BASE?

MA NAVARRO SALINAS(1)
(1) Instituto De Cardiologia De Corrientes

Introducción: El destete ventilatorio en pacientes con cardiopatías congénitas cianóticas complejas representa un desafío en terapia intensiva debido a la dificultad para interpretar parámetros gasométricos convencionales en presencia de hipoxemia crónica adaptativa. La aplicación estricta de criterios habituales de extubación puede conducir a prolongación innecesaria de la asistencia respiratoria mecánica y aumentar complicaciones asociadas.
Presentación de caso: Paciente masculino de 31 años con antecedentes de atresia pulmonar con comunicación interventricular y múltiples cirugías cardiovasculares paliativas, asociado a poliglobulia secundaria. Ingresó por endocarditis infecciosa tricuspídea por Staphylococcus aureus meticilino sensible, evolucionando con accidente cerebrovascular isquémico embólico, deterioro del sensorio e insuficiencia respiratoria aguda, requiriendo ventilación mecánica invasiva. Durante la internación desarrolló shock séptico y neumonía asociada a ventilación mecánica por Klebsiella pneumoniae.
Permaneció bajo asistencia respiratoria mecánica durante 13 días, con descenso progresivo del soporte ventilatorio hasta FiO_2 de 21% y PEEP de 5 cmH_2O. Durante el destete presentó PaFi entre 117-200 y PaO_2 entre 35-47 mmHg. ΔP 8-15 Sin embargo, presentaba saturación basal cercana al 80%, hemoglobina de 17 g/dl y hematocrito de 56%, compatibles con hipoxemia crónica adaptativa secundaria a cardiopatía cianótica compleja. A pesar de la persistencia de hipoxemia gasométrica, mantuvo adecuada mecánica ventilatoria y estabilidad clínica, logrando extubación exitosa sin requerimiento de reintubación.
Discusión: La interpretación del destete ventilatorio en pacientes con cardiopatías congénitas cianóticas complejas requiere comprender la fisiopatología basal y evitar extrapolar objetivos gasométricos convencionales. La presencia de cortocircuitos intracardíacos e hipoxemia crónica compensada condiciona valores persistentemente bajos de PaO_2 y saturación arterial que, fuera de contexto, podrían interpretarse erróneamente como fracaso de destete o distrés respiratorio persistente. En este caso, la estabilidad clínica, la adecuada mecánica ventilatoria y la ausencia de aumento del trabajo respiratorio permitieron interpretar la hipoxemia como expresión de adaptación fisiológica crónica y no como insuficiencia respiratoria activa.
Conclusión: La individualización de objetivos respiratorios y la valoración clínica integral resultan fundamentales durante el destete ventilatorio en pacientes con cardiopatías congénitas complejas. Reconocer la fisiopatología basal puede evitar retrasos innecesarios en la extubación y disminuir complicaciones asociadas a ventilación mecánica prolongada.





0332 REPORTE DE DOS CASOS FATALES POR HELCOCOCCUS KUNZII

Y LAMBERTO(1), Y LAMBERTO(2), P SAÚL(2), R GREGORISABELLI(2), C DOMÍNGUEZ(2), S CÁCERES(2), E CORTEZ(2), V CHEDIACK(2), E CUNTO(2)
(1) Muñiz. (2) Hospital Muñiz

Helcococcus kunzii (Hk) es un coco Gram positivo anaerobio facultativo. Existen pocos casos reportados en la literatura, pudiendo generar infecciones graves de piel, osteomielitis, abscesos, endocarditis, entre otros. Se presentan dos casos por Helcococcus kunzii ingresados a Terapia Intensiva que presentaron evolución desfavorable.
Caso clínico 1: Hombre de 54 años con antecedentes de neoplasia de colon, que requirió hemicolectomía derecha el 10/03. Reingresa por abdomen agudo el 21/03, se realiza laparotomía exploradora, se constata líquido libre en cavidad y hematoma abscedado en pared, desgarro de íleon terminal. Ingresa en el postoperatorio inmediato en shock séptico, con requerimiento de vasopresores y ventilación mecánica invasiva, laboratorio de ingreso (tabla 1), inicia piperacilina tazobactam y vancomicina. Óbito el día 22/03. Cultivo de líquido abdominal: Staphylococcus aureus y Helcococcus kunzii (sensible a Penicilina)
Caso clínico 2: Mujer de 84 años, con antecedentes de hipertensión arterial, reemplazo de válvula aórtica biológica, dislipidemia y obesidad. Diez días previos al ingreso presenta celulitis inguinal derecha, realizó tratamiento ambulatorio con amoxicilina/ácido clavulánico mas trimetoprima/sulfametoxazol. Evolución desfavorable. Ingresa el 06/01 con shock séptico a terapia intensiva, con falla renal, acidosis metabólica, requerimiento de ventilación mecánica invasiva y vasopresores e inicia piperacilina/tazobactam, vancomicina y clindamicina. Laboratorio de ingreso (tabla 1). Requiere desbridamientos seriados (Fig. 1-A y B), Se obtiene en cultivo de la muestras de piel y partes blandas: Helcococcus kunzii (sensible a penicilina/cefotaxima) y Morganella morganii sensible. Óbito el 28/01.
Discusión: Aunque el aislamiento de Hk es poco frecuente, se ha consolidado como un agente etiológico relevante en infecciones graves de piel y partes blandas, generalmente en contextos polimicrobianos. Dada su capacidad patógena, es fundamental la identificación y categorización correcta tras su aislamiento. Presenta un desarrollo óptimo en medios de cultivo convencionales y, según la

literatura actual, mantiene una alta sensibilidad a la penicilina y otros beta-lactámicos.
Conclusión: Resulta relevante la descripción de casos por este germen poco frecuente, dado la gravedad que pueden presentar las mismas, así como las coinfecciones poco comunes como por ejemplo con Morganella morganii. Evaluar los focos infecciosos, sensibilidad de los microorganismos, requerimientos de procedimientos quirúrgicos son vitales para la evolución.

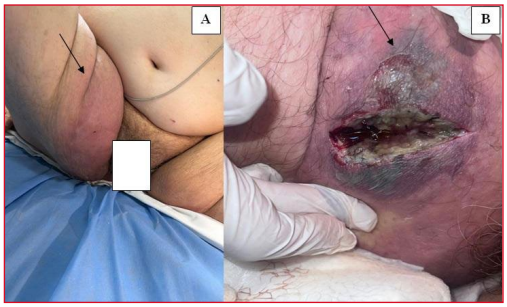


Tabla 1. Análisis de laboratorio de ingreso a terapia intensiva

	CASO N°1	CASO N°2	Referencia
Hematocrito	30	24	%
Plaquetas	160 000	222 000	150-409*10^3 µL
Leucocitos	17 000	21 700	3.6-11.0 *10^3 µL
Glucemia	114	106	70-100 mg/dl
Urea	41	214	10-50 mg/dl
Creatinina	2.21	4.46	0.70-1.40 mg/dl
AST[1]	22	28	hasta 38 UI/L
ALT[2]	18	15	hasta 41 UI/L
Sodio	135	124	135-145 mEq/L
Potasio	4	6.5	3.5-5 mEq/L

[1]AST: Aspartato aminotransferasa
[2]ALT: Alanino aminotransferasa

0335 FALLA HEPÁTICA AGUDA ASOCIADO A FIEBRE Y RASH MACULO PAPULAR

S GOMEZ PERTUZ(1), A GORNATI(1), V DESCALZI(1), L AGUIRRE(1), F KLEIN(1)
(1) Fundacion Favaloro

Introducción: La falla hepática aguda (FHA) es una entidad grave caracterizada por deterioro rápido de la función hepática, coagulopatía y encefalopatía en ausencia de hepatopatía previa. El 5,5% de los casos permanecen de etiología indeterminada.En estos pacientes, la indicación de trasplante hepático se basa en la gravedad clínica y criterios pronósticos, dado que la supervivencia postrasplante es similar a la de etiologías conocidas.
Presentación del caso: Paciente femenina de 50 años con antecedentes de enfermedad de Von Willebrand y trastorno depresivo. Consultó por cuadro de 11 días de evolución con rash máculopapular, fiebre, úlceras orales y conjuntivitis. Se toma biopsia de lesiones cutánea. Evolucionó con dolor lumbar intenso y laboratorio compatible con hepatitis aguda grave de etiología no filiada. Durante la internación presentó encefalopatía hepática grado II de rápida progresión e insuficiencia renal secundaria a necrosis tubular aguda, con requerimiento de terapia de reemplazo renal. La coagulopatía contraindicó la realización de biopsia renal. Ante cuadro de hepatitis fulminante se decidió inclusión en lista de emergencia para trasplante hepático, realizándose trasplante de donante cadavérico a las 24 horas. Se descartaron etiologías infecciosas y autoinmunes. El estudio histopatológico del explante evidenció necrosis hepática masiva en tanto la biopsia de piel presenta infiltrados con eosinofilos sugestivos de causa medicamentosa similar a un síndrome de DRESS
Discusión: La FHA de etiología indeterminada representa un desafío diagnóstico y terapéutico. Hasta el 46,9% de los casos inicialmente indeterminados pueden reclasificarse posteriormente, siendo frecuentes la toxicidad por paracetamol y las causas autoinmunes. La toma de decisión y el momento oportuno para el trasplante es crítico: su retraso aumenta el riesgo de falla multiorgánica, mientras que una indicación precoz puede ser innecesaria en casos con potencial de recuperación. La etiología pierde relevancia como predictor una vez realizado el trasplante.
Conclusión: El trasplante hepático es una estrategia adecuada en FHA de etiología indeterminada con criterios de mal pronóstico. La decisión debe basarse en la gravedad clínica y scores pronósticos, con resultados postrasplante comparables a etiologías conocidas.

0336 TROMBOSIS DE PRÓTESIS VALVULAR MECÁNICA: DOS ESCENARIOS CLÍNICOS Y ABORDAJE TERAPÉUTICO INDIVIDUALIZADO

ER AGUILAR HERRERA(1), MI PAEZ LLANOS(1), LLD VAZQUEZ MONTAÑEZ(1), GI TUHAY(1), F KLEIN(1)
(1) Fundacion Favaloro

Introducción: La trombosis de válvulas mecánicas es una complicación grave, asociada a anticoagulación insuficiente. El tratamiento puede incluir cirugía o trombólisis, según el riesgo clínico. Las estrategias trombolíticas a bajas dosis y las técnicas de imagen multimodal, como ecocardiografía transesofágica y tomografía cardíaca mejoraron el diagnóstico y manejo, aunque algunos escenarios requieren decisiones terapéuticas individualizadas.
Presentación del caso: Caso 1: Paciente femenina de 29 años con antecedente de fibrosis endomiocardica, fibrilación auricular, reemplazo valvular mitral mecánico y anticoagulación irregular, ingresada por insuficiencia cardíaca descompensada. El ecocardiograma transesofágico mostró inmovilidad de ambos discos protésicos, gradiente medio de 28 mmHg e insuficiencia severa compatible con trombosis protésica. Posteriormente presentó accidente cerebrovascular isquémico sin transformación hemorrágica. Debido al alto riesgo quirúrgico se realizó trombólisis sistémica con alteplasa a bajas dosis en infusiones seriadas, logrando descenso progresivo del gradiente hasta 4 mmHg, mejoría clínica y recuperación neurológica parcial, sin complicaciones hemorrágicas.
Caso 2: Paciente masculino de 63 años con reemplazo valvular aórtico mecánico y anticoagulación subóptima, clínicamente estable. El ecocardiograma mostró aumento significativo de gradientes e insuficiencia valvular, mientras que la tomografía cardíaca confirmó restricción de movilidad de un disco protésico por trombosis. Se realizó trombólisis con tenecteplasa en bolo único, con rápida normalización del ruido protésico, mejoría ecocardiográfica y resolución de la insuficiencia valvular, sin eventos hemorrágicos mayores.
Discusión: Ambos casos compartieron como principal factor predisponente la anticoagulación subterapéutica, aunque presentaron escenarios clínicos diferentes. En el primer caso, la trombólisis a bajas dosis permitió el tratamiento de una paciente con accidente cerebrovascular reciente y elevado riesgo quirúrgico, estrategia respaldada por estudios recientes como TROIA y PROMETEE. En el segundo caso, la trombólisis en bolo mostró rápida eficacia en un paciente estable. El uso de imagen multimodal resultó fundamental para confirmar el diagnóstico y orientar la conducta terapéutica.
Conclusión: La trombólisis sistémica puede representar una alternativa terapéutica eficaz en pacientes seleccionados con trombosis de prótesis valvulares mecánicas. La evaluación multidisciplinaria y el apoyo de imágenes multimodales son claves para individualizar el tratamiento.

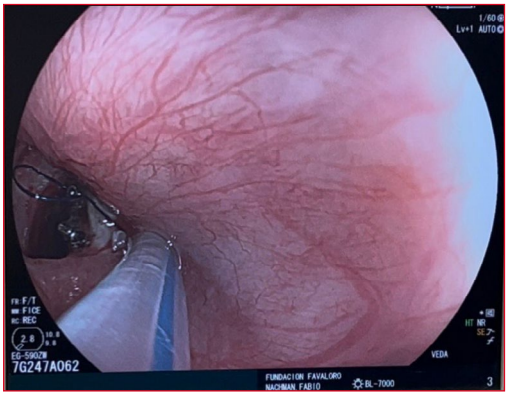
Comparación de casos

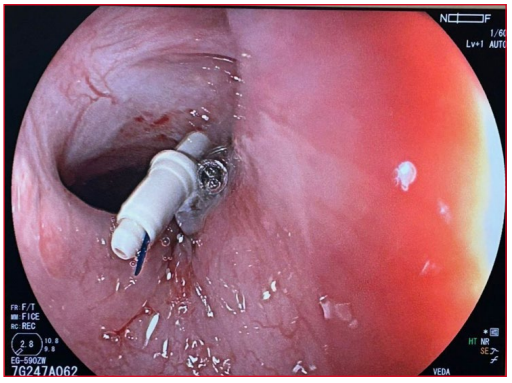
Variable	Caso 1	Caso 2
Edad	29 años	63 años
Válvula	Mitral	Aórtica
Presentación	IC + ACV	Asintomático
Diagnóstico	ETE + TC	ETT + TC
Tratamiento	Alteplasa seriada	Tenecteplasa bolo
Respuesta	Progresiva	Rápida

0337 DE LA SOSPECHA CLÍNICA AL CIERRE ENDOSCÓPICO: MANEJO DE UNA FÍSTULA TRAQUEOESOFÁGICA EN PACIENTE CRÍTICO. REPORTE DE UN CASO.

E JARAMILLO LUGO(1), M YEPEZ CARMONA(1), F NACHMAN(1), F YOCCO(1), F KLEIN(1)
(1) Fundacion Favaloro

Introducción: Las fístulas traqueoesofágicas son comunicaciones patológicas entre el esófago y la tráquea que, aunque poco frecuentes, pueden generar importante morbimortalidad. Se presentan en menos del 5% de los pacientes traqueostomizados y se asocian con mayor frecuencia a la presión excesiva del balón sobre la pared posterior traqueal, ya sea por hiperinsuflación o mala posición de la cánula. El abordaje terapéutico depende de criterios clínicos y anatómicos.
Presentación de caso: Paciente femenina de 65 años con EPOC, internada en UTI por progresión de su enfermedad, traqueostomizada por ARM prolongado y en lista de espera para trasplante unipulmonar. Evoluciona con distensión abdominal, aerorragia por SNG y enfisema subcutáneo cervical y torácico.
Se realiza videofibroendoscopía que evidencia, a nivel del segundo anillo traqueal, una fístula traqueoesofágica de 7 mm. Se reemplaza la cánula por una de mayor longitud, permitiendo la insuflación distal del balón y eventual cierre por segunda intención.
A los 30 días, la VEDA muestra persistencia de la fístula, con aumento a 3 cm, por lo que se decide cierre endoscópico mediante sistema de sutura (X-TACK y clips). El control a las 48 horas evidencia cierre completo con sutura indemne.
Discusión: La fístula traqueoesofágica adquirida es infrecuente. En este caso, la paciente presentaba múltiples factores de riesgo. La clínica, aunque inespecífica, debe generar sospecha diagnóstica.
El diagnóstico se confirma mediante estudios endoscópicos, fundamentales para caracterizar la lesión. La progresión del tamaño observada refleja la dificultad en su manejo.
Entre los diagnósticos diferenciales se consideraron otras causas de fuga aérea y enfisema subcutáneo, como barotrauma o lesión traqueal aislada.
El tratamiento debe individualizarse. Si bien las medidas conservadoras pueden ser útiles en defectos pequeños, las fístulas persistentes suelen requerir intervenciones más agresivas. En este contexto, las técnicas endoscópicas surgen como alternativa en pacientes seleccionados, especialmente con alto riesgo quirúrgico, con resultados prometedores.
Conclusión: La fístula traqueoesofágica es una complicación poco frecuente pero relevante en pacientes con vía aérea artificial prolongada. La sospecha clínica es clave para su diagnóstico precoz.
Las estrategias endoscópicas representan una opción terapéutica válida en pacientes seleccionados, destacando la importancia del abordaje interdisciplinario y la individualización del tratamiento.





0338 TUBERCULOSIS POSTRASPLANTE RENAL: TRANSMISIÓN INADVERTIDA DONANTE-RECEPTOR. REPORTE DE DOS CASOS

C OLIVA MARTINEZ(1), E LEDESMA(2), A VALLEDOR(1), J KLEIN(1), F KLEIN(1)
(1) Fundacion Favaloro. (2) Fundacion Favalro

Introducción: La tuberculosis (TB) en receptores de trasplante de órgano sólido es una complicación grave, asociada a elevada morbimortalidad (6–22%) a pesar del tratamiento. En el trasplante renal, aunque infrecuente, representa un riesgo significativo. Habitualmente se debe a reactivación de infección latente por inmunosupresión, aunque también puede transmitirse a través del órgano donado.
Presentación de casos: Se describen dos receptores de trasplante renal provenientes del mismo donante cadavérico, sin antecedentes ni signos clínicos de TB, que desarrollaron tuberculosis postrasplante.
El caso 1 corresponde a un paciente de 56 años con enfermedad renal crónica en hemodiálisis, sin evidencia pretrasplante de TB. A los 55 días presentó fiebre, dolor en injerto y síntomas generales. Inicialmente se realizó lavado broncoalveolar con reporte negativo, pero ante la persistencia clínica se repitió el lavado broncoalveolar, confirmándose TB por baciloscopía y PCR. A pesar del inicio de tratamiento antifímico y ajuste de inmunosupresión, evolucionó a shock séptico, falla multiorgánica y fallecimiento.
El caso 2, de 66 años con nefropatía por IgA, reingresó a los 38 días con fiebre y colección peri-injerto. Posteriormente se confirmó TB miliar con compromiso pulmonar asociada a aspergilosis. Evolucionó con múltiples complicaciones: hemorragia digestiva, insuficiencia respiratoria, shock séptico, pérdida del injerto, pancitopenia por probable infiltración medular y múltiples infecciones intrahospitalarias. Requirió soporte intensivo prolongado, falleciendo en evolución.

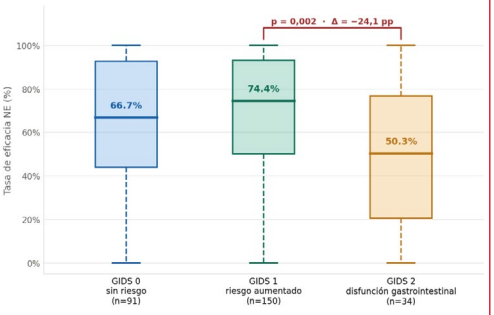
Discusión: La tuberculosis diseminada postrasplante renal es una complicación infrecuente, la transmisión derivada del donante, aunque rara, debe considerarse.
En los casos presentados, la aparición temprana de síntomas, la ausencia de infección previa en los receptores y la afectación del receptor contralateral sugieren transmisión a través del injerto. La presentación clínica fue inespecífica y los estudios iniciales negativos, lo que retrasó el diagnóstico.
Ambos pacientes desarrollaron formas graves y diseminadas, con evolución a shock séptico, falla multiorgánica e infecciones oportunistas, reflejando la alta complejidad del manejo en pacientes inmunosuprimidos críticos.
Conclusión: La aparición de TB en ambos receptores sugiere fuertemente transmisión a través del injerto. Estos casos resaltan la importancia de una alta sospecha clínica, la repetición de estudios diagnósticos ante resultados iniciales negativos y la necesidad de optimizar estrategias de tamizaje en donantes, especialmente en regiones endémicas.

0339 BRECHA ENTRE PRESCRIPCIÓN Y ADMINISTRACIÓN DE NUTRICIÓN ENTERAL EN PACIENTES CRÍTICOS: IMPACTO DE LA DISFUNCIÓN GASTROINTESTINAL CUANTIFICADA POR GIDS

E CATTAY(1), NC ROMERO(1)
(1) Instituto De Cardiología De Corrientes "Juana Francisca Cabral"

Introducción: Las guías ESPEN recomiendan iniciar la nutrición enteral (NE) precozmente y alcanzar 20–25 kcal/kg/día a partir del tercer día en el paciente crítico. La disfunción gastrointestinal (DGI), síndrome heterogéneo y frecuente en estos pacientes, compromete la tolerancia a la NE y amplifica el déficit calórico. El Gastrointestinal Dysfunction Score (GIDS) permite objetivar su severidad, aunque su relación con la tasa de eficacia de la NE —porcentaje de calorías administradas sobre las prescritas— permanece poco estudiada.
Objetivo: Analizar la asociación entre la tasa de eficacia de la NE y el grado de DGI medido por GIDS, ajustado por variables confundentes.
Métodos: Estudio observacional, longitudinal, prospectivo y unicéntrico (octubre 2025–marzo 2026). Pacientes ≥18 años con NE exclusiva y permanencia >72 h en UTI. Variables diariamente recolectadas (nivel días-paciente): síntomas gastrointestinales (COSMO-GI), puntaje GIDS y tasa de eficacia de NE. Análisis: Kruskal-Wallis con post-hoc de Bonferroni y modelo de efectos mixtos (LME-REML) ajustado por APACHE II y edad.
Resultados: Se incluyeron 50 pacientes con severidad moderada-alta (APACHE II 14 [IQR: 11–19]) y mortalidad hospitalaria del 36%. El 96% presentó riesgo nutricional (NRS 2002) y el 70% alto riesgo de mortalidad atribuible al déficit nutricional (NUTRICm ≥5). La NE se inició dentro de las 48 hs. en el 94%. En 35 pacientes con seguimiento de 7 días consecutivos (240 días-paciente), la media de eficacia fue 67,1%; el 57,1% no alcanzó el 70% de calorías indicadas. La brecha prescripción-administración se amplió del día 1 al 7 (4,56 vs. 6,48 kcal/kg/día; p<0,001); al séptimo día solo el 14,3% alcanzó la meta ESPEN (Tabla 1). El 42% presentó DGI (GIDS ≥2); la comparación post-hoc evidenció reducción de 24,1 puntos porcentuales entre GIDS 1 y GIDS 2 (74,4% vs. 50,3%; p=0,002; H=12,69; p global=0,005). El LME-REML confirmó la tendencia (β=−5,45 pp/unidad; IC95%: −11,1 a +0,2; p=0,058) (Figura 1).
Conclusiones: A partir de GIDS ≥2, la eficacia de la NE cayó 24,1 puntos porcentuales (p=0,002); al séptimo día, solo el 14,3% alcanzó la meta ESPEN. El GIDS demostró utilidad como herramienta objetiva de seguimiento diario, fundamentando su incorporación en la toma de decisiones de soporte nutricional en el paciente crítico.

Figura 1. Eficacia de la NE según grupo GIDS (n=276 observaciones días-paciente, 49 pacientes).



Barras: mediana; bigotes: mínimo–máximo. La caja representa el IQR (percentil 25–75); la línea interior es la mediana. La línea punteada indica el umbral de adecuación del 70%. La diferencia entre GIDS 1 y GIDS 2 fue estadísticamente significativa (p-Bonferroni=0,002; Δ=−24,1 pp). GIDS 3 (n=1) excluido del análisis comparativo.

Tabla 1. Prescripción, administración y logro de metas ESPEN — fase aguda de la enfermedad crítica (n=35, 240 obs. días-paciente).

Variable	Día 1 (n=32)	Día 3 (n=35)	Día 7 (n=35)	p†
Kcal/kg/día prescriptas Mediana [IQR]	**9,70** [7,84–15,82]	**16,23** [10,84–18,90]	**20,16** [14,44–24,20]	<0,0001‡
Kcal/kg/día administradas Mediana [IQR]	**5,33** [2,79–10,42]	**10,43** [6,76–14,31]	**12,61** [7,06–16,68]	0,0003‡
Brecha prescr-adm (kcal/kg/día) Mediana [IQR]	**4,56** [0,73–7,69]	**2,55** [0,95–6,93]	**6,48** [1,54–12,69]	<0,001§
Tasa de eficacia NE (%) Mediana [IQR]	**60,3** [28,4–100]	**77,8** [62,5–95,9]	**66,7** [44,4–86,4]	0,549†
Pacientes con indicación ≥20 kcal/kg, n (%)	4 (12,5%)	8 (22,9%)	**19 (54,3%)**	—
Pacientes con aporte ≥20 kcal/kg, n (%)	0 (0,0%)	4 (11,4%)	**5 (14,3%)**	—

†Friedman. ‡Comparación entre los tres días. §Wilcoxon pareado indicadas vs. administradas (p<0,001 en los tres puntos).
Peso Ideal Corregido como denominador para IMC≥30 kg/m².

0341 EVALUACIÓN DE VARIABILIDAD DE LA FRECUENCIA CARDÍACA Y CARGA DE ESTRÉS EN RESIDENTES DE TERAPIA INTENSIVA.

LF CRUZ VBALAREZO(1), C OLIVA MARTINEZ(1), G TUHAY(1), FR KLEIN(1)
(1) Fundacion Favaloro

Introducción: La residencia en terapia intensiva expone a los médicos a jornadas prolongadas, privación de sueño y elevada carga emocional, factores que favorecen estrés fisiológico y disfunción autonómica. La variabilidad de la frecuencia cardíaca (HRV) constituye una herramienta objetiva y no invasiva para evaluar el equilibrio entre el sistema nervioso simpático y parasimpático, permitiendo cuantificar el impacto del estrés ocupacional.
Objetivo principal: El objetivo principal de este estudio fue evaluar el nivel de estrés autonómico en residentes de Unidad de Terapia Intensiva (UTI), comparando parámetros de HRV y horas de sueño en condición preguardia y postguardia.
Métodos: Se realizó un estudio observacional prospectivo en 11 residentes de UTI. Se registraron mediciones de HRV en condiciones preguardia y postguardia mediante reloj inteligente junto con banda cardíaca torácica Polar H10, y análisis posterior con software Kubios HRV. Se analizaron las variables: frecuencia cardíaca media (Mean HR), rMSSD, SDNN, relación LF/HF y horas de sueño. Se excluyeron las mediciones catalogadas como "medición inadecuada", quedando 6 pares completos válidos para el análisis estadístico. Se compararon los valores preguardia y postguardia mediante pruebas de significancia estadística. Se compararon ambos períodos mediante análisis estadístico pareado, test de wilcoxon, considerando significativo un valor de p < 0,05.

Resultados: Las horas de sueño disminuyeron significativamente de preguardia a postguardia (6,16 h vs 2,0 h; p=0,00014). El rMSSD mostró una reducción significativa (71,3 ms vs 30,7 ms; p=0,040), al igual que el SDNN (68,3 ms vs 38,2 ms; p=0,027), reflejando menor variabilidad cardíaca y menor recuperación parasimpática. La relación LF/HF aumentó significativamente en postguardia (1,21 vs 2,48; p=0,044), indicando mayor predominio simpático. La frecuencia cardíaca media no presentó diferencias estadísticamente significativas (85,8 lpm vs 76,2 lpm; p=0,19).
Discusión: Estos hallazgos demuestran que la condición postguardia se asocia a mayor estrés autonómico, privación de sueño y menor capacidad de recuperación fisiológica. La disminución de HRV observada sugiere una sobrecarga cardiovascular relevante en los residentes de UTI.
Conclusiones: Se concluye que las guardias prolongadas generan un impacto fisiológico medible sobre los médicos residentes, favoreciendo fatiga y estrés autonómico. La HRV representa una herramienta útil para objetivar estrés ocupacional y podría emplearse como marcador de riesgo y bienestar laboral.

Variable	Preguardia	Postguardia	p valor	Significativo
Horas de sueño	6.16 h	2.00 h	0.00014	Sí
rMSSD	71.3 ms	30.7 ms	0.040	Sí
SDNN	68.3 ms	38.2 ms	0.027	Sí
FC media	85.8 lpm	76.2 lpm	0.19	No
LF/HF ratio	1.21	2.48	0.044	Sí

0342 CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y DE EVOLUCIÓN DE PACIENTES CRÍTICOS CON NUTRICIÓN PARENTERAL TOTAL

BJ MARTINEZ(1), J KLEIN(1), F YOCCO(1), F KLEIN(1)
(1) Fundacion Favaloro

Introducción: La nutrición parenteral total (NPT) es una estrategia de soporte nutricional en pacientes críticos cuando la vía enteral no puede utilizarse, está contraindicada o resulta insuficiente. Su empleo se asocia con complicaciones infecciosas y metabólicas relevantes.
Objetivo: Describir las características clínicas, nutricionales y evolutivas de pacientes críticos con registro de NPT o indicación vinculada a NPT en una unidad de terapia intensiva.
Materiales y métodos: Se realizó una serie de casos retrospectiva en nuestra UTI. Se incluyeron 38 pacientes admitidos entre mayo 2022 y diciembre de 2025. Se relevaron variables basales, indicación de NPT, evolución clínica, complicaciones y desenlaces. Las variables categóricas se expresaron como frecuencias y porcentajes, y las continuas como media y desvío estándar o mediana y rango intercuartilo, según correspondiera. Los porcentajes se calcularon sobre los casos con información disponible para cada variable.
Resultados: La edad media fue de 58,3 ± 13,2 años y el 31,6% de los pacientes fueron mujeres. Predominaron los ingresos quirúrgicos y las comorbilidades cardiovasculares. La indicación de NPT pudo identificarse clínicamente en 26 de 38 pacientes (68,4%). Las causas más frecuentes fueron síndrome de intestino corto o falla intestinal, imposibilidad de utilizar la vía enteral u oral, y desnutrición o aporte insuficiente. La NPT se inició en la UTI en 26 de 38 pacientes (68,4%). La sepsis fue el único evento infeccioso registrado en forma sistemática y ocurrió en 13 de 32 pacientes (40,6%). Entre los casos con microbiología disponible, 13 de 31 (41,9%) presentaron aislamientos positivos, todos bacterianos. El foco abdominal predominó y estuvo presente en 8 de los 13 episodios infecciosos documentados (61,5%). Las alteraciones metabólicas se registraron en el 47,4% de los pacientes, con predominio de hiperglucemia.
Conclusiones: En esta serie, la NPT se indicó en casos con predominio de patología quirúrgica e indicaciones clínicamente identificables. La frecuencia de sepsis y alteraciones metabólicas resalta la necesidad de un monitoreo clínico y bioquímico estrecho. La estandarización del registro clínico, nutricional y microbiológico podría mejorar la vigilancia de complicaciones y la calidad de la información para futuras investigaciones.

0343 HIGIENE HOSPITALARIA (HH) E INFECCIONES POR BACILOS GRAM NEGATIVOS MULTIRRESISTENTES (BGNMR) EN ÁREA CRÍTICA.

V MÉNDEZ, D ROMERO(1), J HERTZ(1), C DELUCA(1), A BRIZUELA(1), T GONAZLEZ BAUER(1), F LANDABURU(1), E RODRIGUEZ(1)
(1) Sanatorio Julio Mendez

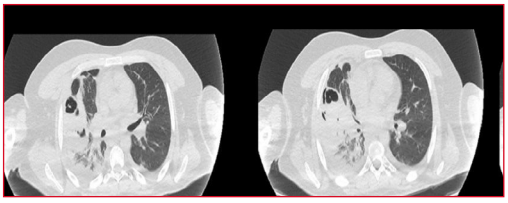
Introducción: La limpieza del ámbito hospitalario es esencial para reducir las infecciones asociadas al cuidado de la salud (IACS), ya que ayuda a evitar la transmisión de patógenos. Los programas de limpieza hospitalaria incluyen educación al personal como herramienta fundamental para lograr una mejora.
Objetivos: Evaluar la calidad de la HH luego de la implementación de un programa de capacitación al personal de limpieza (PL) en un área crítica y relacionar estos resultados con las infecciones por BGNMR.
Material y métodos: Estudio descriptivo prospectivo de HH desde 01/2024 a 12/2025. Se realizaron: controles de limpieza de superficies con marcador luminiscente, devolución de resultados y capacitación al PL. Temas incluidos: higiene de manos, equipo de protección personal, aislamientos y técnica de limpieza. Año 2024: curso presencial y virtual con 169 participantes y 2025 curso presencial con 56 participantes y 2 videos distribuidos por redes.
Se incluyeron los casos de infecciones por BGNMR productores de carbapenemasas y A. baumanii XDR.
Análisis de datos: SPSS 26.0, prueba T para muestras independientes. Chi2 para variables nominales.
Resultados: La media de superficies no visibles en área crítica (AC) fue de 59,2 en 2024 vs 76,2 en 2025 (P= 0.015), Tabla 1: adherencia a la limpieza (%) según tipos de superficies. La incidencia de infecciones por BGNMR fue de: 4,6/100 pacientes/ingresados 2024 vs 4,3/100 pacientes/ingresados 2025.
Microorganismos: K. pneumoniae 75,5 %, A. baumanii 18,2 %, P. aeruginosa 2,3 %, E. cloacae 4,5 %, E. coli 2,3 %, P. stuartii 2,3 %, sin diferencias significativas en los 2 períodos.
Conclusiones: Hubo una mejora en la limpieza de superficies estadísticamente significativas durante el 2025. En los resultados según tipo de superficie el aumento en promedio fue de 27,6 %. Observamos una leve disminución de la incidencia de infecciones, sin diferencias significativas en el número en los 2 períodos.
Es fundamental continuar trabajando para lograr una adherencia en la limpieza mayor al 90%, como uno de los factores esenciales para disminuir las IACS.

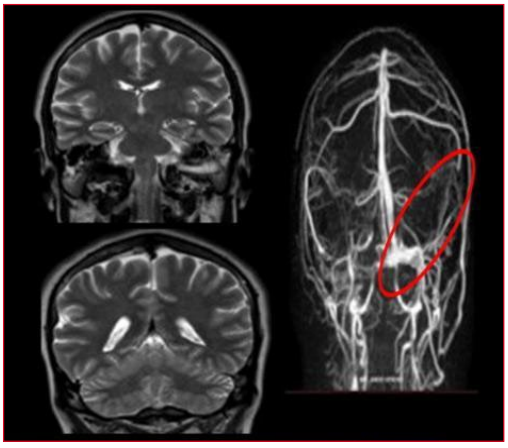
	2024 (%)	2025 (%)
Baranda	75	**90**
Pie suero	100	85
Mesa luz	74	**95**
Mesa comer	64	84
Panel	36	64
Biombo	23	63
Picaporte	33	83
Toallas de papel	25	80
Inodoro	56	74
Pileta	87	**93**
Jabón	53	73
Interruptor luz	36	67

0345 DE LA MASTOIDES AL PULMÓN: CRÓNICA DE UNA TROMBOFLEBITIS YUGULAR POR SAMR

C GARNERO(1), ML ORTIZ(1), S HEALY(1), JA GARCÍA(1), J ARROYO(1), E JIMENEZ(1), S KAMBOURIAN(1), N SOUZA(1), JA RIVAS(1), M CALANI(1), M BERMEO(1), M RAGAZZOLLI(1), C BALASINI(2)
(1) Pirovano. (2) San Martin - Pirovano

Caso clínico: Paciente masculino de 26 años, con antecedentes de fisura palatina corregida y otitis media recurrente, consulta por otalgia izquierda, otorrea purulenta y fiebre. La TC de peñascos confirma mastoiditis izquierda con erosión ósea; la angioRMN venosa evidencia trombosis del seno transverso y sigmoideo, y la TAC con absceso pulmonar por embolias sépticas. ETE normal. Se inicia vancomicina y ceftriaxona. El 6/03/26 se realiza mastoidectomía radical con hallazgo de colesteatoma. Pese al escalamiento antibiótico (daptomicina, meropenem, rifampicina, linezolid), la fiebre y leucocitosis persisten. En la TAC se observa progresión a múltiples abscesos y posterior a eso empiemas pleurales bilaterales. El ecodoppler confirma trombosis extensa de la vena yugular interna izquierda, procediéndose a su ligadura quirúrgica. Los cultivos aíslan Staphylococcus aureus meticilino resistente (SAMR). Posteriormente requiere VATS y avenamiento pleural.
Discusión: Debería realizarse la ligadura de la vena yugular?
El cuadro configura una tromboflebitis séptica otogénica asimilable a una variante del síndrome de Lemierre. La decisión de ligar la vena yugular interna no es uniforme en la literatura y genera debate.
Por un lado la trombosis venosa actúa como reservorio activo e bacteriemia por SAMR, con fracaso ATB. La progresión de las lesiones pulmonares indicaba que el foco, no estaba controlado. Estudios en Lemierre otogénico avalan la ligadura ante tromboflebitis refractaria.
Por otro lado, la anticoagulación y el ATB son el estándar de tratamiento; varios reportes muestran resolución sin cirugía vascular y la cirugía conlleva a riesgos como lesiones de pares craneales, síndrome de Horner, linfedema facial y trombosis retrógrada.
Conclusión: En este caso la ligadura estuvo justificada: bacteriemia refractaria a múltiples esquemas, SAMR con alto potencial embólico y progresión multiterritorial. El control del foco en infecciones graves por SAMR es un proceso continuo y escalonado —mastoidectomía, ligadura yugular, drenaje pleural— que exige abordaje multidisciplinario e intensivo. La evolución fulminante en un paciente joven sin comorbilidades subraya que ninguna edad confiere inmunidad ante este patógeno.





0346 REPORTE DE CASO: SÍNDROME URÉMICO HEMOLÍTICO ATÍPICO ASOCIADO A MUTACIÓN DEL COMPLEMENTO

D CABALLERO SANCHEZ(1)
(1) Clinica El Castaño

Introducción: El síndrome urémico hemolítico atípico (SUHa) tiene una prevalencia de 0,5-2 casos/millón de habitantes y se caracteriza por manifestaciones secundarias a microangiopatía trombótica. Se presenta el caso de una paciente adulta con respuesta subóptima a pulsos de corticoides y plasmaféresis, hasta su remisión con eculizumab.
Presentación del caso: Paciente de 23 años con antecedentes de obesidad y tabaquismo, consultó por astenia y cefalea de 7 días de evolución. Presentaba injuria renal y parámetros de hemólisis (tabla 1), por lo que inició hemodiálisis intercalada con plasmaféresis y pulsos de corticoides, con mejoría inicial y posterior recaída. Evolucionó con internación prolongada en terapia intensiva, hipertensión arterial sostenida y diarrea crónica. Se solicitó eculizumab tras obtener actividad de ADAMTS13 del 70% y detectar mutación c.1337-2A>T en el gen CFH, confirmando SUHa. El anti-C5 se inició a los dos meses de internación debido a demoras en la provisión por parte de la obra social, con rápida mejoría clínica y hematológica tras su administración (tabla 2). A los 3 años de seguimiento presentó un filtrado glomerular estimado de 33 mL/min/1,73m², sin recaídas.
Discusión: El SUHa es una entidad rara y potencialmente mortal causada por activación descontrolada del complemento. Aunque el compromiso renal es predominante, otros órganos pueden verse afectados, como en este caso (cefalea, hipertensión arterial sostenida y diarrea). La diferenciación entre SUHa y púrpura trombocitopénica trombótica se realiza mediante la actividad de ADAMTS13, habitualmente conservada en el SUHa. Las mutaciones del gen CFH se asocian a peor pronóstico y elevada recurrencia postrasplante. Los inhibidores de C5, como eculizumab y ravulizumab, han modificado significativamente el pronóstico de la enfermedad; sin embargo, su alto costo suele retrasar el acceso al tratamiento. Si bien distintos estudios demostraron mejores desenlaces renales con el inicio precoz del tratamiento, aquí se observó una recuperación clínica sostenida aun tras demoras prolongadas en su administración.
Conclusión: Se presenta un caso de SUHa asociado a mutación del complemento con evolución favorable y sin recaídas a largo plazo, pese al inicio tardío de eculizumab, resaltando aún así la importancia del diagnóstico temprano para mejor beneficio clínico del temprano inicio con anti-C5.

Estudio	Resultado	Estudio	Resultado	Estudio	Resultado
Hb	5,1	Creatinina	5,64	Amilasa	50,3
Hto	15,7	Ionograma	141/4/105	Lipasa	15
GB	8200	Bilirrubina	5,91	TP	14
L	16	Indirecta	4,15	KPTT	28
E	4	Directa	1,76	Sedimento de orina	
M	1	Gases art	7,36/28,6/16,7	Prot	+++
N	79	GOT/GPT	28/26	Hb	+++
B	0	FAL/GGT	159/14	Hematies	3-5
Plaquetas	75000	LDH	1549	Cilindros granulosos	+

Tabla1.Principales parámetros en la analítica de ingreso.

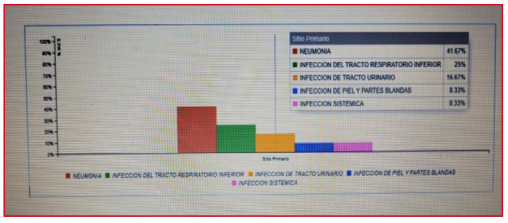
	28/09	29/09	03/10	11/10	12/10	18/10	18/10	08/11	18/11	24/11	29/11	08/12
Hb	4,1	7,6	7,2	7,4	6,8	6,5	6,7	7,5	8,3	7,9	8,4	8
Hto	12,5	22,8	22,3	23,9	22	20,6	22	22	24	22,9	24,9	23,5
Plaquetas	78000	78000	98000	97000	62000	51000	159000	84000	66000	93000	119000	173000
LDH	1420	1378	556	884	889	940	488	511	922	666	655	550
Creatinina	5,82	5,31	4,57	3,48	4,9	6,33	5,33	5,13	3,9	3,3	2,99	2,9
Urea	162	129	97	83	123	144	98	78	80	44	38	36
Na	138	138	137	138	139	137	137	138	135	136	136	138
K	3,71	3,5	2,64	3,94	3,48	4,8	3,08	3,1	3,5	2,9	3,4	3

Tabla2.Evolución del laboratorio. En rojo día de inicio de eculizumab.

0347 EPIDEMIOLOGÍA DE LAS INFECCIONES TRACTO URINARIO EN HOSPITAL REHABILITACIÓN

OR GALLINI(1), MM BALDA(1), MJ LOMBARDI(1), JA MAZZONE(1), F COCCHIARALE(1), CL AVILA(1), M YEZZI HERRERA(1)
(1) El Dique

Introducción: Las infecciones asociadas al cuidado de la salud (IACS) constituyen una de las principales complicaciones durante la internación prolongada, especialmente en pacientes críticos expuestos a procedimientos invasivos. Dentro de ellas, las infecciones del tracto urinario asociadas a catéter urinario (ITU-CU) representan una causa frecuente de morbimortalidad, aumento de costos y prolongación de la estancia hospitalaria.
Objetivo: Analizar la epidemiología de las infecciones del tracto urinario asociadas a catéter urinario en pacientes internados en la Unidad de Cuidados Intensivos de un hospital de rehabilitación neuro-ortopédica.
Materiales y métodos: Se realizó un estudio retrospectivo, observacional y descriptivo.
Población: pacientes internados en Unidad de Cuidados Intensivos.
Período de estudio: enero 2025 a diciembre 2025.
Fuente de datos: registros del Programa VIHDA e historias clínicas institucionales.
Variables analizadas:
• episodios de IACS
• infecciones urinarias asociadas a catéter urinario
• utilización de catéter urinario
• microorganismos aislados.
• perfil de sensibilidad antimicrobiana
Se utilizaron criterios diagnósticos de vigilancia epidemiológica establecidos por Programa VIHDA.
Resultados: Durante el período analizado se registraron 12 episodios de IACS.
Distribución por sitio primario:
• Neumonías: 41,7%
• Infecciones del tracto respiratorio inferior: 25%
• Infecciones urinarias: 16,7%
• Piel y partes blandas: 8,3%
• Sepsis sin foco: 8,3%
Tabla 1 Episodios de IACS.
El índice de utilización de catéter urinario fue de 9.4%, Tabla 2.
La densidad de incidencia de ITU asociada a catéter urinario fue de 6,78‰.
Tabla 3 Tasa de IACS por procedimiento.
Se identificó 1 aislamiento microbiológico asociado a ITU-CU, correspondiendo a Escherichia coli.
Discusión: La tasa observada de ITU-CU resultó levemente superior a la reportada en UCIs polivalentes del Programa VIHDA. Sin embargo, este hallazgo debe interpretarse considerando las características particulares de la institución.
Conclusiones: 1. La tasa de ITU-CU observada refleja la vulnerabilidad de pacientes en rehabilitación neuro-ortopédica con internaciones prolongadas.
2. El perfil microbiológico identificado resalta la importancia de mantener vigilancia epidemiológica continua y seguimiento de sensibilidad antimicrobiana.
3. Resulta prioritario reforzar medidas preventivas no farmacológicas.
Bibliografía: Reporte anual VIHDA 2022. Programa Nacional de Epidemiología y Control de Infecciones Hospitalarias.



0348 CRISIS METABÓLICA POR TIROSINEMIA TIPO I CON POLINEUROPATÍA AXONAL SEVERA EN TERAPIA INTENSIVA PEDIÁTRICA: REPORTE DE CASO

G LENARDUZZI(1), P MISSIO(1)
(1) Sanatorio Allende

Introducción: La tirosinemia tipo I es un error innato del metabolismo poco frecuente, asociado a compromiso hepatorrenal y crisis neurológicas graves. La nitisinona es su tratamiento específico, inhibiendo una enzima proximal del catabolismo de la tirosina y reduciendo la formación de metabolitos tóxicos, por lo que su interrupción puede precipitar descompensaciones severas. Se presenta un caso de crisis metabólica con insuficiencia renal aguda, encefalopatía, polineuropatía axonal severa y ventilación prolongada.
Presentación del caso: Paciente femenina de 10 años, 45 kg, con tirosinemia tipo I en tratamiento crónico con nitisinona. Posterior a traumatismo en rodilla derecha presentó dolor progresivo, impotencia funcional, vómitos y dolor abdominal. En ese contexto suspendió su medicación habitual durante 4 días. Evolucionó presentando crisis convulsiva tónico-clónica generalizada, depresión neurológica e insuficiencia renal aguda, requiriendo intubación, asistencia respiratoria mecánica y traslado a la unidad de cuidados intensivos pediátricos. Al ingreso, se constató encefalopatía, abolición del reflejo tusígeno y tetraparesia flácida arrefléxica con hiperalgesia distal. La resonancia cerebral no evidenció lesiones. La resonancia medular mostró realce leve de cauda equina. Se tomó muestra de líquido cefalorraquídeo el cual no presentó hallazgos inflamatorios significativos. La electromiografía fue compatible con polineuropatía axonal severa. En su medio interno evidenció falla renal aguda no oligúrica. Se optimizó tratamiento metabólico con aumento progresivo de nitisinona, carnitina y soporte nutricional específico libre de tirosina/fenilalanina, con maltodextrina y triglicéridos de cadena media, orientado a evitar hipercatabolismo. Requirió ventilación

mecánica prolongada por debilidad neuromuscular, por lo que requirió traqueostomía. Evolucionó con recuperación progresiva de la función renal, control parcial del dolor neuropático y rehabilitación interdisciplinaria.
Discusión: El caso muestra una crisis metabólica por tirosinemia tipo I con compromiso multiorgánico y neuromuscular severo. La literatura disponible es escasa y se describen como crisis neurológicas similares a crisis porfíricas, particularmente ante interrupción de nitisinona.
Conclusión: En pacientes con tirosinemia tipo I, la interrupción de nitisinona puede asociarse a crisis neurometabólicas graves. La restitución precoz del tratamiento, la prevención del catabolismo y el abordaje interdisciplinario son claves en terapia intensiva pediátrica

0349 BILIRRUBINA Y LOS NUEVOS PUNTOS DE CORTE DEL SCORE "SOFA-2": ¿RESULTAN DE MAYOR PODER PREDICTIVO DE MORTALIDAD EN SEPSIS?

M MASSOLA(1), F FORCHINO(1), J DALVIT(1), ME TORRES(1), J CASELLA(1), V YUNES(1), C YORLANO(1), MF IRRUTIA(1), G PRADENAS(1), V PETACCIA(1), P ALBO(1), J VILLEGAS(1), ML LUJÁN(1), M MARENGO(1), JM GÓMEZ PORTILLO(1), F KURBÁN(1)
(1) El Carmen

Introducción: El análisis del nuevo score "SOFA-2" mostró mejor discriminación para mortalidad respecto al original, y en caso del sub-score hepático (bilirrubina total, BT) se establecieron distintos puntos de corte en las dos categorías inferiores, donde se podría detectar gravedad más tempranamente.
Objetivos: Primario: comparar capacidad predictiva de mortalidad a 28 días de la categoría 1 de BT de los scores SOFA-1 versus SOFA-2. Secundarios: A) Comparar dicha capacidad predictiva con la de sus registros a las 72 horas. B) Evaluar asociación de BT al ingreso con días de ARM y días de internación (DDI) en UTI.
Metodología: Estudio analítico observacional, retrospectivo, monocéntrico. Inclusión: mayores de 18 años internados en UTI con diagnóstico de sepsis. Registro de BT en sangre al ingreso y a las 72 horas. Exclusión: hepatopatía previa y foco séptico hepatobiliar. Regresión de Cox univariado y multivariado. Valor predictivo por AUC-ROC; curvas de supervivencia (Kaplan-Meier). Asociación de BT al ingreso con días ARM y DDI: correlación de Spearman.
Resultados: Población: 320 pacientes (Bt >1.1 mg/dl: 23.1%). Ingreso: Cox Univariado: Cat1-S1: HR: 1.70 (IC95%: 1.05-2.77; p= 0.032). Cat1-S2: HR: 1.90 (1.22-2.95; p= 0.004). Cox Multivariado (edad y APACHE II): Cat1-S1: HR: 1.61 (0.99-2.62; p= 0.056). Cat1-S2: HR: 1.82 (1.17-2.83; p= 0.008). A las 72 hs: Cox Univariado: Cat1-S1: HR: 2.06 (1.10-3.86; p= 0.024). Cat1-S2: HR: 1.77 (1.04-3.01; p= 0.035). Cox Multivariado: Cat1-S1: HR: 2.47 (1.32-4.65; p= 0.005). Cat1-S2: HR: 1.93 (1.13-3.29; p= 0.0157). Asociación BT ingreso/días ARM: Spearman: -0.0378 (p=0.485). Asociación BT ingreso/DDI: Spearman: -0.0326 (p=0.548). Python 3.
Conclusiones: Si bien los niveles inferiores de hiperbilirrubinemia en sepsis tienen un evidente poder predictivo de pronóstico en ambos scores a las 72 horas, lo más relevante de nuestro análisis es que, al ingreso y de manera temprana, la categoría 1 del nuevo sub-score hepático del "SOFA-2" identifica mejor a los pacientes con mayor riego de muerte a 28 días que la versión original. No hubo asociación entre BT al ingreso y días de ARM o de internación en nuestra población.

0350 CREATININA COMO SUB-SCORE RENAL Y EL NUEVO "SOFA-2" EN SEPSIS: ¿TENEMOS MAYOR VALIDEZ PREDICITVA?

F FORCHINO(1), J DALVIT(1), M MARTINA(1), ME TORRES(1), J CASELLA(1), V YUNES(1), C YORLANO(1), MF IRRUTIA(1), G PRADENAS(1), V PETACCIA(1), P ALBO(1), J VILLEGAS(1), ML LUJÁN(1), M MARENGO(1), JM GÓMEZ PORTILLO(1), F KURBÁN(1)
(1) El Carmen

Introducción: El nuevo score SOFA-2 ha modificado las categorías del score original con motivo de una mejor alineación de las fallas orgánicas con el pronóstico, entre ellas las del sub-score renal. ¿Es el valor aislado de la creatinina o su dinámica de elevación lo que posee mayor poder predictivo? ¿Es la creatinina lo que determina mejor el pronóstico como sub-score renal?
Objetivos: Primario: Comparar poder predictivo de mortalidad a 28 días de las categorías 3 y 4 del sub-score creatinina al ingreso de los scores SOFA-1 versus SOFA-2. Secundarios: a) Evaluar asociación de aumento de 0.3 mg/dl de creatinina en 24 horas y mortalidad a 28 días; b) Evaluar asociación de creatinina al ingreso y días de ARM y estadía (DDI) en UTI.
Metodología: Estudio observacional, retrospectivo, monocéntrico. Inclusión: mayores de 18 años internados en UTI con diagnóstico de sepsis. Registro de creatininemia al ingreso y 48 horas. Exclusión: IRC. Regresión de Cox univariada y multivariada. Comparación de valor predictivo por AUC-ROC y curvas de supervivencia (Kaplan-Meier). Asociación de creatininemia con días ARM y DDI: correlación de Spearman. Python 3.
Resultados: Población 337 pacientes (IRA: 54%). Cox Univariado: Cat 3+4 S1 (12.4%): HR: 0.82 (IC95%: 0.45-1.47; p= 0.495). Cat 3+4 S2 (28.2%): HR: 1.57 (1.04-2.38; p= 0.032. Cat3 S2: HR: 0.80 (0.45-1.44; p= 0.47). Cat4 S2 (TRR): HR 1.51 (0.98-2.32; p= 0.06). Elevación Cr 0.3 (52.7%): HR: 1.91 (1.23-2.97; p= 0.0043). Cox Multivariado: Cat4 S2 (TRR): HR 1.58 (0.99-2.51; p= 0.055); AUC-ROC 0.571. Elevación Cr 0.3: HR: 1.89 (1.20-2.99; p=0.006); AUC-ROC: 0.597. Creatinina ingreso y días ARM: Spearman -0.085; p= 0.115. Creatinina ingreso y DDI: Spearman - 0.023; p= 0.676.
Conclusiones: El sub-score renal SOFA-2 resultó de mayor poder predictivo al resaltar a la terapia de reemplazo renal (TRR) como la categoría de mayor gravedad, independientemente del valor de creatininemia. La elevación de creatinina de al menos 0.3 mg/dl en 24 horas tuvo el mayor poder predictivo de mortalidad. No hubo asociación entre creatinina de ingreso y días de ARM o DDI en nuestra población.

0351 PLAQUETOPENIA EN SEPSIS: ¿RESULTA EL NUEVO SUB-SCORE "SOFA-2" DE MAYOR CAPACIDAD DISCRIMINATIVA DE PRONÓSTICO?

J DALVIT(1), M MASSOLA(1), F FORCHINO(1), ME TORRES(1), J CASELLA(1), V YUNES(1), C YORLANO(1), MF IRRUTIA(1), G PRADENAS(1), V PETACCIA(1), P ALBO(1), J VILLEGAS(1), ML LUJÁN(1), M MARENGO(1), JM GÓMEZ PORTILLO(1), F KURBÁN(1)
(1) El Carmen

Introducción: El nuevo score SOFA-2 (2025) modificó las categorías de plaquetopenia para reflejar mejor el pronóstico de la disfunción orgánica. ¿Tenemos mayor poder predictivo ahora? ¿O es la dinámica de empeoramiento y/o recuperación lo que marca más rápida y eficazmente la gravedad?
Objetivos: Primario: comparar capacidad predictiva de mortalidad a 28 días en sepsis de las categorías de plaquetopenia mal ingreso del nuevo score "SOFA-2" respecto a las del score original ("SOFA-1"). Secundarios: evaluar dicha capacidad predictiva a las 72 horas; eva-

luar asociación de falta de mejoría del recuento plaquetario de al menos un 10% a los 7 días en pacientes con plaquetopenia y mortalidad a 28 días; evaluar asociación de plaquetopenia con días de ARM y estadía en UTI (DDI).
Metodología: Estudio observacional, retrospectivo, monocéntrico. Inclusión: mayores de 18 años, internados en UTI, con diagnóstico de sepsis ("Sepsis-3"). Registro de plaquetas de ingreso y 72 horas. Exclusión: otras causas de plaquetopenia. Regresión logística simple, comparación por AUC-ROC, análisis de reclasificación (NRI) y comparación de supervivencia (Kaplan-Meier). Regresión de Cox multivariado. Asociación de plaquetopenia con días ARM y DDI: correlación de Spearman. Python 3.
Resultados: Población: 317 pacientes. Plaquetopenia ingreso 27% y 72 horas 37%. Regresión logística simple: Cat3-S1: OR= 5.41 (IC 95%: 1.07-27.44; p= 0.041). Cat4-S2: 4.21 (1.06-16.73; p= 0.041). AUC-ROC: S1 0.5140; S2: 0.5138. Cox multivariado ingreso: C3S1: HR 1.93 (0.83-4.44; p= 0.125); C4S2: HR 1.69 (0.78-3.67; p= 0.182). Cox 72 hs: Cat4-S1: HR 3.97 (0.002); Cat4-S2: HR 2.06 (0.043). No recupera 10%: HR 2.15 (p= 0.084). Plaq ingreso y días ARM: Spearman 0.0398; p= 0.4588. Plaq ingreso y DDI: Spearman 0.0219; p= 0.684.
Conclusiones: El sub-score de plaquetas SOFA-2 presenta un comportamiento mucho más progresivo y coherente en términos de riesgo clínico. Existe un mayor riesgo independiente en las categorías más avanzadas y en la falta de recuperación de al menos un 10% del recuento plaquetario, aunque sólo las categorías 4 de ambos sub-scores mostraron significación estadística. No hubo asociación de la plaquetopenia al ingreso y los días de ARM o de internación.

0352 COMPLICACIONES DE LA VENTILACIÓN NO INVASIVA EN INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA: INCIDENCIA, FACTORES ASOCIADOS E IMPACTO EN EL FRACASO TERAPÉUTICO. ESTUDIO EPVAR

J DORADO(1), M ACCOCE(1), R PRATTO(2), E STEINBERG(3), J PÉREZ(1), E NAVARRO(4), F GUTIERREZ(5), R MORACCI(5), M HUNTER(6), P LOVAZZANO(6), MV MIGUELES(7), VA PAVLOTSKY(8), MI GRANDO(8), ML QUILES(9), X GAMBETTA(9), REBOREDO, AC (10), ME BARDIN(10), KB TORRES(11), D LECUONA(11), BUSICO, M (12), M LAIZ(12), GIGLIOTTI, P (13), L RODRIGUEZ(13), A RUIZ ROBLEDO(14), A KAMEGAWA
(1) Sanatorio Anchorena De San Martín. (2) Sanatorio Anchorena. (3) Hiba. (4) Universidad Internacional De Catalunya. (5) Hospital Británico De Buenos Aires. (6) Cemic. (7) Centro Integral De Salud Banda. (8) Clínica Bazterrica. (9) Clinica Del Valle. (10) Clinica La Pequeña Familia. (11) Clínica La Sagrada Familia. (12) Clinica Olivos. (13) Clínica San Jorge. (14) Clinica y Maternidad Suizo Argentina

Introducción: La ventilación mecánica no invasiva (VMNI) es una estrategia de sostén en falla respiratoria aguda, pero su aplicación conlleva riesgos locales y sistémicos. Este estudio describe la incidencia de complicaciones y su asociación con resultados de la terapia.
Metodología: Subanálisis de la cohorte EpVAr. Se registraron prospectivamente eventos adversos asociados, tiempo de uso y presencia de normas de implementación de VMNI. El fracaso se definió como necesidad de intubación o muerte. Las variables se expresaron como mediana [25-75], o número de presentación (%). Las comparaciones entre proporciones fueron realizadas con test de Fisher salvo que se indique lo contrario. Las asociaciones se evaluaron mediante correlación de Spearman y modelos de regresión logística.
Resultados: Se registraron 424 complicaciones en 539 pacientes. 260 (48,1%) presentaron al menos una, la mediana de complicaciones/paciente fue de 0[0-1] con un máximo de 7. Dolor significativo (EVA ≥2) fue la más frecuente, presente en 119 pacientes (22%), con una intensidad de 3 [2-4]. La presencia de dolor, su intensidad, la intolerancia y las lesiones faciales, así como complicaciones sistémicas (neumonía, sepsis, SDRA y delirium) fueron más frecuentes en el grupo con fallo de VMNI (p<0,01) Tabla 1. La presencia de al menos una complicación se asoció con aumento de las chances de falla (OR: 3.41[2,30-5,14]; p<0,01), además por cada incremento del número de complicaciones se incrementa un 96% el riesgo de fallo de la intervención (OR: 1,96 [1,64-2,39]; p<0.01). Entre la complicaciones vinculadas al uso de VMNI: intolerancia, lesiones faciales e intensidad del dolor se asociaron independientemente a riesgo de falla (OR: 2,37[1,40-3,97]; 3,18[1,44-6,99] y 1,36[1,15-1,62], respectivamente) Figura 1. De 64 centros, 18 (28,6%) presentaron norma de implementación de VMNI, sin embargo presentan diferencias en el número de complicaciones reportadas (p=0,20).
Conclusión: Las complicaciones durante la VMNI son frecuentes y se asocian con mayor tasa de fallo de la intervención. La intensidad del dolor, intolerancia y lesiones faciales se asociaron independientemente con necesidad de intubación o muerte.

Figura 1. Complicación asociadas a resultado de VMNI.

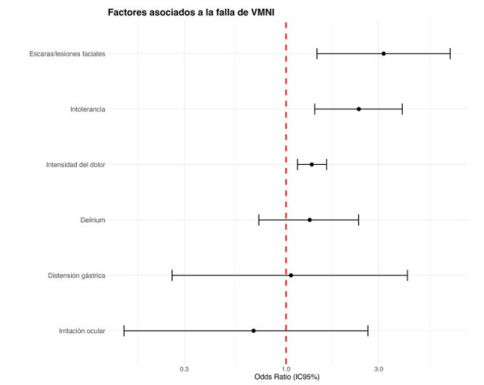


Tabla 1. Complicaciones

Variable	Todos (N = 539)	Éxito (N = 389)	Fracaso (N = 150)	p-valor
Intolerancia	96 (17.8%)	54 (13.9%)	42 (28%)	0.0002[1]
Lesiones faciales = Si	34 (6.3%)	17 (4.4%)	17 (11.3%)	0.0054[1]
Zona de lesión: ~ Puente de la nariz ~ Pómulos ~ Frontal ~ Cuello/occipital	23 (69.7%) 6 (18.2%) 3 (9.1%) 1 (3%)	15 (88.2%) 2 (11.8%) 0 (0%) 0 (0%)	8 (50%) 4 (25%) 3 (18.8%) 1 (6.2%)	0.0411[2]
Grado de lesión: ~ Ampolla o pérdida parcial que afecta la epidermis ~ Enrojecimiento ~ Pérdida total que afecta la epidermis con lesión o necrosis del tejido subcutáneo	8 (25%) 23 (71.9%) 1 (3.1%)	3 (18.8%) 13 (81.2%) 0 (0%)	5 (31.2%) 10 (62.5%) 1 (6.2%)	0.4331[2]
Irritación ocular = Si	13 (2.4%)	8 (2.1%)	5 (3.3%)	0.3640[2]
Distensión gástrica = Si	13 (2.4%)	7 (1.8%)	6 (4%)	0.2050[2]
Barotrauma	2 (0.4%)	1 (0.3%)	1 (0.7%)	0.4800[2]
Neumonía	42 (7.8%)	16 (4.1%)	26 (17.3%)	<0.001[1]
Sepsis	27 (5%)	4 (1%)	23 (15.3%)	<0.001[1]
Sindrome de distres respiratorio agudo	18 (3.3%)	1 (0.3%)	17 (11.3%)	<0.001[1]
Delirium	73 (13.5%)	42 (10.8%)	31 (20.7%)	0.0042[1]
Presencia de dolor	122 (98.5%)	68 (19%)	51 (39%)	<0.001[2]
Intensidad del dolor	3 [2 - 4]	3 [2 - 4]	3 [2 - 5]	<0.001[3]

[1] Chi-cuadrado
[2] Fisher exact test
[3] Wilcoxon-Rank Sum test

0353 FACTORES DE RIESGO PREDISPONENTES A PREECLAMPSIA/ECLAMPSIA EN PACIENTES DE 15 A 30 AÑOS EN UNA UTI DE LA CIUDAD DE CORRIENTES

R KARATANASOPULOZ(1), G BENITEZ(2), A SANCHEZ(3), L ARECO(3), P OSIPLUK(4), R VIDAL, D MIÑO(3), M PRADO(3), D OBREGON(3), A MENDEZ(3)
(1) Vidal. (2) J.r. Vidal. (3) J R Vidal. (4) J. (5) R Vidal

Introducción: La hipertensión gestacional, hemorragias e infecciones son las principales causas de morbimortalidad materna. La paciente crítica presenta desafíos únicos por los cambios fisiológicos del embarazo. Factores como la nuliparidad, antecedentes familiares/personales de hipertensión, obesidad y factores psicosociales (ansiedad y depresión) incrementan significativamente el riesgo de desarrollar cuadros graves.
Objetivo: Describir los factores de riesgo predisponentes al desarrollo de preeclampsia y eclampsia en pacientes de 15 a 30 años asistidas en la Unidad de Terapia Intensiva (UTI) de un Hospital Público de Corrientes entre enero de 2023 y diciembre de 2025.

Material y método: Estudio cuantitativo, retrospectivo, descriptivo, transversal y observacional. Se analizaron 100 pacientes obstétricas ingresadas a la UTI, evaluando variables demográficas, antecedentes, controles prenatales y motivo de ingreso.
Resultados: El grupo etario predominante fue el de 24 años (37%), seguido por adolescentes de 15 a 19 años (44% acumulado). En paridad, el 56% eran primíparas. Los antecedentes familiares destacaron por hipertensión (71%) y diabetes (29%). En antecedentes personales, el 26% presentaba HTA previa y el 20% diabetes gestacional; además, se registró consumo de alcohol (18%) y tabaco (10%). Respecto al diagnóstico de ingreso a UTI, el 39% fue por hipertensión gestacional, 17% preeclampsia, 23% eclampsia y 21% síndrome de HELLP.
Conclusión: Se identificó un perfil de riesgo crítico en pacientes jóvenes, donde la primiparidad (56%) y la carga genética hereditaria (71% de HTA familiar) son determinantes. La severidad de los cuadros es alta, con un 44% de ingresos debidos a eclampsia y síndrome de HELLP. Estos hallazgos subrayan la urgencia de fortalecer el control prenatal temprano y la detección de factores modificables y genéticos en la población adulta joven para reducir la incidencia de complicaciones graves en cuidados intensivos.

0354 SHOCK ANAFILÁCTICO Y RCP TRAS INGESTA DE GLUTEN EN PACIENTE CELÍACA

R KARATANASOPULOZ(1), G BENITEZ(2), A SANCHEZ(3), C MANSILLA(3), A GONZALEZ(4), R VIDAL, M ACOSTA(3), A ACOSTA(3), L ARECO(3), P OSEPLUK(3)
(1) Vidal. (2) J.r. Vidal. (3) J R Vidal. (4) J. (5) R Vidal

Introducción: La alergia alimentaria es una respuesta inmunológica anómala que puede progresar rápidamente hacia la anafilaxia. Este cuadro crítico requiere una intervención de enfermería inmediata y estandarizada (NANDA, NIC, NOC), centrada en el soporte vital y la compensación del déficit de autocuidado según el modelo de Dorothea Orem.
Presentación del caso: Paciente femenina de 24 años, celíaca, ingresa a Emergencias por rash generalizado y disnea tras ingerir chipa. El cuadro evoluciona abruptamente hacia un shock anafiláctico, presentando colapso circulatorio y paro cardiorrespiratorio. Se inicia de inmediato reanimación cardiopulmonar (RCP) avanzada y se administra Adrenalina 1mg IM/EV, Hidrocortisona, Dexametasona y Difenhidramina. Tras lograr el retorno a la circulación espontánea, la paciente es estabilizada y trasladada a Terapia Intensiva. A las 5 horas presenta una reacción bifásica (recurrencia de síntomas), manejada nuevamente con fármacos de rescate y monitoreo continuo.
Discusión: La adrenalina es el fármaco de elección, pero ante un shock con paro cardiorrespiratorio, la prioridad absoluta es la RCP de alta calidad junto con la vía aérea. La recurrencia de síntomas (reacción bifásica) en este caso subraya la necesidad de vigilancia intensiva prolongada, incluso tras una reanimación exitosa.
Conclusión: La anafilaxia es una emergencia de progresión impredecible. La capacidad del profesional de enfermería para ejecutar maniobras de RCP y administrar fármacos según su jerarquía (adrenalina para supervivencia, corticoides para estabilidad) es vital. Este caso demuestra que la intervención precoz y el conocimiento avanzado en soporte vital son determinantes para la supervivencia en eventos de hipersensibilidad severa.

0355 HERNIA DIAFRAGMATICA COMO COMPLICACIÓN GRAVE DEL TRAUMA TORACOABDOMINAL: REPORTE DE UN CASO

RDLA ROMEGGIO(1), S ALIANO(1), C FAUEZ(1), J FASOLO(1), ML CAMPASSI(1), D BANEGAS(1), F REPETTO(1)
(1) Clinica La Pequeña Familia

Introducción: La hernia diafragmática traumática ocurre como consecuencia del trauma toracoabdominal de alta energía con mecanismo de aceleración-desaceleración por incremento súbito de la presión intraabdominal. Puede acompañarse por herniación de vísceras abdominales y afecta principalmente al hemidiafragma izquierdo.
Presentación del caso: Hombre de 54 años, con antecedentes de ex tabaquista, enfermedad obstructiva crónica, internación por neumonía adquirida en la comunidad (2022).
El paciente presentó trauma cerrado de abdomen secundario a colisión moto contra moto sin casco e ingresó al hospital lúcido, bien perfundido, estable hemodinámicamente con evidencia de hematoma lumbar izquierdo extenso. Se decide su derivación a nuestra institución. Ingresó confuso, con mala mecánica ventilatoria y signos de shock, requirió intubación orotraqueal y sostén hemodinámico. El laboratorio evidenció discreta anemia, coagulación normal, deterioro leve de la función renal y severa acidosis respiratoria y metabólica con acidosis láctica. La Tomografía informó gran hernia diafragmática izquierda, ocupación de cavidad torácica izquierda por estómago, bazo, asas de intestino delgado, sin líquido libre. Requirió cirugía de urgencia y se realizó rafia diafragmática, esplenectomía y pancreatectomía parcial con colocación de tubo de avenamiento pleural. Evolucionó con mejoría clínica y se logró extubar a los seis días.
Discusión: La hernia diafragmática aguda traumática puede presentarse de manera silente, sin embargo debe ser sospechada ante los traumatismos de abdomen cerrados de alto impacto porque tienen alta mortalidad cuando son graves.
Conclusión: Presentamos este caso por lo infrecuente de la hernia diafragmática traumática aguda grave y por la importancia de su sospecha y diagnóstico precoz para establecer un tratamiento quirúrgico oportuno.

0356 EFICACIA DEL ACCESO VASCULAR PERIFÉRICO GUIADO POR ECOGRAFÍA REALIZADO POR ENFERMERÍA EN PACIENTES CRÍTICOS CON OBESIDAD MÓRBIDA

R KARATANASOPULOZ(1), G BENITEZ(2), A SANCHEZ(3), C MANSILLA(3), M ACOSTA(4), R VIDAL, A ACOSTA(3), A GONZALEZ(3), L ARECO(3), P OSEPLUK(3)
(1) Vidal. (2) J.r. Vidal. (3) J R Vidal. (4) J. (5) R Vidal

Introducción: El acceso vascular periférico en el paciente crítico con obesidad mórbida (IMC > 40) representa un desafío clínico debido a la dificultad de visualización y palpación venosa. La demora en la canalización en patologías tiempo-dependientes, impacta directamente en el pronóstico. La enfermería con competencias en ecografía puede revertir esta limitación.
Objetivo: Evaluar la tasa de éxito y eficacia del acceso venoso periférico guiado por ecografía realizado por personal de enfermería en pacientes con obesidad grado III ingresados por patologías críticas.
Material y método: Estudio descriptivo, prospectivo y observacional realizado entre 2023 y 2025. Se incluyeron 40 pacientes con IMC > 40 que requirieron ingreso a cuidados críticos por: Cetoacidosis Diabética (n=25), Neumonía de la Comunidad (n=10) y Síndrome Hiperosmolar (n=5). Todos fueron categorizados como "vía periférica difícil" (VPD). Se utilizó técnica de canalización ecoguiada bajo protocolo de enfermería.
Resultados: Se logró el éxito en el acceso vascular en el 100% de la muestra. El 87.5% (n=35) se resolvió exitosamente en el primer intento, mientras que el 12.5% (n=5) requirió un segundo intento. No se registraron complicaciones inmediatas como hematomas, punciones arteriales accidentales o flebitis mecánica. La utilización de la ecografía permitió iniciar la fluidoterapia y el soporte farmacológico en tiempos óptimos, evitando la necesidad de accesos venosos centrales innecesarios.
Discusión: Los resultados demuestran que la ecografía elimina la "ceguera" procedimental en pacientes con panículo adiposo aumentado. En este grupo, donde la palpación tradicional suele fallar, la tasa de éxito al primer intento fue significativamente alta, preservando el capital venoso y disminuyendo el distrés del paciente.

Conclusión: El acceso vascular ecoguiado realizado por enfermeros es una herramienta de alta eficacia y seguridad en pacientes críticos con obesidad mórbida. La formación de enfermería en esta competencia avanzada es fundamental para optimizar la atención en la Unidad de Terapia Intensiva, reduciendo costos, riesgos y tiempos de intervención.

0357 TROMBECTOMÍA MECÁNICA POR ASPIRACIÓN COMO TRATAMIENTO EN TROMBOEMBOLISMO PULMONAR DE RIESGO INTERMEDIO-ALTO - REPORTE DE CASO

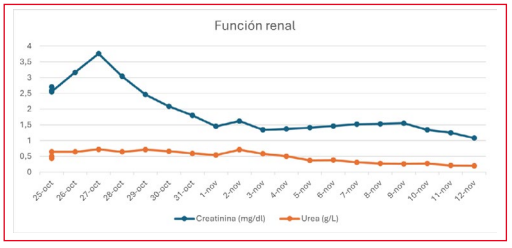
C ROTEDA(1), MN CONTRERAS(1), N PEDANO(1), GR NIS(1)
(1) Nuevo Hospital San Roque

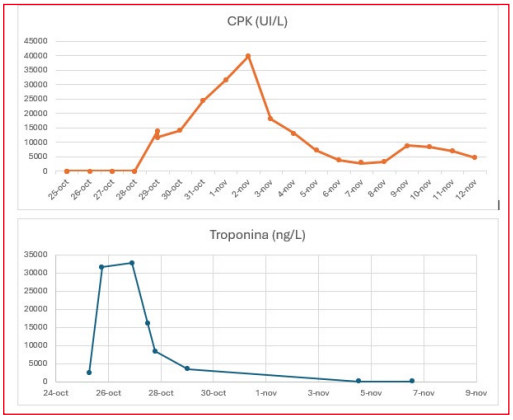
Introducción: El tratamiento estándar para embolia pulmonar ha sido tradicionalmente la anticoagulación. Sin embargo, en pacientes con riesgo intermedio-alto, se requiere una intervención más agresiva para reducir la carga de trombos y aliviar la tensión del VD. La TM ha surgido como una alternativa clave a la trombolisis sistémica, especialmente cuando esta última está contraindicada.
Caso clínico: Paciente femenina de 47 años con antecedentes personales patológicos de obesidad grado III, diabetes tipo II, miomatosis uterina; consulta en otra institución por episodio de síncope acompañado de disnea y síntomas vegetativos, donde se constatan signos clínicos y resultados de estudios compatibles con TEPA: dolor precordial, taquipnea, TA 90/60mmhg, ECG con patrón S1Q3T3, troponina T 390.9pg/ml y pro-BNP 1784pg/ml. Se confirma diagnóstico con angioTAC de tórax con hallazgo de trombo en silla de montar, se inicia anticoagulación con enoxaparina y se deriva a nuestra institución por falta de complejidad.
Ingresa a UTI taquipneica, taquicardica, tendencia a hipotensión. Se realiza ETT donde se evidencia dilatación de cavidades derechas, signo de McConnell, arteria pulmonar 28mm, hipertensión pulmonar (PSAP 42mmHg) e insuficiencia tricuspídea leve.
Se discute el caso con servicio de hemodinamia y cardiología, por tratarse de una paciente con compromiso hemodinámico y sangrado ginecológico activo por miomatosis, se decide realizar TM por aspiración con resultado positivo, tanto por objetivación de los trombos como la presencia de cambios hemodinámicos.
Evoluciona favorablemente, se realiza laboratorio perfil autoinmune con resultados negativos.
Se indica alta con anticoagulación VO y control ambulatorio.
Discusión: Es de destacar la mayor seguridad y eficacia de la TM. Lo más destacado es la mínima incidencia de hemorragia intracraneal en comparación con la trombolisis sistémica, disminución significativa y rápida del compromiso de VD, lo que reduce el riesgo de fallo cardíaco derecho.
Conclusión: La TM se está consolidando como una terapia de reperfusión de primera línea para pacientes seleccionados con TEP de riesgo intermedio-alto. La evidencia sugiere que ofrece una normalización más rápida de la función cardíaca con un perfil de seguridad favorable en términos de complicaciones hemorrágicas graves, especialmente en pacientes con contraindicación de trombolisis.

0358 REPORTE DE CASO: SÍNDROME SEROTONINÉRGICO

M MORELLI(1), G SAENZ(1), C LOUDET(1), F IGLESIAS(1), B ALEJANDRO(1), N MAURICIO(1)
(1) Higa San Martin de La Plata

Introducción: El síndrome serotoninérgico es una reacción adversa predecible a drogas que puede poner en peligro la vida, que resulta del uso terapéutico de fármacos, las interacciones inadvertidas entre medicamentos o el consumo de drogas ilegales.
Es caracterizado por hiperactividad neuromuscular, alteraciones autonómicas y compromiso del sensorio. Su presentación grave puede asociarse a hipertermia, rabdomiólisis y falla multiorgánica. El consumo de MDMA constituye un desencadenante frecuente en población joven.
Presentación del caso: Paciente masculino de 26 años con antecedente de consumo de sustancias recreativas, ingresa por deterioro neurológico posterior a ingesta de MDMA, éxtasis y marihuana. Al ingreso presenta hipertermia, taquicardia, hipotensión, temblores, midriasis bilateral reactiva, con Glasgow 11/15 y saturación 91%. Evoluciona con insuficiencia respiratoria requiriendo intubación orotraqueal y asistencia ventilatoria mecánica, asociando shock con requerimiento de noradrenalina.
Se inicia tratamiento con medidas de soporte, benzodiacepinas y control físico de la hipertermia. Presenta acidosis metabólica, injuria renal aguda y rabdomiólisis progresiva.
Durante la internación evidencia elevación significativa de troponinas con cambios electrocardiográficos compatibles con isquemia subendocárdica, que no presentó secuelas posteriores evidenciado por ecocardiografía a los 5 días.
Durante su evolución desarrolla falla hepática aguda, coagulopatía, requerimiento de ventilación mecánica, y neumonía asociada al ventilador tardía por Acinetobacter baumannii.
Evoluciona favorablemente con recuperación progresiva de la función orgánica. Se extuba favorablemente al día 13 de intubación orotraqueal, posterior a dos fallos, y se deriva a centro médico con cobertura de obra social, presentando una CPK 4701, en tratamiento con plan de hidratación amplio.
Discusión: El síndrome serotoninérgico severo puede simular otras entidades críticas, incluyendo síndrome coronario agudo, en el contexto de hiperestimulación simpática. La hipertermia y la rabdomiólisis constituyen determinantes clave de falla multiorgánica. El manejo se basa en soporte intensivo, sedación con benzodiacepinas y control agresivo de la temperatura, evitando drogas serotoninérgicas. La elevación de troponinas sin disfunción ventricular sugiere injuria miocárdica secundaria al estrés.
Conclusión: El síndrome serotoninérgico grave debe considerarse en pacientes con consumo de MDMA. Su reconocimiento precoz permite evitar intervenciones innecesarias y optimizar el tratamiento dirigido.

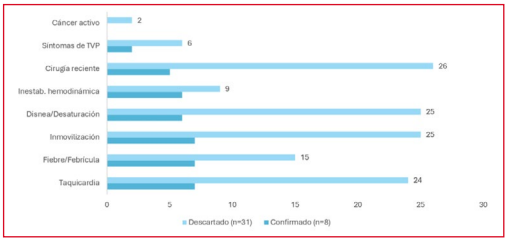


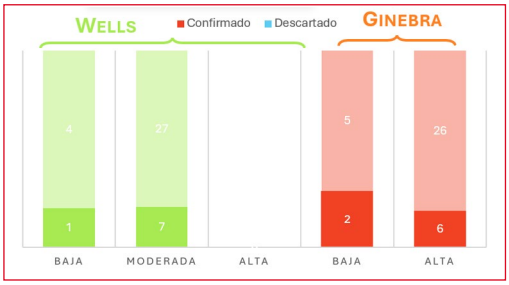


0359 DESAFÍOS EN LA ESTRATIFICACIÓN DE RIESGO DE TROMBOEMBOLISMO PULMONAR EN TRAUMA

M ALOY(1), P PANKE(1), L CORVALÁN(1)
(1) Hospital Municipal de Urgencias

Introducción: El tromboembolismo pulmonar agudo (TEPa) es una complicación frecuente y representa la segunda causa de muerte en pacientes traumatizados que logran sobrevivir a la lesión inicial. Su diagnóstico en este contexto es un desafío mayor, ya que la evaluación clínica suele ser ineficaz debido a que los síntomas son inespecíficos o son atribuibles a las propias lesiones traumáticas. Asimismo, los biomarcadores como el Dímero-D y las reglas de predicción clínica tradicionales carecen de la especificidad necesaria para esta población.
Objetivos: El objetivo general fue analizar la incidencia de la sospecha clínica de TEPa en comparación con la tasa de confirmación por angiotomografía (Angio-TC) en pacientes hospitalizados por trauma en el Hospital Municipal de Urgencias (enero 2025 - marzo 2026). Los objetivos específicos incluyeron caracterizar la población, evaluar la probabilidad clínica pretest mediante los scores de Wells y Ginebra y determinar el rendimiento diagnóstico de la Angio-TC según la estratificación de riesgo.
Métodos: Se realizó un estudio retrospectivo, descriptivo y analítico que incluyó a 39 pacientes hospitalizados por trauma con sospecha de TEPa. Se analizaron variables demográficas, tipos de lesión, factores de riesgo, biomarcadores y resultados de imagen. Para determinar la asociación entre la utilidad diagnóstica de las escalas de probabilidad y los resultados tomográficos, se utilizó el test exacto de Fisher.
Resultados: Se confirmó el diagnóstico de TEPA en el 22.2% de los casos, evidenciando un bajo rendimiento diagnóstico de la angio-TC. Los scores pretest no demostraron asociación significativa con el diagnóstico confirmado (Wells p=1.000; Ginebra p=0.617), lo que refleja su limitada utilidad en esta población. Asimismo, el dímero D mostró escasa especificidad, con elevaciones inespecíficas en la mayoría de los pacientes. El Dímero-D careció de utilidad predictiva negativa debido a elevaciones inespecíficas por el trauma.
Conclusiones: Los modelos tradicionales de estratificación de riesgo no resultan efectivos en pacientes traumatizados, lo que conduce a una elevada tasa de estudios innecesarios. Se destaca la necesidad de desarrollar y validar herramientas específicas para esta población, que permitan optimizar el uso de recursos diagnósticos y mejorar la toma de decisiones clínicas.





0362 EVALUACIÓN MULTIMODAL DEL TAP TEST LUMBAR DE GRAN VOLUMEN EN PACIENTES CRÍTICOS: DETECCIÓN DE CAMBIOS NEUROLÓGICOS SUTILES BAJO ASISTENCIA RESPIRATORIA MECÁNICA

CO MURUCHI ACUÑA(1), JR BINDA(1), F YOCCO(1), FR KLEIN(1)
(1) Fundacion Favaloro

Introducción: El tap test lumbar de gran volumen se utiliza para predecir la respuesta a derivación ventriculoperitoneal en pacientes con sospecha de hidrocefalia. En pacientes críticos bajo asistencia respiratoria mecánica (ARM), la evaluación clínica es limitada y los cambios pueden ser sutiles, especialmente en presencia de lesión neurológica estructural.
Objetivo: Evaluar la utilidad de un protocolo multimodal de evaluación neurológica asociado al tap test en pacientes críticos.
Materiales y métodos: Paciente femenina de 71 años, traqueostomizada por ARM prolongada, internada en UTI con diagnóstico de meningitis postquirúrgica y antecedente de hidrocefalia previa a la cirugía. Se realizó tap test lumbar con extracción de 50 ml de líquido cefalorraquídeo (presión de apertura 11 cmH_2O). Se aplicó un protocolo estructurado que incluyó FOUR score, reactividad cortical, pares craneales, respuesta motora, tono y reflejos, con evaluaciones previo al procedimiento y a las 2, 6 y 24 horas. La sedación se encontraba suspendida al momento de la evaluación.
Resultados: Previo al procedimiento, la paciente presentaba FOUR score 6 (tronco 4, ocular 1, motor 1), apertura ocular únicamente ante estímulo nociceptivo, sin seguimiento visual ni respuesta a órdenes. Pupilas isocóricas reactivas, reflejos de tronco presentes. Respuesta motora de retirada al dolor, hipotonía generalizada e hiperreflexia en miembro superior izquierdo.
A las 2 horas del procedimiento, sin cambios en el FOUR score global, se evidenció mejoría en la reactividad cortical con apertura ocular espontánea, manteniéndose el resto de los parámetros sin modificaciones.
En las evaluaciones a las 6 y 24 horas, la paciente retornó a su condición basal, sin evidenciar cambios sostenidos. No se registraron complicaciones ni modificaciones respiratorias.
Conclusión: El uso de un protocolo multimodal permite detectar cambios neurológicos sutiles no reflejados en scores globales como el FOUR. La respuesta transitoria observada sugiere que esta estrategia podría aumentar la sensibilidad del tap test en pacientes críticos, aunque su valor predictivo en este contexto requiere mayor evaluación.

TABLA 1

EVOLUCION DE PARÁMETROS NUEROLÓGICOS PRE Y POST TAP TEST LUMBAR DE GRAN VOLUMEN

Variable	PRE	2 HS	6 HS	24 HS
FOUR SCORE	Tronco: 4 / Ocular: 1 / Motor: 1 / Respiratorio: 2	Tronco: 4 / Ocular: 2 / Motor: 1 / Respiratorio: 2	Tronco: 4 / Ocular: 1 / Motor: 1 / Respiratorio: 2	Tronco: 4 / Ocular: 1 / Motor: 1 / Respiratorio: 2
Reactividad cortical	Apertura ocular al estímulo algésico	Apertura ocular espontánea	Apertura ocular al estímulo algésico	Apertura ocular al estímulo algésico
Pupilas	Intermedias – isocóricas – reactivas	Intermedias – isocóricas – reactivas	Intermedias – isocóricas – reactivas	Intermedias – isocóricas – reactivas
Pares craneales	Presentes (fotomotor, consensual, corneano, oculocefálico, tus/geno)	Presentes (fotomotor, consensual, corneano, oculocefálico, tus/geno)	Presentes (fotomotor, consensual, corneano, oculocefálico, tus/geno)	Presentes (fotomotor, consensual, corneano, oculocefálico, tus/geno)
Respuesta motora	Retira	Retira	Retira	Retira
Fuerza muscular (MRC)	No valorable	No valorable	No valorable	No valorable
Tono y trofismo	Hipotonía	Hipotonía	Hipotonía	Hipotonía
Reflejos osteotendinosos	Hiperreflexia MSI / Babinski indiferente	Hiperreflexia MSI / Babinski indiferente	Hiperreflexia MSI / Babinski indiferente	Hiperreflexia MSI / Babinski indiferente
Sensibilidad	Superficial conservada	Superficial conservada	Superficial conservada	Superficial conservada

0363 RETIRO INNECESARIO DE CATÉTER VENOSO CENTRAL POR SOSPECHA DE INFECCIÓN: PREVALENCIA EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS

J BENITEZ(1), N SOLANO(1), C KLUN(1), G GONZALEZ(1), MDP ARIAS(1)
(1) Ricardo Gutierrez

Introducción: Las infecciones asociadas a catéter venoso central (CVC) son una causa relevante de morbimortalidad en pacientes críticos pediátricos. Ante la sospecha clínica de infección relacionada a catéter, la extracción del dispositivo y envío de cultivos constituyen una práctica frecuente. Sin embargo, la baja confirmación microbiológica observada en muchos casos plantea la posibilidad de un número considerable de retiros potencialmente innecesarios, con el consecuente aumento de complicaciones, incremento de costos y exposición a procedimientos invasivos adicionales. El objetivo de este estudio fue evaluar la tasa de retiro de CVC por sospecha de infección, determinar la proporción de confirmación microbiológica y analizar factores potencialmente asociados a rescates microbiológicos.
Material y métodos: Diseño observacional, retrospectivo. Análisis de base de datos del servicio. Ámbito: Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIP) en un hospital pediátrico de CABA. Período: 01/01/2024 al 31/12/25. Población: pacientes con requerimiento de CVC de corta permanencia . Unidad de análisis: CVC. Se calculó la tasa de retiro y rescate microbiológico en punta de catéter y/o hemocultivo. Variables independientes: edad, sexo, condición de enfermedad crónica, PIM 3, sitio de CVC, fiebre, glóbulos blancos (GB) y proteína C reactiva (PCR). Se utilizó estadística descriptiva para caracterizar a la población , se compararon las variables continuas mediantes métodos no paramétricos (Mann-Whitney) y las categóricas mediante test Chi-cuadrado (valor p significativo <0.05).
Resultados: Ingresaron en el periodo 971 pacientes, de los cuales 443 requirieron CVC (46%). Se colocaron un total de 627 CVC (mediana 1; Rango 1-11). Las características y evolución de los pacientes con CVC se describen en la tabla 1. Un 63,16% (396/627) de los CVC se colocaron en vía femoral , 22.17% (139/627) en yugular y 14.19% (89/627) subclavia. Un total de 155 (24.72%) CVC se retiraron por sospecha de infección [94.19% (9/155) fiebre y 20% (31/155) por shock séptico]. De los catéteres retirados 66 (42.58%) presentaron algún rescate microbiológico (hemocultivos y/o punta de cvc). En la tabla 2 se analiza las características de los pacientes , CVCs, clínica y laboratorio de los casos con cultivo positivo vs aquellos sin rescate, mostrándose asociación de rescates positivos con la presencia de condiciones crónicas preexistentes y shock séptico (p 0.056 y 0.051 respectivamente)
Conclusiones: La sospecha de infección continúa siendo una causa frecuente de extracción de CVC en pacientes críticos pediátricos. Sin embargo, la confirmación microbiológica fue limitada en solo un 42.58%, siendo un 57.42% negativos, lo que sugiere la existencia de retiros potencialmente innecesarios. Estos resultados analizados en nuestra muestra sin la presencia de factores asociados al rescate de forma significativa ,podrían reflejar la necesidad de optimizar los criterios clínicos y microbiológicos utilizados para indicar la extracción del catéter, con el objetivo de reducir procedimientos invasivos, complicaciones asociadas y utilización innecesaria de recursos.

Tabla 1. Características y evolución de los pacientes con catéter venoso central

Variable	N: 443
Edad en meses (mediana; RIC)	38 (11-122)
Probabilidad de muerte por PIM3 (mediana; RIC)	2.86 (0.67-6.49)
Sexo masculino (n;%)	249 (56.21%)
Condición crónica (n;%)	296 (66.82%)
Motivo de ingreso (n;%) Respiratorio Otros Post quirúrgico Neurológicos Cardiologico Causa externa	 175 (39.77) 104 (23.64) 91 (20.68) 45 (10.2) 13 (2.95) 12(2.73)
Estadía (días; mediana; RIC)	17 (14-26)
Mortalidad (n;%)	41(9.28)

RIC: rango intercuartilo

Tabla 2 Características de los pacientes , CVCs, clínica y laboratorio de los casos con cultivo positivo vs cultivo negativo

Variable	Retiro CVC (n:155)	Rescate positivo (n:66)	Rescate negativo (n:89)	Valor de p
Edad en meses (mediana; RIC)	28.5 (10-112)	28 (9-102)	28.5 (11-122)	0.36
PIM 3 (mediana; RIC)	3.34 (0.58-7.17)	3.8 (0.83-7.42)	2.55 (0.57-6.97)	0.35
Condición crónica (n;%)	97 (62.58)	47 (71.21)	50 (56.18)	0.056
Condición oncológica (n;%)	33 (28.45)	30 (19)	26 (98)	0.7
Clínica de shock (n;%)	31 (20%)	18 (27.27)	13 (14.61)	0.051
Glóbulos blancos uL (mediana; RIC)	13 300 (8100-20 500)	12 900 (5 500-20 800)	13 400 (9600-19000)	0.42
PCR mg/dl (mediana; RIC)	27.5 (6-103.5)	28.5 (6.5-127)	26.5 (5.5-84.5)	0.27
Sitio de catéter Femoral (n;%)	104 (67.10)	41 (62.12)	63 (70.79)	0.26
Yugular (n;%)	35 (22.58)	18 (27.27)	17 (19.10)	0.23
Subclavio (n;%)	15 (9.68)	6 (9.09)	9 (10.11)	0.8
Dias de CVC (Mediana ; RIC)	10 (7-14)	10 (6-12)	11 (8-14)	0.07

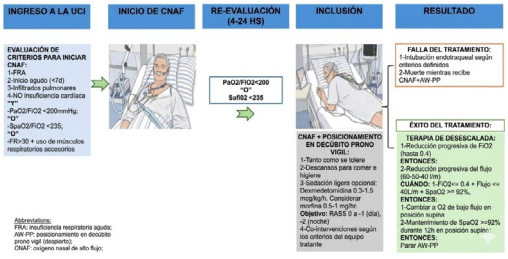
0365 FACTIBILIDAD Y RESULTADOS CLÍNICOS DE UNA ESTRATEGIA PROTOCOLIZADA DE OXIGENOTERAPIA CON CÁNULA NASAL DE ALTO FLUJO Y POSICIONAMIENTO EN PRONO VIGIL EN INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA GRAVE NO-COVID

I SANTOMIL(1), M OBESIO(1), N LARGEL(1), M ESPERATTI(1), M OLMOS(1), Z MUZABER(1), JD SUÁREZ DÍAZ(1)
(1) Hospital Privado de Comunidad

Introducción: La combinación de Cánula Nasal de Alto Flujo (CNAF) y posicionamiento en decúbito prono vigil (AW-PP) reduce la intubación y mortalidad en insuficiencia respiratoria aguda (IRA) por COVID-19. Sin embargo, la evidencia en casos no-COVID es limitada. Objetivos: Describir la factibilidad y resultados clínicos de una estrategia protocolizada de CNAF+AW-PP en pacientes con IRA grave no-COVID.
Métodos: Estudio de cohorte prospectivo observacional en adultos con IRA grave no-COVID tratados bajo un protocolo predefinido. Se incluyeron pacientes con IRA (≤ 7 días), infiltrados pulmonares no explicados por insuficiencia cardíaca y PaO_2/FiO_2 <200 mmHg tras 4-24 horas de CNAF. Se excluyeron aquellos con exposición previa a soporte ventilatorio invasivo o no invasivo, incapacidad para tolerar el prono, deterioro neurológico o inestabilidad hemodinámica con requerimiento de vasopresores a altas dosis. La intervención combinó CNAF (flujo inicial 50–70 L/min, FiO_2 ajustada a una SpO_2 ≥92%) y AW-PP durante el mayor tiempo tolerado, con pausas durante las comidas e higiene (Figura 1). El resultado primario fue un compuesto de intubación o muerte a los 7 días. Resultados analizados mediante estadística descriptiva.
Resultados: Se incluyeron 45 pacientes (mediana de edad 69 años y de PaO_2/FiO_2 al ingreso a UCI fue de 142 (Tabla 1)). La CNAF se administró con una mediana de flujo de 60 L/min y FiO2 de 0,6. Todos recibieron sedación liviana para mejorar la tolerancia. La exposición mediana al AW-PP fue de 12 horas el primer día y 10 horas diarias posteriores. El desenlace compuesto (intubación o muerte) a los 7 días ocurrió en 7 pacientes (16%): 5 requirieron intubación y 5 fallecieron. No se registraron eventos adversos graves relacionados con el posicionamiento.
Conclusiones: La estrategia de CNAF+AW-PP en IRA grave no-COVID es factible y segura, logrando una exposición prolongada al prono. Las tasas de intubación y mortalidad fueron menores a las reportadas en poblaciones comparables, justificando futuros estudios multicéntricos.

Característica	N = 45[1]
Características demográficas	
Edad (años)	69.0 (58.0, 78.0)
Sexo femenino	19 (42%)
Índice de masa corporal (kg/m²)	27.1 (24.4, 31.0)
Comorbilidades	
Respiratorias	4 (8.9%)
Cardiovasculares	7 (16%)
Renal	7 (16%)
Hepática	3 (6.7%)
Neurológica	5 (11%)
Inmunosupresión	17 (38%)
Diabetes mellitus	13 (29%)
Gravedad de la enfermedad	
Puntuación APACHE II	24.0 (19.0, 31.0)
Puntuación SOFA	6.0 (4.0, 10.0)
Vasopresores al ingreso en UCI	28 (62%)
Objetivos de atención	
Orden de no intubar	3 (7%)
Variables respiratorias al ingreso en UCI	
Frecuencia respiratoria (respiraciones/min)	24.0 (19.0, 28.0)
PaCO2 (mmHg)	35.0 (31.0, 39.5)
PaO2/FiO2	141.8 (113.2, 158.2)
Índice ROX	6.7 (4.7, 8.8)
Soporte respiratorio	
Flujo de HFNO al ingreso en UCI (L/min)	60.0 (60.0, 60.0)
FiO2 al ingreso en UCI	0.6 (0.5, 0.7)
Duración de HFNO (días)	3.0 (2.0, 5.0)
Posicionamiento prono despierto durante las primeras 24 h (h)	12.0 (9.0, 15.0)
Duración promedio del posicionamiento prono despierto por día (h/día)	10.0 (8.0, 12.0)
Duración del posicionamiento prono despierto (días)	3.0 (2.0, 4.0)
Resultados Principales	
Intubación dentro de los 7 días	5 (11%)
Muerte dentro de los 7 días	5 (11%)
Intubación o muerte dentro de los 7 días	4.0 (3.0, 8.0)
Estancia en UCI (días)	11.0 (7.0, 20.0)
Estancia hospitalaria (días)	11.0 (7.0, 20.0)
Tiempo desde el ingreso en UCI hasta la intubación (días)	2.0 (1.0, 3.0)
Tiempo desde el ingreso en UCI hasta la muerte (días)	7.5 (3.0, 16.0)
Intubación o muerte dentro de los 28 días	10 (22%)
Mortalidad en UCI	7 (16%)
Mortalidad hospitalaria	8 (18%)

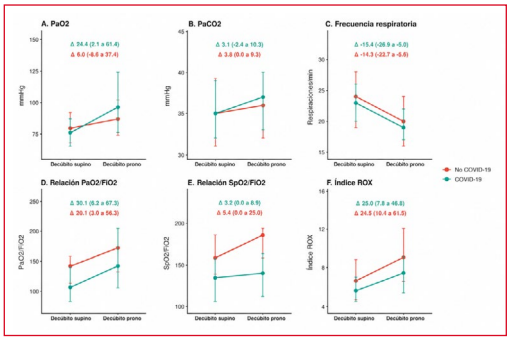
[1]Mediana (Q1, Q3); n (%)



0366 RESPUESTA FISIOLÓGICA DIFERENCIAL A LA POSICIÓN PRONO VIGIL EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA POR COVID-19 Y SIN COVID-19

M OBESIO(1), I SANTOMIL(1), N LARGEL(1), M ESPERATTI(1), M OLMOS(1), JD SUÁREZ DÍAZ(1)
(1) Hospital Privado de Comunidad

Introducción: El posicionamiento prono vigil (APP) mejora la oxigenación y reduce la necesidad de intubación y mortalidad en la insuficiencia respiratoria aguda (IRA) por COVID-19. Sin embargo, su impacto fisiológico y clínico en la IRA no relacionada con COVID-19 no está bien caracterizado.
Objetivos: Comparar la respuesta clínica y fisiológica al APP entre pacientes con IRA por COVID-19 y no COVID-19, así como evaluar los resultados clínicos asociados en ambos grupos.
Métodos: Estudio observacional unicéntrico en UCI que incluyó pacientes con IRA hipoxémica tratados con oxígeno de alto flujo (HFNO) y APP. Se incluyeron pacientes con PaO_2/FiO_2 <200 mmHg tras 4–24 h de HFNO y sin ventilación previa. Se excluyeron intolerancia al prono, inestabilidad hemodinámica grave o contraindicaciones. Se evaluaron cambios fisiológicos dentro de las primeras 6 h del prono y resultados clínicos como intubación y mortalidad a 28 días. Los pacientes COVID-19 fueron recolectados prospectivamente durante la pandemia y los no-COVID posteriormente.
Resultados: Se incluyeron 290 pacientes (245 COVID-19; 45 no-COVID). Los pacientes no COVID eran mayores, con mayor gravedad y comorbilidades. El APP mejoró la oxigenación y parámetros respiratorios en ambos grupos. El aumento de PaO_2/FiO_2 fue mayor en COVID-19; la frecuencia respiratoria y el índice ROX mejoraron de forma similar; los cambios en $PaCO_2$ fueron mínimos.
Los pacientes COVID-19 tuvieron mayor tiempo de exposición al APP. Los no-COVID presentaron menor tiempo hasta intubación, muerte y estancia en UCI. A pesar de una gravedad inicial mayor, los pacientes no-COVID mostraron menor tasa de intubación (11% vs 29%) y menor incidencia combinada de intubación o muerte, con mortalidad similar a 28 días en ambos grupos.
Conclusiones: El APP mejora parámetros fisiológicos en ambos grupos, con mayor efecto sobre la oxigenación en COVID-19. A pesar de una menor exposición al APP y mayor gravedad inicial, los pacientes no-COVID presentaron menor tasa de intubación y mortalidad similar, lo que sugiere que el APP podría ser útil más allá del contexto COVID-19. No obstante, las conclusiones están limitadas por el diseño observacional del estudio y las características de las cohortes.



Característica	Global N = 290[1]	COVID-19 N = 245[1]	No COVID-19 N = 45[1]	valor-p[2]
Soporte respiratorio				
Flujo de HFNO al ingreso en UCI (L/min)	60.0 (60.0)	60.0 (60.0)	60.0 (60.0, 60.0)	0.020
FiO2 al ingreso en UCI	0.7 (0.8)	0.7 (0.6, 0.9)	0.6 (0.5, 5.0)	0.000
Duración de HFNO (días)	4.0 (2.0)	16.0 (12, 18.0)	12.0 (14.0, 19.0)	0.078
Posicionamiento en decúbito prono vigil durante las primeras 24 h (h)	15.0 (11.5	16.0 (12, 18.0)	16.0 (12.6, 18.0)	0.000
Duración promedio del posicionamiento en decúbito prono vigil por día (h/día)	4.0 (6.0)	4.0 (2.0, 6.0)	4.0 (3.0, 6.0)	0.000
Duración del posicionamiento en decúbito prono vigil (días)	4.0 (6.0)	4.0 (2.0, 6.0)	4.0 (3.0, 6.0)	0.000
Resultados de tiempo hasta el evento				
Tiempo desde el ingreso en UCI hasta la intubación (días)	4.0 (2.0)	4.0 (2.0, (7, 24.0)	4.0 (3.0, (7.0, 24.0)	0.012
Tiempo desde el ingreso en UCI hasta la muerte (días)	15.0 (2.0)	15.0 (7.0)	15.0 (7.0)	0.044
Duración de la estancia en UCI (días)	6.0	(6.0, 3.0)	4.0 (4.0, 20.0)	0.012
Duración de la estancia hospitalaria (días)	12.0	(8, 20.0)	80, 20.0)	0.296
Resultados binarios				
Intubación dentro de los 7 días	63	(22%)	58 (24%)	0.076
Muerte dentro de los 7 días	23	(7.9%)	18 (73%)	0.373
Intubación o muerte dentro de los 7 días	79	(27%)	72 (29%)	0.068
Intubación dentro de los 28 días	75	(26%)	70 (29%)	0.015
Muerte dentro de los 28 días	67	(67%)	57 (57%)	1.000
Intubación o muerte dentro de los 28 días	103	(36%)	93 (38%)	0.044
Mortalidad en UCI	72	(25%)	64 (26%)	0.265
Mortalidad hospitalaria	76	(26%)	67 (6%)	0.359

[1]Mediana (Q1, Q3); n (%)
[2]Prueba de suma de rangos de Wilcoxon; prueba exacta de Fisher

Característica	Global N = 290[1]	COVID-19 N = 245[1]	No COVID-19 N = 45[1]	valor-p[2]
Características Demográficas				
Edad (años)	62	61, 70)	69 (58, 78)	0.004
Sexo femenino	99	71 (79%)	19 (11%)	0.082
Índice de masa corporal (kg/m²)	30.0 (37.2)	(27.8, 37.8)	27.1 (34.4 44.0)	0.000
Comorbilidades				
Comorbilidad respiratoria	54	50 (50%)	4 (89%)	0.094
Historial de tabaquismo	93	95 (28%)	27 (26%)	0.000
Comorbilidad cardiovascular	135	135 (55%)	7 (16%)	0.000
Comorbilidad renal	22	15 (16%)	7 (16%)	0.058
Comorbilidad hepática	17	14 (5.7%)	7 (16%)	0.734
Malignidad hematológica		15 (5.2%)	3 (90%)	0.000
Tumor sólido		26 (9.0%)	17 (38%)	0.000
Inmunosupresión		21 (7.2%)	15 (15%)	0.342
Comorbilidad neurológica		71 (7.2%)	11 (13%)	0.000
Diabetes mellitus		71 (74%)	13 (39%)	0.455
Hipertensión		133 (46%)	23 (51%)	0.516
Severidad de la enfermedad				
Puntuación APACHE II		17 (13, 21)	24 (19, 31)	0.000
Puntuación SOFA		4.00 (3,4.00)	6.00 (10.00)	0.000
Vasopresores al ingreso en UCI		36 (12%)	28 (62%)	0.000
Variables respiratorias al ingreso				
Frecuencia respiratoria (respiraciones/min)		23.0 (20.0, 32.0, 39.0)	24.0 (20.0, 33.0, 39.0)	0.165
PaCO2 (mmHg)		35.0 (32.0)	35.0 (31.0)	0.743
PaO2/FiO2		112 (86, 165)	142 (113, 158)	0.025
Índice ROX		5.90 (4.78)	6.67 (4.68)	0.025
Duración del posicionamiento en decúbito prono vigil durante				
Duración del APP durante las primeras 24 h		16.0 (12.0)	12.0 (19.0)	0.000
Objetivos de cuidado				
Orden de no intubar		10 (69%)	3 (7%)	1.000

[1]Mediana (Q1, Q3); n (%)
[2]Prueba de suma de rangos de Wilcoxon; prueba exacta de Fisher

0368 REPROCESAMIENTO DE LA MÁSCARA FACIAL TOTAL PARA VENTILACIÓN NO INVASIVA EN LAS UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA EN UN HOSPITAL PÚBLICO PEDIÁTRICO DE ALTA COMPLEJIDAD: USABILIDAD, BIOSEGURIDAD Y SUSTENTABILIDAD

J SIMONASSI(1), G STARCHUK(1), MT CANZOBRE(1), M KANNEMAN(1), V LOPEZ FIORITO(1), V BONADA(1)
(1) De Pediatría Juan P. Garrahan

Introducción: La máscara facial total (MFT) tiene una gran aceptación en ventilación no invasiva pediátrica por su tolerancia, sellado adecuado y tamaños que cubren todas las edades. Se comercializan para "uso único", lo que dificulta su disponibilidad por su elevado costo frente a una alta demanda clínica. En el Hospital Garrahan

se implementó un programa de reprocesamiento controlado con trazabilidad. El objetivo de este estudio es analizar los resultados del programa reportando usabilidad de las interfaces, bioseguridad y sustentabilidad.
Materiales y métodos: Estudio descriptivo, retrospectivo y observacional. Período analizado abril 2021-abril 2026. Se incluyó la trazabilidad de las MFT de las cinco terapias intensivas pediátricas (dos polivalentes, cardiovascular, inmunosuprimidos y quemados). Se analizaron: características de la MFT, motivos de baja, reusos, costos y ahorro. Para el reprocesamiento se utilizó un protocolo específico de esterilización validado. Los datos se expresan como frecuencias y porcentajes, media y desvío estándar o mediana y rango intercuartílico según corresponda. Para el análisis de costos se comparó el escenario de uso único frente al programa de reprocesamiento.
Resultados: Se registraron 576 MFT en el hospital. Se incluyeron 397 correspondientes a las UCIP. En total se les realizó 4332 reusos. Los talles más utilizados fueron small 131 (33%) y extra small 137 (34,5%). El modelo más frecuente fue sin puerto exhalatorio 318 (80,1%). La mediana de reusos por interfaz fue de 11 [4-19,5]. Se registraron 87 bajas (22%) mayoritariamente debido a la ruptura del material. El costo de reprocesamiento por ciclo es de 0,3 USD, equivalente al 0,17% del valor de una MFT nueva. Con una mediana de 11 reusos por interfaz, el costo total por interfaz se redujo un 90,8%, con un ahorro total neto de 683.390 USD. El programa evitó el descarte de 4332 MFT en terapia intensiva, lo que equivale a casi 530 Kg de descarte plástico evitado. TABLA 1 y 2.
Conclusión: El reprocesamiento y trazabilidad de las MFT demostró ser accesible, seguro y sustentable. Se garantizó la disponibilidad y esterilidad de un dispositivo que es indispensable en UCIP, con un alto ahorro y se evitó más de media tonelada de residuo plástico.

0370 ENDOCARDITIS INFECCIOSA PROTESICA TARDÍA POR GERMEN MULTIRRESISTENTE. REPORTE DE CASOS

S ALIANO(1), M CUITIÑO(1), R ROMEGGIO(1), C FAUEZ(1), ML CAMPASSI M. LUZ(1), F REPETTO(1), D BANEGAS(1)
(1) Clinica La Pequeña Familia

Introducción: La endocarditis infecciosa de válvula protésica tardía es una entidad de alta morbimortalidad causada por cocos Gram positivos. La infección por bacilos Gram negativos representa una etiología excepcional y más si se sospecha su origen en la comunidad.
Presentación del caso: Hombre de 77 años con antecedentes de fibrilación auricular crónica, hipertensión arterial, reemplazo de válvula mitral (2017). Consultó en su localidad por disnea y registros subfebriles, se interpretó como insuficiencia cardíaca descompensada por neumonía e inició balance hídrico negativo y antibiótico terapia. Evolucionó con insuficiencia respiratoria aguda, requirió intubación orotraqueal y se derivó a nuestra institución. Al ingreso presentó signos de shock, mala perfusión periférica, requerimiento de vasopresores. El laboratorio arrojó anemia leve, leucocitosis, creatininemia 1,5 mg/dl, acidosis respiratoria y metabólica con acidosis láctica, hipoxemia, PCR 8 y VSG 80. Se tomaron hemocultivos que resultaron positivos para Enterobacter Cloacae con fenotipo de resistencia OXA 163, sensible a Ceftazidima/Avibactam. El ecocardiograma transesofágico evidenció insuficiencia mitral severa aguda con presencia de vegetaciones sobre la válvula protésica. Recibió tratamiento antibiótico dirigido, pero evolucionó con falla múltiple de órganos y obitó.
Discusión: La endocarditis infecciosa requiere una alta sospecha en pacientes con válvula protésica, principalmente ante cuadros de insuficiencia cardíaca. Adicionalmente, la etiología por microorganismos multirresistentes se asocia al entorno hospitalario, sin embargo su incidencia ha aumentado en la comunidad, limitando las opciones antibióticas y aumentando la mortalidad.
Conclusión: Presentamos este caso por lo infrecuente de la etiología de la endocarditis infecciosa tardía y además porque no tiene evidencia de contacto con el sistema de salud lo que hace presumir el origen en la comunidad.

0371 MIOCARDIOPATÍA DILATADA SEVERA SECUNDARIA A UROPATÍA OBSTRUCTIVA EN PACIENTE PEDIÁTRICA: A PROPÓSITO DE UN CASO

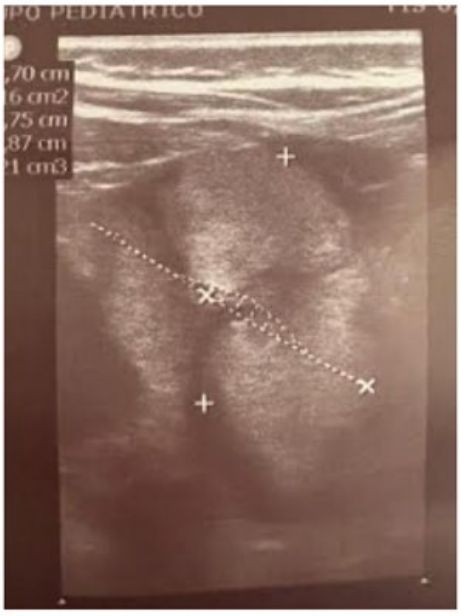
MG RIQUEL(1), G PRICOLO(1), S PEREZ JOHANNETON(1), MF DALLARDA(1), RD ORQUEDA(1), M PITON(1), MS BUPO(1)
(1) Militar Central 601

Introducción: La miocardiopatía dilatada en pediatría es una entidad infrecuente y grave. Las causas más frecuentes son idiopáticas y genéticas; sin embargo, en algunos casos puede ser secundaria a sobrecarga de volumen e hipertensión arterial. Presentamos el caso de una paciente de 8 años con miocardiopatía dilatada, en quien se diagnosticó enfermedad renal crónica secundaria a uropatía obstructiva como causa subyacente.
Presentación del caso: Paciente de 8 años, con antecedente de hipertensión arterial detectada en 2024 sin etiología clara. En 2025 consulta en ciudad de origen por dificultad respiratoria, al examen físico se constata anasarca, hipertensión arterial y deterioro de la función renal. Se interpretó como shock séptico, se indicó tratamiento antibiótico y diurético; sin embargo, se constató miocardiopatía dilatada con disfunción severa del ventrículo izquierdo, requiriendo dopamina, y milrinona.
Derivan a nuestro centro, se realiza ecocardiograma: fracción de eyección del 29%. Se constató deterioro de la función renal: FG 35 ml/min/1,73 m² (creatinina 1,7 mg/dl). La ecografía renal mostró riñones disminuidos de tamaño, hiperecogénicos y pérdida de la diferenciación corticomedular (Figura 1). Recibió levosimendan, con respuesta parcial. Se descartaron causas infecciosas, autoinmunes y estructurales.
Durante la evolución, el empeoramiento de la función renal asociado a episodios de globo vesical orientó a patología urológica. Se evidenció reflujo vesicoureteral izquierdo grado III-IV y vejiga arrefléxica. Se interpretó miocardiopatía dilatada secundaria a sobrecarga de volumen por uropatía obstructiva funcional. Se colocó sonda vesical permanente y tratamiento médico, con mejoría de FE 35% y creatinina a 1,1 mg/dl. (Tabla 1).
Discusión: La miocardiopatía dilatada en pediatría requiere un abordaje etiológico sistemático. La uropatía obstructiva, a través de la sobrecarga de volumen, puede generar compromiso cardíaco severo, aunque esta forma de presentación es infrecuente. La identificación de una uropatía subyacente permitió integrar la secuencia uropatía–enfermedad renal crónica–miocardiopatía.
Conclusión: Si bien la enfermedad renal crónica se asocia a compromiso cardiovascular, su presentación como miocardiopatía dilatada es poco frecuente. Este caso resalta que la manifestación inicial puede ser cardiovascular en contexto de una patología urológica no diagnosticada, y que un alto índice de sospecha resulta clave para un diagnóstico oportuno y un tratamiento adecuado.

Tabla 1:

Parámetro	Ingreso	Evolución
Urea (g/L)	103	50
Creatinina (mg/dl)	1.7	1.07
Filtrado glomerular (ml/min/1.73m²)	35	60
Fracción de eyección VI %	29%	35%
Fracción de acortamiento	20%	20%
Derrame pericárdico	Moderado	Resuelto

Figura 1:



0373 EL DESAFÍO DEL DIAGNÓSTICO DE LAS MICROANGIOPATÍAS TROMBÓTICAS EN EL PUERPERIO

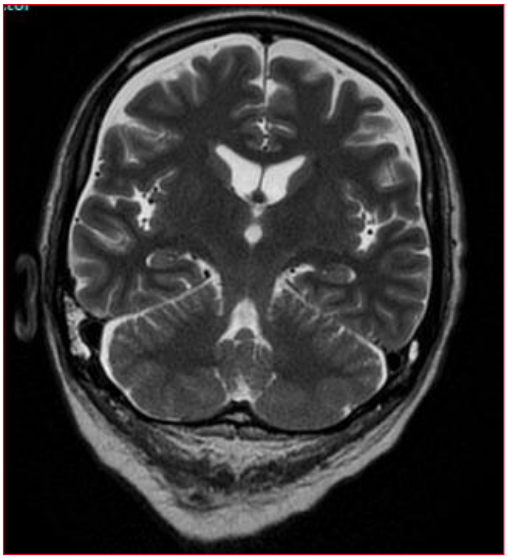
J ARROYO(1), JA GARCÍA(1), C GARNERO(1), E JIMENEZ(1), JA RIVAS(1), S HEALY(1), ML ORTIZ(1), S KAMBOURIAN(1), M RAGAZZOLLI(1), N SOUZA(1), M BERMEO(1), M CALANI(1), C BALASINI(1)
(1) Pirovano

Introducción: Las microangiopatías trombóticas son entidades poco frecuentes pero de alta morbimortalidad. En el embarazo, el HELLP complica aproximadamente el 0.5-0.9% de las gestaciones. Se representa este caso de una paciente con preeclampsia severa que desarrolló una MAT en el puerperio inmediato, destacando los desafíos del diagnóstico diferencial y la importancia de la evolución clínica par establecer diagnóstico final.
Caso clínico: Paciente femenina de 35 años con antecedentes 5 gestas, 2 abortos espontáneos y 1 aborto por desprendiemiento de placenta normoinserta. Ingresa al hospital por cesárea de urgencia por desprendimiento de placenta normoinserta con feto muerto retenido de 27 semanas. Evoluciona en el postoperatorio inmediato en terapia intensiva con anemia hemolítica con requerimientos transfusionales a repetición, asociado a falla renal anúrica en diálisis. Al examen físico, hipertensa con requerimientos de drogas titulables, sin trastornos neurológicos. Un laboratorio que evidencia hematocrito 15 Hemoglobina 5.3, Reticulocitos 3.49%, esquistocitos 5% LDH > 3000, Haptoglobina < 6 mg/dL, Trombocitopenia y alteración del hepatograma (GOT 252, GPT 41). Se interpreta el cuadro como una microangiopatía trombótica en primera instancia. Evoluciona favorablemente con disminución de requerimientos transfusionales y diálisis con posterior pase a sala general.
Discusión: La microangiopatía trombótica constituye un síndrome clínico caracterizado por anemia hemolítica microangiopática, trombocitopenia y daño orgánico, con mayor compromiso renal y/o neurológico. Dentro de las causas principales deben considerarse: La Púrpura Trombótica Trombocitopénica, la cual fue descartada por ADAMTS13 negativo, sin síntomas neurológicos acompañantes. El Síndrome Urémico Hemolítico Atípico, con toxina de Shiga negativa y Complemento normal; El Síndrome de HELLP, que se caracteriza por hemólisis, trombocitopenia y elevación de las transaminasas, en contexto de puerperio, lo cual resulta altamente sugestivo en este cuadro. La mejoría posterior de parámetros hematológicos y hepáticos sin necesidad de terapias específicas resulta característico de HELLP y permite diferenciarlo de otras MAT.
Conclusión: El principal desafío en el puerperio es diferenciar las principales microangiopatías trombóticas. Cabe destacar que el HELLP puede debutar o incluso empeorar en este período, lo que incrementa la dificultad diagnóstica y obliga a un monitoreo estrecho. La evolución clínica es clave para el diagnóstico

0374 ENCEFALOPATÍA ASOCIADA A INFECCIÓN POR HANTAVIRUS CON ESTATUS CONVULSIVO SUPERREFRACTARIO: REPORTE DE CASO

R RONCONI(1), C OSUNA(2), S RODRIGUEZ CALIX(2), F PEREZ(2), F LOPEZ BAYANI(2), G TOCALLI(2), S PULCINELLI(2), D SOUTO(2)
(1) Hospital Emergencias Dr Clemente Alvarez. (2) Hospital Emergencia Clemente Alvarez

Introducción: La infección por hantavirus se expresa habitualmente como síndrome cardiopulmonar, con insuficiencia respiratoria, shock y elevada morbimortalidad en unidad de terapia intensiva (UTI). El compromiso neurológico clínicamente relevante es infrecuente y puede ser difícil de diferenciar de encefalopatía séptica, trastornos metabólicos, toxicidad farmacológica o fenómenos inmunomediados.
Presentación del caso: Paciente masculino de 65 años,sin antecedentes.Ingresó a UTI por shock séptico con foco pulmonar (SOFA 8 puntos), requiriendo asistencia respiratoria mecánica y vasoactivos. Examen físico con petequias en paladar duro, rales crepitantes bilaterales. Se realizaron serologías, cultivos bacterianos, FilmArray para neumonía resultado negativos; con inmunoglobulina M positiva para hantavirus. Evolucionó con síndrome de distrés respiratorio agudo secundario a neumonía asociada a ventilación mecánica. Evolucionó al día 14 de internación con deterioro neurológico, lentitud del despertar, cuadriparesia y movimientos involuntarios faciales y de miembros. Se realizaron electroencefalogramas seriados que evidenciaron descargas epileptiformes persistentes, inicialmente frontales derechas y luego multifocales configurando estatus convulsivo refractario y posteriormente superrefractario. La resonancia magnética cerebral mostró imágenes compatibles con paquimeningitis. Se realizó punción lumbar con líquido cefalorraquídeo (LCR) normal y panel de encefalitis autoinmune en suero/LCR fue negativo. Recibió tratamiento escalonado con fenitoína, levetiracetam, ácido valproico, lacosamida, benzodiacepinas, propofol, dieta cetogénica. Persistiendo con descargas generalizadas realizándose pulsos de corticoides y cinco sesiones de plasmaféresis. Evolucionó con buena respuesta a tratamiento, debilidad adquirida, traqueostomizado, otorgando el alta de UTI a los 90 días de internación.
Discusión: El caso sugiere encefalopatía secundaria a hantavirus con expresión clínica y por estudios complementarios severos. La asociación temporal con infección confirmada, la ausencia de otro diagnóstico etiológico concluyente, apoyan una interpretación post infecciosa/inflamatoria. El diagnóstico diferencial incluyó encefalopatía séptica, alteraciones metabólicas, neurotoxicidad farmacológica, encefalitis infecciosa y encefalitis autoinmune seronegativa.
Conclusión: Este caso ilustra una presentación neurológica atípica y grave de infección por hantavirus, los reportes de casos muestran manifestaciones neurológicas leves (por ejemplo cefalea), pero complicaciones neurológicas graves representan el 1%. Su reconocimiento temprano es clave, aunque persisten importantes desafíos en su tratamiento y pronóstico en el ámbito de la terapia intensiva.



0375 EL DESAFÍO DIAGNÓSTICO DEL SARCOMA DE KAPOSI PULMONAR

N SOUZA(1), S HEALY(1), ML ORTIZ(1), C GARNERO(1), JA GARCÍA(1), J ARROYO(1), S KAMBOURIAN(1), E JIMENEZ(1), JA RIVAS(1), M RAGAZZOLLI(1), M BERMEO(1), M CALANI(1), C BALASINI(1)
(1) Hospital Dr. Ignacio Pirovano

Introducción: El Sarcoma de Kaposi (SK) con compromiso pulmonar es una complicación grave en pacientes con VIH. Su presentación clínica y radiológica suele solaparse con infecciones oportunistas como la neumonía por Pneumocystis jirovecii (PCP), lo que dificulta el diagnóstico y retrasa el
tratamiento específico.
Caso clínico: Varón de 35 años con diagnóstico reciente de VIH (CD4 371/µl, CV 120 copias/ml) y SK diseminado cutáneo-mucoso al debut, en tratamiento antirretroviral (TARV). Consulta por disnea progresiva, tos seca y edemas. Al ingreso presenta múltiples lesiones cutáneo-mucosas de SK, crepitantes bilaterales y derrame pleural derecho. La TC de tórax reveló infiltrados parcheados bilaterales, consolidación basal derecha, adenomegalias mediastinales y derrame pleural.
Se inició tratamiento empírico para PCP y sobreinfección bacteriana con trimetoprima-sulfametoxazol y ampicilina-sulbactam, rotados posteriormente a pentamidina y piperacilina-tazobactam ante la falta de respuesta. El paciente evolucionó con deterioro hemodinámico progresivo y shock refractario, falleciendo en la unidad de cuidados críticos.
Discusión: El SK pulmonar es un gran simulador de procesos infecciosos. En este caso, la refractariedad al tratamiento antiinfeccioso y la progresión de las lesiones cutáneo-viscerales orientaron al compromiso pulmonar por SK. Es destacable que el cuadro ocurrió con un recuento de CD4 moderado y carga viral baja bajo TARV, lo que resalta la agresividad de la variante diseminada.
Conclusión: El compromiso pulmonar por SK debe considerarse en el diagnóstico diferencial de insuficiencia respiratoria aguda en pacientes con VIH, independientemente de su estatus inmunológico. El pronóstico en escenarios de shock es frecuentemente ominoso, subrayando la necesidad de un
diagnóstico precoz y un abordaje interdisciplinario para considerar quimioterapia de rescate.

0376 DECÚBITO PRONO EN PACIENTES CON SDRA SEVERO: CARACTERÍSTICAS RESPIRATORIAS, HEMODINÁMICAS Y RENALES EN UNA UCI MÉDICO-QUIRÚRGICA

E DEL VALLE(1), JB CAMPOSTRINI(1), R ROSA(1), A CAMPOS(1), M MORELLI(1), I BIURRARENA(1), S LANCHAS(1), D CONTRERAS(1), M TOMAS(1), G MALDONADO(1), M NUCCIARONE(1), A BETANCUR(1), J VILCA(1), C LOUDET(1)
(1) HIGA San Martin

Objetivos: Describir parámetros respiratorios, hemodinámicos y renales de pacientes en decúbito prono con ARDS severo.
Describir el desarrollo de disfunción renal en general y en subgrupos de pacientes obesos y no obesos.
Métodos: Serie de casos retrospectiva de pacientes con ARDS severo y requerimiento de decúbito prono desde enero 2023 a marzo 2026. Se registraron variables epidemiológicas, duración y número de pronos, parámetros de mecánica respiratoria y de oxigenación previo a la maniobra, 24, 48 horas posterior al primer PRONO y a los 7 días. También se registraron uso de vasopresores y dosis máxima de estos; además, variables renales, creatinina, diuresis, y balances acumulados en los mismo periodos. Se consideró desarrollo de injuria renal aguda de acuerdo a criterios AKIN a partir de grado 1. Se describen estas variables en subgrupos de pacientes obesos (IMC ≥ 30) y no obesos.
Los datos se presentan como n (%) y media o mediana según su distribución. Se utilizó estadística descriptiva dado el tamaño muestral pequeño.
Resultados: Se incluyeron 28 pacientes. Edad 40 (±12) sexo masc.15 (54%); 11 (39%) con IMC ≥ 30. La duración de VM fue 28 [12-40] días y mortalidad en la UCI fue de 15(56%). La mediana de sesiones de prono fue 2 [1-3] con una duración acumulada de 42 [24-72] horas.

En la tabla 1 se muestra la variación de las variables respiratorias y hemodinámicas.
A las 24 horas 10 (36%), desarrollaron AKIN ≥1 y a las 48 hs 12 (43%). El requerimiento global de diálisis fue 12 (43%). Considerando el subgrupo de pacientes obesos, a las 24 hs, 5/11 desarrollaron AKIN y a las 48 hs 4/11. Entre los no obesos estos números correspondieron a 5/17 a las 24 horas y 8/17 a las 48 horas. Requirieron diálisis 4/11 y 8/17 para obesos y no obesos respectivamente.
Conclusiones: Las variables respiratorias y hemodinámicas presentaron una tendencia a la mejoría luego del decúbito prono.
El desarrollo de AKIN ≥1 se incrementó luego del decúbito prono. La disfunción renal y el requerimiento de diálisis se presentaron en mayor proporción en pacientes con IMC < 30.

variables ventilatorias y hemodinámicas previas y posteriores al prono en los pacientes

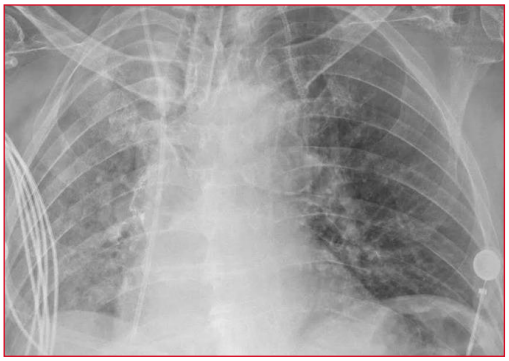
Variable	Pre-PRONO	PRONO 24 hs	PRONO 48 hs
Uso vasopresores	16 (59)	16 (59)	12 (43)
Dosis Noradrenalina	0,19 [0,13-0,52]	0,17 [0,07-0,27]	0,18 [0,14-0,24]
Peep	10 (±3)	11 (±3)	11 (±3)
PAFI	105 (±40)	130 (±59)	135 (±56)
VT	400 [350- 460]	390 [340- 440]	370 [340- 430]
Presión plateau	23 (±5)	24 (±4)	25 (±4)
Murray	3 [2,74-3,5]	3 [2,75-3,25]	3 [2,74-3,25]
Sofa total	9 [5-11]	10 [5-12]	8 [5-10]

Datos presentados como N (%), mediana [p25-p75] o media (±DS)

0377 CUANDO LOS ANTIBIÓTICOS FALLAN, VOLVER A LOS ANTECEDENTES: NEUMONITIS ACTÍNICA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

S HEALY(1), S HEALY(2), ML ORTIZ(1), C GARNERO(1), E JIMENEZ(1), J ARROYO(1), JA GARCIA(1), S KAMBOURIAN(1), N SOUZA(1), JA RIVAS(1), M BERMEO(1), M RAGAZZOLLI(1), M CALANI(1), B CARINA(1)
(1) Pirovano. (2) Hospital Dr. Ignacio Pirovano

Introducción: La neumonitis actínica es una complicación inflamatoria del parénquima pulmonar secundaria a la radioterapia. Su presentación clínica y radiológica suele mimetizar una neumonía adquirida en la comunidad (NAC), lo que conduce frecuentemente a diagnósticos erróneos y al uso injustificado de antibióticos de amplio espectro, retrasando el tratamiento corticoideo definitivo.
Presentación del caso: Femenina de 75 años con antecedentes de cáncer de pulmón (lobectomía superior derecha en 2023) y cáncer de mama, habiendo finalizado ciclos de radioterapia (RT) en enero de 2026. Ingresa en marzo por un cuadro compatible con NAC grave: disnea clase funcional III, fiebre y requerimiento de oxígeno. La TC de tórax evidenció múltiples focos de infiltrado en vidrio esmerilado y consolidaciones en el campo pulmonar derecho, área coincidente con el campo de irradiación previo.Evolución y Desafío **Diagnóstico:** La paciente inició tratamiento con ampicilina-sulbactam, evolucionando con empeoramiento clínico y radiológico, lo que motivó el escalamiento a piperacilina-tazobactam y colistín, e ingreso a UTI para asistencia respiratoria mecánica (ARM). A pesar del soporte instaurado, presentó múltiples fallas al tratamiento antibiótico. Un dato clave fue la persistencia de cultivos negativos (hemocultivos x4, mini-BAL y muestras de vía aérea).Ante la refractariedad y el antecedente de RT reciente, se planteó el diagnóstico de neumonitis actínica. Se inició pulsos de corticoides sistémicos, observándose una respuesta clínica drástica: mejora de la compliance pulmonar, éxito en el destete ventilatorio y estabilidad hemodinámica. La paciente fue extubada tras 48 horas de tratamiento esteroideo, continuando con soporte de CAFO y descenso gradual de FiO2.
Discusión: La neumonitis actínica típicamente se manifiesta entre 1 y 6 meses post-irradiación. Este caso ilustra la importancia de la anamnesis oncológica detallada. La negatividad de los cultivos y la falta de respuesta a los carbapenémicos/colistín deben alertar sobre etiologías no infecciosas. La excelente respuesta terapéutica a los corticoides confirmó la sospecha diagnóstica.
Conclusión: En pacientes con antecedentes de radioterapia torácica, la neumonitis actínica debe incluirse en el diagnóstico diferencial de la insuficiencia respiratoria aguda. El reconocimiento temprano de esta entidad es vital para evitar la toxicidad por antibióticos y reducir los días de ventilación mecánica mediante el uso oportuno de corticoterapia.

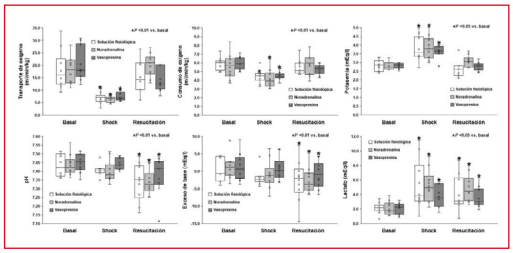


0378 EL METABOLISMO ANAERÓBICO EXPLICA EL AUMENTO DEL POTASIO PLASMÁTICO EN EL SHOCK HEMORRÁGICO

JF CAMINOS EGUILLOR(1), HOSPITAL INTERZONAL GENERAL DE AGUDOS "GRAL. SAN MARTÍN, G FERRARA(1), HOSPITAL INTERZONAL GENERAL DE AGUDOS "GRAL. SAN MARTÍN, HS CANALES(1), HOSPITAL INTERZONAL GENERAL DE AGUDOS "GRAL. SAN MARTÍN, F GUTIERREZ(1), HOSPITAL INTERZONAL GENERAL DE AGUDOS "GRAL. SAN MARTÍN, L GATTI(1), HOSPITAL INTERZONAL GENERAL DE AGUDOS "GRAL. SAN MARTÍN, G ROSSI(1), HOSPITAL INTERZONAL GENERAL DE AGUDOS "GRAL. SAN MARTÍN, G PONTIGGIA(1), HOSPITAL INTERZONAL GENERAL DE AGUDOS "GRAL. SAN MARTÍN, MC DU PLESSIS(1), HOSPITAL INTERZONAL GENERAL DE AGUDOS "GRAL. SAN MARTÍN, MO POZO
(1) Laboratorio De Investigación Traslacional. (2) Hospital Interzonal General De Agudos "gral. San Martín

Introducción: La actividad de la Na+/K+ ATPasa involucra la mayor parte del consumo corporal de ATP y es esencial para regular la concentración plasmática de potasio ([K+]). Aunque el shock se caracteriza por el fallo energético, la elevación del [K+] no es un hallazgo habitualmente descripto. Además, se lo relaciona con el intercambio con protones, como mecanismo de compensación de la acidosis.
Hipótesis: En el shock hemorrágico experimental, el [K+] aumenta como resultado del metabolismo anaeróbico y no de la acidosis.
Métodos: En treinta ovejas (18 [16-20] kg de peso), anestesiadas y ventiladas mecánicamente, se indujo sangrado (22 [20-27] ml/kg) hasta una presión arterial media de alrededor de 30 mm Hg y una reducción del consumo de oxígeno sistémico cercana al 25%. Luego de 60 minutos de shock, se reinfundió el 50% de la sangre y los animales fueron aleatoriamente asignados a tres modalidades de resucitación para alcanzar valores de presión arterial ≥90/60 mm Hg: 1) Solución fisiológica (n=10). 2) Noradrenalina (n=10). 3) Vasopresina (n=10). En los últimos dos grupos se minimizó la administración de solución fisiológica. Se realizaron mediciones basales y después de 60 minutos de shock y resucitación.
Resultados: En el shock, se produjeron caídas significativas del consumo y el transporte de oxígeno que revirtieron con la resucitación. En los tres grupos, el [K+] se incrementó 0,9 [0,6-1,10] mEq/l en el shock y descendió 0,8 [0,6-1,2] mEq/l con la resucitación. El shock indujo hiperlactacidemia que persistió el resto del experimento. Las reducciones del pH y del exceso de base sólo fueron significativas

luego de la resucitación. El comportamiento de todas estas variables fue similar en los tres grupos.
Conclusiones: El shock hemorrágico se asocia a aumentos significativos del [K+] que revierten luego de la resucitación. Estos cambios se relacionan con los cambios en la oxigenación tisular y son independientes del estado ácido-base y el lactato. Estos hallazgos sugieren que la depleción energética y la disfunción de la Na+/K+ ATPasa son los mecanismos responsables.



0381 INJURIA RENAL AGUDA Y COMPLICACIONES MULTIORGÁNICAS POR COCAÍNA: REPORTE DE CASOS

I MARTIN(1), M MASTRULLI(1), A RODRIGUEZ(1), D ERLICH(1), I FIALHO(1), D VARGAS(1), L GONZALES(1), E RODRIGUEZ(1)
(1) Simplemente Evita

Introducción: El consumo de cocaína en Argentina, particularmente en áreas vulnerables, representa un desafío crítico para la salud pública. Su toxicidad multiorgánica, mediada por efectos simpaticomiméticos y vasoconstrictores, induce eventos cardiovasculares, neurológicos y una creciente incidencia de Injuria Renal Aguda (IRA) asociada a rabdomiólisis y toxicidad directa.
Objetivo: Describir la variabilidad clínica y las complicaciones críticas de la toxicidad por cocaína mediante el reporte de dos casos con requerimiento de cuidados intensivos.
Caso 1: Masculino de 32 años, policonsumidor, ingresa con acidosis metabólica severa (pH 6.9, GAP 45, HCO3 1.7), falla renal aguda (Cr 7.66 mg/dl) y excitación psicomotriz tras consumo prolongado. Requirió ventilación mecánica (ARM) y terapia de reemplazo renal (TRR). Evolucionó con shock y neumonía asociada a la ventilación (NAV). La TAC evidenció lesiones isquémicas secuelares. Tras 7 días de TRR, recuperó función renal parcial y fue externado.
Caso 2: Masculino de 37 años con antecedentes de alcoholismo y consumo de "cocaína rosa". Ingresa con IRA severa (Cr 19 mg/dl, Urea 523 mg/dl) y rabdomiólisis (CPK 4166 U/L). Durante la internación presentó shock séptico, SDRA severo (requiriendo 5 ciclos de decúbito prono), bacteriemia por K. pneumoniae y trombosis venosa yugular. Tras 60 días en UTI, traqueostomía y rehabilitación prolongada, recuperó la función renal y fue dado de alta hospitalaria tras 139 días de internación.
Discusión: Ambos casos ilustran el espectro de daño orgánico de la cocaína. Mientras el primer caso destaca la neurotoxicidad y la acidosis extrema, el segundo resalta la morbilidad asociada a la internación prolongada en UTI (miopatía del crítico e infecciones nosocomiales). La rabdomiólisis fue el denominador común para el desarrollo de IRA grave con necesidad de diálisis.
Conclusión: El consumo de cocaína es una patología de alta complejidad que demanda un abordaje multidisciplinario. La sospecha clínica precoz ante acidosis inexplicables en pacientes jóvenes es vital para iniciar un soporte hemodinámico y renal temprano, mitigando la alta morbimortalidad y los costos institucionales asociados.

0382 CONOCIMIENTO Y PRÁCTICAS DEL DESTETE DE LA VENTILACIÓN MECÁNICA EN ARGENTINA. ESTUDIO OBSERVACIONAL DE CORTE TRANSVERSAL

M OYOLA(1), E STEINBERG(2), D STEINBERG(3), E MANÍAS(2), M BERÓN(2), L GAREGNANI(2), G PLOTNIKOW(4), M SETTEN(5)
(1) Sanatorio La Trinidad De Mitre. (2) Hospital Italiano. (3) Sanatorio Anchorena De San Martín. (4) Hospital Británico. (5) Cemic Sede Pombo

Introducción: A pesar de la existencia de guías de práctica clínica, actualmente no existe evidencia sobre el conocimiento y las prácticas del destete de la ventilación mecánica aplicadas por los profesionales en Argentina.
Objetivos: El objetivo primario es desarrollar un instrumento de evaluación y describir las prácticas y el conocimiento sobre el destete y la extubación en los profesionales de salud de las Unidades de Cuidados Intensivos.
Metodología: Estudio observacional, de corte transversal. Se utilizó un cuestionario digital autoadministrado diseñado ad hoc y validado por expertos. La población incluye médicos, enfermeros y kinesiólogos con más de 2 años de experiencia en UCIs. Las variables categóricas se analizaron globalmente mediante prueba de Chi-cuadrado o prueba de Fisher. Específicamente para las variables "tipo de PRE" y "duración de la PRE", se aplicó la corrección de Bonferroni por comparaciones múltiples, ajustando la significancia a $p < 0.007$ (7 comparaciones) y $p < 0.0125$ (4 comparaciones), respectivamente.
Resultados: Respondieron la encuesta 41 médicos (22.04%), 12 enfermeros (6.45%) y 133 kinesiólogos (71.51%). 64 profesionales (34.59%) se desempeñan únicamente en centros públicos, mientras que 51 (27.57%) lo hacen en centros privados y 70 (37.84%) en ambos. 108 (58.7%), 93 (50.54%) y 54 (29.03%) refirieron tener protocolos escritos de manejo de sedación, liberación de la ventilación mecánica y rehabilitación respectivamente. 119 (63.98%) refirieron tener siempre en cuenta la resolución de la causa de inicio de VM para iniciar el destete, 93 (50.54%) la oxigenación, 103 (55.68%) el nivel de PEEP, 113 (60.75%) el uso de vasoactivos, 69 (37.1%) la temperatura, 54 (29.19%) la hemoglobina y 122 (65.95%) el sensorio. Los tipos de prueba de respiración espontánea según escenario clínico se detallan en la tabla 1 y su duración, en la tabla 2.
Conclusiones: Las respuestas de esta encuesta muestran que existe una gran variabilidad en el tipo de PRE y su duración, según su escenario clínico.

Tabla 1. Tipo de PRE según escenario clínico.

Tipo de PRE	Población general, n(%)	Paciente Cardiológico, n(%)	Paciente EPOC, n(%)	PRE fallida, n(%)	p
Tubo en T	85 (45.5)	56 (29.9)	47 (25.1)	57 (30.5)	<0.001
Tubo en T electrónico	14 (7.5)	14 (7.5)	13 (7)	15 (8)	0.997
PSV sin PEEP	28(15)	28 (15)	33 (17.6)	28 (15)	0.859
PSV con PEEP	41 (21.9)	48 (25.7)	56 (29.9)	55 (29.4)	0.263
CPAP	16(8.6)	29 (15.5)	32 (17.1)	21 (11.2)	0.054
Compensación de tubo	1(0.5)	3 (1.6)	1(0.5)	4(2.1)	0.476
No sé	1 (0.5)	8 (4.3)	4 (2.1)	5 (2.7)	0.115

Abreviaciones. PRE: prueba de respiración espontánea; EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica; PSV: presión soporte; PEEP: presión positiva al final de la espiración. CPAP: Presión positiva continua en la vía aérea.

Tabla 2. Duración de la PRE según escenario clínico

Duración de la PRE	Población general, n(%)	Paciente Cardiológico, n(%)	Paciente EPOC, n(%)	PRE fallida, n(%)	p
30 minutos	158 (84.5)	133 (71.1)	129 (69)	85 (45.5)	<0.001
120 minutos	16 (8.6)	24 (12.8)	33 (17.6)	72 (38.5)	<0.001
Otro	10 (5.3)	17 (9.1)	16 (8.6)	22 (11.8)	0.175
No sé	2 (1.1)	11 (5.9)	8 (4.3)	6 (3.2)	0.067

Abreviaciones. PRE: prueba de respiración espontánea; EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

0383 INTOXICACIÓN POR AMLODIPINA: UNA CAUSA INFRECUENTE DE SHOCK VASOPLÉJICO SEVERO

JN BAEZ(1), D VILLANI ULLA(1), R RODRIGUEZ(1)
(1) Higa San José

Introducción: La intoxicación por bloqueantes de los canales de calcio es una causa poco frecuente, pero de elevada morbimortalidad en las emergencias toxicológicas. La sobredosis produce un bloqueo de los canales de calcio tipo L a nivel vascular, generando vasodilatación arterial sostenida y una marcada disminución de la resistencia vascular sistémica. Esto puede desencadenar un shock vasopléjico severo, frecuentemente refractario al tratamiento convencional y, en casos graves, asociado a depresión miocárdica y alteraciones metabólicas. Su manejo constituye un desafío en cuidados críticos. Se presenta un caso clínico que ilustra esta entidad.
Caso clínico: Paciente femenina de 21 años, con antecedente de consumo de cannabis, ingresa a unidad de terapia intensiva por ingesta de aproximadamente 1700 mg de amlodipina. Al ingreso presenta hipotensión severa, taquicardia, taquipnea, signos de hipoperfusión periférica y Glasgow 12/15.
Se inicia reanimación con cristaloides y soporte vasopresor con noradrenalina y vasopresina. Se realiza descontaminación gastrointestinal con carbón activado y lactulosa, asociándose tratamiento específico con gluconato de calcio e infusión de insulina. En laboratorio inicial se evidencia acidosis metabólica, hiperglucemia e hiperlactacidemia.
Evoluciona con taquicardia persistente y oligoanuria, requiriendo infusión continua de diuréticos. Desde el punto de vista respiratorio, requiere inicialmente cánula nasal de alto flujo, con posterior deterioro progresivo compatible con distrés respiratorio, por lo que se indica soporte con ventilación mecánica no invasiva.
Hacia el tercer día presenta mejoría hemodinámica, con descenso progresivo de requerimientos vasopresores, logrando su suspensión al sexto día, con recuperación completa de las funciones orgánicas.
Discusión: La intoxicación por Amlodipina en dosis masivas puede provocar shock vasopléjico severo con relativa preservación de la función ventricular. La presencia de hiperglucemia e hiperlactacidemia refleja la alteración metabólica característica y se asocia a mayor gravedad. La evolución prolongada se relaciona con la farmacocinética de la droga.
Conclusión: Presentamos el caso porque destaca la necesidad de un manejo intensivo sostenido. El reconocimiento precoz y la implementación de un tratamiento multimodal, son fundamentales para mejorar el pronóstico.

0384 SEGUNDOS QUE CUENTAN, ESCALAS QUE SALVAN

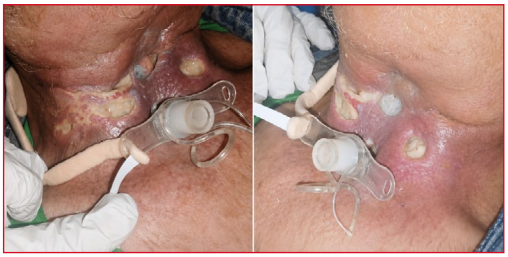
P VILLECCO(1), E BLESSIO(1), P PAHNKE(1)
(1) Hospital Municipal De Urgencias

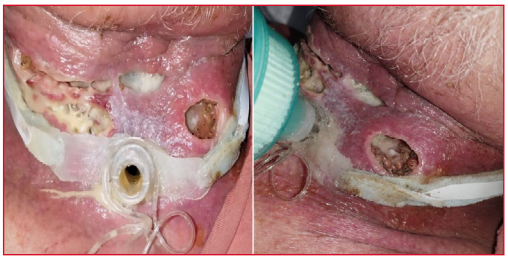
El traumatismo craneoencefálico penetrante (pTBI) por arma de fuego constituye una de las formas más graves de lesión neurológica, con elevada mortalidad y frecuente asociación con secuelas permanentes. A nivel mundial representa un importante problema de salud pública, con más de 250.000 muertes anuales. La mortalidad alcanza hasta el 90% en el ámbito prehospitalario y aproximadamente la mitad de los pacientes que llegan al hospital fallece. Sin embargo, existe evidencia de que quienes sobreviven a la fase inicial pueden lograr resultados funcionales favorables si reciben un tratamiento adecuado. En este contexto, el score SPIN surge como una herramienta pronóstica validada para estimar la supervivencia en pacientes con pTBI. El objetivo de este estudio fue validar la capacidad predictiva del score SPIN en pacientes con traumatismo craneal por arma de fuego atendidos en el Hospital de Urgencias de Córdoba entre 2020 y 2025, además de describir sus características epidemiológicas y evaluar posibles mejoras del modelo. Se realizó un estudio observacional, retrospectivo y analítico que incluyó 37 pacientes. La muestra estuvo compuesta principalmente por hombres jóvenes, predominando el grupo de 15 a 24 años. La mayoría de los casos correspondió a eventos no autolíticos, aunque las lesiones autolíticas presentaron mayor mortalidad. Los pacientes ingresaron con alta severidad, evidenciada por un ISS promedio de 25 y un Glasgow medio de 7. La reactividad pupilar fue la variable más precisa para predecir supervivencia, mientras que el trayecto del proyectil y el mecanismo autolítico se asociaron con peor pronóstico. El score SPIN demostró excelente capacidad discriminativa (AUC 0,869), observándose una relación directa entre el puntaje y la supervivencia. Además, la reestratificación del componente motor del Glasgow en tres niveles mejoró el rendimiento del modelo (AUC 0,878). La mortalidad global fue del 54%. Los pacientes intervenidos quirúrgicamente presentaron menor mortalidad que aquellos sin cirugía, y más de la mitad de los supervivientes alcanzó una recuperación funcional aceptable. En conclusión, el score SPIN demostró ser una herramienta útil para la estratificación pronóstica en pTBI y podría contribuir a optimizar la toma de decisiones clínicas.

0385 MIASIS TRAQUEOSTOMAL: REPORTE DE CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

V GALENDE(1), C OLIVERA(1), M CONTRERAS(1), L COLLOSSO(1)
(1) Nuevo Hospital San Roque

Introducción: La miasis traqueostomal es una infestación parasitaria del estoma traqueal por larvas de dípteros. Constituye una complicación infrecuente en adultos traqueostomizados, reportada en casos aislados y pequeñas series clínicas. Se presenta con mayor frecuencia en pacientes con traqueostomías permanentes, neoplasias avanzadas, comorbilidades neurológicas, dependencia funcional y condiciones higiénico-sociales desfavorables. El objetivo de este reporte es describir un caso de miasis traqueostomal, revisar aspectos clínicos, terapéuticos y preventivos relevantes.
Presentación del caso: Paciente masculino de 64 años, con antecedente de carcinoma epidermoide infiltrante queratinizante de laringe, tratado mediante laringectomía total, traqueostomía permanente y radioterapia, consultó por dificultad respiratoria y secreciones fétidas en sitio de traqueostomía.
Al examen físico se observó miasis peritraqueostomal asociada a eritema, flogosis, secreción purulenta y dolor cervical de 10 días de evolución. Se indicó internación, se aseguró vía aérea mediante colocación de tubo de traqueostomía con balón, bajo medidas de asepsia se realizó extracción manual de aproximadamente 40 larvas, curación local con solución antiséptica y desbridamiento quirúrgico con resección de tejido necrótico. Posteriormente se efectuaron curaciones diarias con vaselina sólida y extracción seriada de larvas remanentes. Recibió tratamiento con clindamicina, ciprofloxacina e ivermectina. Durante la evolución requirió terapia de presión negativa. Tras evolución favorable fue dado de alta con cánula tipo Bielsasky e indicaciones de higiene y cuidados domiciliarios.
Discusión: La miasis traqueostomal es una entidad infrecuente, favorecida por mala higiene, inmunosupresión, neoplasias avanzadas y deterioro funcional. En nuestro paciente, la coexistencia de neoplasia maligna avanzada, radioterapia reciente y deterioro en los cuidados del estoma constituyeron factores predisponentes. Su importancia clínica radica en el riesgo de compromiso de vía aérea y la posibilidad de complicaciones severas como neumonitis aspirativa, infección bacteriana secundaria, insuficiencia respiratoria, estenosis traqueal y fístulas traqueoesofágicas. El manejo terapéutico requiere un abordaje precoz e integral. En comparación con otros casos reportados, el paciente presentó factores predisponentes similares y respondió favorablemente al tratamiento combinado quirúrgico y médico, sin evidenciar complicaciones durante la internación.
Conclusión: Este caso contribuye al conocimiento de la miasis traqueostomal y resalta la importancia de la higiene, el seguimiento y la educación de pacientes, familiares y equipos de salud para prevenir complicaciones y reinfestaciones.

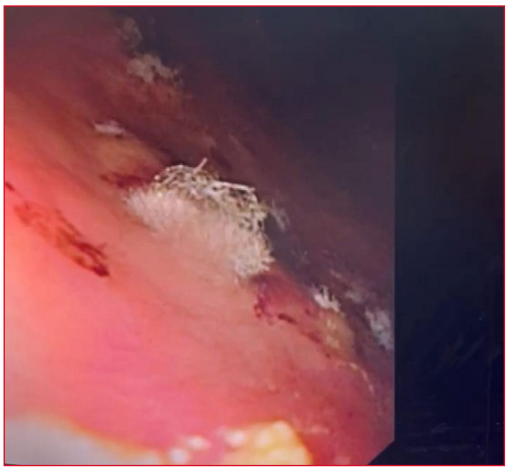


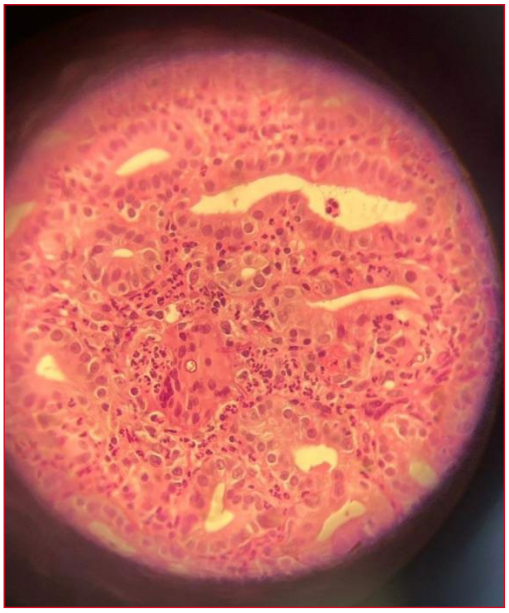


0386 HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA POR MUCORMICOSIS GÁSTRICA INVASIVA EN PACIENTE INMUNOCOMPETENTE: EL DESAFÍO DE LA INMUNO PARÁLISIS POR SEPSIS

CS OSUNA(1), RA RONCONI(1), S RODRIGUEZ CALIX(1), F PEREZ(1), F LOPEZ BARBAYANI(1), D SOUTO(1), S PULCINELLI(1), V COGO(1)
(1) Hospital De Emergencias Dr. Clemente Alvarez

Introducción: La mucormicosis gastrointestinal es una infección fúngica invasiva infrecuente, con alta mortalidad, habitualmente asociada a inmunosupresión severa. Su presentación en pacientes críticos sin antecedentes constituye un desafío diagnóstico y terapéutico en la unidad de cuidados intensivos (UTI).
Presentación del caso: Paciente femenina de 22 años, sin antecedentes, ingresa a UTI por shock séptico con foco gastrointestinal (SOFA 12 puntos) , inestable hemodinámicamente con sostén vasopresor, evolucionando a falla multiorgánica, con requerimiento de terapia de reemplazo renal; cultivos y serologías negativos. Evolucionó al día 7 de internación con melena, se realizó videoendoscopia digestiva alta (VEDA) evidenciándose múltiples lesiones filamentosas blanquecinas en cuerpo gástrico, asociadas a úlceras con abundante tejido fibrinonecrótico,con resultado en biopsia de lesión gástrica de Rhizomucor pusillus y Citomegalovirus (CMV), Acinetobacter baumannii, interpretando cuadro como mucormicosis gástrica con sobreinfección bacteriana y viral; realizó tratamiento con anfotericina B liposomal, Ganciclovir, meropenem, vancomicina, colistin. Por persistencia de HDA se realizó angiotomografía de abdomen sin evidencia de sangrado activo. Evolucionó con coagulopatía, profundización de shock, requerimiento de doble sostén vasopresor; falleciendo al día 17 de internación.
Discusión: La mucormicosis gástrica representa una forma poco frecuente de infección por Mucorales, caracterizada por angioinvasión, necrosis tisular y elevada mortalidad. Si bien suele asociarse a inmunosupresión, puede presentarse en pacientes críticos por inmunoparálisis inducida por sepsis. Las manifestaciones endoscópicas clásicas incluyen necrosis y ulceraciones; las lesiones filamentosas observadas en este caso son inusuales y escasamente reportadas. La coexistencia con CMV complejiza el diagnóstico diferencial.
Conclusión: El reconocimiento precoz de hallazgos endoscópicos atípicos en pacientes críticos puede permitir sospechar mucormicosis gástrica, incluso en ausencia de factores de riesgo clásicos, favoreciendo un abordaje diagnóstico y terapéutico oportuno.





0387 SÍNDROME CEREBELOSO SUBAGUDO: A PROPÓSITO DE UN CASO

V FERNANDEZ BEASSONI(1), G WERNICKE(1), B CAMPS(1), V DOMINGUEZ(1), A COSTA(1), M FERNANDEZ BEASSONI(1), G ABRILE(1), CE RODRIGUEZ(1)
(1) Instituto Medico Rio Cuarto

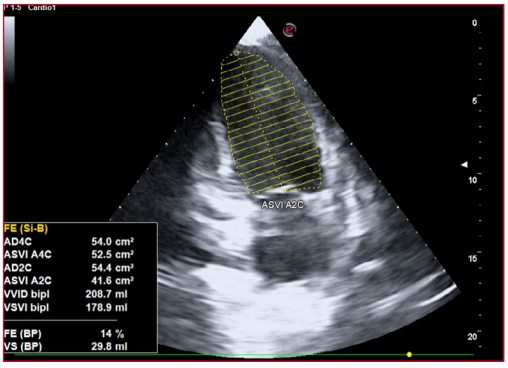
Las ataxias cerebelosas tienen múltiples causas: infecciosas, inmunitarias, degenerativas, genéticas, isquémicas, tumorales y por esclerosis múltiple. En cuanto a las autoinmunes se subclasifica en aquellas asociadas a hipotiroidismo, enfermedad celíaca y Acs anti GAD. En general, estas últimas se asocian a un síndrome cerebeloso progresivo, importante discapacidad y mala respuesta terapéutica. Paciente femenina de 58 años, DBT tipo LADA, hipotiroidea y ex tabaquista, consulta por trastorno en la marcha y equilibrio de 2 meses de evolución al que se le suma disartria y diplopía.
Al examen físico presenta disartria moderada y habla escandida. Nómina y repite correctamente. Se objetiva nistagmus horizontal, ataxia en MMSS e II, temblor de intención en miembro superior y dismetría. Se realiza TAC cerebro, tórax, abdomen y pelvis, informada dentro de los límites de la normalidad. Luego se realiza RNM de SNC donde se observan imágenes puntiformes hiperintensas en T2 y FLAIR,inespecíficas. Se solicita laboratorio: vsg 5; pcr 2,5; cr 0,92; ur 0,22; hb 11,8; hto 35; gb 11200; pqt 267000 ; cobre 1,77. Se solicitan

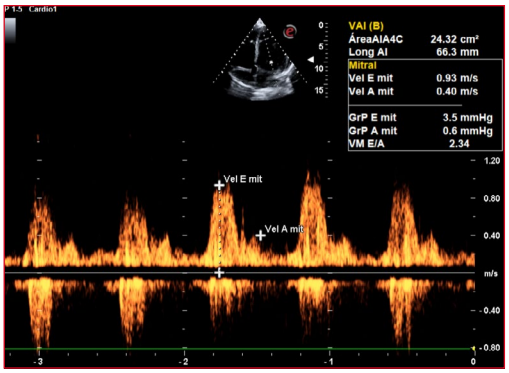
anticuerpos ENA, para encefalitis, celiaquía y onconeuronales, todos negativos. La muestra de LCR presenta Acs anti GAD positivos. Se inició tratamiento con pulsos de corticoides, y posteriormente con inmunoglobulinas, en ambas ocasiones el resultado fue desfavorable. Luego se realizó plasmaféresis, donde se objetivo mejoría de ataxia de miembros inferiores y disartria. Fue externada con meprednisona 40mg. Además de la diabetes tipo 1, los Acs anti GAD se asocian con una serie de síndromes neurológicos mediados por el sistema inmunitario, incluido el síndrome de persona rígida, ataxia cerebelosa, encefalitis límbica y epilepsia del lóbulo temporal.
Alrededor del 12% de los pacientes con ataxia cerebelosa son por Anti GAD +, lo que la convierte en una causa no despreciable. Más del 70% de estos pacientes tiene otras enfermedades autoinmunes como hipotiroidismo y diabetes tipo 1.
Las líneas de tratamiento comprenden la inmunosupresión crónica, plasmaféresis, inmunoglobulina Ev y tratamientos de segunda línea como rituximab, pero el índice de respuesta y recidiva sigue siendo desalentador. Incluso a pesar del abordaje multidisciplinario, médico, psicológico, kinesioterapico y fonoaudiológico la calidad de vida de estos pacientes persiste en detrimento.

0388 REPORTE DE CASO: MÁS ALLÁ DEL RIÑÓN: COMPROMISO NEUROLÓGICO Y CARDÍACO FULMINANTE EN SÍNDROME URÉMICO HEMOLÍTICO ATÍPICO

M TRAMAGLIA(1), AL AYALA(1), F MONZALVEZ(1), C VILLANUEVA(1)
(1) Policlinico Neuquen

Introducción: El síndrome urémico hemolítico atípico (SHUa) es una microangiopatía trombótica (MAT) ultra-rara secundaria a desregulación de la vía alterna del complemento. El compromiso extrarrenal ocurre hasta en el 50% de los pacientes y se asocia a elevada morbimortalidad.
Presentación del caso: Varón de 17 años con pródromo gastrointestinal que evolucionó con convulsiones, deterioro del sensorio, acidosis metabólica severa y falla renal anúrica, requiriendo asistencia ventilatoria mecánica e ingreso a terapia intensiva. El laboratorio evidenció MAT con anemia hemolítica (Hb 5 g/dL), trombocitopenia y lesión renal aguda, interpretándose inicialmente como síndrome urémico hemolítico e iniciándose plasmaféresis. Evolucionó con compromiso cardiovascular, presentando miocarditis con FEy 25% e hipertensión pulmonar. Ante la negatividad de toxina Shiga y ADAMTS13, se diagnosticó SHUa y se inició ravulizumab. Posteriormente presentó recuperación hematológica, mejoría hemodinámica y del sensorio. Persistió trastorno del lenguaje, con resonancia magnética cerebral normal, y requerimiento de hemodiálisis trisemanal.
Discusión: El compromiso neurológico y cardiovascular representa una de las formas más graves de presentación del SHUa. El ravulizumab, inhibidor de C5 de acción prolongada, permite un bloqueo sostenido del complemento y constituye una estrategia clave para limitar el daño endotelial sistémico.
Conclusión: El reconocimiento precoz del SHUa y el inicio oportuno del tratamiento son fundamentales para limitar la falla multiorgánica y reducir secuelas.

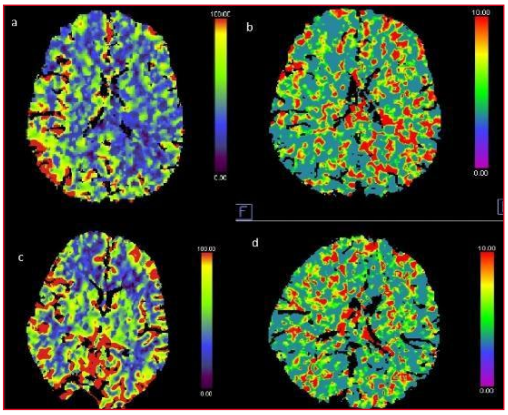


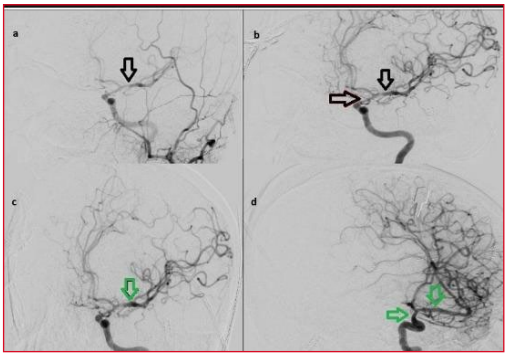


0389 REPORTE DE CASO: USO DE MILRINONA INTRA-ARTERIAL COMO TRATAMIENTO DE VASOESPASMO ASOCIADO A HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA DE ORIGEN TRAUMÁTICO

M YUBEL(1), C VIDELA(1)
(1) Hospital Italiano de Buenos Aires

Introducción: El traumatismo craneoencefálico (TCE) constituye una de las principales causas de morbimortalidad en población joven. En pacientes con hemorragia subaracnoidea traumática (HSAt), el vasoespasmo cerebral representa una complicación potencialmente subdiagnosticada, con diferencias fisiopatológicas y evolutivas respecto al vasoespasmo aneurismático y sin estrategias diagnósticas ni terapéuticas estandarizadas.
Presentación del caso: Se presenta un paciente masculino de 33 años, sin antecedentes relevantes, que ingresó por TCE grave secundario a colisión de alta cinética en motocicleta sin casco, requiriendo intubación orotraqueal por deterioro del nivel de conciencia.
La angiotomografía cerebral inicial evidenció HSAt frontotemporal bilateral, contusiones frontales bilaterales y fractura occipital izquierda asociada a trombosis del seno sigmoideo ipsilateral. Se inició monitoreo neurológico multimodal con presión intracraneal (PIC), Doppler transcraneano (DTC) y espectroscopia de infrarrojo cercano (NIRS).
Durante la evolución, el paciente desarrolló vasoespasmo severo de la arteria cerebral media izquierda, evidenciado por aumento de velocidades en DTC y asimetría en NIRS, asociado a hipoperfusión cerebral confirmada mediante tomografía con perfusión.
Ante refractariedad al tratamiento médico con vasopresores, milrinona sistémica y sedación profunda, se realizó infusión intraarterial de milrinona en el segmento supraclinoideo de la arteria carótida interna izquierda. Posteriormente, se observó mejoría angiográfica y reversión de las alteraciones perfusionales, permitiendo suspensión progresiva del soporte vasoactivo y extubación sin déficit neurológico focal.
Discusión: El vasoespasmo post-traumático continúa siendo una entidad desafiante debido a su presentación heterogénea y ausencia de algoritmos validados para su manejo. En este caso, el monitoreo multimodal mediante DTC, NIRS y tomografía con perfusión permitió detectar precozmente hipoperfusión cerebral significativa y orientar la escalada terapéutica hacia tratamiento endovascular de rescate.
Conclusión: Este caso resalta la utilidad del monitoreo multimodal para la detección precoz del vasoespasmo post-traumático y sugiere un posible rol de la milrinona intraarterial en casos refractarios, destacando la necesidad de estrategias diagnósticas y terapéuticas dirigidas en pacientes con HSAt.





0390 MENINGOCOCEMIA AISLADA COMPLICADA CON PERICARDITIS Y ACCIDENTE CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO EN AUSENCIA DE MENINGITIS: REPORTE DE CASO

R HERNANDO(1), L GALLARDO(1), B PAEZ(1), F FERNANDEZ(1), R LIGARDA(1), LJ URANGA(1), S ZIDARICH(1)
(1) Hospital Italiano de Cordoba

Introducción: La enfermedad meningocócica invasiva por Neisseria meningitidis se asocia clásicamente a meningitis y meningococcemia con rash purpúrico. Sin embargo, en adultos mayores pueden predominar presentaciones atípicas sin compromiso meníngeo, retrasando el diagnóstico. Las complicaciones sistémicas —mediadas por daño endotelial, inflamación y estados protrombóticos— pueden incluir pericarditis y eventos cerebrovasculares, una asociación excepcional con escasos reportes en la literatura.
Presentación del caso: Paciente femenina de 79 años con hipertensión arterial, hipotiroidismo y antecedente de carcinoma renal operado. Consultó por fiebre (38,9 °C), tos no productiva, disnea súbita y cianosis distal de 48 horas de evolución. Al ingreso: saturación 88%, frecuencia cardíaca 112 lpm, hipotensión leve. Laboratorio: PCR 67 mg/L, procalcitonina 7,16 ng/mL, leucocitosis de 18.400/mm³. La tomografía de tórax mostró infiltrados bilaterales interpretados como neumonía adquirida en la comunidad, iniciándose ampicilina-sulbactam.
Ante persistencia de disnea, la ecocardiografía reveló derrame pericárdico con engrosamiento difuso, iniciándose colchicina y AINEs. Los hemocultivos desarrollaron diplococos gram negativos confirmados como N. meningitidis por panel molecular (BioFire®), rotándose el tratamiento a ceftriaxona. La punción lumbar resultó negativa en cultivo, citoquímico y PCR.
Al cuarto día la paciente presentó hemiparesia braquiocrural izquierda y disartria (NIHSS 8). La resonancia magnética cerebral evidenció infarto isquémico agudo en territorio de arteria cerebral media derecha, realizándose trombólisis sistémica con rt-PA dentro de ventana terapéutica. Ingresó a UTI con insuficiencia renal aguda y progresión del derrame pericárdico con criterios de taponamiento, requiriendo pericardiocentesis (320 mL de líquido serohemático, cultivos negativos) y cánula nasal de alto flujo. Tras completar antibioticoterapia dirigida, evolucionó favorablemente, egresando a los 10 días con déficit neurológico leve residual (Rankin 2).
Discusión y conclusiones: La meningococemia sin meningitis en adultos mayores puede explicarse por una respuesta inflamatoria insuficiente para comprometer la barrera hematoencefálica. La pericarditis, de probable origen inmunomediado ante cultivos negativos del líquido pericárdico, y el ACV isquémico —atribuible a cardioembolismo, daño endotelial y estado protrombótico— constituyen complicaciones excepcionales y simultáneas raramente documentadas. Este caso subraya que la EMI puede presentarse de forma atípica en el anciano, sin signos meníngeos ni rash, exigiendo alta sospecha clínica, hemocultivos precoces y abordaje multidisciplinario para reducir la morbimortalidad.

0391 HEMATOMA EXTRADURAL NO TRAUMÁTICO COMO FORMA DE PRESENTACIÓN DE ESCORBUTO EN UNA NIÑA CON TEA. REPORTE DE CASO

TA BRAVO NUÑEZ(1), PA CASTELLANI(1), M RABINO(1), D RAMOS(1), W TAPIA(1)
(1) Hospital Interzonal de Agudos Especializado en Pediatria “Sor Maria Ludovica” de La Plata

Introducción: El hematoma extradural (HED) no traumático es una entidad infrecuente en pediatría y constituye una emergencia neuroquirúrgica con elevada morbimortalidad. Entre sus causas poco habituales se encuentran las deficiencias nutricionales severas. El escorbuto, secundario al déficit de vitamina C, ha resurgido en poblaciones vulnerables, especialmente en niños con trastorno del espectro autista (TEA) y selectividad alimentaria marcada, donde se ha documentado como manifestación de restricción alimentaria severa. Aunque sus manifestaciones típicas incluyen fragilidad capilar, dolor óseo y hemorragias perifoliculares, el compromiso musculoesquelético y óseo es bien reconocido, mientras que el compromiso intracraneal es excepcional y potencialmente fatal, con reportes aislados en la literatura. La identificación precoz es fundamental, dado que el tratamiento es simple, seguro y altamente efectivo.
Caso clínico: Niña de 4 años con TEA, selectividad alimentaria severa y malnutrición crónica. Consulta por vómitos, palidez y deterioro del sensorio. Ingresa con Glasgow 9/15. La tomografía computada evidencia HED bifrontal con efecto de masa, indicándose evacuación quirúrgica urgente. Durante el procedimiento se observa disfunción plaquetaria cualitativa en tromboelastograma, hallazgo compatible con alteraciones hemostáticas descritas en escorbuto.
En UCIP requiere asistencia ventilatoria mecánica por 72 horas y soporte vasoactivo por 48 horas, con recuperación neurológica completa. Durante la internación presenta signo del manguito, y hallazgos radiológicos compatibles con escorbuto, incluyendo osteopenia, reacción perióstica y zona metafisaria de Trümmerfeld, patrones ampliamente descritos.
Ante la imposibilidad de dosaje de vitamina C y la sintomatología altamente sugestiva, se inicia tratamiento empírico con ácido ascórbico, con rápida mejoría clínica, resolución de lesiones cutáneas y recuperación funcional, confirmando el diagnóstico clínico-terapéutico, tal como se describe en series previas. La evolución favorable tras la suplementación permitió confirmar el escorbuto como causa del HED no traumático, una presentación excepcional pero reportada en casos aislados.
Conclusión: El escorbuto debe considerarse en el diagnóstico diferencial de manifestaciones hemorrágicas en pacientes pediátricos con riesgo nutricional, especialmente en aquellos con TEA y selectividad alimentaria severa. La presentación como HED bifrontal, aunque excepcional, puede ser potencialmente fatal. Su reconocimiento precoz permite instaurar un tratamiento simple y de bajo costo, modificando de manera significativa el pronóstico. El abordaje interdisciplinario y el seguimiento nutricional sostenido son fundamentales para prevenir recurrencias.

0392 CÁNULA NASAL DE ALTO FLUJO EN INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA: IMPACTO SOBRE LA MORTALIDAD Y VALOR PRONÓSTICO DEL ÍNDICE ROX

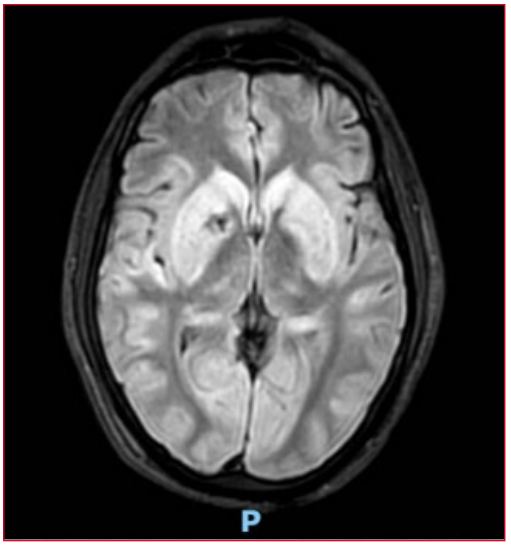
M MALDONADO(1), L GALLARDO(1), B PAEZ(1), F FERNANDEZ(1), R LIGARDA(1), LJ URANGA(1), S ZIDARICH(1)
(1) Hospital Italiano de Cordoba

Introducción: La cánula nasal de alto flujo (CAFO) se ha consolidado como estrategia de primera línea en la insuficiencia respiratoria aguda (IRA), al mejorar la oxigenación, generar presión positiva espiratoria leve y reducir el espacio muerto anatómico. La identificación precoz del fracaso terapéutico —frecuentemente enmascarado por aparente estabilidad clínica— sigue siendo un desafío en terapia intensiva. El índice ROX (SpO_2/FiO_2 ÷ frecuencia respiratoria) constituye una herramienta dinámica y reproducible para estratificar el riesgo de escalonamiento ventilatorio.
Objetivos: Evaluar el impacto de la CAFO sobre la mortalidad en pacientes con IRA internados en UTI y analizar el rendimiento pronóstico del índice ROX a las 12 horas como predictor precoz de fracaso terapéutico.
Materiales y métodos: Estudio observacional retrospectivo (febrero 2023 – agosto 2025), UTI del Hospital Italiano de Córdoba. Se incluyeron 87 pacientes adultos con IRA tratados con CAFO. Se analizaron variables clínicas y gasométricas, subtipo respiratorio (hipoxémico, hipercápnico, mixto), scores de gravedad (APACHE II, SOFA) y desenlaces. El índice ROX fue calculado a las 12 horas como variable predictora principal.
Resultados: Edad media 64 años; 56% de sexo masculino. El subtipo hipoxémico fue el más frecuente (62%), seguido del hipercápnico (21%) y mixto (17%). La mortalidad global fue del 27,6%. El índice ROX a las 12 horas fue significativamente menor en pacientes que requirieron escalamiento o fallecieron ($p<0,05$). Un punto de corte ROX <3,8 se asoció de forma independiente con mayor mortalidad y necesidad de ventilación mecánica invasiva ($p<0,01$). La CAFO evitó la intubación en un porcentaje significativo de pacientes con IRA leve a moderada.
Conclusiones: La CAFO es una estrategia eficaz y segura en el manejo inicial de la IRA. El índice ROX <3,8 a las 12 horas identifica pacientes con riesgo elevado de fracaso terapéutico, permitiendo decisiones de escalonamiento oportunas. Su incorporación sistemática en protocolos de UTI podría reducir la mortalidad asociada al retraso en la intubación.

0393 CUANDO LA ASISTOLIA SE CONVIERTE EN ESPERANZA

CM PACHECO(1)
(1) Hospital Central Dr Ramon Carrillo

Introducción: La donación en asistolia controlada es el proceso de donación luego de la confirmación de la muerte circulatoria en un paciente con lesión cerebral grave, sin criterios de muerte encefálica en el que se ha tomado la decisión previa de retirar soporte vital.
Presentación de caso: Masculino 29 años con antecedente de esquizofrenia, depresión mayor, drogodependencia, ingresa a shockroom por parocardiorrespiratorio reanimado secundario a intento de autoeliminacion por ahorcamiento.
Al examen físico glasgow 3/15, pupilas puntiformes, reflejos ausentes, sin analgosedacion, dosaje de cocaína en orina positivo.
Ingresa a terapia intensiva constatándose reflejo corneano izquierdo ausente, pupila derecha discorica, hiperreflexia, mioclonias, alcalosis respiratoria y acidosis metabólica. Inicia analgosedacion, fluidoterapia, monitoreo electroencefalografico continuo observándose actividad epileptiforme, no status. Se indica valproato con buena respuesta.
No se realiza neuroimagen por falla técnica e inestabilidad hemodinamica.
Ante pronostico desfavorable se comienza abordaje precoz por salud mental hacia familiares.
Durante vacación de sedacion se valora mejor glasgow 7/15 motor 4, ocular 2, verbal 1 intercurriendo con episodios convulsivos tónicos clonicos generalizado en varias oporunidades que ceden con benzodiacepinas.
Posteriormente presenta neumonía asociada a la ventilación mecánica cumpliendo antibioticoterapia por siete días.
Al octavo día, se realiza resonancia magnética visualizando encefalopatia anoxica difusa
Por cuadro irreversible se decide la adecuación de esfuerzo terapéutico, intervieniendo servicio de procuracion de órganos.
Cursando día 12 de internación se plantea a familiares la donación bajo asistolia controlada quienes aceptan e inicia intervención judicial del proceso, comenzando con protocolo nacional de procuracion el cual concluye exitosamente.
Discusión: El presente caso constituyo el primer operativo de donación en asistolia controlada de la provincia. Resalto puntos débiles para mejorar en la institución optimizando tiempos, adaptando procesos y generando alternativas ante adversidades.
Conclusión: El rol fundamental del equipo de terapia intensiva recae en la detección precoz del potencial donante. La donación en asistolia ha demostrado ampliar la disponibilidad de órganos para transplante cuando la muerte encefálica no es una opción reduciendo la lista de espera manteniendo la autonomía y respeto al donante.

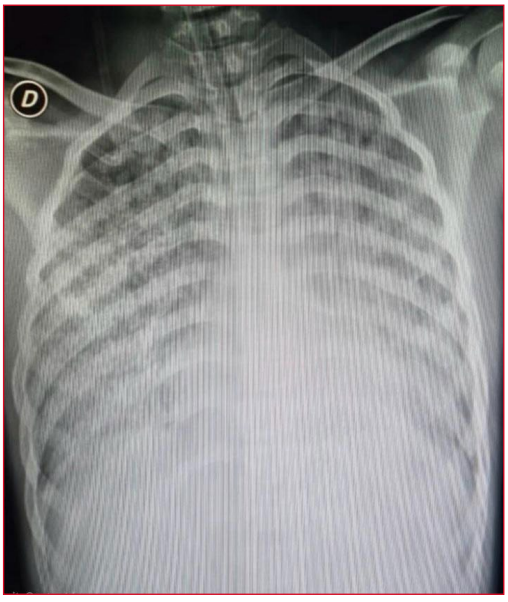


0394 LEPTOSPIROSIS GRAVE CON HEMORRAGIA PULMONAR Y FALLA MULTIORGÁNICA EN UN ADOLESCENTE: REPORTE DE CASO

TA BRAVO NUÑEZ(1), LL AYLLÓN IRALA(1), W TAPIA(1), D RAMOS(1), PA CASTELLANI(1), M RABINO(1), MB PREZIOSO(1)
(1) Hospital Interzonal de Agudos Especializado en Pediatria "Sor Maria Ludovica" de La Plata

Introducción: La leptospirosis es una zoonosis de distribución mundial y de notificación obligatoria en Argentina, causada por espiroquetas del género Leptospira, cuyo principal reservorio son los roedores. Su espectro clínico varía desde formas leves hasta la enfermedad de Weil, caracterizada por ictericia, insuficiencia renal aguda y diátesis hemorrágica. El síndrome de hemorragia pulmonar por leptospirosis (SIPHS) constituye una de las manifestaciones más graves, con mortalidad del 50–75%. Se presenta un caso pediátrico con evolución favorable pese a compromiso crítico.

Presentación del caso: Adolescente de 12 años previamente sano, con mialgias intensas, dolor abdominal, vómitos e ictericia progresiva. Se interna por elevación marcada de creatinina fosfoquinasa, inicialmente interpretada como miositis viral. Evoluciona con deterioro hemodinámico y criterios de shock séptico (Phoenix ≥2), requiriendo ingreso a unidad de cuidados intensivos pediátrica, asistencia ventilatoria mecánica y soporte vasoactivo. PELOD-2 al ingreso: 12.
Desarrolla hemorragia pulmonar masiva con hipoxemia severa, requiriendo 14 días de ventilación mecánica y pulsos de corticoides. Presenta disfunción hepática, coagulopatía grave con coagulación intravascular diseminada, hemorragia digestiva alta e injuria renal aguda con requerimiento de terapia de reemplazo renal continua durante 48 hs.
Recibió ceftriaxona empírica. La serología por microaglutinación (MAT) fue positiva en la segunda muestra. Evoluciona con delirium hipoactivo, miopatía del paciente crítico y síndrome colestásico. Egresó a los 21 días.
Discusión: La leptospirosis grave en pediatría es infrecuente, pero su mortalidad aumenta cuando se asocia a SIPHS y falla multiorgánica (2,3). La inespecificidad inicial dificulta el diagnóstico; la sospecha clínica y el inicio precoz del tratamiento antibiótico son fundamentales, dado que MAT tiene baja sensibilidad en la primera semana. La fisiopatología de la hemorragia pulmonar se relaciona con capilaritis inmunomediada y daño endotelial, lo que justifica el uso de corticoides en casos seleccionados.
Los diagnósticos diferenciales (hepatitis viral, dengue, hantavirus, miositis viral, microangiopatías trombóticas, vasculitis ANCA-asociadas) fueron descartados.
Conclusión: En pediatría, la leptospirosis debe considerarse ante la presencia de síndrome febril, mialgias e ictericia. La forma grave requiere reconocimiento temprano, ingreso inmediato a UCIP y soporte multiorgánico intensivo. El abordaje multidisciplinario fue determinante para el desenlace favorable.



0396 PIODERMA GANGRENOSO CON COMPROMISO CENTROFACIAL ASOCIADO A TUBERCULOSIS PLEURAL: REPORTE DE CASO

L JOAQUIM RODRIGUES(1), C BLANCO(1), M CATOIRA(1), B COCOMELLO(1), A CULQUICONDOR(1), L FRANCONIERI(1)
(1) Hospital Municipal Dr Diego E Thompson

Introducción: El pioderma gangrenoso es una dermatosis neutrofílica rara, caracterizada por úlceras dolorosas de rápida progresión que pueden simular infecciones o vasculitis. El compromiso centrofacial es infrecuente y representa un desafío diagnóstico, especialmente cuando coexisten otras patologías como la tuberculosis extrapulmonar.
Presentación del caso: Paciente femenina de 34 años, con consumo crónico de cocaína, consulta por lesiones ulceradas extensas de borde eritematovioláceo, algunas con base necrótica en miembros inferiores y región centrofacial, asociadas a fiebre prolongada. Al ingreso presenta leucocitosis (20500 mm3), anemia severa (Hb 6,4 g/dL), PCR y eritrosedimentación elevadas e hipoalbuminemia. Evolucionó con insuficiencia respiratoria aguda y derrame pleural bilateral, requiriendo ingreso a UTI por shock séptico a foco cutáneo, con ventilación mecánica. Inició tratamiento antibiótico empírico: meropenem y vancomicina. Los cultivos iniciales resultaron negativos. Se realizó drenaje pleural, cuyo GeneXpert confirma *Mycobacterium tuberculosis* sin resistencia a rifampicina, iniciándose tratamiento antifímico. La biopsia cutánea fue compatible con pioderma gangrenoso, sin evidencia de enfermedad neoplásica ni autoinmune asociada. Perfil de colagenopatías negativo. Durante la internación presentó mejoría clínica, con resolución del cuadro respiratorio, extubación y cicatrización progresiva de lesiones cutáneas con posterior alta hospitalaria.
Discusión: El pioderma gangrenoso se caracteriza por disfunción inmune con aumento de IL-8 y quimiotaxis neutrofílica, con daño tisular estéril. El fenómeno de patergia, con empeoramiento tras traumas mínimos, es clave.
El 50% de los pacientes presentan enfermedades asociadas (patologías inflamatorias intestinales, artritis o trastornos hematológicos) En este caso, fue necesario diferenciarlo de tuberculosis cutánea, que también puede producir úlceras, aunque más indolentes y requiere confirmación microbiológica.
Si bien el tratamiento habitual del pioderma incluye corticoides, estos no se utilizaron inicialmente por falta de confirmación diagnóstica. La mejoría observada tras el tratamiento antibiótico y antifímico sugiere que el control del proceso inflamatorio sistémico pudo haber contribuido a la evolución favorable. Factores como desnutrición, anemia y consumo de cocaína pudieron haber actuado como predisponentes.
Conclusión: El pioderma gangrenoso con compromiso centrofacial puede simular infecciones graves. Su asociación con tuberculosis pleural representa un desafío diagnóstico, siendo fundamental la sospecha clínica y el abordaje interdisciplinario.

0401 SOFA-1 Y SOFA-2 EN UNA UCI MÉDICO-QUIRÚRGICA: COMPARACIÓN DESCRIPTIVA Y ASOCIACIÓN CON MORTALIDAD HOSPITALARIA

CI LOUDET(1), J VILCA BECERRA(1), A SOSA RODRÍGUEZ ITZIAR(1), R ROSA(1), JB CAMPOSTRINI(1), G MALDONADO(1), S LANCHAS(1), M MORELLI(1), JI BIURRARENA(1), E DEL VALLE(1), M TOMÁS(1), D CONTRERAS(1), J JEAN(1), M NUCCIARONE(1), A BETANCUR(1), F IGLESIAS(1), L TUMINO(1), MG SÁENZ(1)
(1) San Martín de La Plata

Objetivo: Describir la disfunción orgánica longitudinal mediante SOFA-1 y SOFA-2, incluyendo el puntaje total y de cada sistema orgánico. Comparar SOFA24, SOFAmax y ΔSOFA entre ambos puntajes, y evaluar la asociación de SOFAmax con mortalidad hospitalaria.
Métodos: Cohorte prospectiva en UCI médico-quirúrgica de 21 camas. Se incluyeron pacientes adultos consecutivos. Para cada paciente se calcularon SOFA-1 y SOFA-2 diariamente durante 7 días en rondas multidisciplinarias diarias. Para cada sistema de puntuación, SOFAmax se definió como el valor máximo del SOFA total registrado durante el período de 7 días y, por separado, como el valor máximo para cada sistema orgánico. SOFA24 (primeras 24 horas), y ΔSOFA diferencia entre SOFAmax y SOFA24.
Se compararon valores medianas de SOFA-1 y SOFA-2 para SOFAmax, así como para SOFA24 y ΔSOFA. Los valores de SOFAmax también se compararon entre sobrevivientes y no sobrevivientes hospitalarios. Se construyeron curvas AUROC para evaluar la capacidad de discriminación para mortalidad hospitalaria de ambos puntajes. Todos los análisis se realizaron con datos apareados. Análisis estadísticos con Stata 15.1. Se consideró estadísticamente significativo un valor de p bilateral < 0,05, utilizando pruebas apropiadas para datos apareados.
Resultados: Se incluyeron 102 pacientes. De ellos, 41% mujeres; edad 44±16, APACHE II 15±8, puntaje de fragilidad 4 [3–6]. En VM 46 pacientes (45%). Mediana de VM 11 [3–23] días, y estadía en UCI 6 [3–15] días; mortalidad hospitalaria 23%.La Tabla 1 resume las diferencias entre SOFA-1 y SOFA-2. Para los no sobrevivientes SOFAmax1 fue 11 [10–14] y SOFAmax2 10 [9–13] (p < 0,01). La Figura 1 presenta curvas AUROC para mortalidad hospitalaria de ambos puntajes mostrando una excelente discriminación y ausencia de diferencias significativas.
Conclusiones: • La evaluación longitudinal de ambos puntajes en todas sus variantes mostró buen desempeño global.
• Las diferencias más relevantes se encontraron en SOFAmax y SOFA24. Las diferencias clínicamente relevantes se observaron en los sistemas respiratorio y cardiovascular, con valores más bajos para SOFA-2.
• Las curvas AUROC demostraron excelente discriminación para mortalidad hospitalaria en nuestra población.
• Dado que el SOFA-1 ha sido utilizado de manera rutinaria en nuestra UCI durante más de 20 años, apoyamos firmemente la incorporación de SOFA-2 para la discusión diaria durante las rondas.

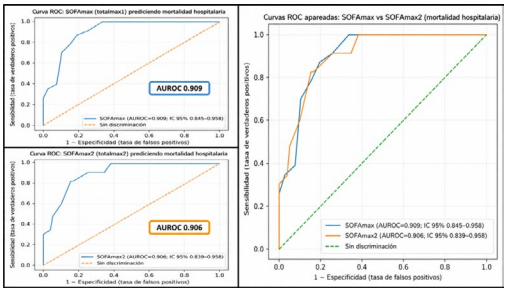


Tabla 1- Comparación de SOFA-1 y SOFA-2 para SOFA24, SOFAmax, ΔSOFA y cada sistema orgánico

Variable	SOFA-1	SOFA-2	Valor de p*
SOFA24	4 [1-8]	3 [1-7]	<0.01
SOFAmax	6 [2-10]	5 [2-9]	<0.01
ΔSOFA	1 [0-2]	1 [0-2]	0.03
SOFAResp	1.5 [0-3]	1 [0-2]	<0.01
SOFACard	3 [0-4]	2 [0-3]	<0.01
SOFAHemo	0 [0-1]	0 [0-1]	0.04
SOFACerebro	0 [0-1]	0 [0-1]	0.90
SOFAHígado	0 [0-1]	0 [0-1]	0.03
SOFARiñón	0 [0-2]	0 [0-2]	0.31

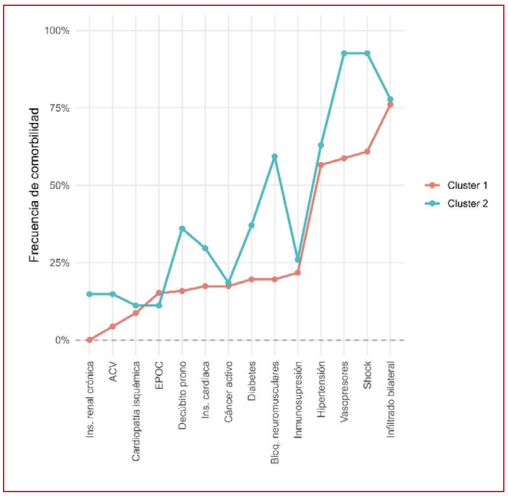
*Prueba de rangos con signo para datos apareados

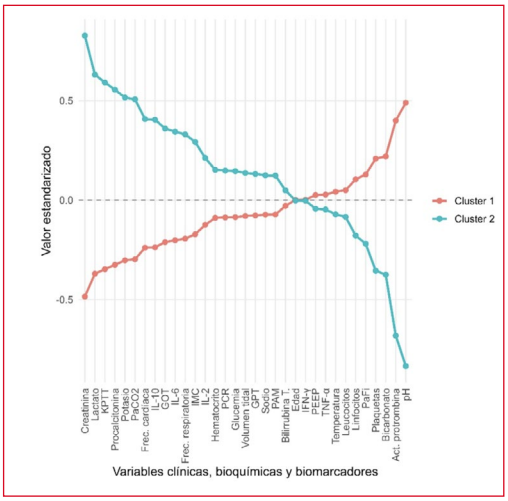
0402 SUBFENOTIPOS CLÍNICOS Y BIOLÓGICOS DEL SÍNDROME DE DISTRÉS RESPIRATORIO AGUDO: CLUSTERING NO SUPERVISADO Y ASOCIACIÓN CON MORTALIDAD HOSPITALARIA

LJ URANGA(1), L GALLARDO(1), B PAEZ(1), G ECHENIQUE(1), O GIAGETTO(2), A SALAS(2), S ZIDARICH(1)
(1) Hospital Italiano de Cordoba. (2) Instituto Virologico UNC-FCM

Introducción: El SDRA exhibe marcada heterogeneidad clínica y biológica que condiciona su pronóstico. La identificación de subfenotipos mediante clustering no supervisado es una estrategia emergente para estratificar pacientes más allá de la clasificación de Berlín.
Objetivos: Identificar subfenotipos en pacientes con SDRA, caracterizar sus diferencias fisiopatológicas y evaluar su asociación independiente con la mortalidad hospitalaria.
Métodos: Estudio prospectivo, observacional (junio 2021–diciembre 2025), UTI del Hospital Italiano de Córdoba, aprobado por Comité de Ética. Criterios de inclusión: edad ≥18 años, diagnóstico de SDRA (Berlín) dentro de las primeras 6 horas. Se recolectaron variables clínicas, gasométricas, de laboratorio y biomarcadores inflamatorios plasmáticos (IL-2, IL-6, IL-10, IFN-γ, TNF-α; LEGENDplex™). Los valores faltantes se abordaron con imputación MICE; las variables continuas se estandarizaron (z-score) y se evaluó multicolinealidad (VIF; umbral=5). La fenotipificación se realizó con k-prototypes (distancia de Huang); el número óptimo de clusters se determinó por índice de Silhouette. La supervivencia se analizó con Kaplan-Meier (log-rank) y nueve modelos de Cox, seleccionados por AICc y evaluados con el C-index de Harrell. Análisis en R 4.x (clustMixType, mice, survival).
Resultados: Se incluyeron 73 pacientes. El algoritmo identificó dos fenotipos: Fenotipo 1 (n=46, 63%) y Fenotipo 2 (n=27, 37%); índice de Silhouette 0,161 para k=2, superior a k≥3 (0,071–0,086). El Fenotipo 2 presentó mayor disfunción orgánica (pH 7,19 vs. 7,36, DME=1,32; creatinina 2,36 vs. 0,94 mg/dL, DME=1,31; lactato 4,86 vs. 2,21 mmol/L, DME=1,00; actividad de protrombina 53,1% vs. 75,7%, DME=1,08) y mayor respuesta inflamatoria (procalcitonina 29,5 vs. 3,8 ng/mL; IL-6 8.306 vs. 2.386 pg/mL; IL-10 878 vs. 98 pg/mL).

La prevalencia de shock (92,6% vs. 60,9%) y uso de vasopresores (92,6% vs. 58,7%) fue mayor en el Fenotipo 2. Las curvas de Kaplan-Meier mostraron diferencias significativas en supervivencia (log-rank p=0,0025): mediana 14 días (IC95%: 7–30) vs. 26 días (IC95%: 18–NR). Mortalidad hospitalaria: 88,9% vs. 54,3%. El mejor modelo (AICc=352,45; C-index=0,71) incluyó SOFA, causa del SDRA y fenotipo. El SOFA fue predictor independiente de mortalidad (HR=1,20; IC95%: 1,10–1,31; p<0,001); la causa indirecta se asoció a menor riesgo (HR=0,31; IC95%: 0,12–0,81; p=0,017). El Fenotipo 2 no alcanzó significación tras el ajuste (HR=1,44; IC95%: 0,79–2,63; p=0,231).
Conclusiones: Se identificaron dos subfenotipos de SDRA con perfiles clínicos, inflamatorios y pronósticos diferenciados. Las diferencias en mortalidad se explican principalmente por la severidad basal (SOFA) y la causa del SDRA. La fenotipificación enriquece la comprensión de la heterogeneidad biológica, aunque su valor predictivo independiente requiere validación en cohortes más amplias.





0404 INTERVENCIÓN FONOAUDIOLÓGICA OPORTUNA EN PACIENTES TRAQUEOSTOMIZADOS CON VENTILACIÓN MECÁNICA: ESTUDIO RETROSPECTIVO EN UNIDAD DE CUIDADOS CRÍTICOS- CRÓNICOS

V TON(1), A MELLINO(1), M DEL GROSSO(1), A ELISEIRI(1)
(1) Ciarec

Introducción: La disfagia orofaríngea en pacientes críticamente enfermos con vía aérea artificial y ventilación mecánica invasiva (AVM) constituye una complicación frecuente asociada a infecciones respiratorias, desnutrición, prolongación de la internación y deterioro funcional. En este contexto, la intervención fonoaudiológica orientada a la rehabilitación de la deglución, la comunicación y la restitución del flujo aéreo hacia la vía aérea superior adquiere un rol central en el abordaje transdisciplinario del paciente traqueostomizado.
Objetivo: Evaluar la efectividad de la intervención fonoaudiológica oportuna en la recuperación de la deglución, la fonación y la evolución funcional de pacientes traqueostomizados con AVM.
Materiales y métodos: Se realizó un estudio observacional retrospectivo y longitudinal en una unidad de cuidados críticos crónicos entre enero de 2025 y abril de 2026. Se incluyeron 27 pacientes adultos traqueostomizados con requerimiento de AVM. Se evaluaron variables al ingreso y al egreso mediante escalas estandarizadas: vía de alimentación mediante Functional Oral Intake Scale (FOIS), nivel de conciencia mediante Coma Recovery Scale-Revised (CRS-R) y calidad vocal mediante escala GRBAS. Asimismo, se analizaron la dependencia de ventilación mecánica, la decanulación y la recuperación de la fonación. Para el análisis estadístico se utilizaron pruebas para muestras relacionadas, considerando significativo $p < 0,05$.
Resultados: Se observaron mejoras significativas en la vía de alimentación (FOIS mediana 1 a 7; $p < 0,001$), nivel de conciencia (CRS-R; $p = 0,03$) y calidad vocal (GRBAS mediana 3 a 1; $p < 0,001$). El 100% de los pacientes logró algún grado de alimentación oral y el 65% alcanzó alimentación oral exclusiva. El 80% logró la desvinculación de la AVM y el 60% fue decanulado. La fonación se recuperó en el 100% de los casos. Los pacientes con menor puntaje en CRS-R presentaron menor progresión funcional.
Conclusión: La intervención fonoaudiológica oportuna, implementada en el marco transdisciplinario, se asocia a mejoras significativas en la deglución, la comunicación y la evolución funcional de pacientes críticos traqueostomizados con AVM. Estos hallazgos refuerzan el rol del fonoaudiólogo como integrante esencial del equipo de cuidados críticos.

TABLAS

Variable	Resultado
n total	27
n análisis	27
Edad media	58,5 años
Sexo masculino, n (%)	19 (70,4%)
Sexo femenino, n (%)	8 (29,6%)
Pacientes con AVM al ingreso	27 (100%)
Pacientes con traqueostomía al ingreso	27 (100%)

Tabla 1. Características de la muestra.

Variable	Ingreso	Egreso	p valor
FOIS	1	7	<0,001
CRS-R	20	23	0,03
GRBAS	3	1	<0,001
Fonación	0%	100%	<0,001
AVM	100%	20%	<0,001
TQT	100%	40%	<0,01

Tabla 2. Comparación ingreso–egreso (n=27).

0405 COQUELUCHE GRAVE EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS: SERIE DE CASOS.

TA BRAVO NUÑEZ(1), PA CASTELLANI(1), CM LUTKEVICIUS(1), M RABINO(1), MB PREZIOSO(1), W TAPIA(1), D RAMOS(1)
(1) Hospital Interzonal de Agudos Especializado en Pediatria "Sor Maria Ludovica"

Introducción: La coqueluche o tos ferina, causada por Bordetella pertussis, continúa siendo una causa importante de morbimortalidad en lactantes menores de 6 meses, quienes presentan mayor riesgo de formas graves. Estas pueden evolucionar con insuficiencia respiratoria, shock e hipertensión pulmonar severa, frecuentemente asociadas a hiperleucocitosis extrema. Sin embargo, se han descrito presentaciones fulminantes sin hiperleucocitosis. En un contexto de aumento de casos y descenso de coberturas vacunales, se presentan

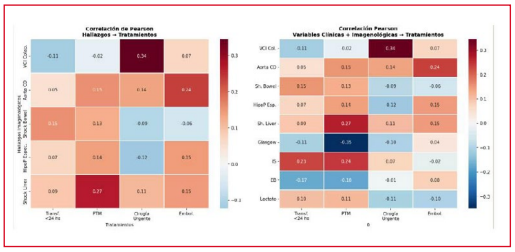
cuatro casos de coqueluche grave internados en una unidad de cuidados intensivos pediátricos durante 2025.
Presentación del caso: Se describen cuatro pacientes pediátricos con diagnóstico confirmado de coqueluche mediante reacción en cadena de la polimerasa (PCR). Los dos lactantes menores de 6 meses presentaron la evolución desfavorable. Un paciente de 3 meses ingresa con insuficiencia respiratoria grave e hiperleucocitosis de 90.800 GB/mm³, requiriendo asistencia ventilatoria mecánica (AVM) y múltiples exanguinotransfusiones. Evoluciona con hipertensión pulmonar severa y muerte encefálica. Por otro lado, un lactante de 1 mes y medio presenta una forma fulminante sin hiperleucocitosis, con rápida progresión a shock refractario e hipertensión pulmonar severa, falleciendo pese al tratamiento intensivo instaurado. Los pacientes mayores de 6 meses presentaron hiperleucocitosis marcada, con valores de hasta 107.000 GB/mm³, requiriendo AVM y exanguinotransfusión, con evolución clínica favorable. En uno de ellos se observa rebote leucocitario que motiva una segunda intervención. En todos los casos se constata esquema de vacunación incompleto o ausencia de inmunización adecuada para la edad.
Discusión: La serie presentada coincide con la literatura respecto a la mayor gravedad observada en lactantes menores de 6 meses y la asociación entre hipertensión pulmonar severa y evolución desfavorable. Aunque la hiperleucocitosis extrema se relaciona con mayor mortalidad, uno de nuestros pacientes presentó evolución fulminante sin leucocitosis significativa, lo que sugiere la participación de otros mecanismos fisiopatológicos. La exanguinotransfusión fue utilizada en pacientes con hiperleucocitosis severa, con respuesta favorable en mayores de 6 meses.
Conclusión: Los casos presentados destacan la elevada gravedad que puede adquirir la coqueluche en lactantes pequeños y la importancia del reconocimiento precoz de complicaciones como hipertensión pulmonar e hiperleucocitosis. Asimismo, refuerzan la relevancia de la vacunación materna y del cumplimiento adecuado del calendario de inmunización como principales estrategias preventivas.

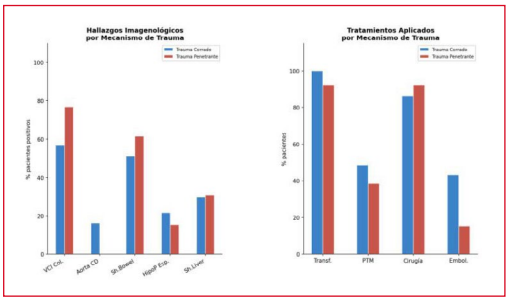
Paciente	Edad	Vacunacion	Clinica	Glóbulos blancos al ingreso a UCIP	Exanguinotransfusión	Evolución
1	1 mes y 16 días	Incompleta	IR, PCR, HTP severa	14300	No	Óbito
2	3 meses	Incompleta	IR, HTP severa	90800	Si	Óbito
3	10 meses	Incompleta	IR	103000	Si	Favorable
4	1 año y 10 meses	Incompleta	IR	107000	Si	Favorable

0407 HALLAZGOS TOMOGRÁFICOS ASOCIADOS A SHOCK HEMORRÁGICO EN LOS PACIENTES POR ENFERMEDAD TRAUMA

JP TOLISSO(1), PB PAHNKE(1), LI CORBALAN(1)
(1) Hospital Municipal de Urgencias

Introducción y Objetivos: El shock hemorrágico es una causa principal de muerte en trauma, siendo crítica la detección precoz de la hipoperfusión.
El estudio evaluó la utilidad de la tomografía computada (TC) para identificar el "complejo de hipoperfusión en TC" como marcador de gravedad y guía terapéutica.
Materiales y Métodos: Estudio retrospectivo y analítico (2025-2026) en el Hospital Municipal de Urgencias, Córdoba, sobre 62 pacientes con shock traumático.
Se evaluaron cinco signos: colapso de vena cava inferior (VCI), calibre aórtico reducido, "shock bowel", "shock liver" e hipoperfusión esplénica.
Resultados: La muestra fue mayoritariamente masculina (85.4%, edad media 34.3 años) con inestabilidad severa (Índice de Shock [IS] 1.40; lactato 5.5 mmol/L).
En el 80.4% se realizó TC; el 72% presentó hipoperfusión, destacando el colapso de VCI (62%) y el "shock bowel" (54%)
Existió una correlación directa entre el número de signos y la gravedad clínica (mayor IS y menor Glasgow).
El 90.3% requirió terapias combinadas (transfusión y cirugía/angioembolización).
Discusión y Conclusiones: Los hallazgos tomográficos reflejan fielmente la severidad hemodinámica.
El colapso de la VCI es el principal predictor de intervenciones críticas.
La integración de estos signos optimiza la toma de decisiones y el control de daños bajo el protocolo SATIC.





0409 BALANCE NITROGENADO DE PACIENTES CRÍTICOS SÉPTICOS CON RIÑÓN HIPERFILTRANTE

V FERNANDEZ ABELLO(1), D ASIN(1), M ABOT(1), A BOCASSI(1), P SAUL(1), I AVILA FLORES(1), A QUISPE(1), R GREGORI(1)
(1) Muñiz

Introducción: En pacientes críticos la hiperfiltración glomerular provoca aumento en la eliminación de urea y si el aporte proteico recibido no cubre las pérdidas de nitrógeno esto contribuye a un balance nitrogenado (BN) negativo. La hiperfiltración constituye una señal de alerta metabólica que requiere abordaje nutricional y renal, con el objetivo de evitar el catabolismo excesivo, la sobrecarga renal y la pérdida de masa muscular.
Objetivos: *Primario*: Cuantificar el BN en pacientes críticos sépticos
Secundarios: 1- Determinar si la ingesta proteica recibida fue adecuada.
2- Establecer la relación entre el BN negativo y RHF.
Material y Método: Estudio descriptivo y retrospectivo. Se cuantificó BN en 55 pacientes críticos sépticos durante marzo-mayo 2026. Diagnóstico de sepsis (Sepsis.3). Se consideró RHF cuando TFG >130 y >120 ml/min en hombres y mujeres respectivamente.
Determinación de ingesta proteica (IP) y BN de 24 hrs: nitrógeno (N) ingerido en gramos (proteínas ingeridas/6,25)- N excretado (NUU+4).
BN= (Prot g /6,35) - (NUU+4). La formula fue adpatada a orina de 12 horas.
Se utilizó estadística descriptiva con porcentaje (%), media (M), rango (mínimo-máximo).
Resultados: Edad M años (48) varones 70% (39) shock séptico 40% (22) HIV+ 34% (19) asistencia ventilatoria mecánica 55% (29) Post quirúrgicos 20% (11) terapia de reemplazo renal continuo 7,2% (4) óbitos 16% (9).
De los 55 pacientes evaluados se registró IP adecuada con BN positivo del 69% (38) y BN negativo del 31 %(17) La IP varió entre 0 y 150 grs por día M= 107.8 grs.
La incidencia de RHF fue 36.3 % (20) con IP M de 113.5 grs. entre quienes se observó 55% de casos con BN negativo (11) y 45 % de casos con BN positivo (9).

Conclusiones: En nuestro grupo de estudio de pacientes críticos sépticos se obtuvo BN + en mayor cantidad de casos aunque fue más difícil compensar la pérdida de nitrógeno de aquellos pacientes sépticos con RHF. Esto permite identificar un subgrupo de pacientes con mayor pérdida nitrogenada y posible estado hipercatabólico. Si bien las causas podrían ser multifactoriales continuar estudiando a estos pacientes contribuiría a determinar si el requerimiento proteico debe ser diferente al de otros pacientes críticos y poder ajustar mejor el aporte a las necesidades reales del paciente.

0410 LUPUS FLORIDO LO ESENCIAL ES VISIBLE A LOS OJOS AL RESPECTO DE UN CASO CLÍNICO

J SILVA(1), P IOMINI(1), F BENEDETI(1)
(1) Hospital Nacional Posadas

El lupus eritematoso sistémico (LES) es una enfermedad autoinmune crónica, de curso heterogéneo, caracterizada por períodos de remisión y exacerbación. El denominado "lupus florido" representa una fase de actividad intensa, asociada a compromiso multiorgánico y elevada morbimortalidad. Afecta predominantemente a mujeres en edad reproductiva, con una relación mujer:varón cercana a 9:1 y, en América Latina, presenta una prevalencia estimada de entre 40 y 90 casos por cada 100.000 habitantes.
Se presenta el caso de una paciente de 23 años, con diagnóstico reciente de LES, derivada a una unidad de cuidados intensivos para manejo de alta complejidad. Al ingreso, se constata un cuadro de actividad severa con compromiso multiorgánico, evidenciado por manifestaciones cutáneo-mucosas, mialgias y artralgias, y alteraciones neuropsiquiátricas compatibles con neurolupus. Asimismo, presenta hemorragia alveolar difusa bajo ARM hipoxémica y compromiso cardiovascular, objetivado mediante electrocardiograma con signos de afectación pericárdica y ecocardiograma transtorácico que evidencia hipoquinesia septal, sugiriendo probable miopericarditis.
Durante su evolución, la paciente desarrolla bacteriemia secundaria a infección del tracto urinario por Escherichia coli, con repercusión oftalmológica. Se instaura tratamiento con corticoides a altas dosis, inmunosupresores y sesiones de plasmaféresis, con respuesta clínica inicial favorable.
No obstante, en el curso de la internación presenta deterioro hemodinámico secundario a shock séptico refractario, en el contexto de una infección asociada a catéter venoso central con aislamiento de Acinetobacter baumannii, evolucionando desfavorablemente hasta el óbito.
Los casos de LES con compromiso multiorgánico grave constituyen un desafío poco frecuente, pero de alta complejidad, en la práctica clínica. Su abordaje requiere un manejo interdisciplinario y disponibilidad de recursos especializados, no siempre accesibles en todos los ámbitos asistenciales. Este caso clínico demuestra que, incluso contando con todos los recursos para el diagnóstico, seguimiento y tratamiento, medidas higiénicas tan básicas como el lavado de manos y la correcta manipulación de accesos venosos centrales constituyen pilares fundamentales en la atención de pacientes críticos, al igual que en cualquier otro paciente.

0411 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), GA ROSTAGNO(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%) permanece 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.

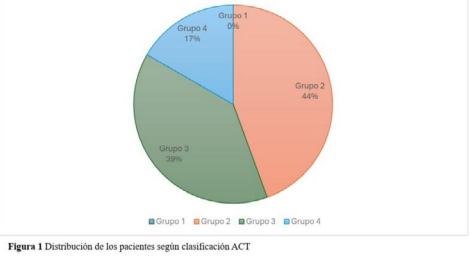


Figura 1 Distribución de los pacientes según clasificación ACT

Tabla 2. Características de los pacientes a quienes se les realizo EP en la UTI del Hospital de Niños de la Santísima Trinidad en el periodo Septiembre 2019- Diciembre 2014

Paciente	Sexo	Edad (años)	Patología previa	Clasificación ACT	Diagnóstico de ingreso	Estadía en UTI (días)	Tiempo entre la decisión de EP y su realización (días)	Tiempo entre la EP y la muerte	Lugar de fallecimiento	Oxigenoterapia pos EP	Opioides	Benzodiazepinas
1	F	1	NO	3	Tumor SNC	59	18	24	UTI	O2	SI	SI
2	F	4	ECNE	2	IRAB	15	2	7	UTI	O2	SI	SI
3	F	1	NO	4	SPP	31	1	2	UTI	O2	NO	SI
4	M	3	NO	3	Tumor SNC	13	9	4	UTI	O2	SI	NO
5	F	0.5	AME	3	IRAB	29	4	24	UTI	O2	SI	NO
6	F	0.9	ECNE	2	IRAB	23	2	24	UTI	VNI	SI	SI
7	F	10	ECNE	2	IRAB	28	2	48	UTI	O2	SI	SI
8	F	6	ECNE	2	IRAB	14	5	24	UTI	O2	SI	SI
9	M	1	ECNE	2	IRAB	81	2	2	UTI	O2	SI	NO
10	F	9	Metabolopatía	2	IRAB	12	7	72	UTI	O2	SI	SI
11	M	0.25	NO	4	SPP	35	6	6	UTI	O2	SI	SI
12	M	0.25	Tu SNC	3	Tumor SNC	24	12	6	UTI	O2	SI	SI
13	F	5	Tu SNC	3	Tumor SNC	6	5	7	UTI	O2	SI	SI
14	M	6	Tu SNC	3	Tumor SNC	24	1	468	Oncología	VNI	SI	SI
15	M	1	Tu SNC	3	IRAB	25	2	48	Oncología	O2	SI	SI
16	M	1	ECNE	2	IRAB	46	12	2256	Cuidados paliativos domiciliarios	O2	SI	SI
17	M	4	ECNE	4	SPP	40	29	48	Cuidados paliativos intermedios	O2	SI	SI
18	M	6	ECNE	2	Gastroenteritis y Náuseas	12	6	8	Vivo	O2	SI	NO

0414 ADENOCARCINOMA DE PULMÓN: SIMULADOR DE SÍNDROME DE DISTRÉS RESPIRATORIO AGUDO REFRACTARIO. REPORTE DE CASO

AL AYALA(1), C VILLANUEVA(1), M TRAMAGLIA(1), F MONZALVEZ
(1) Policlinico Neuquen

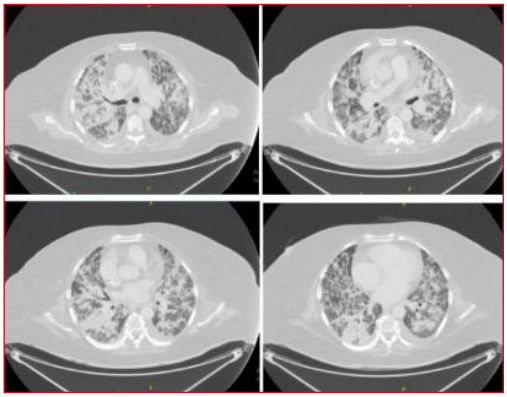
Introducción: El adenocarcinoma pulmonar puede presentarse en un 40-50% como enfermedad metastásica con compromiso inters-

ticial difuso. Este caso describe falla respiratoria hipoxémica refractaria de etiología neoplásica que mimetiza un Síndrome de Distrés Respiratorio Agudo.

Presentación del caso: Femenina de 63 años, antecedentes de hipertensión y meningioma. Consultó por disnea progresiva de un mes y tos seca. Es derivada por insuficiencia respiratoria hipoxémica y sospecha de neumonía, desarrolla síndrome de distrés respiratorio agudo severo y falla multiorgánica. La tomografía de tórax informó engrosamiento del intersticio bilateral e imágenes nodulillares. Presentó refractariedad al tratamiento. Se realizaron cultivos y lavado broncoalveolar negativos, nula respuesta a antibióticos y pulsos de corticoides, por sospecha de etiología autoinmune. Ante dicho escenario, se realizó biopsia pulmonar por toracoscopia, que confirmó una neoplasia difusa compatible con Adenocarcinoma Primitivo de Pulmón con afectación intersticial. Óbito a los 25 días de internación.

Discusión: La linfangitis carcinomatosa puede mimetizar un distrés respiratorio debido a la ocupación intersticial y obstrucción linfática. La nula respuesta a estrategias convencionales fue clave para sospechar etiología no infecciosa. La literatura destaca que progresión subaguda y la negatividad de biomarcadores infecciosos deben orientar hacia la búsqueda de patología oncológica mediante biopsia.

Conclusión: El adenocarcinoma de pulmón puede simular un distrés respiratorio severo y refractario. Se debe mantener la sospecha clínica ante hipoxemia grave refractaria al tratamiento. El diagnóstico histológico temprano es fundamental para definir la proporcionalidad terapéutica y evitar el ensañamiento médico.



0415 FRECUENCIA Y DETERMINANTES DEL POSICIONAMIENTO EN DECÚBITO PRONO EN PACIENTES DESPIERTOS EN UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS

M OBESIO(1), N LARGEL(1), I SANTOMIL(1), M OLMOS(1), M ESPERATTI(1), N FUENTES(1)
(1) Hospital Privado de Comunidad

Introducción: El posicionamiento en decúbito prono en pacientes despiertos (APP) demostró beneficios en la insuficiencia respiratoria aguda (IRA) por COVID-19. Sin embargo, su eficacia en otras etiologías y su implementación actual en la práctica clínica real son inciertas.

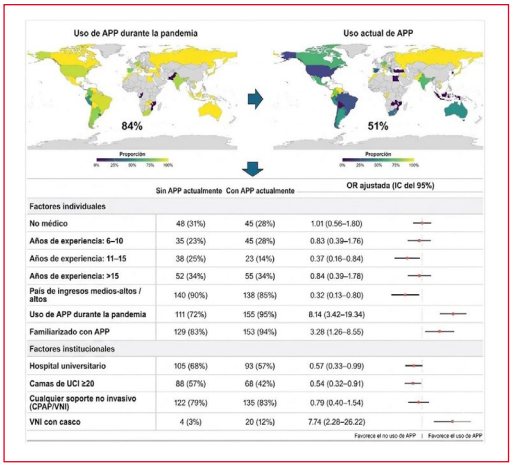
Objetivos: Caracterizar el uso actual del APP e identificar los factores individuales e institucionales que influyen en su aplicación.

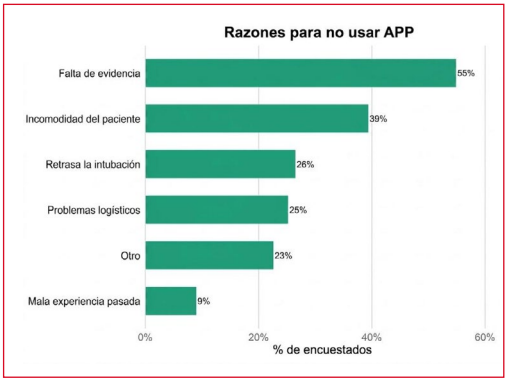
Métodos: Estudio multinacional transversal basado en una encuesta online realizada de junio a septiembre de 2025 dirigida a médicos de 49 países. Se empleó estadística descriptiva y regresión logística multivariable para determinar los factores asociados al uso de la técnica.

Resultados: Se analizaron 318 respuestas de 49 países. El uso de APP cayó significativamente del 84% durante la pandemia al 51% en la actualidad. Los usuarios actuales reportaron con mayor frecuencia el uso previo de la técnica y una mayor familiaridad con ella, a pesar de tener, en promedio, menos años de experiencia en UCI y trabajar en centros no universitarios o con UCI más pequeñas.

El análisis multivariable identificó como factores independientes asociados al uso actual: la experiencia previa con la técnica, el nivel de ingresos del país, el tamaño de la UCI, el tipo de hospital y el uso de otras interfaces como VNI helmet. Las principales barreras para su implementación fueron la falta de evidencia (31%), la incomodidad del paciente (22%) y el temor al retraso de la intubación (15%). Entre quienes lo utilizan, el 61% establece objetivos de duración diaria, siendo el rango más frecuente de 5 a 12 horas.

Conclusiones: Existe una marcada disminución en el uso del APP tras la pandemia, lo que revela una brecha entre la percepción favorable de los médicos y la implementación real. Esta desescalada parece impulsada por la incertidumbre sobre su eficacia en patologías no-COVID y por barreras prácticas y organizativas para su implementación. Se requiere mayor evidencia en poblaciones no infectadas por SARS-CoV-2 y estrategias organizativas para optimizar su uso en la IRA general.

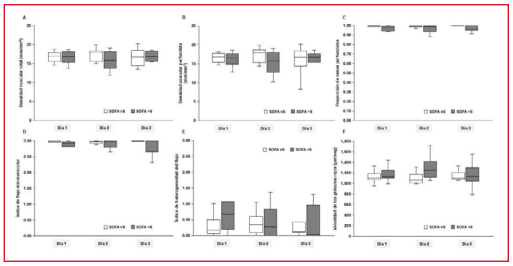


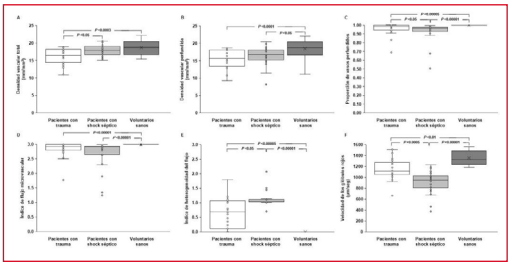


0416 MICROCIRCULACIÓN SUBLINGUAL EN EL TRAUMA GRAVE: COHORTE PROSPECTIVA Y COMPARACIÓN CON PACIENTES CON SHOCK SÉPTICO Y VOLUNTARIOS SANOS

JF CAMINOS EGUILLOR(1), VS KANOORE EDUL(2), B LATTANZIO(3), HOSPITAL SAN MARTÍN, F GUTIERREZ(3), HOSPITAL SAN MARTÍN, J ROMANO(5), M MUGNO(5), A DUBIN(5)
(1) Hospital Interzonal De Agudos "general San Martín". (2) Hospital Juan A Fernández. (3) Laboratorio De Investigación Traslacional. (4) Hospital San Martín. (5) Sanatorio Otamendi

Introducción: Las alteraciones microcirculatorias son un potencial mecanismo de fallo multiorgánico en el trauma y unos pocos estudios observacionales han descripto esta asociación. Sin embargo, no existen comparaciones de los trastornos microvasculares en pacientes con trauma, shock séptico y voluntarios sanos.
Hipótesis: Los pacientes con trauma grave presentan un fenotipo distintivo de disfunción microcirculatoria sublingual.
Métodos: Se estudiaron pacientes con trauma grave (Injury Severity Score >15) (n=28) y shock séptico (n=28) durante el primer día de internación y una vez alcanzada la estabilidad hemodinámica y respiratoria. Fueron comparados con voluntarios sanos (n=28). La microcirculación sublingual se evaluó con videomicroscopía y se realizó un análisis de los videos asistido por un software especializado. En 15 de los pacientes con trauma, fue posible obtener mediciones durante los primeros tres días de internación.
Resultados: En comparación con los voluntarios sanos, todas las variables de microcirculación sublingual estuvieron alteradas en pacientes traumatizados. En pacientes con shock séptico, sólo la densidad vascular total fue similar a la de voluntarios sanos, mientras que el resto de las variables se encontraron afectadas. La proporción de vasos perfundidos, el índice de flujo microvascular, el índice de flujo de heterogeneidad y la velocidad de los glóbulos rojos estuvieron más gravemente comprometidos en pacientes sépticos que en pacientes con trauma. La densidad vascular total fue menor en pacientes con trauma que en pacientes sépticos, mientras que la densidad vascular perfundida fue similar (Figura 1).
Las alteraciones microcirculatorias en el día 1 no se relacionaron con la muerte o el desarrollo de fallo multiorgánico a las 72 hs. En los 15 pacientes con mediciones completas, las variables microcirculatorias fueron similares a lo largo de los tres días en aquellos con puntaje SOFA al tercer día ≤ y >6 (Figura 2), y entre sobrevivientes y no sobrevivientes.
Conclusiones: Los pacientes con trauma grave evidenciaron un patrón microcirculatorio caracterizado por disminución de la densidad vascular pero con menores alteraciones en las variables convectivas que los pacientes con shock séptico. A diferencia de otras publicaciones, los trastornos microvasculares no presentaron ninguna relación con la evolución.





0418 PACIENTES QUIRÚRGICO PROGRAMADOS EN TERAPIA INTENSIVA: ANÁLISIS CLÍNICO EPIDEMIOLOGICO

C SOLARTE(1), V PICOLIA(2), L SANTORO(2), G RAMOS(2), C RAMOS(2), V PAIS(2), S ORELLANA(2), S AGUIRRE(2), C SOLARTE MORA(2)
(1) Htal Agudos Cosme Argerich. (2) Argerich

Introducción: Los pacientes quirúrgicos programados representan una proporción significativa de los ingresos a unidades de terapia intensiva. Su evolución depende del tipo de cirugía, las comorbilidades y la necesidad de soporte ventilatorio. Analizar su perfil epidemiológico y los desenlaces clínicos permite optimizar la atención postoperatoria y la planificación de recursos críticos.
Objetivo general: Describir la distribución epidemiológica, los requerimientos de asistencia respiratoria mecánica y los desenlaces clínicos de pacientes quirúrgicos programados internados en el servicio de terapia intensiva.
Materiales y métodos: Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo y unicéntrico realizado en el servicio de terapia intensiva HGACA, contando con 30 camas repartidas en 3 unidades.
Se incluyeron pacientes quirúrgicos programados internados entre diciembre de 2023 y mayo de 2026.
Las variables analizadas fueron: edad, sexo, cirugía, APACHE II, requerimiento de ARM y duración, estadía en UTI y mortalidad.
La distribución de las variables continuas fue evaluada mediante prueba de Shapiro-Wilk, evidenciándose ausencia de normalidad ($p<0,05$), por lo que se utilizaron pruebas no paramétricas.
Las comparaciones entre grupos se realizaron mediante Kruskal-Wallis y Chi-cuadrado, considerándose significativo un valor de $p<0,05$.
Resultados: Se incluyeron 814 pacientes, con edad media de 56,9 ± 18,2 años y APACHE II promedio: 9,2 ± 4,7.
El requerimiento de ARM fue 16,7% con una mortalidad global del 3,7%. y una Estadía media en UTI: 4,5 ± 6,5 días.
La cirugía torácica evidenció un comportamiento particularmente relevante en términos de mortalidad relativa, mientras que la neurocirugía mostró elevada utilización de recursos críticos vinculados a prolongación de estadía y soporte ventilatorio. Cirugía cardiovascular presentó mayor severidad basal.
Conclusión: Los pacientes quirúrgicos programados internados en UTI constituyen un grupo relevante dentro de la población crítica, con perfiles clínicos heterogéneos y requerimientos variables de soporte ventilatorio. La caracterización de su distribución epidemiológica y desenlaces clínicos aporta información útil para mejorar la planificación de recursos y fortalecer protocolos de seguimiento postoperatorio.

0419 VARIABILIDAD RESPIRATORIA DEL FLUJO MICROVASCULAR SUBLINGUAL EN PACIENTES CON SHOCK SÉPTICO Y VOLUNTARIOS SANOS

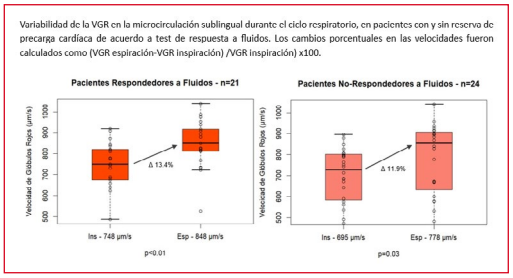
J ROMANO(1), A DUBIN(2), C ROGGIERO(1), X MONNET(3), M MUGNO(2), A BARRUETA(3), V KANOORE EDUL(1)
(1) Hospital J. A. Fernández. (2) Sanatorio Otamendi y Miroli. (3) Hôpital Le Kremlin-Bicêtre

Fundamento: La variabilidad del volumen sistólico durante el ciclo respiratorio es un test esencial para determinar la reserva de precarga cardíaca previo a una expansión con fluidos. Sin embargo, el aumento en el gasto cardíaco no garantiza una mejoría de la perfusión tisular. A diferencia del flujo sanguíneo sistémico, que es pulsátil, el flujo microvascular es laminar y continuo.
El objetivo de este estudio fue 1) determinar la existencia de variabilidad respiratoria en la velocidad de los glóbulos rojos (VGR) de la microcirculación sublingual, tanto en voluntarios sanos como en pacientes con shock séptico y 2) si estos cambios varían según el estado de respuesta a fluidos.
Diseño: Estudio transversal, bicéntrico.
Población: 45 pacientes con shock séptico dentro de las primeras 24 h de ingreso a UTI y 30 voluntarios sanos.
Métodos: En ambas cohortes se registraron antecedentes, datos demográficos, signos vitales y parámetros de perfusión periférica (Tabla 1). La microcirculación se evaluó mediante un videomicroscopio IDF en el área sublingual. Se registraron 3 videos basales, seguidos de 2 vídeos adicionales correspondientes a una pausa inspiratoria y otra espiratoria de 15 segundos. En voluntarios sanos, se realizaron apneas voluntarias en inspiración y espiración de la misma duración. Mediante un software específico (AVA 3.2) se midieron parámetros de densidad, flujo y perfusión microcirculatoria. Además, se cuantificó la VGR (µm/s) a través de diagramas espacio/tiempo.
Resultados: La VGR varió durante la inspiración y la espiración, tanto en voluntarios como en pacientes sépticos, aunque en direcciones opuestas: aumentó durante la espiración y disminuyó durante la inspiración en sépticos. Si bien estos cambios fueron más pronunciados en los pacientes respondedores a fluidos que en los no respondedores, los cambios fueron significativos en ambas condiciones de precarga (Figura 1). No se observaron variaciones respiratorias en las demás variables microcirculatorias.
Conclusiones: Las interacciones cardiorrespiratorias pueden inducir modificaciones del flujo microvascular laminar. Si bien estos cambios son más pronunciados en pacientes precarga dependientes, ocurren también en estados definidos como no respondedores a fluidos. Este hallazgo sugiere un estado de disociación parcial entre la hemodinamia sistémica y la microcirculación que no puede predecirse desde los test de respuesta a fluidos.

Tabla 1. Características demográficas y epidemiológicas al momento de inclusión de pacientes con shock séptico y voluntarios sanos.

Variable	Shock séptico (n=45)	Voluntarios sanos (n=30)	*p*-valor
Edad *(años)*	67 (11.2)	35 (9.5)	<0.01
Sexo, masculino *(%)*	28 (62.0)	20 (58.0)	0.72
IMC *(kg/m²)*	28.3 (5.4)	24.9 (3.1)	<0.01
APACHE II	25.5 (7.4)		
SOFA	9.7 (3.5)		
Mortalidad hospitalaria, *n (%)*	20 (44)		
Respuesta a fluidos, RF+ *(%)*	21 (47)		
Foco infeccioso, *n (%)*			
Respiratorio,	25 (56)		
Abdominal,	9 (20)		
Urinario,	4 (9)		
Otros,	7 (15)		
Hipertensión arterial, *n (%)*	18 (40)	1 (2.94)	<0.01
Tabaquismo, *n (%)*	12 (27)	3 (8.82)	<0.01
Enfermedad vascular periférica, *n (%)*	8 (19)	2 (5.58)	<0.01
PAM *(mm Hg)*	79.1 (13.9)	89.2 (10.1)	<0.01
Frecuencia cardíaca *(latidos/min)*	95.2 (23.3)	72.0 (13.7)	<0.01
Frecuencia respiratoria *(resp./min)*	19.2 (2.2)	16.3 (1.5)	<0.01
Tiempo de relleno capilar *(s)*	1.33 [0.97-1.67]	3.18 [2.12-6.05]	<0.01
Índice de perfusión *(%)*	0.97 [0.16-2.00]	3.31 [1.21-5.74]	<0.01
Dosis de noradrenalina *(µg/kg/min)*	0.76 (0.7)		
Saturación arterial de O_2 *(%)*	97 (2.1)	98.6 (1.23)	<0.01

Datos expresados como media (DE), mediana [RIC] o n (%), según corresponda. P-valor denota el resultado de T. test, Wilcoxon test, Chi-cuadrado o T. Fisher, según corresponda. Abreviaturas: IMC: índice de masa corporal; APACHE II: Acute Physiology and Chronic Health Evaluation II; SOFA: Sequential Organ Failure Assessment; PAM: presión arterial media; RF+: pacientes respondedores a fluidos.



0420 VENTILACIÓN MECÁNICA PROLONGADA EN SUJETOS CON LESIÓN CEREBRAL AGUDA. ESTUDIO OBSERVACIONAL, DESCRIPTIVO Y RETROSPECTIVO

MA RIBEIRO(1), DJ SALTO(1), CA FORÉS(1), JÁ DELGADO QUISPE(1), SM ANDRÉS JAIME(1), D RODRIGUEZ(1), M PETRE(1)
(1) Hospital De Alta Complejidad del Bicentenario Esteban Echeverria

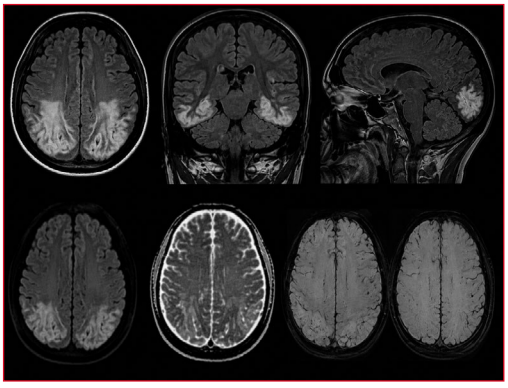
Introducción: La lesión cerebral aguda (LCA) afecta a 100 millones de personas al año y requiere medidas de soporte vital como la ventilación mecánica invasiva (VMI) para evitar daños secundarios. Sin embargo, estos pacientes suelen desarrollar complicaciones respiratorias, lo que prolonga la VMI y aumenta la mortalidad. El destete de la VMI es un desafío debido a los factores de riesgo para la falla de extubación, la tasa de la misma es del 20%, lo que puede llevar a la necesidad de traqueostomía para reducir los días de VMI. En efecto, esta población presenta un mayor riesgo de requerir ventilación mecánica prolongada (VMP), la cual afecta de manera negativa la supervivencia y la calidad de vida de los pacientes.
Objetivos: Determinar la prevalencia de la ventilación mecánica prolongada en sujetos con lesión cerebral aguda internados en una unidad de cuidados intensivos, y secundariamente describir las características clínicas y demográficas.
Metodología: Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo y transversal, con la información recolectada de pacientes adultos con lesión cerebral aguda que ingresaron entre el 01 de septiembre del 2024 y el 31 de enero de 2025 que se encontraban internados dentro de las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) del Hospital de Alta Complejidad del Bicentenario Esteban Echeverría.
Resultados: Del total de pacientes que ingresaron a VMI en este periodo, un total de 53 sujetos con diagnóstico de lesión cerebral adquirida fueron analizados. El 39% eran de sexo masculino y la media de edad fue de 42.11 años (DE 15.38). El ACV hemorrágico y el Traumatismo craneoencefálico fueron los principales motivos de ingreso a la UCI, siendo 24 (45.3%) en cada grupo. Del total de la muestra, 21 (39.6) requirieron más de 21 días de VMI y 8 (15.1) más de 28 días. Asimismo, 23 (43.4%) sujetos fueron traqueostomizados en una media de 16.22 (DE 3.84) días de VMI.
Conclusiones y discusión: Hemos hallado que un gran porcentaje de pacientes neurocríticos requieren ventilación mecánica de manera prolongada. Tanto el ACV hemorrágico como el TEC fueron los motivos de ingreso principales, de los cuales la VMP fue más prevalente en ACV hemorrágico.

0421 ENCEFALOPATÍA SÉPTICA O SÍNDROME DE ENCEFALOPATÍA POSTERIOR REVERSIBLE? UN DESAFÍO DIAGNÓSTICO EN EL PACIENTE CRÍTICO

A FELDMAN(1), G SIBILA(1), M ALIAGA(1), A ALEJANDRO(1), K SIVILA(1), E ETCHEGARAY(1), C LOPEZ(1), C BENAY(1), N FALCON PEREZ(1), E ARISTA(1), N TIRIBELLI(1), J CAPELLA(1)
(1) Churruca

Introducción: El síndrome de encefalopatía posterior reversible (PRES) es una entidad neurológica clínico-radiológica caracteriza-

da por alteración del sensorio, convulsiones y edema vasogénico subcortical. En cuidados críticos, suele asociarse a sepsis, crisis hipertensivas, insuficiencia renal y trastornos metabólicos severos. Su reconocimiento precoz es fundamental debido a su potencial reversibilidad.
Presentación del caso: Paciente de 68 años con antecedentes de hipertensión arterial, enfermedad pulmonar obstructiva crónica y múltiples intervenciones quirúrgicas por oclusión intestinal secundaria a tumor de ángulo esplénico con complicaciones postoperatorias. Tras resolución inicial del cuadro, es derivado para rehabilitación y posteriormente reingresa a la unidad de cuidados críticos por shock séptico de foco incierto asociado a cetoacidosis diabética, requiriendo antibioticoterapia, insulinoterapia y asistencia respiratoria mecánica. Durante la evolución, pese a la mejoría clínica e infecciosa, presenta deterioro neurológico persistente interpretado como encefalopatía séptica. Ante la persistencia del compromiso del sensorio, se realiza resonancia magnética nuclear de encéfalo, evidenciándose hallazgos compatibles con encefalopatía posterior reversible.
Discusión: La encefalopatía posterior reversible representa un desafío diagnóstico en la unidad de cuidados críticos debido a la superposición clínica con entidades más frecuentes como la encefalopatía séptica o el delirio hipoactivo. En este caso, la inestabilidad hemodinámica asociada al shock séptico y las alteraciones metabólicas secundarias a la cetoacidosis diabética podrían haber actuado como factores desencadenantes.
Conclusión: El PRES debe considerarse dentro de los diagnósticos diferenciales ante deterioro persistente del sensorio en pacientes críticos, especialmente cuando la evolución neurológica no se correlaciona con la mejoría clínica del cuadro infeccioso o metabólico. La sospecha clínica temprana y el acceso oportuno a neuroimágenes son fundamentales para optimizar el tratamiento y prevenir secuelas neurológicas permanentes.



0422 UN ENEMIGO SILENCIOSO EN PACIENTES INMUNOCOMPROMETIDOS: ASPERGILOSIS INVASIVA RINOSINUSAL EN TERAPIA INTENSIVA

A FELDMAN(1), G SIBILA(1), A ALEJANDRO(1), E ETCHEGARAY(1), S FREDES(1), E ARISTA(1), C BENAY(1), K SIVILA(1), J CAPELLA(1)
(1) Churruca

Introducción: La Aspergillosis rinosinusal invasiva es una infección fúngica oportunista grave que afecta principalmente a pacientes inmunocomprometidos. Se caracteriza por invasión tisular y vascular rápida, con elevada morbimortalidad y posibilidad de progresión a shock séptico y falla multiorgánica. El diagnóstico precoz y el tratamiento oportuno son fundamentales para mejorar el pronóstico.
Presentación del caso: Paciente masculino de 76 años con antecedentes de hipoplasia medular con neutropenia en contexto de tratamiento con leuprolida por adenocarcinoma de próstata, hipertensión arterial y enfermedad renal crónica. Ingresa para cirugía endoscópica nasosinusal y toma de biopsia por lesión persistente. En el postoperatorio inmediato presenta extubación frustra y aparición de lesión ulceronecrótica en paladar óseo. Requiere nueva intervención quirúrgica para desbridamiento de tejidos necróticos, aislándose Aspergillus flavus en muestras de seno maxilar y tabique nasal. A pesar del tratamiento antifúngico dirigido y antibioticoterapia de amplio espectro, evoluciona con shock séptico refractario y falla multiorgánica.
Discusión: La presencia de lesiones necróticas en cavidad oral o nasal en pacientes inmunocomprometidos debe hacer sospechar micosis invasivas. La Aspergilosis invasiva constituye una entidad de rápida progresión y elevada mortalidad, especialmente en pacientes con neutropenia. En cuidados críticos, el principal desafío radica en el diagnóstico temprano y el manejo del shock séptico asociado, frecuentemente refractario al tratamiento convencional.
Conclusión: Este caso resalta la importancia de considerar infecciones fúngicas angioinvasivas ante lesiones necróticas faciales en pacientes inmunocomprometidos. El diagnóstico precoz, el desbridamiento quirúrgico urgente y el inicio temprano de tratamiento antifúngico son esenciales, aunque el pronóstico continúa siendo desfavorable en pacientes críticos con comorbilidades hematológicas asociadas.

0423 HIPOXEMIA REFRACTARIA COMO PRESENTACIÓN DE MALFORMACIONES ARTERIOVENOSAS PULMONARES EN UNA PACIENTE PEDIÁTRICA: A PROPÓSITO DE UN CASO

BH COSENTINO(1), F CAMPOS(1), P CEVASCO(1), R CARMONA(1)
(1) Garrahan

Introducción: La hipoxemia refractaria representa un desafío diagnóstico y terapéutico en terapia intensiva pediátrica. La falta de respuesta a estrategias convencionales como prono, titulación de PEEP y óxido nítrico inhalado obliga a ampliar el diagnóstico diferencial. Las malformaciones arteriovenosas pulmonares son una causa infrecuente de hipoxemia secundaria a cortocircuito intrapulmonar.
Caso clínico: Paciente de 6 años con antecedente de epistaxis recurrente, trombocitopenia crónica y anemia en estudio, que ingresó por shock hipovolémico secundario a hematemesis asociado a neumonía bilateral con rescate de rinovirus. Requirió ingreso a UCIP y asistencia respiratoria mecánica durante 9 días.
Durante su evolución presentó hipoxemia persistente, interpretándose como síndrome de distrés respiratorio agudo (SDRA) leve-moderado según criterios PALICC-2. Se realizaron maniobras de reclutamiento, prono y óxido nítrico inhalado, con escasa respuesta, manteniendo mecánica pulmonar dentro de parámetros protectivos con alta compliance pulmonar.
Ante la discordancia entre la gravedad de la hipoxemia y la compliance pulmonar preservada, se amplió estudio etiológico. El ecocardiograma con test burbuja fue positivo, compatible con shunt extracardíaco. La angiotomografía de tórax informó fístulas arteriovenosas pulmonares, y la arteriografía confirmó microfístulas pulmonares, sin posibilidad de embolización.
Por la asociación de epistaxis recurrente, telangiectasias cutáneas y malformaciones arteriovenosas pulmonares, se diagnosticó telangiectasia hemorrágica hereditaria (THH) (síndrome de Rendu-Osler-Weber), por criterios de Curaçao. La paciente presentó evolución favorable con adecuado destete respiratorio.
Discusión: La persistencia de hipoxemia severa con compliance pulmonar preservada y pobre respuesta a estrategias convencionales obligó a reconsiderar el diagnóstico inicial de SDRA. La identificación de un shunt intrapulmonar permitió explicar la refractariedad al tratamiento.
Las malformaciones arteriovenosas pulmonares constituyen una causa infrecuente de hipoxemia refractaria en pediatría y pueden ser parte del diagnóstico de la THH. El reconocimiento precoz de hallazgos clínicos orientadores, como epistaxis recurrente y telangiectasias, resulta fundamental para dirigir el abordaje diagnóstico.

Conclusiones: El abordaje de la hipoxemia debe basarse en la fisiopatología y no únicamente en algoritmos terapéuticos. En pacientes con hipoxemia desproporcionada, alta compliance pulmonar y escasa respuesta al tratamiento convencional, deben considerarse diagnósticos alternativos como los cortocircuitos intrapulmonares. Reevaluar diagnósticos iniciales frente a evoluciones atípicas permite identificar etiologías poco frecuentes y orientar adecuadamente el tratamiento.

0424 MIOPATÍA NECROTIZANTE INMUNOMEDIADA CON AUTOANTICUERPOS ANTI-PARTÍCULA DE RECONOCIMIENTO DE SEÑAL (ANTI-SRP) CON COMPROMISO RESPIRATORIO SEVERO: DESAFÍO EN EL DESTETE VENTILATORIO

M CAPRETTA(1), G NIS(1), P NATALIA(1), M CONTRERAS(1), J VEGA ROMERO(1), C ROTEDA(1)
(1) Nuevo Hospital San Roque

Introducción: La miopatía necrotizante inmunomediada representa el 5% de las miopatías inflamatorias idiopáticas. La asociada a anticuerpos anti-SRP se caracteriza por debilidad muscular proximal severa, elevación de CPK y compromiso respiratorio.
Caso clínico: Paciente femenina de 56 años, con antecedentes de hipertensión arterial y tabaquismo severo, consulta por debilidad muscular proximal generalizada de 4 meses de evolución con compromiso de cintura escapular y musculatura torácica, asociada a disfagia y disnea.
Al ingreso a UTI presenta insuficiencia respiratoria hipoxémica por lo que requirió asistencia respiratoria mecánica. Se realizaron métodos complementarios destacando CPK 7718 U/L y tomografía de tórax con consolidación compatible con broncoaspiración y sarcopenia sugestiva de hipotrofia muscular generalizada. Se decidió tratamiento con metilprednisolona y ampicilina-sulbactam.
Evoluciona con debilidad persistente, necesidad de traqueostomía y destete dificultoso por falta de tolerancia a modos espontáneos de ventilación.
Estudios inmunológicos confirman anticuerpos anti-SRP, estableciéndose diagnóstico de miopatía necrotizante inmunomediada e inicia tratamiento con inmunoglobulinas y posteriormente Rituximab. Presenta recuperación motora gradual con descenso progresivo del soporte ventilatorio lográndose desvincular de la ventilación mecánica a los 60 días.
Discusión: La miopatía necrotizante inmunomediada es una entidad infrecuente. El destete dificultoso se explica por la afectación de la musculatura respiratoria y la disociación clínico-analítica.
La traqueostomía y el weaning prolongado reflejan la severidad del cuadro, mientras que la desvinculación completa destaca la reversibilidad con tratamiento oportuno.
Conclusión: La miopatía necrotizante inmunomediada anti-SRP puede debutar con insuficiencia respiratoria severa y requerir soporte ventilatorio prolongado. El reconocimiento precoz e inicio oportuno de terapia inmunosupresora son fundamentales para mejorar la evolución clínica y funcional.

0425 COMPLICACIÓN POCO FRECUENTE EN PACIENTE TRASPLANTADA HEPÁTICA CON DIAGNÓSTICO RECIENTE DE SARCOMA DE KAPOSI: A PROPÓSITO DE UN CASO

BH COSENTINO(1), C FIAMA(1), P CEVASCO(1), A TEVEZ ECHAZU(1), M ZUAZAGA(1)
(1) Garrahan

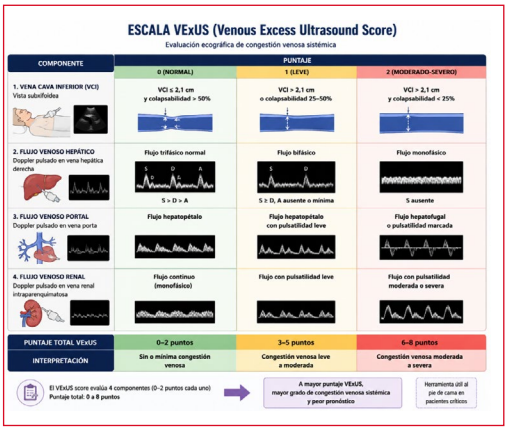
Introducción: El sarcoma de Kaposi (SK) es una neoplasia vascular asociada al virus herpes humano tipo 8 (HHV-8), cuya presentación iatrogénica se observa principalmente en pacientes receptores de trasplante de órganos sólidos bajo inmunosupresión. En pediatría es infrecuente y representa un desafío diagnóstico por su similitud con otras complicaciones postrasplante, especialmente el trastorno linfoproliferativo postrasplante (PTLD).
Casos clínicos: Paciente de 5 años, residente en Paraguay, trasplantada hepática con donante vivo relacionado por colestasis intrahepática familiar tipo IV, en tratamiento inmunosupresor con tacrolimus y meprednisona. A los 18 meses del trasplante consultó por lesión violácea lingual asociada a pápulas cutáneas de varios meses de evolución.
Se realizó resonancia magnética cervical para valoración de la lesión. Durante la inducción anestésica presentó vía aérea dificultosa, requiriendo intubación nasotraqueal e ingreso a UCIP bajo asistencia respiratoria mecánica (ARM). La resonancia evidenció una masa orofaríngea con compromiso supraglótico, planteándose inicialmente PTLD como principal diagnóstico diferencial. Se realizaron biopsias de piel y orofaringe, con inmunomarcación positiva para HHV-8, compatible con SK.
Debido al riesgo de obstrucción de la vía aérea, se valoró a la paciente de forma interdisciplinaria, y se decidió realizar la traqueostomía, logrando posterior desvinculación de la asistencia respiratoria mecánica.
Discusión: El SK postrasplante se relaciona con la reactivación del HHV-8 en contexto de inmunosupresión. Su presentación en pacientes pediátricos trasplantados hepáticos es excepcional y la evidencia disponible proviene principalmente de reportes de casos.
El compromiso mucocutáneo y orofaríngeo puede simular otras entidades postrasplante, particularmente PTLD, retrasando el diagnóstico. En este caso, el compromiso supraglótico generó una complicación crítica de la vía aérea que requirió manejo invasivo.
Conclusiones: El SK debe considerarse dentro de los diagnósticos diferenciales en pacientes pediátricos trasplantados con lesiones mucocutáneas, masas orofaríngeas o adenopatías. El reconocimiento precoz resulta fundamental para evitar complicaciones graves asociadas al compromiso de la vía aérea y orientar oportunamente el tratamiento.

0426 UTILIDAD DEL SCORE VEXUS EN LA VALORACIÓN DE CONGESTIÓN VENOSA SISTÉMICA EN PACIENTES CRÍTICOS

A FELDMAN(1), G SIBILA(1), K SIVILA(1), A ALEJANDRO(1), E ETCHEGARAY(1), M LOMPIZANO(1), C BENAY(1), M ALIAGA(1), J CAPELLA(1)
(1) Churruca

Introducción: La congestión venosa sistémica es un hallazgo frecuente en pacientes críticamente enfermos y se asocia a disfunción orgánica y peor pronóstico. El Venous Excess Ultrasound Score permite evaluar congestión venosa mediante ecografía Doppler al pie de cama, integrando la valoración de la vena cava inferior y de los flujos venosos hepáticos, portales y renales.
Objetivo: Describir las características clínicas y ecográficas de pacientes internados en Unidad de Terapia Intensiva (UTI) evaluados mediante score VExUs.
Material y métodos: Estudio retrospectivo, descriptivo y observacional realizado en pacientes adultos internados en UTI entre 2024 y 2026. Se incluyeron pacientes con evaluación ecográfica completa mediante protocolo VExUS. Se analizaron variables demográficas, diagnóstico de ingreso, requerimiento de asistencia respiratoria mecánica, uso de vasopresores, balance hídrico, función renal y mortalidad.
Resultados: Se analizaron 40 pacientes, con una edad promedio de 64 ± 15 años; el 70% correspondió al sexo masculino. El score APACHE II medio fue 20 y el SAPS II fue 40. Los principales diagnósticos de ingreso fueron shock séptico (45%), insuficiencia cardíaca descompensada (25%) y síndrome cardiorrenal (15%). El 70% requirió asistencia respiratoria mecánica y el 62% vasopresores. Los pacientes con VExUS moderado-severo presentaron mayor balance hídrico positivo, mayor deterioro de la función renal y mayor requerimiento de terapia de reemplazo renal.La mortalidad global fue del 42%, siendo más elevada en pacientes con mayores grados de congestión venosa.

Conclusión: El score VExUS permitió identificar distintos grados de congestión venosa sistémica en pacientes críticos. Los valores elevados se asociaron a sobrecarga hídrica, disfunción renal y peor evolución clínica. El VExUS constituye una herramienta útil, no invasiva y reproducible para la monitorización hemodinámica en UTI.



0427 HIPERFILTRACION Y SEPSIS

A BOCASSI(1), N CUADRA VON HARTMANN(1), L VILARRUEL(1), I AVILA FLORES(1), V FERNANDEZ ABELLO(1), P SAUL(1), D ASIN(1), R GREGORI SABELLI(1)
(1) Muñiz

Introducción: El riñón hiperfiltrante (RHF) es un estado funcional donde la depuración de solutos se ve anormalmente aumentada, este fenómeno puede ser un mecanismo adaptativo inicial y/o una respuesta compensatoria frente a ciertas condiciones, sin embargo a largo plazo puede deteriorar los glomérulos y contribuir al desarrollo de daño renal. En el paciente critico tiene implicancias en el ajuste de dosis de antibióticos hidrosolubles, monitoreo nutricional y estado hipercatabólico. Además de una alteración funcional podría considerarse un potencial marcador metabólico en pacientes críticos.
Objetivo: Determinar la incidencia de RHF en pacientes sépticos
Materiales y métodos: Estudio piloto, observacional, descriptivo. Período: 4 meses. Diagnóstico de sepsis basado en Sepsis.3. Se determinó creatinina en suero (Crea-s) y en orina (Crea-u). La tasa de filtración glomerular (TFG) se calculó: [(Crea-u/Crea-s) x (diuresis 12 horas/720 min)], el resultado fue expresado en ml/min y se consideró RHF cuando TFG > 130 y >120 ml/min en hombres y mujeres respectivamente.
Resultados: Se enrolaron 66 pacientes sépticos, posteriormente en su análisis fueron excluidos 15 (3 no se encontró dato de volumen urinario y 12 presentaron Crea-s ≥1,40 mg/dl al ingreso). De los 51 pacientes estudiados: 24 (36%) presentaron RHF con las siguientes características: género: 15 hombres y 9 mujeres; obesidad: 5 (2 tipo mórbida); edad: 47 años (16-74); Crea-s: 0,50 mg/dl (0,42-1,38); VIH positivos: 4; ARM: 10, Shock: 11; APACHE II: 13 (6-37); SOFA:4 (0-15); Óbitos: 6 pacientes. Diagnóstico al ingreso: 15 TBC, 2 IPPB, 2 NGC
Conclusiones: La incidencia de RHF en esta prueba piloto fue 36%, menor a la reportada en la literatura, esto podría responder a limitaciones metodológicas: recolección de orina de 12 horas, las variaciones de la creatinina por motivos no renales, la falta de sensibilidad de creatinina para detectar precozmente el daño glomerular. La mortalidad no estuvo asociada a la obesidad mórbida, aunque el tamaño muestral limita la interpretación de este hallazgo.
RHF constituye una fase funcional previa a formas posteriores de lesión renal, en esta serie fue detectado en escenarios clínicos complejos, lo que resalta la necesidad de un abordaje integrador en el paciente critico séptico.

0428 VALORACIÓN HEMODINÁMICA MEDIANTE LA MEDICIÓN DE LA INTEGRAL VELOCIDAD-TIEMPO DEL TRACTO DE SALIDA DEL VENTRÍCULO IZQUIERDO (LVOT-VTI) EN PACIENTES CON SÍNDROME CARDIORRENAL EN TERAPIA INTENSIVA

A FELDMAN(1), G SIBILA(1), K SIVILA(1), A ALEJANDRO(1), M LOMPIZANO(1), E ETCHEGARAY(1), C BENAY(1), M ALIAGA(1), C LOPEZ(1), J CAPELLA(1)
(1) Churruca

Introducción: El síndrome cardiorrenal representa una interacción compleja entre disfunción cardíaca y deterioro renal, frecuentemente asociada a hipoperfusión tisular y congestión venosa sistémica. La ecografía crítica permite evaluar de manera no invasiva parámetros hemodinámicos mediante la medición de la integral velocidad-tiempo del tracto de salida del ventrículo izquierdo (LVOT-VTI), utilizada como estimador del volumen sistólico y del gasto cardíaco.
Objetivo: Describir las características clínicas, hemodinámicas y ecográficas de pacientes con síndrome cardiorrenal y valores disminuidos de LVOT-VTI.
Materiales y métodos: Estudio retrospectivo, descriptivo y observacional realizado en la Unidad de Terapia Intensiva del Complejo Médico Policial Churruca-Visca entre enero de 2024 y marzo de 2026. Se incluyeron pacientes adultos con diagnóstico de síndrome cardiorrenal y evaluación ecográfica mediante LVOT-VTI. Se registraron variables demográficas, función renal, fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI), frecuencia cardíaca y parámetros ecográficos obtenidos mediante Doppler pulsado del tracto de salida del ventrículo izquierdo. En todos los casos se realizaron mediciones seriadas de LVOT-VTI mediante ecocardiografía transtorácica en ventana apical de cinco cámaras.
Resultados: Se analizaron 30 pacientes, con una edad media de 70 ± 12 años; el 60% correspondió al sexo masculino. El score APACHE II medio fue de 20 y el SAPS II de 40. La creatinina sérica media fue de 2,5 mg/dl y la FEVI promedio de 32%. El LVOT-VTI promedio fue de 11 ± 3 cm. Los diagnósticos predominantes fueron insuficiencia cardíaca descompensada, síndrome cardiorrenal tipo 1 y bajo gasto cardíaco. La mortalidad global fue del 40%, observándose un LVOT-VTI promedio de 9 ± 2 cm en los pacientes fallecidos. Los pacientes con menor FEVI presentaron valores más bajos de LVOT-VTI y mayor deterioro de la función renal.
Conclusión: Los pacientes con síndrome cardiorrenal presentaron deterioro hemodinámico significativo asociado a compromiso renal y valores disminuidos de LVOT-VTI. La evaluación mediante LVOT-VTI podría constituir una herramienta útil para detectar estados de bajo gasto y orientar el manejo hemodinámico en pacientes críticos.

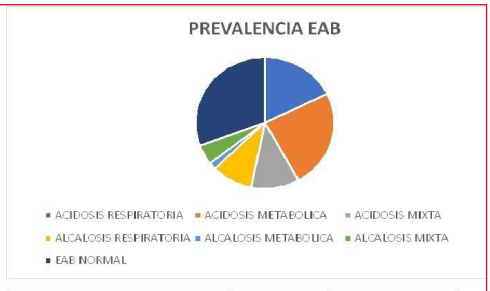
0429 PREVALENCIA DE DISTURBIOS DEL ESTADO ÁCIDO BASE Y MEDIO INTERNO AL INGRESO DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DE UN HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS DE LA CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES

HF CERVANTES(1), A BANEGAS(1), P CORONADO LUJÁN(1), S SALEMME(2)
(1) Hospital General De Agudos Carlos G. Durand. (2) Ospital General De Agudos Carlos G. Durand

Introducción: Las determinaciones de Estado Ácido Base (EAB) y medio interno (sodio, potasio, cloruro) son importantes a fin de hacer una correcta evaluación de la homeostasis de los pacientes críticos, como así también son fundamentales para la evaluación henodinámica junto a otros parámetros clínicos
Objetivos: Determinar cuáles son los trastornos prevalentes del EAB como así también del medio interno en pacientes al momento del ingreso a la UTI
Materiales y métodos: Se realizó una recolección de datos de tipo retrospectiva de los pacientes ingresados a la UTI desde el 01/01/2026 al 31/03/2026. Se incluyeron los pacientes que conta-

ban con los resultados completos de EAB y medio interno para su evaluación.
Sobre un total de 62 pacientes, 42 de sexo masculino y 20 de sexo femenino, con una edad media de 59 años y una mediana de 61 (rangos 25-87). Con respecto al motivo de ingreso 34 fueron quirúrgicos y 28 clínicos.
Resultados: Evaluando los resultados de EAB, 33 presentaron acidemia (53,23 %) y 10 presentaron alcalemia (16.13 %), siendo 19 normales (30.65 %). Dentro de las acidemias podemos decir que 15 presentaron acidosis metabólica (24.19 %), 11 acidosis respiratoria (17,74 %) y 7 acidosis mixta (11.29 %); en el campo de las alcalemias 6 presentaron alcalosis respiratoria (9.68 %) 1 alcalosis metabólica (1.61 %) y 3 alcalosis mixta (4.84 %) y 19 pacientes presentaron un EAB normal (30.65 %).
Evaluando los resultados de medio interno como variable individual, las disnatremias arrojan un total de 23 pacientes (19 hiponatremias y 4 hipernatremias), las discalemias se presentaron en 12 pacientes (10 hipocalemias y 2 hipercalemias) y las discloremias fueron 11 (1 hipocloremia y 10 hipercloremias). También observamos trastornos combinados: hipernatremia-hipocalemia-hipercloremia en 2 ocasiones, e hipernatremia-hipercloremia, hipernatremia-hipocalemia, hiponatremia-hipocalemia, hiponatremia-hipocloremia, hiponatremia-hipercalemia, hipocalemia-hipercloremia, hipercalemia-hipercloremia en 1 oportunidad. Mientas que 26 pacientes no presentaron trastorno alguno del medio interno (46,77 %)
Conclusiones: De acuerdo al análisis de los resultados, los trastornos más frecuentes del EAB son las acidemias, siendo las acidosis metabólicas predominantes (24,19 %). Con respecto al medio interno, las disnatremias son las más prevalentes, siendo las hiponatremias las predominantes, con un 30,64 %.

TRASTORNOS DEL MEDIO INTERNO	CANTIDAD
HIPONATREMIA	19
HIPERNATREMIA	4
HIPOCALEMIA	10
HIPERCALEMIA	2
HIPOCLOREMIA	1
HIPERCLOREMIA	10



PREVALENCIA DE EAB	CANTIDAD	PORCENTAJE
ACIDOSIS RESPIRATORIA	11	17,74%
ACIDOSIS METABOLICA	15	24,19%
ACIDOSIS MIXTA	7	11,29%
ALCALOSIS RESPIRATORIA	6	9,68%
ALCALOSIS METABOLICA	1	1,61%
ALCALOSIS MIXTA	3	4,84%
EAB NORMAL	19	30,65%
TOTAL	62	100,00%

0430 FACTORES DE RIESGO PARA INFECCIÓN DE SITIO QUIRÚRGICO DE ÓRGANO/ESPACIO (MEDIASTINITIS) EN EL POSTOPERATORIO DE CIRUGÍA CARDÍACA: REPORTE DE CASOS

A GHIDINI(1), G CACERES(1), N PINZETTA(1)
(1) Instituto de Cardiologia de Corrientes

Introducción: La mediastinitis, clasificada según estándares CDC/NHSN 2025 como Infección de Sitio Quirúrgico de Órgano/Espacio, sigue siendo una complicación más crítica tras una esternotomía media debido a su impacto en la supervivencia y el incremento de costes hospitalarios. En el contexto clínico actual, la vigilancia epidemiológica se ha estandarizado un periodo de 90 días postoperatorios para capturar eventos tardíos por lo que la práctica moderna exige una identificación rigurosa de factores de riesgo bajo criterios de control metabólico y gestión hemodinámica avanzada para reducir la incidencia de este tipo de infecciones.
Presentación del caso: Se realizó un análisis retrospectivo de 487 pacientes sometidos a cirugía cardíaca central entre 2023 y 2025, de los cuales 23 desarrollaron ISQ de Órgano/Espacio. Bajo las definiciones actuales, el diagnóstico se confirmó mediante la presencia de drenaje purulento , inestabilidad esternal o evidencia de infección durante una reoperación. Los casos afectados presentaron una edad promedio de 59 años que en su mayoría, presentaron antecedentes de hiperglucemia perioperatoria persistente o tiempos quirúrgicos prolongados. El seguimiento extendido a 90 días permitió identificar infecciones que, bajo criterios antiguos, podrían haberse clasificado erróneamente como infecciones superficiales.
Discusión: El análisis multivariado identificó tres predictores independientes críticos. Primero, la diabetes con mal control metabólico, donde niveles de glucosa superiores a 180 mg/dL aumentaron significativamente el riesgo de ISQ y fallo renal. Segundo, el tiempo de Circulación Extracorpórea; la evidencia actual establece que el riesgo de complicaciones mayores escala exponencialmente superando los 140 minutos. Tercero, la reoperación por sangrado excesivo (débito >1.5L en 8 horas), que presentó el riesgo relativo más alto (OR 6.81). A diferencia de décadas previas, la obesidad Clase III se reconoce hoy como un factor que cuadruplica el riesgo de trastornos de cicatrización y eleva masivamente el uso de recursos en UCI.
Conclusión: La diabetes mellitus se identifica como un factor de riesgo independiente para la mediastinitis postoperatoria pero; el mal control glucémico perioperatorio es el mecanismo fisiopatológico subyacente que influye directamente en la aparición de complicaciones. Por tanto, la prevención debe centrarse en un manejo metabólico estricto, optimización de los tiempos quirúrgicos y minimizar las reintervenciones por sangrado.

Factor	Mediastinitis (%)	OR(odds ratio)	IC 95%	Valor de p
Obesidad	8%	3.46	1.06 - 12.09	<0.01
Diabetes	11,8%	5.8	2.15 - 15.94	<0.001
EPOC	10.5%	4.2	0.54 – 26.58	0.06
Mala FVI	7.5%	1.78	0.49 – 5.93	0.3
Infección previa	8.6%	1.96	0.43 – 7.59	0.2

TABLA 1: Factores de riesgo preoperatorios para mediastinitis. Expresa la incidencia de mediastinitis en presencia del factor de riesgo. La incidencia global de mediastinitis fue del 4,7 %.
IC: intervalo de confianza.

Factor	Mediastinitis (%)	OR(odds ratio)	IC 95%	Valor de p
BCPIA	4.1%	0.84	0.09 – 3.64	0.9
Salida difícil CEC	5.6%	1.17	0.26 – 4.42	0.7
CEC prolongada	9.2%	5.65	1.78 – 23.66	<0.001

Tabla 2: factores de riesgo intraoperatorios. BCPIA: balón de contrapulsación intraaórtico.

0431 COLAPSO DINÀMICO DE LA VA- REPORTE DE 3 CASOS

RC GONZALEZ(1), S LABASSE(1)
(1) Higa P V de Cordero

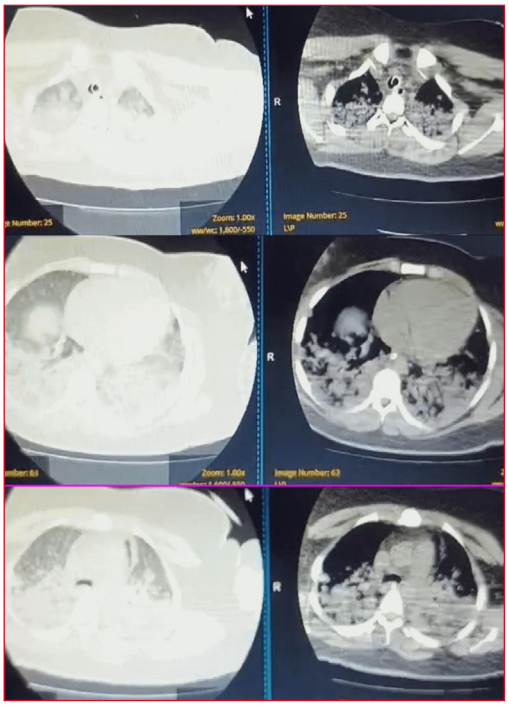
En la mayoría de los pacientes, la ventilación mecánica puede suspenderse tan pronto como se haya resuelto la causa generadora de insuficiencia respiratoria, sin embargo entre el 20 % y el 30 % de los pacientes se consideran difíciles de destetar de la ventilación mecánica. El fracaso se define como la imposibilidad de superar una prueba de respiración espontánea o la necesidad de re intubación dentro de las 48-72 horas posteriores a la extubación El colapso dinámico excesivo de la vía aérea es a menudo una causa subdiagnosticada.

Presentación del caso: *Paciente 1*: Mujer de 65 años con atc. De DM tipo 2, HTA, obesidad grado 2 que curso internación por derrame pleural masivo derecho neoplásico que requirió VATS.
Paciente 2: Mujer de 28 años con atc de asma mal controlado, obesidad grado 2 que curso internación por asma casi fatal.
Paciente 3: Mujer de 22 años con atc de consumo problemático de drogas ilícitas inhalatorias, obesidad grado 3 que curso internación por ACV hemorrágico frontal derecho que no requirió conducta neuroquirurgica.
Las 3 evolucionan en forma favorable en relación a la causa que originó su ingreso, sin presentar intercurrencias por lo que luego de 5 a 7 días de ARM se inicia weaning con múltiples fracasos en la prueba de ventilación espontanea con desaturación, taquipnea, tos, desasosiego, taquicardia e hipertensión arterial. Se realiza fibrobroncoscopia con hallazgo de colapso dinámico excesivo (>75%) de la vía aérea en los 3 casos . Se realizó la colocación endoscopica de prótesis traqueal en Y evolucionando en forma favorable y pudiendo ser externadas entre 24 y 48 hs posterior al procedimiento.
En estas 3 pacientes se planteo la necesidad de realizar FBC dado el fracaso reiterado de la maniobra de destete con intolerancia a la ventilación espontanea sin la presencia de intercurrencias que expliquen dicha situación. La fibrobroncoscopia permitió el diagnóstico y el tratamiento de las mismas. Solo una presentaba factor de riesgo para su presencia que fue el asma. La obesidad y el sexo femenino fue una característica compartida por las 3 pero no figura en la literatura como relacionada con esta patología.

0432 REPORTE DE CASO: SÍNDROME PULMONAR HEMORRÁGICO GRAVE POR LEPTOSPIROSIS

JM OCHOA(1), JM OCHOA(2), AN GUTIERREZ(2), JJ NAVOTKA(2), AM OJEDA(2), N CRISTALDO(2), C LOPEZ(2)
(1) De Campaña Escuela Hogar. (2) Campaña Escuela Hogar

Introducción: La leptospirosis es una enfermedad zoonótica de amplia distribución mundial en especial en países con alto índice fluvial. El compromiso respiratorio de la enfermedad tiene una incidencia del 20% al 70% y frecuentemente es leve y subdiagnosticada, la hemorragia alveolar pulmonar es la forma severa de compromiso respiratorio y tiene una mortalidad mayor al 50%. El diagnóstico precoz y el soporte ventilatorio avanzado son determinantes para la supervivencia en pacientes con distrés respiratorio.
Caso clínico: Femenina de 20 años, sin antecedentes, oriunda del interior de Corrientes, Inicio con cuadro clínico de tos productiva fiebre, disnea, hemoptisis de 9 días de evolución, con empeoramiento del mismo, decidiendo su derivación a UTI.
Ingresa a UTI en mal estado requiriendo ARM con estrategia protectora para SDRA grave (PaFi <100). Se asumió a la paciente con el diagnóstico Shock séptico a foco pulmonar, neumonía severa, hemorragia alveolar por lo que se procedió a realizar TAC torácica para determinar con mayor exactitud el compromiso pulmonar. Revelando extensas consolidaciones con broncograma aéreo en su interior, que ocupa la totalidad de ambos parénquimas pulmonares, asociado a tenues opacidades de tipo alvéolo-intersticiales y de tipo vidrio esmerilado con tendencia a la consolidación en las regiones anteriores de ambos lóbulos superiores e inferiores.
En el abordaje diagnóstico se destacó la presencia de compromiso hemodinámico con respuesta inflamatoria sistémica marcada, hallazgos de hipoperfusión y elevación de la procalcitonina compatible con shock séptico de origen pulmonar, por lo cual, recibió tratamiento antibiótico de amplio espectro (vancomicina, claritromicina y piperacilina/tazobactam). No presento compromiso renal ni hepático significativo ni otros hallazgos clínicos ni paraclínicos sugestivos de patología reumatologica, sin embargo, fueron solicitados estudios complementarios para descartar las principales causas de hemorragia alveolar difusa.
Debido a la hipoxemia refractaria, requirió dos ciclos de ventilación en decúbito prono (48 h cada uno) con respuesta favorable a la misma.
Se realizo fibrobroncoscopía evidenciándose mucosa eritematosa y sangrante con presencia de coágulos, sin posibilidad de toma de biopsia transbronquial por su estado crítico, confirmando SHAD.
Se obtuvo Serología positiva para Leptospirosis (colagenograma, hantavirus y cultivos negativos).
Durante internación presenta infecciones asociadas a la VM, aislándose en muestra de minibal informando *Klebsiella pneumoniae* productora de carbapenemasa, MBL multiresistente sinergia: aztreonam/ceftazidima –avibactam: positiva (apto para tratamiento combinado de ambas drogas). Sensible tigeciclina y colistin. Dirigiendo tratamiento antibiótico a dicho germen.
Tras la mejoría clínica, inició weaning, logrando la extubación. Evolucionó con soporte de VNI y CAFO (índice de ROX final 12.86). Luego de 17 días días de internación en UTI se otorgó el pase a sala general para completar su recuperación.
Discusión: El SHAD por leptospirosis es una entidad de baja incidencia, pero alta letalidad. El desafío diagnóstico radicó en la exclusión de causas autoinmunes y otras zoonosis en una paciente previamente sana. La clave del manejo fue el soporte ventilatorio agresivo (prono prolongado) y la antibioticoterapia dirigida. A diferencia de otros casos de SDRA, la hemorragia alveolar en leptospirosis requiere una estabilización hemodinámica precoz para evitar la progresión del daño pulmonar.
Conclusión: La sospecha clínica de leptospirosis ante una hemorragia alveolar difusa permitió un tratamiento oportuno. El manejo exitoso con ciclos de prono y la transición protocolizada mediante CAFO permitieron la recuperación total de una paciente con fallo respiratorio grave.



0434 MIOCARDITIS ASOCIADA A INFECCIÓN POR PARVOVIRUS B19 EN PACIENTE PEDIÁTRICO COMO INFECCIÓN AGUDA Y INUSUAL: REPORTE DE CASO

B BURGOS(1), V PERNAS(1)
(1) Materno Infantil

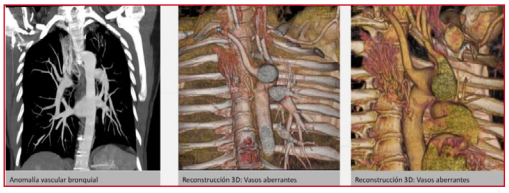
Introducción: El Parvovirus B19 es una infección frecuente y autolimitada en pediatría. Más del 50% de los niños presentan seroconversión antes de la adolescencia. Sin embargo, el compromiso multisistémico severo y la miocarditis constituyen manifestaciones graves e infrecuentes con elevada morbimortalidad.

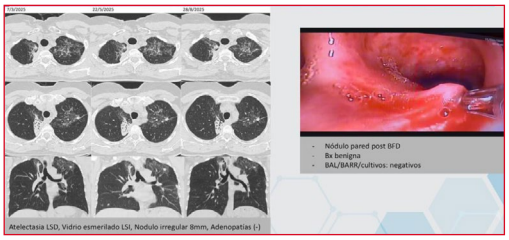
Presentación del caso: Paciente masculino de 1 año y 7 meses, oriundo de Santa Victoria Este, derivado de un hospital del interior de la provincia a Terapia Intensiva por cuadro de shock séptico de probable foco gastrointestinal versus respiratorio. Ingresó con insuficiencia respiratoria aguda, alteraciones del medio interno y falla multiorgánica. Durante la evolución presentó SDRAp, insuficiencia cardíaca secundaria a miocarditis y síndrome hemofagocítico, con internación prolongada.
Los resultados de laboratorio evidenciaron alteración de transaminasas, trastornos inflamatorios sistémicos, alteraciones hematológicas y compromiso multiorgánico. Desde el punto de vista infectológico recibió antibióticos de amplio espectro. Los estudios microbiológicos mostraron PCR positiva para Parvovirus B19, con resto de estudios bacterianos y virológicos negativos. Se interpretó el cuadro clínico del paciente como secundario a esta etiología viral.
Como tratamiento dirigido al Parvovirus B19 recibió gammaglobulina endovenosa y corticoterapia sistémica, asociadas a soporte respiratorio y hemodinámico, con evolución clínica progresivamente favorable.
Como complicaciones presentó delirium hiperactivo, síndrome de abstinencia, debilidad muscular adquirida en UCI y convulsión sintomática aguda con movimientos tónico-clónicos en miembros superiores, requiriendo tratamiento con fenitoína. Los estudios por imágenes evidenciaron marcada atrofia cerebral y dilatación ventricular.
Presentó evolución lenta pero favorable, con internación prolongada en terapia intensiva. Evolucionó hemodinámicamente estable, con recuperación progresiva de la función cardíaca y sin nuevas crisis convulsivas. Continuó seguimiento por Infectología e Inmunología por sospecha de inmunodeficiencia y probable trastorno inmunológico subyacente aún en estudio. Actualmente permanece en seguimiento por consultorio Post-UCI.
Discusión: La presentación grave y sistémica del Parvovirus B19 en pacientes pediátricos es infrecuente. La asociación entre miocarditis, compromiso multisistémico y detección viral permitió considerar al Parvovirus B19 como probable agente etiológico. El diagnóstico precoz y el manejo multidisciplinario mejoran la evolución clínica y disminuyen las complicaciones cardiovasculares y neurológicas.
Conclusión: El Parvovirus B19 debe considerarse dentro de los diagnósticos diferenciales de miocarditis y falla multiorgánica en pediatría.

0435 HEMOPTISIS COMO SIMULADOR ONCOLOGICO: ANOMALÍA VASCULAR BRONQUIAL. REPORTE DE CASO

CI VILLANUEVA MASSARDO(1), M TRAMAGLIA(1), AL AYALA(1), F MONZALVES(1)
(1) Policlínico de Neuquén

Introducción: La hemoptisis en pacientes con antecedentes oncológicos suele orientar la recurrencia tumoral, sin embargo, existen causas infrecuentes que pueden simularla. Las anomalías de la circulación bronquial son una etiología poco habitual y potencialmente tratable.
Objetivos: Describir un caso de hemoptisis secundaria a anomalía vascular bronquial y resaltar el rol de la angiotomografía y la embolización selectiva.
Descripción del caso: Paciente femenina de 52 años, con antecedente de nefrectomía izquierda en 2024 por carcinoma papilar renal. En Marzo de 2025 presentó imagen radiopaca en campo superior derecho interpretada como neumonía, sin resolución. Estudios tomográficos evidenciaron atelectasia del lóbulo superior derecho, opacidades en vidrio esmerilado y un nódulo pulmonar irregular. En Agosto presentó hemoptisis aislada, motivo de la derivación. Al ingreso se encontraba hemodinámicamente estable, con laboratorio, colagenograma y serologías sin alteraciones.
La videobroncoscopia reveló un nódulo en bronquio fuente derecho, con biopsia e inmunohistoquímica negativas para malignidad. La angiotomografía torácica 3D, evidenció origen aberrante de la arteria bronquial derecha desde la aorta torácica, formando un conglomerado vascular en relación con la atelectasia lobar.
Resultados: Se efectuó embolización selectiva de la arteria bronquial, con resolución de la hemoptisis y evolución clínica favorable, sin recurrencias durante el seguimiento.
Conclusiones: Las anomalías vasculares bronquiales deben considerarse en el diagnóstico diferencial de hemoptisis en pacientes oncológicos. La angiotomografía 3D permite su identificación precisa y la embolización constituye un tratamiento eficaz y mínimamente invasivo.





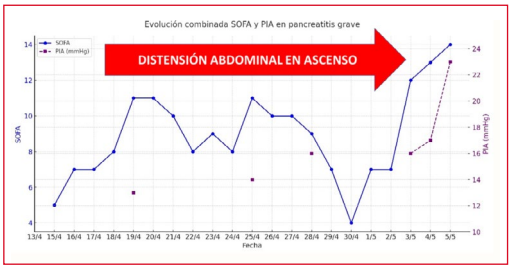
0436 PANCREATITIS AGUDA GRAVE SECUNDARIA A HIPERTRIGLICERIDEMIA. REPORTE DE CASO

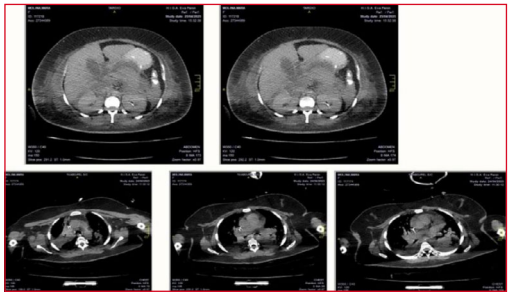
MJ MESQUITA(1), B VANINA COCOMELLO(1), R ECHEGARAY(1), C BLANCO(1), H GOUVEA FRANCO(1), A CULQUICONDOR(1), L FRANCONIERI(2)
(1) Hospital Municipal Dr Diego Thompson. (2) Hospital Municipal Dr Diego Thomson

Introducción: La pancreatitis aguda (PA) por hipertrigliceridemia (HTG) se produce por la hidrólisis de triglicéridos en ácidos grasos libres, generando toxicidad directa, isquemia y activación enzimática. Generalmente requiere niveles >1000 mg/dl y puede evolucionar desde formas leves hasta necrosis pancreática con falla multiorgánica.
Presentación del caso: Paciente femenina de 45 años con sobrepeso, antecedente de pancreatitis aguda alitiásica e HTG con abandono de tratamiento 8 meses previos. Consulta por 6 horas de epigastralgia intensa posterior a ingesta copiosa. Al examen físico presenta xantelasmas. Laboratorio: leucocitos 15500, amilasa 1016, colesterol 1016, triglicéridos 1443. Ecografía abdominal: esteatosis hepática, vesícula alitiásica, escaso líquido libre. Se diagnostica PA por HTG (BISAP 1, APACHE II 5) e ingresa a sala general.
A las 48 horas evoluciona con insuficiencia respiratoria e infiltrados pulmonares difusos, requiriendo ingreso a UTI, intubación y ARM. Presenta distrés respiratorio severo, con necesidad de prono. Recibe insulinoterapia continua, anticoagulación, cuatro sesiones de plasmaféresis y soporte nutricional. TAC abdominal evidencia páncreas aumentado de tamaño, abundante líquido libre y colecciones peripancreáticas mal delimitadas (Balthazar E). Ante progresión clínica se inicia meropenem empírico. Cirugía general indica conducta expectante y sugiere derivación a centro de mayor complejidad para eventual drenaje percutáneo.
Evoluciona con shock séptico de probable origen abdominal, hipertensión intraabdominal (23 mmHg) y falla multiorgánica. La inestabilidad hemodinámica impide nuevas imágenes o intervenciones. Óbito a los 21 días.
Discusión: A pesar de un bajo riesgo inicial, la paciente evolucionó rápidamente a formas graves, resaltando la importancia de la reevaluación dinámica mediante scores como APACHE II y SOFA. El

tratamiento incluyó soporte intensivo, insulinoterapia y plasmaféresis, sin modificar la evolución. El drenaje percutáneo está indicado ante colecciones infectadas o complicaciones locales, idealmente en fases tardías; en este caso, la inestabilidad hemodinámica y la falta de recursos limitó su realización oportuna.

Conclusión: La PA por HTG grave presenta alta morbimortalidad y evolución impredecible. El monitoreo estrecho, el tratamiento precoz y la adecuada selección del momento para intervenciones, junto con un abordaje interdisciplinario, son fundamentales para mejorar el pronóstico.





0437 EVALUACIÓN DEL ESFUERZO INSPIRATORIO MEDIANTE EL ÍNDICE TENSIÓN-TIEMPO DERIVADO DE LA PRESIÓN DE OCLUSIÓN: UN ANÁLISIS EXPLORATORIO DE CONCORDANCIA FISIOLÓGICA

LM GALVAN, FJF BIANCHINI(1), RS MORACCI(1), A SANTANA MACKINLAY(1), E GOGNIAT(1), G PLOTNIKOW(1)
(1) Hospital Britanico de Buenos Aires

Introducción: Los pacientes que reciben ventilación mecánica invasiva suelen experimentar alteraciones estructurales y funcionales de los músculos respiratorios.1 Esto puede generar disfunción muscular respiratoria, la cual se asocia con fracaso del destete ventilatorio, haciendo fundamental la evaluación del esfuerzo inspiratorio.2-5 En este contexto, la presión de oclusión de la vía aérea (Pocc) ha surgido como una herramienta para estimar el esfuerzo inspiratorio, demostrando buena correlación con las mediciones invasivas de la presión generada por los músculos inspiratorios (Pmus) y con la presión transdiafragmática (Pdi).6-7 Por lo tanto, la Pocc podría utilizarse potencialmente como sustituto no invasivo a pie de cama para calcular el índice tensión–tiempo muscular (TTImus).

Objetivos: El objetivo primario es evaluar la correlación y la concordancia entre el índice tensión-tiempo derivado de la Pocc (TTIPocc) y TTImus. Como objetivo secundario, evaluar la relación Pocc/PImax y Pmus/Pimax.

Materiales y métodos: Se realizó un análisis retrospectivo post hoc donde se incluyeron pacientes mayores de 18 años que recibieron ventilación mecánica durante al menos 24 horas y que contaban con monitoreo respiratorio mediante manometría esofágica y medición de presión inspiratoria máxima (PImax).

Resultados: Se incluyeron nueve sujetos con un total de 36 mediciones por variable. El TTIPocc mostró una asociación positiva con TTImus (β = 0,88; IC95% 0,59–1,18; P<0,001). El R^2 condicional fue de 0,78, con un R^2 marginal de 0,53 y un coeficiente de correlación intraclase (ICC) de 0,53. En el análisis de Bland–Altman, el sesgo medio fue de 0,01, con límites de concordancia entre –0,04 y 0,05. La relación Pocc/PImax también mostró una asociación positiva con la relación Pmus/PImax ($_2$ = 0,92; IC95% 0,70–1,15; P<0,001), con un R^2 condicional de 0,89 y un R^2 marginal de 0,68. El ICC fue de 0,66. En el análisis de Bland–Altman, el sesgo medio fue de 0,02, con límites de concordancia entre –0,11 y 0,14.

Conclusión: El TTIPocc es una herramienta no invasiva prometedora para el monitoreo clínico, aunque su valor pronóstico deberá confirmarse en estudios prospectivos de mayor tamaño.

Bibliografía:

1. Levine S, Nguyen T, Taylor N, et al. Rapid disuse atrophy of diaphragm fibers in mechanically ventilated humans. N Engl J Med. 2008;358(13):1327-35.
2. Goligher EC, Dres M, Patel BK, et al. Lung- and diaphragm-protective ventilation. Am J Respir Crit Care Med. 2020;202(7):950-61.
3. Pham T, Heunks L, Bellani G, et al. Weaning from mechanical ventilation in intensive care units across 50 countries (WEAN SAFE): a multicentre, prospective, observational cohort study. Lancet Respir Med. 2023;11(5):465-76.
4. Vassilakopoulos T, Zakynthinos S, Roussos C. The tensión-time index and the frequency/tidal volume ratio are the major pathophysiologic determinants of weaning failure and success. Am J Respir Crit Care Med. 1998;158(2):378-85.
5. Purro A, Appendini L, De Gaetano A, et al. Physiologic determinants of ventilator dependence in long-term mechanically ventilated patients. Am J Respir Crit Care Med. 2000;161(4 Pt 1):1115-23.
6. Bellemare F, Grassino A. Effect of pressure and timing of contraction on human diaphragm fatigue. J Appl Physiol (1985). 1982;53(5):1190-5.
7. Yang KL. Inspiratory pressure/maximal inspiratory pressure ratio: a predictive index of weaning outcome. Intensive Care Med. 1993;19(4):204-8.

Tabla 1. Variables demográficas y clínicas.

Variable	Total (N = 9)
Edad (años) [Mediana; RI]	76 (62-85)
Sexo (masculino) [N (%)]	6 (66.7)
APACHE II [Mediana; RI]	17 (15-21)
CHARLSON [Mediana; RI]	4 (3-5)
Tipo de ingreso [N (%)]	
• Médico	3 (33.3)
• Quirúrgico	6 (66.7)
Motivo de ingreso [N (%)]	
• Cirugía cardíaca	2 (22.2)
• Encefalopatía	2 (22.2)
• Neurocirugía	3 (33.3)
• Cirugía abdominal	1 (11.1)
• Insuficiencia respiratoria aguda	1 (11.1)
Complacencia del sistema respiratorio (m/cmH_2O) [Mediana; RI]	45 (43-62.9)
Complacencia de la pared torácica (mL/cmH_2O) [Mediana; RI]	108 (94-260)
pH [Mediana; RI]	7.46 (7.43-7.47)
PaO_2 (mmHg) [Mediana; RI]	78.7 (74-82.1)
$PaCO_2$ (mmHg) [Mediana; RI]	35.3 (34-38)
SaO_2 (%) [Mediana; RI]	95 (95-96)
PaO_2/FIO_2 (mmHg) [Mediana; RI]	293 (243-353)
PEEP (cmH_2O) [Mediana; RI]	5 (5-5)

RI: rango intercuartílico. N: número absoluto. mL: millilitros. cmH_2O: centímetros de agua. mmHg: milímetros de mercurio. PaO_2: presión arterial de oxígeno. $PaCO_2$: presión arterial de dióxido de carbono. SaO_2: saturación arterial de oxígeno. PaO_2/FIO_2: relación entre la presión arterial de oxígeno y la fracción inspirada de oxígeno. PEEP: presión positiva al final de la espiración.

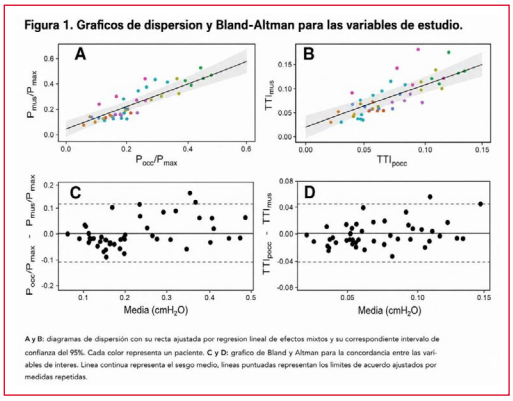


Figura 1. Graficos de dispersion y Bland-Altman para las variables de estudio.

A y B: diagramas de dispersión con su recta ajustada por regresion lineal de efectos mixtos y su correspondiente intervalo de confianza del 95%. Cada color representa un paciente. C y D: grafico de Bland y Altman para la concordancia entre las variables de interes. Linea continua representa el sesgo medio, líneas puntuadas representan los límites de acuerdo ajustados por medidas repetidas.

0438 DISTANCIA MINUTO COMO MARCADOR HEMODINÁMICO Y PRONÓSTICO EN PACIENTES CON SÍNDROME CARDIORRENAL EN TERAPIA INTENSIVA

A FELDMAN(1), G SIBILA(1), K SIVILA(1), A ALEJANDRO(1), M LOMPIZANO(1), E ETCHEGARAY(1), C BENAY(1), C LOPEZ(1), R ALVARADO(1), J CAPELLA(1)
(1) Churruca

Introducción: La ecografía crítica permite evaluar de manera no invasiva el estado hemodinámico mediante parámetros Doppler derivados del tracto de salida del ventrículo izquierdo (TSVI). La integral velocidad-tiempo del TSVI (LVOT-VTI) constituye un estimador del volumen sistólico. La distancia minuto (DM), calculada mediante el producto entre LVOT-VTI y frecuencia cardíaca, representa un índice Doppler relacionado al flujo sistémico y podría ser útil para la evaluación hemodinámica y pronóstica de pacientes críticos.
Objetivo: Describir las características clínicas, hemodinámicas y evolución de pacientes con síndrome cardiorrenal y distancia minuto disminuida internados en terapia intensiva.
Materiales y métodos: Estudio retrospectivo, descriptivo y observacional realizado en la Unidad de Terapia Intensiva del Complejo Médico Policial Churruca-Visca entre enero y mayo de 2026. Se incluyeron pacientes adultos con síndrome cardiorrenal en quienes se realizó ecocardiografía Doppler transtorácica con medición de LVOT-VTI. Se registraron variables clínicas, requerimiento de vasopresores, asistencia respiratoria mecánica, función renal, mortalidad intrahospitalaria y parámetros ecográficos. Se analizaron especialmente los pacientes con distancia minuto ≤1300 cm/min como subgrupo de bajo flujo sistémico.
Resultados: Se analizaron 28 pacientes con síndrome cardiorrenal. El LVOT-VTI promedio fue de 14 ± 3 cm y la frecuencia cardíaca promedio de 92 ± 18 lpm. La distancia minuto promedio estimada fue de aproximadamente 1288 cm/min. Los pacientes con distancia minuto ≤1300 cm/min presentaron mayor requerimiento de vasopresores, oliguria, signos de hipoperfusión periférica y deterioro de la función renal. En este subgrupo se observó una mortalidad intrahospitalaria del 40%. La evaluación seriada del LVOT-VTI y de la distancia minuto permitió identificar cambios hemodinámicos durante la evolución clínica y la respuesta terapéutica.
Conclusiones: La distancia minuto podría constituir una herramienta útil para la evaluación hemodinámica y pronóstica de pacientes críticos con síndrome cardiorrenal. Su fácil obtención mediante ecografía bedside podría aportar información dinámica sobre estados de bajo flujo en terapia intensiva. Se requieren estudios prospectivos para validar estos hallazgos.

0439 EL SÍNDROME INVISIBLE: INSUFICIENCIA CARDÍACA INFILTRATIVA COMO CAUSA DE DISFUNCIÓN HEPÁTICA COLESTÁSICA

V DOMINGUEZ(1), E RODRIGUEZ, G ABRILE
(1) Instituto Medico Rio Cuarto

Introducción: La cardiopatía amiloidótica (CA) es una enfermedad progresiva que se caracteriza por el depósito anómalo de proteínas amiloides, principalmente cadenas ligeras (AL) y transtiretina (ATTR) en el tejido cardíaco, hígado, riñón, sistema nervioso y gastrointestinal, lo que provoca insuficiencia orgánica.
Presentación del caso: Paciente femenina de 48 años con antecedentes de hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2, ingresa por disnea progresiva y síndrome edematoso de 10 días de evolución. Presenta hepatomegalia (25 cm), elevación de enzimas séricas (ALP 950 U/L, GGT 1049 U/L, BST 3,4 mg/dL, BSD 3.1 mg/dL, BSI 0.3 mg/dL) y coagulopatía (TP 50, INR 1,6, Kptt 29). Estudios iniciales con ecografía abdominal, TAC de tórax, abdomen y pelvis descartan obstrucción biliar y enfermedad hepática primaria. A los 4 días evoluciona con anasarca, oliguria refractaria, inestabilidad hemodinámica, ictericia generalizada, deterioro del hepatograma (BST 7,3 mg/dL) y proBNP de 21.126 pg/mL. Se realiza ecocardiograma con hipertrofia ventricular y FEY 61%. Resonancia magnética cardíaca con evidencia de patrón infiltrativo. La relación kappa/lambda (0,40) orientó a amiloidosis AL.
Discusión: La disfunción hepática colestásica sin obstrucción biliar exige considerar causas sistémicas. La insuficiencia cardíaca puede manifestarse como hepatopatía congestiva y simular enfermedad hepática primaria, especialmente en miocardiopatías infiltrativas con FEY conservada. En este caso, la progresión clínica con anasarca, deterioro hemodinámico y elevación de péptidos natriuréticos orientan hacia un origen cardiovascular. La resonancia magnética y la alteración en la relación kappa/lambda permiten sospechar amiloidosis AL, la cual presenta una evolución más agresiva y compromiso multiorgánico. Mientras que ATTR suele ser más indolente y predominantemente cardíaca.
Conclusión: La insuficiencia cardíaca debe considerarse como causa de disfunción hepática colestásica en pacientes críticos, incluso en presencia de FEY conservada. La asociación de compromiso multiorgánico, elevación de biomarcadores cardíacos y alteración de la relación kappa/lambda debe alertar sobre amiloidosis AL, entidad infiltrativa de rápida progresión y elevada mortalidad, por lo que su reconocimiento precoz resulta fundamental para orientar el abordaje diagnóstico y terapéutico con impacto en el pronóstico.

0441 PRECISIÓN Y CONCORDANCIA DE LA MEDICIÓN AUTOMATIZADA VERSUS VISUAL DEL TIEMPO DE RELLENO CAPILAR

C ROGGIERO(1), C ROGGIERO(2), S NAPOLI(2), O BLANCHET(2), A FERNÁNDEZ(2), M MUGNO(3), JD ROMANO(2), V KANOORE EDUL(2)
(1) Juan A Fernandez. (2) Hospital Juan A. Fernández. (3) Sanatorio Otamendi y Miroli

Introducción: El tiempo de relleno capilar (TRC) es un marcador simple y ampliamente disponible de la perfusión periférica. Sin embargo, su medición carece de estandarización, particularmente en relación con la magnitud y la duración de la presión aplicada.
Objetivos: Evaluar la precisión y la concordancia de la medición del TRC mediante una aplicación automatizada basada en teléfono móvil (APP), en comparación con la evaluación visual y con un análisis diferido por software. Determinar el efecto de dos niveles de presión aplicada.
Métodos: 32 voluntarios sanos fueron sometidos a tres mediciones repetidas de TRC, con dos niveles de presión estandarizados (500 g y 800 g). Se registraron mediciones con tres métodos: APP, sujetos con cronómetro (OBScro1, OBScro2) y video diferido por otros dos observadores (OBSvideo1, OBSvideo2). La precisión se evaluó

mediante el coeficiente de repetibilidad (CR) derivado de modelos lineales de efectos mixtos. La concordancia se analizó mediante el método de Bland–Altman. Las diferencias entre métodos se evaluaron mediante modelos de efectos mixtos.

Resultados: La precisión del TRC varió según el método y la carga aplicada. En la comparación entre la APP y la evaluación visual y entre la APP y el video, la APP mostró menor precisión, especialmente a 500 g, aunque mejoró con el aumento de la presión a 800 g (Tabla 1).

La APP registró sistemáticamente valores de TRC más bajos que los observadores.

La concordancia entre la APP y la evaluación visual fue limitada a 500 g pero mejoró a 800 g, mientras que la concordancia entre observadores fue más estrecha. Los observadores del método basado en video demostraron un sesgo menor y límites de concordancia relativamente estrechos en ambas condiciones (500 y 800 g) sin diferencias significativas (Tabla 2).

Conclusiones: La APP midió sistemáticamente valores de TRC inferiores en comparación con los otros métodos.

El aumento de la presión aplicada mejora la precisión y la concordancia; sin embargo, la variabilidad continúa siendo clínicamente relevante para todos los métodos, particularmente en torno al umbral de 3 segundos, donde pueden producirse errores de clasificación diagnóstica.

Estos hallazgos destacan la importancia de la estandarización y del desarrollo de metodologías objetivas.

Tabla 1: Precisión de la medición del tiempo de relleno capilar por método y carga.

Método	Carga (g)	Variación entre sujetos (s)	Variación intra sujetos (s)	Coeficiente de repetibilidad
APP	500	0.658	0.097	0.864
OBS_{cro1}	500	0.121	0.038	0.543
OBS_{cro2}	500	0.219	0.057	0.664
OBS_{video1}	500	0.322	0.048	0.606
OBS_{video2}	500	0.381	0.060	0.676
APP	800	0.203	0.035	0.519
OBS_{cro1}	800	0.143	0.027	0.455
OBS_{cro2}	800	0.157	0.050	0.620
OBS_{video1}	800	0.215	0.021	0.403
OBS_{video2}	800	0.197	0.024	0.428

La precisión del TRC varió entre métodos y mejoró con el aumento de la presión aplicada. A 500 g, la APP mostró la mayor variabilidad, mientras que los observadores presentaron mejor precisión. A 800 g, la precisión mejoró en todos los métodos, siendo el análisis por video el más consistente, con los valores más bajos del coeficiente de repetibilidad.

Tabla 2: Diferencias entre observadores en el análisis de video.

Carga (g)	Sesgo (s)	LOA_inf (s)	LOA_sup (s)
500	-0.04	-0.59	0.51
800	-0.15	-0.69	0.39

Análisis de Bland y Altman entre observadores 1 y 2 del método de análisis por video con software especializado (Kinovea). Con carga de 500 g los LOA: −0.59 a 0.51 y amplitud ≈ 1.10 s, mientras que con carga de 800 g LOA: −0.69 a 0.39 y amplitud ≈ 1.08 s. Abreviaciones: LOA: límites de concordancia del 95%, inf: inferior, sup: superior

0442 TROMBOSIS ARTERIAL MÚLTIPLE ASOCIADA A TROMBOFILIA POR FACTOR V DE LEIDEN CON COMPLICACIONES SEVERAS DE REPERFUSIÓN: DESAFÍO TERAPÉUTICO. REPORTE DE CASO

J ARANDA TRUJILLO(1)
(1) Hospital Provincial Neuquén

La trombosis arterial múltiple, sin etiología cardioembólica o aterosclerótica, obliga a descartar estados protrombóticos. La trombofilia por factor V de Leiden representa la causa hereditaria más frecuente de trombosis venosa, su presentación arterial es infrecuente y suele asociarse a factores precipitantes. El abordaje terapéutico es motivo de controversia, especialmente en escenarios de reperfusión extensa y compromiso multiorgánico

Se presenta el caso de una paciente femenina de 35 años con antecedentes patológicos de consumo de cocaína y tabaquismo. Antecedentes familiares de dos hermanos fallecidos con diagnóstico de trombofilia hereditaria. Ingresa con diagnóstico de isquemia arterial aguda de 10 horas de evolución, con hallazgo tomográfico compatible con trombosis arterial de: arco aórtico, arteria subclavia izquierda, eje ilíaco bilateral. Se realiza trombectomía bilateral de miembros inferiores, evoluciona con complicaciones severas por síndrome de reperfusión (shock vasopléjico y cardiogénico, arritmias ventriculares, rabdomiólisis severa injuria renal aguda con requerimientos de hemodiálisis). Durante la evolución se obtiene resultado positivo de resistencia a la proteína C activada. Desde la perspectiva terapéutica se consideró la reperfusión en otros territorios vasculares, dicha intervención fue desestimada por el alto riesgo perioperatorio. El tratamiento se basó fundamentalmente en anticoagulación, con desafíos debido al contexto de injuria renal y episodios hemorrágicos recurrentes, evolucionando finalmente con coagulopatía y fallecimiento por shock hemorrágico.

La asociación entre Factor V de Leiden y trombosis arterial continúa siendo controvertida. En el presente caso, los antecedentes familiares y la resistencia a la proteína C activada orientaron al diagnóstico de trombofilia hereditaria, aunque la interpretación de estudios trombofílicos en fase aguda presenta limitaciones. La coexistencia de factores precipitantes, como tabaquismo y consumo de cocaína, pudo haber contribuido a la presentación multiterritorial. Al igual que en otros casos reportados, el principal desafío estuvo relacionado con la toma de decisiones terapéuticas entre nuevas estrategias de reperfusión y el riesgo hemorrágico asociado a la anticoagulación.

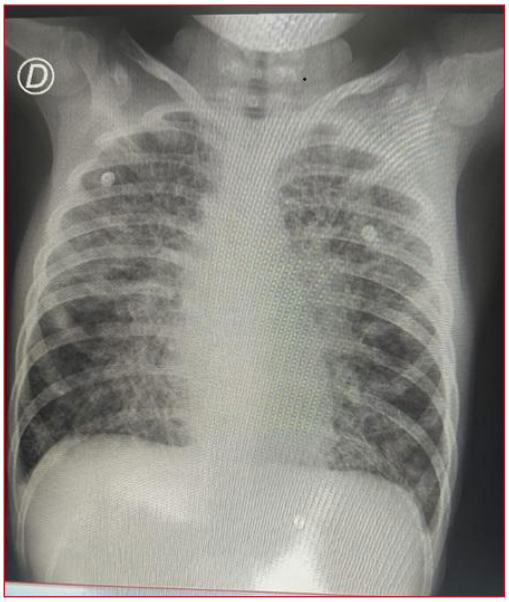
El caso resalta la complejidad terapéutica asociada a la trombosis arterial múltiple en contexto de trombofilia hereditaria, particularmente respecto a la toma de decisiones entre estrategias de reperfusión y anticoagulación.

Evolución clínica	Hallazgos relevantes	Conducta terapéutica
Ingreso	• Isquemia arterial aguda de 10 h de evolución. • AngioTAC: trombosis arterial a nivel de arco aórtico, subclavia izquierda, ilíaca primitiva derecha (extensión a ilíaca externa e interna) e ilíaca primitiva izquierda.	• Anticoagulación inicial. • Indicada trombectomía bilateral de miembros inferiores.
Postoperatorio inmediato	• Síndrome de reperfusión severo. • Shock vasopléjico y cardiogénico. • Injuria renal aguda. • Rabdomiólisis severa. • Arritmias ventriculares.	• Soporte hemodinámico con vasoactivos y soporte inotrópico. • Ventilación mecánica. • Hemodiálisis. • Manejo integral en UTI.
Evolución en UTI	• Resultado positivo para resistencia a la proteína C activada (sugestivo de Factor V de Leiden).	• Inicio y ajuste de anticoagulación sistémica (enoxaparina) adaptada a función renal.
Reevaluación vascular	• Persistencia de trombosis en arco aórtico y arteria subclavia izquierda.	• Se consideró reperfusión en otros territorios vasculares. • Intervención desestimada por alto riesgo perioperatorio.
Evolución posterior	• Episodios hemorrágicos recurrentes en contexto de anticoagulación y dependencia de hemodiálisis.	• Ajustes sucesivos del esquema anticoagulante según riesgo hemorrágico y condición clínica.

0443 SÍNDROME CARDIOPULMONAR FULMINANTE SECUNDARIO A HANTAVIRUS CON REACTIVIDAD SEROLÓGICA CRUZADA EN UN ADOLESCENTE. REPORTE DE CASO

D MORALES MONTECINOS(1), S ASTORINO(1), J AZCUY(1), LL AYLLÓN IRALA(1), PA CASTELLANI.(1), CM LUTKEVICIUS.(1), W TAPIA.(1), D RAMOS(1)
(1) HIAEP Sor María Ludovica

Introducción: La hantavirosis es una zoonosis transmitida por Orthohantavirus mediante inhalación de aerosoles de excretas de roedores, con una letalidad del 10–32% en Argentina 2025 según reportes nacionales. El síndrome cardiopulmonar por hantavirus (SCPH) se caracteriza por un pródromo febril inespecífico con progresión abrupta a insuficiencia respiratoria, shock y falla multiorgánica.
La trombocitopenia es un hallazgo temprano distintivo. En regiones donde coexisten arbovirosis como dengue, se ha documentado reactividad serológica cruzada que puede generar falsos positivos y retrasar el diagnóstico etiológico. Presentamos un caso pediátrico con evolución fulminante y diagnóstico inicial orientado erróneamente a dengue.
Presentación del caso: Adolescente femenina de 10 años con cinco días de fiebre, dolor abdominal, que agrega petequias y signos de hipoperfusión, laboratorio: leucocitosis, trombocitopenia (53.000/mm³), test rápido positivo para dengue (IgM). Por deterioro hemodinámico, recibe fluidoterapia sin respuesta (Phoenix >4), instalándose insuficiencia respiratoria grave. Ingresa a cuidados intensivos con asistencia ventilatoria mecánica y soporte vasoactivo. La radiografía de tórax evidencia infiltrados bilaterales difusos compatibles con edema pulmonar no cardiogénico, característico del SCPH. A pesar del soporte avanzado, progresa rápidamente a falla multiorgánica (PELOD-2 17). Presenta paro cardiorrespiratorio con recuperación inicial, seguido de hemorragia por mucosas y sitios de punción, activado protocolo de transfusión masiva, evolucionando finalmente a un segundo paro cardiorrespiratorio irreversible.
Post mortem se interpreta resultado para dengue como falso positivo por reactividad cruzada, confirmándose infección por hantavirus mediante ELISA IgM/IgG y PCR.
Discusión: La evolución hiperaguda, el shock refractario y el edema pulmonar no cardiogénico observados son característicos del SCPH fulminante, presentando mayor mortalidad. La superposición clínica con dengue grave —fiebre, trombocitopenia, extravasación capilar y compromiso hemodinámico— y la reactividad cruzada entre anticuerpos IgM pueden conducir a diagnósticos erróneos, en zonas endémicas. La confirmación mediante técnicas moleculares o serología específica es fundamental ante cuadros febriles con deterioro rápido.
Conclusión: Este caso evidencia la gravedad del SCPH y su evolución fulminante en población pediátrica. La importancia de mantener un alto índice de sospecha, iniciar manejo intensivo precoz y confirmar etiología mediante métodos específicos en regiones donde coexisten hantavirus y arbovirosis, a fin de evitar retrasos diagnósticos derivados de reactividad serológica cruzada.

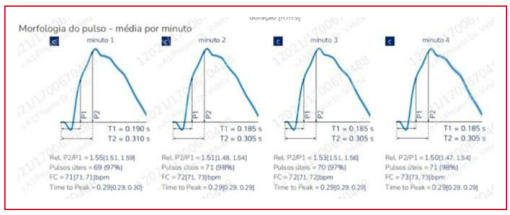


0444 REPORTE DE CASO CLÍNICO: NEURO MONITOREO NO INASIVO EN TEC GRAVE EN POCICION PRONO

H LOPEZ(1), B FERNANDEZ(1), J MUÑOZ(1), JC MONTES DE OCA(1), S MONTAÑO(1), L MONTAÑO(1), W VIDETTA(1), A TAMAYO(1), A MONTES DE OCA(1)
(1) Eva Peron De Merlo

Introducción: En el paciente neurocrítico, el neuromonitoreo constituye un pilar fundamental para prevenir daño secundario y guiar decisiones terapéuticas. El consenso B ICONIC propone integrar múltiples señales fisiológicas para una atención personalizada, mientras que el PROCEBA actualizado enfatiza una estrategia basada en perfusión cerebral, oxigenación y autorregulación. En este contexto, la posición prono en pacientes con traumatismo encefalocraneano (TEC) y distrés respiratorio representa un desafío fisiológico significativo, lo que resalta la utilidad del neuromonitoreo multinodal. A continuación, se describe un caso clínico ilustrativo.
Caso clínico: Paciente femenina de 60 años, previamente sana, ingresó el 07/11 tras accidente bicicleta automóvil. Presentó Glasgow 10/15 inicial, evolucionando a 7/15 con anisocoria, por lo que se realizó intubación orotraqueal y asistencia respiratoria mecánica. La tomografía evidenció hemorragia subaracnoidea traumática izquierda con borramiento de cisuras; Neurocirugía colocó un sensor de presión intracraneal (PIC). Ingresó a UTI inestable, con requerimiento de vasopresores y sedación profunda. El control tomográfico del 08/11 mostró colección hemática frontobasal y hematoma subdural fronto parieto occipital, con contusiones frontotemporales. La PIC era 13 mmHg con PPC 75 mmHg. El 09/11 se evidenció edema vasogénico temporal, progresión del hematoma subdural y compromiso torácico bilateral.
El 13/11 presentó hipoxemia refractaria (PAFI 115), por lo que se indicó posición prono, logrando mejoría (PAFI 198). Permaneció 16 horas en prono. Ese mismo día y el 15/11 presentó episodios de hipertensión endocraneana que respondieron a medidas antiedema. Evolucionó con buen despertar, completó tratamiento y fue extubada el 03/12, con posterior pase a clínica médica.

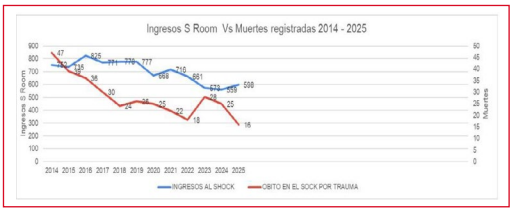
Discusión: La pupilometría y el dispositivo Brain4Care demostraron ser herramientas de neuromonitoreo no invasivo, continuo y de bajo costo, permitiendo una evaluación precisa del estado neurológico. La pupilometría aportó mediciones cuantitativas confiables del diámetro pupilar y del índice neurológico pupilar. Brain4Care detectó alteraciones de la microdistensibilidad craneal, identificando ruptura de la complacencia como subrogante precoz de hipertensión endocraneana, incluso durante el prono, donde otros métodos resultan limitados.
Conclusión: El monitoreo no invasivo de la distensibilidad intracraneal amplía el acceso a una vigilancia neurológica segura y práctica, especialmente en escenarios complejos como el prono, contribuyendo a reducir eventos adversos y optimizar la prevención del daño secundario.



0445 ANÁLISIS DE LA MORTALIDAD ANUAL INTRAHOSPITALARIA POR ENFERMEDAD TRAUMA EN EL DEPARTAMENTO DE EMERGENCIAS AÑO 2025

C PETTOROSSO(1), P PAHNKE(1), A BUJEDO(1)
(1) Hospital Municipal de Urgencias

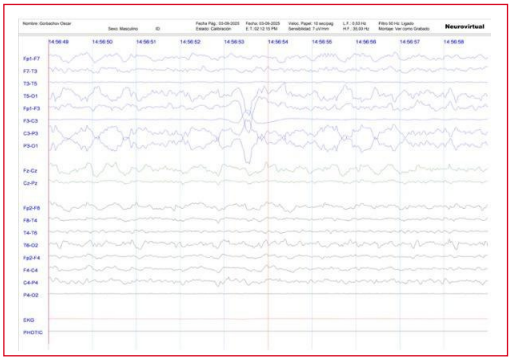
Introducción: La enfermedad trauma (ET) es un problema crítico de salud pública que representa aproximadamente el 8% de las muertes mundiales. El Hospital Municipal de Urgencias (HMU), como centro de referencia en trauma, realiza un monitoreo anual de su mortalidad para adaptar sus protocolos a la realidad epidemiológica local.
Objetivo: Determinar la mortalidad intrahospitalaria por ET en el Shock Room (SR) del HMU durante el año 2025 y analizar su evolución histórica.
Materiales y Métodos: Estudio observacional, retrospectivo, descriptivo y analítico que incluyó a pacientes ≥16 años ingresados al SR por ET con signos de vida que fallecieron en esa área. Se utilizaron registros institucionales e historias clínicas digitales, analizando variables con SPSS v.25.
Resultados: Se registraron 16 óbitos por ET en el SR, lo que arroja una mortalidad del 2,68%, la más baja desde 2014. El 75% fueron varones con una media de edad de 48,13 años. Los episodios de violencia representaron el 50% de los casos (homicidios 87,5%), mientras que las colisiones vehiculares bajaron al 25%. El 72,73% de las víctimas presentó lesiones en el cráneo y el 72,72% cumplió criterios de politraumatismo según la definición de Berlín.
Discusión: Los resultados marcan un hito institucional con una reducción relativa de la mortalidad del 57% en los últimos 12 años, lo que sugiere una optimización en los protocolos de atención inicial y reanimación. Se observa un cambio de paradigma epidemiológico, la violencia urbana ha desplazado a los siniestros viales como principal causa de muerte, y la edad media de los fallecidos aumentó significativamente (48 años frente a los 35-40 de años previos). El predominio de muertes tardías (56,25%) sobre las tempranas refuerza la teoría de que los sistemas de emergencia actuales logran prolongar la supervivencia inicial incluso en pacientes con mayor carga lesional sistémica.
Conclusión: La mortalidad por trauma en el SR alcanzó un mínimo histórico en 2025. A pesar de la mayor complejidad anatómica de los pacientes recibidos, la efectividad de la reanimación de control de daños es evidente. Es fundamental que las políticas de prevención se reorienten hacia el control de la violencia urbana.



0446 ENCEFALITIS PARANEOPLÁSICA ANTI-HU ASOCIADA A TUMOR DE CÉLULAS GERMINALES MEDIASTINAL: EL ROL DEL MONITOREO ELECTROENCEFALOGRÁFICO Y EL ABORDAJE INTERDISCIPLINARIO EN LA UTI

FI MONZALVEZ(1), MS TRAMAGLIA(1), AL AYALA(1), C VILLANUEVA(1)
(1) Policlinico Neuquen

Introducción: El objetivo de dicha presentación es mostrar la utilidad del electroencefalograma como herramienta complementaria en la terapéutica y resaltar la importancia del trabajo interdisciplinario.
Caso clínico: Paciente de 68 años de edad, con diagnóstico de ingreso de estatus convulsivo. Se realiza electroencefalograma continuo con desorganización del ritmo de fondo, con predominio de actividad lenta en el rango Delta-Theta, más marcado en las regiones anteriores y temporales izquierdas. Radiografía de tórax con evidencia de ensanchamiento mediastinal con opacidad parahiliar izquierda. Ante el deterioro del sensorio se realiza resonancia de cerebro con contraste que evidencia pequeño foco con restricción a la difusión en la sustancia blanca en territorio cerebral medio izquierdo, compatible con evento vascular isquémico constituido. Evoluciona con encefalopatía por lo que se solicita valoración por neurología, quien solicita panel de auto anticuerpos para encefalitis inmunomediadas y panel de auto anticuerpos paraneoplásicos. Resultan positivos anticuerpos anti Hu, compatibles con síndrome neurológico paraneoplásico. Se recibe informe de anatomía patológica: tumor de células germinales, que podría corresponder a forma primaria extragonadal mediastinal, habiendo descartado metástasis de primitivo testicular. Examen testicular dentro de parámetros normales.
Se realiza interconsulta con oncóloga, que descarta posibilidad terapéutica.
Discusión: Se resalta cómo se produce cruce de anticuerpos específicos entre diferentes cuadros paraneoplásicos.
Conclusión: Resaltar la importancia del trabajo interdisciplinario y contar con electroencefalograma en terapia intensiva para realizar abordajes integrales del paciente neurocrítico.



0447 INCIDENCIA DE COMPLICACIONES DE LA MANIOBRA DE APERTURA ALVEOLAR EN PACIENTES PEDIÁTRICOS EN VENTILACIÓN MECÁNICA CON SÍNDROME DE DISTRÉS RESPIRATORIO: ESTUDIO DE COHORTE PROSPECTIVO.

J GARCIA URRUTIA(1), MB CASTELLI(1), F PUZZO(1), A JAUREGUY(1), L MENTA(1), E CAMPOS(1), R AMOZA(1), B GIMENA(1), L DIAZ-BALLVE(1)
(1) Hospital Cuenca Alta de Cañuelas

Introducción: El síndrome de dificultad respiratoria aguda pediátrica (SDRAP) es una entidad clínica heterogénea con alta morbimortalidad en las unidades de cuidados intensivos pediátricos. La ventilación mecánica con presión positiva al final de la espiración (PEEP) es fundamental para mejorar la oxigenación y prevenir el colapso alveolar. Sin embargo, la titulación de la PEEP suele basarse en criterios arbitrarios y prácticas locales, ya que ningún método ha demostrado superioridad clínica consistente. En este contexto, se desarrolló un protocolo institucional de titulación de PEEP en pacientes pediátricos con SDRAP bajo ventilación mecánica invasiva, con el objetivo de estandarizar su aplicación.
Objetivo: Analizar la incidencia global de complicaciones de una maniobra de apertura alveolar y titulación de PEEP (MAA y P) en pacientes pediátricos con síndrome de distrés respiratorio.
Materiales y métodos: Estudio de cohorte prospectivo realizado en la Unidad de Terapia Intensiva Pediátrica del Hospital Cuenca Alta Néstor Kirchner. Se registraron las complicaciones durante la maniobra y hasta cuatro horas posteriores a su realización. Como variables secundarias se analizaron los cambios en la presión positiva al final de la espiración (PEEP), la presión pico (Ppi), la presión plateau (Ppl), la presión de conducción (DP), la compliance del sistema respiratorio (Crs), la resistencia inspiratoria máxima (Rimax), la saturación de oxígeno (SpO_2), la presión arterial media (TAM), el índice de oxigenación (IO) y el requerimiento de vasoactivos.
Resultados: Se analizaron 56 maniobras en 19 pacientes pediátricos, La incidencia global de complicaciones fue del 7,1%, con episodios de hipotensión o desaturación observados durante la maniobra, sin registrarse arritmias, paro cardiorrespiratorio ni fuga aérea pulmonar.
Se evidenció una mejoría significativa en la mecánica pulmonar, caracterizada por un aumento de la PEEP y de la Crs, junto con una disminución de la DP (todas $p < 0,001$). Asimismo, la SpO_2 aumentó significativamente ($p < 0,001$) y el IO disminuyó significativamente ($p = 0,004$). No se observaron cambios significativos en la TAM, la Rimax, la Ppi ni la Ppl.
Conclusión: La MAA y P mostró un perfil de seguridad aceptable y se asoció con una mejoría significativa en la mecánica pulmonar y oxigenación en pacientes pediátricos con SDRAP.

Tabla 2. Complicaciones

Variable	n (%)
Complicaciones totales	4 (7,1%)
Hipotensión	3 (75%)
Desaturación	1 (25%)
Variación de la frecuencia	0 (0%)
Arritmias	0 (0%)
Paro cardiorrespiratorio	0 (0%)
Fuga aérea pulmonar	0 (0%)

La incidencia global de complicaciones se calculó sobre el total de maniobras (n = 56). Los porcentajes de los tipos de complicación se calcularon sobre el total de eventos (n = 4).

Tabla 3. Comparación pre y posmaniobra de los parámetros respiratorios y hemodinámicos

Variable	Pre MAA y P	Post MAA y P	valor p
Presión pico (cmH_2O)	25,5 [23–29]	25 [22–28]	0,312
Presión plateau (cmH_2O)	19,5 [17–21]	19 [17–21]	0,478
PEEP (cmH_2O)	8 [6–10]	10 [8–12]	<0,001
DP (cmH_2O)	10 [9–12]	8 [7–10]	<0,001
Crs (mL/cmH_2O)	7,6 [5,5–18,8]	9,5 [6,8–19,0]	<0,001
Rimax ($cmH_2O/L/s$)	31,4 [21,2–44,5]	30,4 [16,6–52,8]	0,958
SpO_2 (%)	91 [89–93]	97 [96–99]	<0,001
TAM (mmHg)	71 [66–77,3]	72,5 [67–78]	0,789
IO	9,4 [8,1–14,9]	9,1 [7–12,6]	0,004
Soporte vasoactivo, n (%)	11 (19,6%)	13 (23,2%)	0,564

Valores expresados en Mediana [percentil 25 - percentil 75], excepto el soporte vasoactivo, expresado como número y porcentaje. Las variables continuas se compararon mediante la prueba de rangos con signo de Wilcoxon para muestras apareadas. El uso de soporte vasoactivo se comparó mediante test de signo/binomial exacto. MAA y P: maniobra de apertura alveolar y titulación de PEEP; DP: presión de conducción; Crs: compliance del sistema respiratorio; Rimax: resistencia inspiratoria máxima; SpO_2: saturación de oxígeno; TAM: presión arterial media: IO: índice de oxigenación.

0448 SHOCK CARDIOGÉNICO EN PEDIATRÍA, MANEJO INICIAL Y RESULTADOS

M AVILA(1), S LUGO(1)
(1) Hospital Nacional Profesor Alejandro Posadas

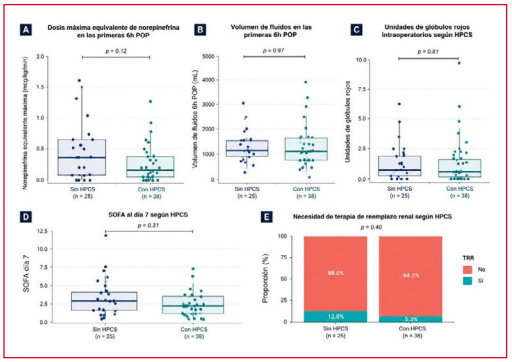
Introducción: El shock es un estado hemodinámico con alteración en la perfusión periférica, como resultado del disbalance entre la oferta y demanda de oxígeno. Estas alteraciones bioquímicas irreversibles, llevan a falla múltiple de los órganos y finalmente la muerte. El shock cardiogénico representa 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 2rio 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.

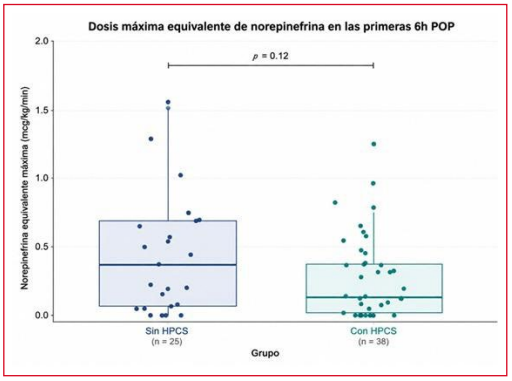
Conclusiones: El shock cardiogénico, en primera instancia necesita un manejo clínico oportuno, agresivo y de calidad (inotrópicos, vasopresores y ventilación mecánica), por lo que es primordial reconocerlo y tratarlo. En el eventual caso de que se requiera terapias de reanimación, es importante que sean 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.

0449 LA HIPERTENSIÓN PORTAL CLÍNICAMENTE SIGNIFICATIVA NO SE ASOCIÓ CON MAYOR REQUERIMIENTO VASOPRESOR TEMPRANO TRAS EL TRASPLANTE HEPÁTICO ORTOTÓPICO EN UNA COHORTE RETROSPECTIVA MONOCÉNTRICA

C RODRIGUEZ, D PADILLA(1)
(1) Britanico de Buenos Aires

Introducción: La cirrosis avanzada se asocia con alteraciones hemodinámicas caracterizadas por vasodilatación esplácnica y circulación hiperdinámica secundarias a hipertensión portal clínicamente significativa (HPCS). En el contexto del trasplante hepático ortotópico (THO), estas alteraciones podrían influir sobre la estabilidad hemodinámica perioperatoria y el requerimiento de soporte vasopresor en el postoperatorio inmediato.
Objetivo: Evaluar si la HPCS se asocia con mayor requerimiento de vasopresor durante las primeras 6 horas posteriores al ingreso a Unidad de Terapia Intensiva (UTI) luego de THO primario con técnica piggyback en pacientes con cirrosis.
Métodos: Se incluyeron 63 pacientes adultos con cirrosis sometidos a THO primario con técnica piggyback en el Hospital Británico de Buenos Aires entre enero de 2019 y marzo de 2026. La HPCS se definió operacionalmente por la presencia de várices esofágicas. El desenlace primario fue comparar la dosis máxima equivalente de norepinefrina (mcg/kg/min) durante las primeras 6 horas postoperatorias. Como desenlace secundarios se evaluaron el puntaje SOFA al día 7, requerimientos transfusional, el volumen de fluidos y la necesidad de terapia de reemplazo renal (TRR) dentro de los primeros 7 días. Las variables continuas se compararon mediante prueba de Mann-Whitney/Wilcoxon y las categóricas mediante prueba exacta de Fisher.
Resultados: Treinta y ocho pacientes (60,3%) presentaban HPCS. Las características basales fueron comparables entre grupos. Los pacientes con HPCS presentaron una tendencia a menores requerimientos máximos equivalentes de norepinefrina durante las primeras 6 horas postoperatorias en comparación con aquellos sin HPCS, aunque sin alcanzar significancia estadística (0,15 [0,02–0,40] vs. 0,39 [0,07–0,69] mcg/kg/min; p = 0,12). No se observaron diferencias significativas en el volumen de fluidos administrados, los requerimientos transfusionales intraoperatorios, el sangrado intraoperatorio, el puntaje SOFA al día 7 ni la necesidad de TRR.
Conclusiones: En esta cohorte retrospectiva monocéntrica, la HPCS no se asoció con mayores requerimiento vasopresor. Por el contrario, se observó una tendencia hacia menores dosis equivalentes de norepinefrina en pacientes con HPCS. Estos hallazgos sugieren que la inestabilidad hemodinámica temprana post-THO podría depender más de factores preoperatorios e intraoperatorios que del estado de hipertensión portal pre trasplante.





0450 NEUROPARÁLISIS POCO FRECUENTE: REPORTE DE CASO: BOTULISMO ALIMENTARIO GRAVE

CN OLGUIN(1), J MOURADIAN(1), L BALDASSO(1), K BURCHER(1)
(1) Pediatrico Humberto Notti

Introducción: El botulismo alimentario es una enfermedad neuroparalítica infrecuente y potencialmente fatal, producida por la neurotoxina de Clostridium botulinum. Se adquiere por ingestión de alimentos contaminados y puede evolucionar rápidamente hacia insuficiencia respiratoria grave. Entre 2019-2025 se notificaron 215 casos de botulismo en Argentina.
Caso clínico: Paciente masculino de 11 años, sin antecedentes relevantes, que inició náuseas, vómitos, mareos y diplopía 12 horas posteriores a la ingesta de conservas caseras de tomate. Evolucionó con hipotonía generalizada y disfagia, motivo por el cual fue derivado a centro de mayor complejidad.
Al ingreso presentó compromiso neuromuscular y deterioro de los mecanismos de protección de la vía aérea, requiriendo internación en UCIP e inicio de asistencia ventilatoria mecánica. Ante la sospecha clínica de botulismo alimentario se administró precozmente antitoxina botulínica (10.000 UI) y se realizaron estudios microbiológicos en suero, materia fecal, contenido gástrico y conserva ingerida. A las 48 horas se confirmó toxina botulínica tipo A y esporas de Clostridium botulinum en muestras biológicas y alimentarias. Durante la evolución permaneció lúcido y colaborador pese al soporte ventilatorio. Tras fracaso de sincronización mediante modalidad NAVA por ausencia de actividad diafragmática efectiva, requirió traqueostomía y transición a VNI.

Egresó de UCIP luego de 24 días, persistiendo con debilidad motora y trastornos deglutorios, continuando rehabilitación interdisciplinaria. Tras 49 días de internación fue derivado a su hospital de origen. A los 3 meses se retiró exitosamente la cánula de traqueostomía, sin requerimiento de soporte ventilatorio.

Discusión y conclusión: El botulismo alimentario representa una causa infrecuente de neuroparálisis descendente en pediatría. Este caso destaca la importancia de la sospecha clínica precoz, el tratamiento oportuno con antitoxina y el soporte intensivo multidisciplinario para mejorar la evolución funcional y reducir secuelas.

0451 CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y EVOLUCIÓN DE PACIENTES CON NEUMONÍA POR MYCOPLASMA PNEUMONIAE Y CHLAMYDIA PNEUMONIAE: COMPARACIÓN ENTRE CASOS CON Y SIN INGRESO A UCI EN EL SANATORIO DE LA TRINIDAD SAN ISIDRO

P MARTINEZ MENDEZ(1), G DOMENICONI(1), K GAMARRA(1), L VILASECA(1), M ULLOA(1), C NICODEMI(1), A AVILA(2)
(1) Sanatorio Trinidad de San Isidro Thames. (2) Sanatorio Trinidad de San Isidro De Thames

Introducción: Las neumonías atípicas producidas por Mycoplasma pneumoniae y Chlamydia pneumoniae constituyen una causa relevante de infección respiratoria en adultos. Aunque suelen cursar con cuadros leves, en algunos pacientes pueden evolucionar hacia formas graves que requieren ingreso a unidad de cuidados intensivos (UCI). El análisis comparativo de las características clínicas y evolución de estos pacientes permite identificar factores asociados a mayor severidad y mortalidad.

Presentación: Se realizó un estudio descriptivo de 30 pacientes en la gestión 2024, con diagnóstico de neumonía atípica por Mycoplasma pneumoniae (15 casos) y Chlamydia pneumoniae (15 casos). Se compararon las características clínicas, evolución hospitalaria y desenlaces entre los pacientes que requirieron ingreso a UCI y aquellos que no lo necesitaron. Se registraron variables como edad, sexo, mortalidad, factores de riesgo clínicos, hallazgos radiológicos y puntaje CURBS SCORE 65.

Discusión: Los resultados demuestran que la necesidad de ingreso a UCI se relaciona con mayor edad, presencia de criterios de gravedad (confusión, hipotensión, insuficiencia respiratoria), mayor compromiso radiológico y puntajes APACHE elevados.

• En Mycoplasma, la severidad se vinculó principalmente a factores sistémicos como edad avanzada y alteración del estado mental.

• En Chlamydia, el perfil clínico estuvo marcado por insuficiencia respiratoria, necesidad de soporte ventilatorio y hallazgos tomograficos bilaterales. La mortalidad en ambos grupos fue significativa en UCI, mientras que fuera de ella no se registraron fallecimientos, lo que subraya la importancia de identificar tempranamente los factores de riesgo.

Estos hallazgos coinciden con la literatura previa, que describe a Chlamydia pneumoniae como más asociada a compromiso respiratorio grave, mientras que Mycoplasma pneumoniae puede presentar complicaciones extrapulmonares que agravan el cuadro clínico.

Conclusiones: El ingreso a UCI en neumonías por Mycoplasma y Chlamydia se asocia con mayor gravedad clínica, estancias prolongadas y mortalidad significativa. Mientras que en Mycoplasma pneumoniae la severidad se relaciona con edad avanzada y factores sistémicos, en Chlamydia predomina el compromiso respiratorio.

La identificación temprana de criterios de severidad resulta esencial para optimizar el manejo y mejorar el pronóstico.

CHLAMYDIA PNEUMONIAE TABLA2.- CARACTERISTICAS CLINICAS Y EVOLUCION SEGÚN DISTRIBUCION DE EDAD Y SEXO

	UTI				NO UTI			
	F	M	TOTAL	%	F	M	TOTAL	%
SEXO	1	4	5	33%	8	2	10	67%
EDAD PROMEDIO	21	51	--	--	51	46	--	-
OBITOS	0	1	1	6,60%	0	0	0	0
CO MORBILIDADES	0	0	0	0	0	0	0	0
CURBS					*CURBS*			
CONFUSION	0	0	0	0,00%	0	0	0	0
UREA>19	1	4	5	33,30%	7	2	9	60,00%
FR>30	0	1	1	6,60%	1	0	1	6,60%
TAS<90	0	2	2	13,30%	0	0	0	0
EDAD>65	0	1	1	6,60%	2	0	2	13,30%
CURBS – SCORE 65					URBS – SCORE 65			
0-1	1	0	1	6.6%	6	3	9	60.0%
2	1	2	3	20.0%	1	0	1	6.6%
3-5	0	1	1	6.6%	0	0	0	0
SCORE TOMOGRAFICO DE SEVERIDAD (TSS)					*SCORE TOMOGRAFICO DE SEVERIDAD (TSS)*			
4	0	0	0	0	0	0	0	0
3	1	3	4	26,60%	4	1	5	33,30%
2	0	1	1	6,60%	4	1	5	33.3%
1	0	0	1	6,60%	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0
ASISTENCIA VENTILATORIA					*ASISTENCIA VENTILATORIA*			
CNAF	1	0	1	6,60%	0	0	0	0
ARM	1	3	4	26,60%	0	0	0	0
APACHE PROMEDIO	7	15	--	--	6	8	--	--

*Edad Promedio, teniendo en cuenta las edades extremas: 21 – 70 años para ambos sexos.

** Co morbilidades: Residente de 3er nivel; Insuficiencia cardiaca, Neoplasias; Insuficiencia Renal, Enfermedad hepática; Enfermedad coronaria.

MICOPLASMA PNEUMONIAE TABLA1.- CARACTERISTICAS CLINICAS Y EVOLUCION SEGÚN DISTRIBUCION DE EDAD Y SEXO

	UTI				NO UTI			
	F	M	TOTAL	%	F	M	TOTAL	%
SEXO	1	3	4	26%	11	0	11	74%
*EDAD PROMEDIO **	17	59	--	--	37	0	-	-
OBITOS	0	1	1	6,6%	0	0	0	0
*CO MORBILIDADES ***	0	0	0	0	0	0	0	0
CURBS					*CURBS*			
CONFUSION	0	1	1	6,60%	2	0	2	13.3%
UREA>19	1	2	3	20.0%	5	0	5	33.3%
FR>30	0	1	1	6,60%	0	0	0	0
TAS<90	0	1	1	6,60%	0	0	0	0
EDAD>65	0	2	2	13.3%	0	0	0	0
CURBS – SCORE 65					CURBS – SCORE 65			
0-1	1	0	1	6.6%	11	0	11	73.3%
2	0	3	3	20.0%	0	0	0	0%
3-5	0	0	0	0%	0	0	0	0%
SCORE TOMOGRAFICO DE SEVERIDAD (TSS)					*SCORE TOMOGRAFICO DE SEVERIDAD (TSS)*			
4	0	0	0	0	0	0	0	0
3	1	1	2	13,30%	3	0	3	20.0%
2	0	0	0	0	5	0	5	33.3%
1	0	2	2	13,30%	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0
ASISTENCIA VENTILATORIA					*ASISTENCIA VENTILATORIA*			
CNAF	1	0	1	6,60%	0	0	0	0
ARM	0	1	1	6,60%	0	0	0	0
APACHE PROMEDIO	6	8.3	-		4	0	4	-

*Edad Promedio, teniendo en cuenta las edades extremas: 17 – 90 años para ambos sexos.

** Co morbilidades: Residente de 3er nivel; Insuficiencia cardiaca, Neoplasias; Insuficiencia Renal, Enfermedad hepática; Enfermedad coronaria.

0452 ASOCIACIÓN ENTRE EL ÍNDICE ROX Y LA ESCALA DE TRABAJO RESPIRATORIO DURANTE LOS PRIMEROS DOS DÍAS DE CÁNULA NASAL DE ALTO FLUJO Y LA NECESIDAD DE INTUBACIÓN ENDOTRAQUEAL

C ARMANINO(1), J CAFARELLI(1), J GARCÍA URRUTIA(1), F PUZZO(1), S CAGIDE(1), JP GOMEZ(1), M CARRERA(1), G POGGIOLI(1), L DIAZ-BALLVE(1)
(1) Hospital Cuenca Alta de Cañuelas

Introducción: La cánula nasal de alto flujo (CNAF) es una estrategia ampliamente utilizada en la insuficiencia respiratoria aguda, aunque la identificación precoz del fallo del soporte continúa siendo un desafío. El índice ROX ha sido validado como predictor de fallo, aunque no incorpora directamente la carga mecánica respiratoria. La escala de trabajo respiratorio (WOB) permite estimar clínicamente el esfuerzo ventilatorio y podría aportar información complementaria.

Objetivo: Evaluar la asociación del índice ROX y de la escala de WOB durante los primeros dos días de tratamiento con CNAF con la necesidad de intubación endotraqueal.

Materiales y métodos: Estudio observacional retrospectivo realizado en un hospital de la provincia de Buenos Aires. Se incluyeron pacientes adultos con insuficiencia respiratoria aguda hipoxémica tratados con CNAF, con registro de índice ROX y escala de WOB durante los dos primeros días de tratamiento, internados entre junio de 2025 y marzo de 2026. El desenlace principal fue el fallo del soporte, definido como necesidad de intubación endotraqueal o muerte durante el episodio de tratamiento. Se compararon ambos indicadores entre grupos mediante pruebas no paramétricas.

Resultados: Se incluyeron 16 pacientes, de los cuales 3 (18.8%) presentaron fallo del soporte. No se observaron diferencias basales entre grupos. La escala de WOB fue significativamente mayor en el grupo con fallo tanto en el día 1 (5 [4–5] vs 2 [1–3]; p = 0.03) como en el día 2 (3 [2–4] vs 2 [1–2]; p = 0.04). El índice ROX no mostró diferencias significativas en ninguno de los días evaluados.
Conclusión: La escala de WOB mostró una asociación consistente con el fallo de la CNAF durante los primeros dos días de tratamiento, a diferencia del índice ROX. Estos hallazgos sugieren que la evaluación clínica del esfuerzo respiratorio podría contribuir a la identificación temprana de pacientes con riesgo de intubación.

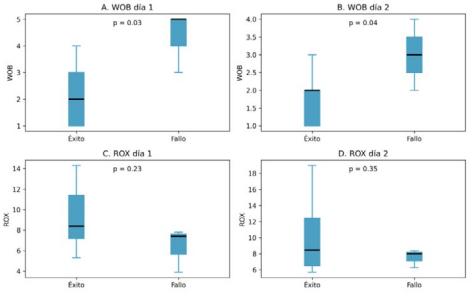


Figura 1. Distribución de Rox y WOB según éxito y fallo de la CNAF.

Tabla 2. Variables clínicas durante los dos primeros días de CNAF

Variable	Total (n=16)	Éxito (n=13)	Fallo (n=3)	valor p
ROX día 1	7.7 (7.1–11.1)	8.4 (7.2–11.4)	7.4 (5.7–7.6)	0.23
WOB día 1	2 (1–3)	2 (1–3)	5 (4–5)	0.03
ROX día 2	8.4 (6.5–11.3)	8.4 (6.5–12.4)	8.0 (7.1–8.2)	0.35
WOB día 2	2 (2–2)	2 (1–2)	3 (2–4)	0.04

Valores expresados en Mediana [percentil 25 - percentil 75]. Comparación mediante prueba de Mann–Whitney.

0453 SEPSIS EN REHABILITACIÓN: ANÁLISIS DE DERIVACIONES NO PLANIFICADAS A CENTROS DE AGUDOS

A SAVIA(1), JM SILVA(1), WR URIARTE CHACÁN(1), L BARRAZA(1), JL MOLINA ZAMBRANO(1)
(1) Clínica de Rehabilitación Otamendi

Introducción: Las infecciones y la sepsis son causas frecuentes de traslados no programados desde centros de rehabilitación, con escasa descripción en la literatura latinoamericana. Nuestro objetivo fue caracterizar los traslados por sepsis, describir el perfil clínico de los pacientes y estimar la magnitud de la asociación entre variables clínicas y la ocurrencia de sepsis como motivo de traslado.
Materiales y métodos: Estudio observacional, retrospectivo y unicéntrico a partir de historias clínicas. Se incluyeron todos los traslados no programados entre mayo de 2025 y abril de 2026 desde un centro de rehabilitación de alta complejidad de Argentina (n=109). Se recolectaron variables demográficas, índice de Charlson, motivo de traslado, puntajes qSOFA y NEWS-2 (24 horas antes y al traslado), variación del NEWS-2(ΔNEWS), frecuencia cardíaca(FC), estado del sensorio y adherencia al bundle de sepsis. La magnitud de asociación se expresó como Odds Ratio crudo(OR) con intervalo de confianza del 95%(IC95%).
Resultados: Se registraron 109 traslados; edad media 72,8±12,8 años, 57,8% masculinos, Mediana Charlson 6,0[4,0–7,0]. La sepsis fue la causa más frecuente de traslado representando el 33,0% (n = 36). Los pacientes con sepsis presentaron valores más elevados en todas las escalas clínicas al traslado respecto al grupo sin sepsis (Tabla1). El qSOFA ≥ 1 al traslado mostró el mayor OR crudo (5,74;IC 95% 2,13–15,43), seguido por sensorio alterado y NEWS≥ 4 (OR 4,30; IC 95% 1,77–10,44 en ambos). La adherencia al bundle de sepsis(n=36) fue: ATB empírico 83,3%, hemocultivos 70,6%, lactato 16,7%; bundle completo:11,1%.
Conclusiones: La sepsis constituyó la principal causa de traslado no programado desde nuestro centro. Los scores qSOFA y NEWS-2 al momento del traslado, el ΔNEWS, la FC elevada y el sensorio alterado mostraron OR crudos consistentemente superiores a 1 en el grupo sepsis, con IC 95% que no incluyen el 1 para las variables clínicas principales (Figura1). La adherencia al bundle fue baja, con la medición de lactato como componente más deficitario (16,7%). Solo el 11,1% completando las tres medidas representando una muy importante oportunidad de mejora.

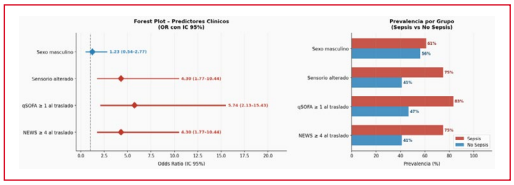


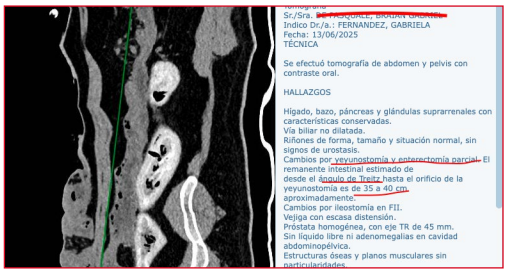
Tabla 1. Variables clínicas — Sepsis vs No Sepsis

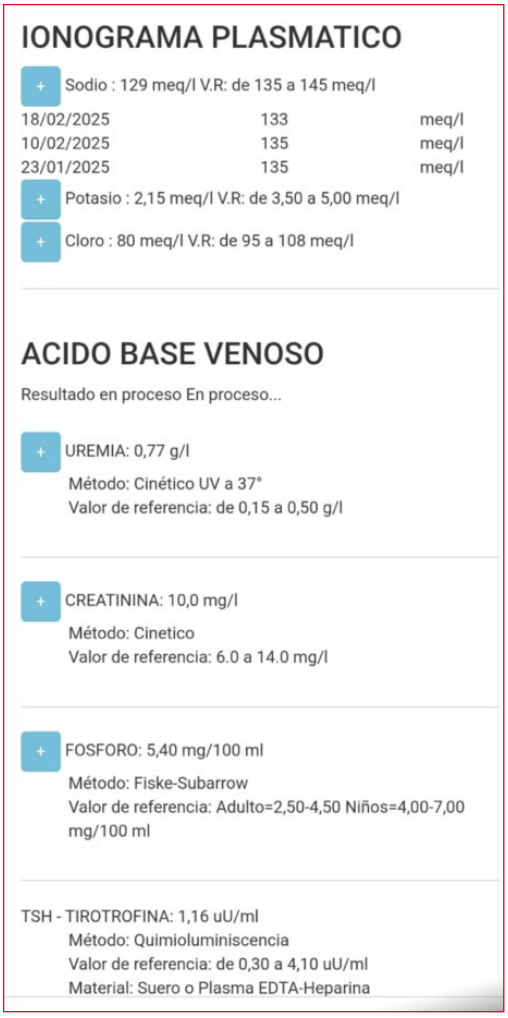
Variable	Sepsis (n=36)	No Sepsis (n=73)	OR (IC 95%)
qSOFA al traslado, mediana [RIC]	1,0 [1,0–2,0]	0,0 [0,0–1,0]	**3,53 (1,95–6,41)**
NEWS al traslado, mediana [RIC]	5,5 [3,8–8,0]	3,0 [1,0–5,0]	**1,19 (1,05–1,34)**
ΔNEWS, mediana [RIC]	3,0 [1,8–5,0]	1,0 [0,0–3,0]	**1,22 (1,05–1,43)**
FC al traslado (lpm), mediana [RIC]	87,0 [79,5–107,8]	80,0 [72,8–86,0]	**1,04 (1,02–1,07)**
Sensorio alterado, n (%)	27 (75,0%)	30 (41,1%)	**4,30 (1,77–10,44)**
qSOFA ≥ 1 al traslado, n (%)	30 (83,3%)	34 (46,6%)	**5,74 (2,13–15,43)**
NEWS ≥ 4 al traslado, n (%)	27 (75,0%)	30 (41,1%)	**4,30 (1,77–10,44)**

0454 OFF-LABEL RACIONAL BASADO EN FISIOPATOLOGÍA: RESCATE FUNCIONAL EN INSUFICIENCIA INTESTINAL SEVERA POR SUBOCLUSIÓN INTESTINAL CRÓNICA

G FERNANDEZ(1), P DOMINGUEZ(1), S VIERA(1), R LÓPEZ(1), H GARCÍA(1), A CABRAL(1)
(1) Cl Pueyrredón

Introducción: La insuficiencia intestinal secundaria a síndrome de intestino corto representa un desafío terapéutico por la dependencia de nutrición parenteral (NPT), alteraciones hidroelectrolíticas y deterioro de la calidad de vida. La teduglutida, análogo del GLP-2, se encuentra aprobada para pacientes con síndrome de intestino corto dependientes de soporte parenteral; sin embargo, su uso en otras causas de insuficiencia intestinal continúa siendo limitado y principalmente off-label.
Presentación del caso: Paciente masculino de 28 años con antecedente de síndrome de suboclusión intestinal crónica de probable origen genético, con múltiples familiares afectados y fallecidos en la infancia. Presentaba antecedentes de ileostomía, gastrostomía y múltiples cirugías abdominales. En enero de 2025 cursó abdomen agudo con resección intestinal extensa, quedando aproximadamente 40 cm de intestino delgado remanente desde ángulo de Treitz, compatible con insuficiencia intestinal severa y síndrome de intestino corto funcional.Evolucionó con ileostomía de alto débito, hipopotasemia severa sintomática y requerimientos extremos de soporte: más de 7 litros diarios de fluidos intravenosos, aproximadamente 370 mEq/día de potasio y nutrición parenteral continua, comprometiendo severamente su funcionalidad y calidad de vida. Pese a manejo intensivo con inhibidores de secreción gástrica, octreotide LAR, dieta adaptada y antidiarreicos, persistió elevada dependencia del soporte parenteral. Ante ausencia de alternativas eficaces, se autorizó uso compasivo off-label de teduglutida, iniciándose tratamiento el 03/12/2025.Posteriormente presentó disminución sostenida del débito por ileostomía a 2,5–3 litros/día, con mejor estabilidad hidroelectrolítica, reducción de requerimientos parenterales y mejor tolerancia nutricional.
Discusión: Aunque la teduglutida posee indicaciones específicas, este caso evidencia que el mecanismo fisiopatológico de insuficiencia absortiva severa puede beneficiarse de terapias dirigidas a adaptación intestinal aun fuera de indicación formal.
Conclusión: La teduglutida podría constituir una alternativa terapéutica en pacientes con insuficiencia intestinal grave no convencional, permitiendo disminuir pérdidas digestivas, dependencia parenteral y deterioro funcional, con impacto directo en calidad de vida.



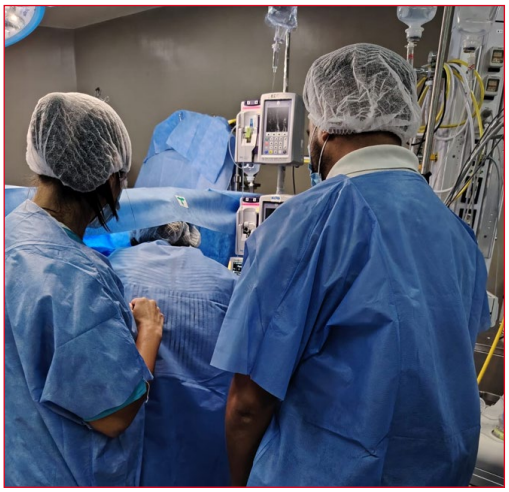


0455 DONACIÓN EN ASISTOLIA, CAMBIO DE PARADIGMA EN EL FIN DE VIDA

A BUSTOS(1), S LUGO(1), A PODESTÁ(1), L VISSANI(1)
(1) Nacional Dr. A. Posadas

Introducción: La donación de órganos pediátrica en Argentina es escasa, los niños habitualmente mueren de causas que contraindican la donación, y aquellos que mueren por muerte encefálica, requiere autorización de padres/tutores para poder procurar y habitualmente no es fácil encarar la comunicación con la finalidad de donar.
A partir del 1er donante pediátrico en el Hospital en 2024, se pudo introducir entre los profesionales, la idea de poder procurar órganos a partir de pacientes que se ha decidido la limitación de esfuerzo terapéutico/retirada de soporte vital. El equipo de la terapia de crónicos pudo coordinar con el equipo de procuración la donación en asistolia de dos pacientes más.

Presentación de los casos: *1°:* Paciente masculino de 3 años de vida, encefalopatía crónica, epilepsia refractaria, cuadriparesia espástica. Internación prolongada en UTIP, dependiente de tecnologías. Evoluciona con distonías de difícil manejo. Los equipos tratantes deciden retirar soporte vital y en ese contexto se ofrece la posibilidad de donar en asistolia y la familia accede. Se obtiene corazón, hígado y riñones. La trascendencia fue clave para los padres en la decisión de donar.
2°: Paciente masculino de 7 años de vida, encefalopatía epiléptica, microcefalia secundaria a CMV congénito. Con deterioro progresivo, aumento de crisis, imposibilidad de destete de AVM y labilidad frente a procedimientos habituales. Se decide realizar retiro de soporte y nuevamente se ofrece donación de órganos, la madre accede y se logra la obtención de: hígado, riñones, córneas y válvulas. Esto significó para su madre, poder dejar un legado.
Discusión: Pensar en adecuación el esfuerzo terapéutico siempre es un desafío, los equipos no siempre están preparados y plantear donación genera muchas dudas. Siempre debemos dejar en claro que la adecuación/retiro de soporte es independiente del proceso de donación y depende del trabajo en conjunto, que esos caminos se crucen.
Conclusión: La introducción de la donación en asistolia en pediatría implicó un cambio de paradigma en el fin de vida, no solo para las familias, sino para el equipo tratante, dejando de ver la muerte como una derrota, encarando esas partidas como una nueva oportunidad.



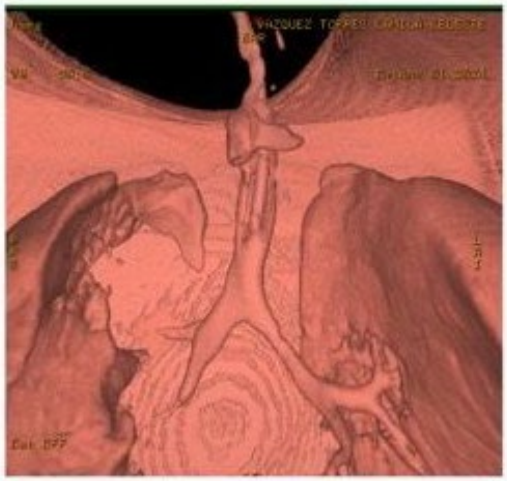
0456 LESIÓN INVASIVA DE VÍA AÉREA POR LINFOMA T: REPORTE DE CASO

J MOURADIAN(1), C OLGUIN(1), L BALDASSO(1), K BURCHER(1)
(1) Notti

Introducción: El linfoma linfoblástico T suele presentarse con masa mediastínica anterior, asociándose a elevada morbimortalidad por compresión de la vía aérea y estructuras cardiovasculares. En casos avanzados, la infiltración tumoral puede generar fragilidad y lesión traqueal, complicación excepcional en pediatría y limitada a reportes aislados.
Presentación del caso: Paciente femenina de 14 años, oriunda de zona rural de Mendoza, sin antecedentes patológicos. Presentó 30 días de disnea progresiva y múltiples consultas previas. Por empeoramiento respiratorio y edema en esclavina se realizó radiografía de tórax que evidenció masa mediastínica con compresión de vía aérea y derrame pleural bilateral, desviándose a centro de mayor complejidad.
A las 24 horas del ingreso se realizó biopsia de la masa, punción lumbar y drenajes pleurales. Durante el procedimiento presentó colap-

so de vía aérea con paro cardiorrespiratorio de 6 minutos, logrando recuperación tras progresión de tubo endotraqueal distal al sitio de compresión. La tomografía informó voluminosa masa mediastínica con compresión traqueal y compromiso vascular. La citometría de flujo en líquido pleural y LCR informó proceso linfoproliferativo T, iniciándose quimioterapia según protocolo GATLA 2017.
Requirió ventilación mecánica durante 14 días. Tras extubación programada presentó fracaso respiratorio y reintubación dificultosa. La fibrobroncoscopía evidenció infiltración tumoral y solución de continuidad de pared traqueal izquierda de 30 mm. Se realizó traqueostomía diferida con cánula larga posicionada distal a la lesión. Durante la internación recibió sostén ventilatorio, soporte nutricional, quimioterapia y múltiples esquemas antibióticos por infecciones reiteradas. Se realizó abordaje multidisciplinario e interconsultas con especialistas en vía aérea y centro nacional de referencia. Falleció a los 60 días por shock séptico, asumiéndose mediastinitis como foco probable.
Discusión y conclusiones: Las masas mediastínicas anteriores representan un desafío terapéutico por el riesgo de colapso de la vía aérea durante su manipulación. La lesión traqueal observada probablemente haya sido multifactorial, vinculada a compresión tumoral sostenida, fragilidad tisular e instrumentación de la vía aérea. Este caso resalta la elevada morbimortalidad de esta complicación y la importancia del abordaje multidisciplinario precoz junto a centros especializados.

Ingreso



TAC de torax: Reconstrucción de VA

0457 SHOCK HIPOVOLEMICO SECUNDARIO A TRAUMA HEPÁTICO POST COLANGIO PANCREATOGRAFIA RETROGRADA ENDOSCOPICA

A LOPEZ(1), J VERGARA(2)
(1) Clinica Santa Isabel. (2) Clinica Santa Isabel

Introducción: La colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) es una técnica clave en el manejo de la patología biliopancreática, con una tasa global de complicaciones cercana al 6,9%. Entre ellas, el hematoma subcapsular hepático es una complicación infrecuente, pero potencialmente grave por su elevada mortalidad. El objetivo de este trabajo es resaltar la importancia de su reconocimiento precoz y las alternativas terapéuticas, que incluyen la embolización vascular o la intervención quirúrgica según la severidad.
Presentación del caso: Paciente femenina de 40 años que ingresa a unidad de cuidados intensivos por shock hipovolémico a las 24 horas de una CPRE realizada por colestasis extrahepática. Evoluciona con hipotensión refractaria a cristaloides y anemia severa (Hb 6,8 g/dL), requiriendo transfusión. Estudios por imágenes sugieren hematoma hepático. Se realiza angiografía con embolización selectiva sin respuesta clínica, persistiendo anemia grave (Hb 4,2 g/dL) y necesidad de transfusión masiva y vasopresores. La tomografía confirma hematoma subcapsular hepático derecho, por lo que se realiza laparotomía exploratoria, evidenciando laceraciones hepáticas con evacuación de 1500 cc de hematoma y control hemostático mediante packing. Evoluciona favorablemente, con mejoría clínica a los 4 días y alta posterior.
Discusión: La CPRE presenta una mortalidad global baja (0,2–0,5%) y complicaciones como pancreatitis (1–7%), colangitis (1,4%), eventos cardiopulmonares (1%) y perforación (<1%). El hematoma subcapsular hepático es extremadamente infrecuente (0,01%), pero con alta mortalidad si no se trata oportunamente. Su baja incidencia puede retrasar el diagnóstico, lo que resalta la necesidad de sospecha clínica.
Conclusión: El hematoma subcapsular hepático es una complicación post-CPRE poco frecuente pero potencialmente fatal. Debe considerarse ante deterioro clínico posterior al procedimiento. El seguimiento con tomografía o ecografía es fundamental, y la intervención quirúrgica debe indicarse ante inestabilidad hemodinámica. El manejo en terapia intensiva resulta clave para mejorar el pronóstico.

0458 PERITONITIS SECUNDARIA A OCLUSIÓN INTESTINAL POSTRAUMÁTICA EN CONTEXTO DE MALTRATO INFANTIL: REPORTE DE CASO

J MOURADIAN(1), C OLGUIN(1), L BALDASSO(1), K BURCHER(1)
(1) Notti

Introducción: El trauma abdominal cerrado en pediatría puede producir lesiones intestinales y mesentéricas de diagnóstico dificultoso y evolución diferida. La formación de adherencias o bridas postraumáticas sin antecedentes quirúrgicos constituye una causa infrecuente de oclusión intestinal. En pacientes con traumatismos repetidos debe considerarse el maltrato infantil como posible etiología.
Presentación del caso: Paciente femenina de 3 años, con antecedentes de maltrato infantil e intervención previa de organismo de protección de derechos. Presentaba constipación de un mes de evolución, deterioro progresivo del estado general y, en las 48 horas previas al ingreso, vómitos y dolor abdominal.
Consultó inicialmente en hospital periférico donde, ante sospecha radiológica de oclusión intestinal, fue derivada a centro de mayor complejidad. Ingresó con shock séptico descompensado, requiriendo internación en UTIP, altas dosis de vasoactivos y laparotomía exploratoria urgente.
Se constató peritonitis purulenta generalizada, múltiples adherencias interasas, abscesos intraabdominales y salida de contenido

entérico por intestino delgado. Por inestabilidad hemodinámica permaneció con abdomen abierto contenido y reingresó a quirófano a las 20 horas para cierre abdominal e ileostomía.
Al cuarto día presentó débito fecaloide por drenaje abdominal, requiriendo nueva intervención constatándose nuevas perforaciones con resección de aproximadamente 30 cm de intestino y confección de nuevas ostomías. La anatomía patológica informó proceso inflamatorio crónico agudizado.
Los cultivos peritoneales aislaron Streptococcus anginosus, Escherichia coli, Klebsiella spp., Enterococcus faecalis y Candida tropicalis, interpretándose como peritonitis terciaria. Recibió tratamiento con piperacilina-tazobactam, vancomicina, caspofungina y posteriormente ampicilina-sulbactam y fluconazol. Requirió asistencia respiratoria mecánica durante 9 días y vasoactivos durante 6 días. Evolucionó favorablemente, realizándose cierre de ileostomía a los 25 días.
Discusión y conclusiones: La oclusión intestinal por bridas postraumáticas sin cirugía previa representa una entidad infrecuente en pediatría. Los antecedentes de traumatismos abdominales repetidos y los hallazgos quirúrgicos sugieren lesión mesentérica postraumática como probable mecanismo etiológico. Este caso destaca la importancia de considerar maltrato infantil ante cuadros abdominales atípicos y diagnóstico tardío.

0459 HIPEREOSINOFILIA SEVERA ASOCIADA A ENCEFALOPATÍA VASCULOPÁTICA INFLAMATORIA CON DAÑO NEUROLÓGICO IRREVERSIBLE

YC RODRIGUEZ PONCE(1), CL FERNANDEZ(2), L KUMAR(2), H BONGIOANNI.(2)
(1) Profesor Alejandro Posadas. (2) Posadas

El síndrome hipereosinofílico es una entidad infrecuente caracterizada por eosinofilia persistente y daño de órgano blanco. El compromiso neurológico constituye una de sus manifestaciones más graves y potencialmente devastadoras.
Paciente femenina de 51 años con deterioro progresivo del estado de conciencia, síntomas gastrointestinales y lesiones cutáneas maculares de 15 días de evolución. Al ingreso destacó hiperleucocitosis (79.700/mm³) con eosinofilia marcada (67.3%). La TC de encéfalo inicial fue normal; no obstante, la RM y angiorresonancia evidenciaron múltiples lesiones córtico-subcorticales supra e infratentoriales con restricción en la difusión y signos de vasoconstricción difusa. El estudio de LCR y el screening microbiológico, inmunológico y parasitarios resultaron negativos. Ante la sospecha de compromiso neuroinflamatorio asociado a hipereosinofilia severa, se iniciaron pulsos de corticoides con adecuada respuesta hematológica. Se realizó PAMO y punción lumbar ante la sospecha de leucemia. Pese al control eosinofílico, persistió el compromiso neurológico grave. La evolución imagenológica final reveló lesiones isquémicas agudo-subagudas, microhemorragias y necrosis cortical.
La literatura actual evidencia que hasta un 65% de los pacientes con síndrome hipereosinofílico pueden presentar manifestaciones neurológicas; sin embargo, el compromiso severo del sistema nervioso central continúa siendo infrecuente y asociado a elevada morbimortalidad. En este caso, la ausencia de hallazgos infecciosos en líquido cefalorraquídeo, junto con las alteraciones vasculopáticas y la progresión neurológica desfavorable, sugieren un mecanismo neuroinflamatorio eosinofílico con instauración precoz de daño estructural irreversible.

0460 SÍNDROME URÉMICO HEMOLÍTICO ATÍPICO, REPORTE DE CASOS

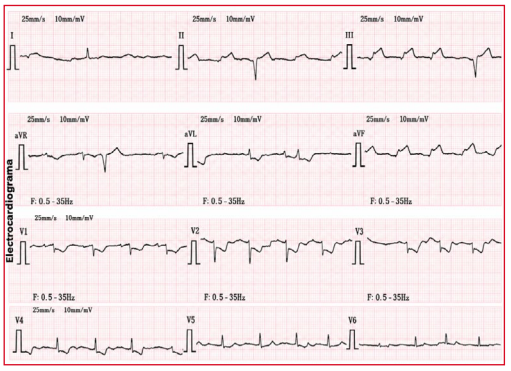
V LOMBARDO(1), MA BALDI MARTINEZ(1)
(1) Hospital Alemán

Introducción: El síndrome urémico hemolítico (SUH) es una microangiopatía trombótica que puede presentarse como SUH típico, asociado a infección por Escherichia coli productor de toxina Shiga (STEC), o como SUH atípico (SUHa), vinculado a alteraciones en la regulación del complemento. El compromiso neurológico, aunque infrecuente, constituye un marcador de gravedad y peor pronóstico.
Caso clínico: Paciente mujer de 56 años con antecedentes de trastorno psicótico, que consultó por dolor abdominal, diarrea sanguinolenta y fiebre tras ingesta de carnes de procedencia dudosa. Evolucionó con crisis epilépticas, plaquetopenia y falla renal. Coprocultivo positivo para E. coli O157 productor de toxina shiga 2 (Stx-2) orientó a SUH-STEC grave. Se realizaron diálisis y plasmaféresis, sin respuesta clínica. La biopsia renal mostró microangiopatía aguda, ADAMTS 13 negativo y el estudio genético reveló variante anti-factor H de significado incierto. Se reinterpretó como SUHa. Inició tratamiento con ravulizumab, con mejoría clínica y de laboratorio, aunque con complicaciones hemorrágicas, trombóticas e infecciosas graves. La paciente egresó a centro de rehabilitación.
Discusión: El caso expone un SUH-STEC refractario, donde la integración de estudios microbiológicos, genéticos y anatomopatológicos permitió identificar predisposición a SUHa. Este hallazgo redefinió el cuadro y orientó hacia terapia dirigida con inhibidor de C5. El manejo multidisciplinario fue clave para controlar complicaciones y lograr recuperación.
Conclusión: El SUH en adultos puede evolucionar de forma grave y refractaria. En el caso expuesto, la sospecha y terapia precoz con inhibidor de C5 fueron claves para un desenlace favorable.

0461 TROMBOLISIS EN IAMCEST EN PACIENTE NONAGENARIA POST PARO CARDIORRESPIRATORIO: DECISIÓN BASADA EN FUNCIONALIDAD Y BIOÉTICA. REPORTE DE CASO.

CS BLANCO CARRERO(1), BV COCOMELLO(1), D MIQUELARENA(1), C GARAYALDE(1), M OLGUIN(1), A CULQUICONDOR(1), L FRANCONIERI(1)
(1) Dr. Diego E. Thompson

Introducción: El manejo del infarto agudo de miocardio con elevación del ST (IAMCEST) en pacientes ancianos implica desafíos clínicos y éticos, especialmente cuando no se dispone de angioplastia primaria. Si bien esta es la estrategia de elección según la American Heart Association, la fibrinólisis continúa siendo una alternativa válida. La toma de decisiones debe integrar funcionalidad, pronóstico y autonomía.
Presentación del caso: Paciente femenina de 98 años, paraguaya, autoválida (Barthel 100; Katz A), con barrera idiomática (guaraní), HTA, sin otros factores de riesgo cardiovascular conocidos. Ingresó por dolor torácico de 12 horas + TA 200/90, con ECG compatible con IAMCEST inferior. Se inició nitroglicerina EV, con persistencia de supraST al normalizar cifras de TA. Evolucionó con paro cardiorrespiratorio, con retorno a circulación espontanea tras 2 minutos de RCP, sin secuelas neurológicas y estable hemodinamicamente.
Ante la falta de angioplastia primaria, persistencia de precordalgia y de elevación de segmento ST, sin haber contraindicaciones absolutas se indicó trombolisis. La información fue brindada en su idioma por un médico del equipo, asegurando consentimiento informado. Se administró estreptoquinasa, con criterios de reperfusión positivos (3/3) y sin complicaciones.
Ecocardiograma: FEVI 60%, sin alteraciones segmentarias. Evolución favorable, con alta hospitalaria.
Discusión: La angioplastia primaria es el tratamiento de elección en IAMCEST; sin embargo, la fibrinólisis es una alternativa cuando no está disponible, con resultados aceptables en pacientes ancianos. Estrategias farmacoinvasivas también han demostrado eficacia comparable, pero con mayor riesgo hemorrágico.
Este caso resalta la relevancia de la funcionalidad sobre la edad cronológica. Desde la bioética, se priorizaron beneficencia, no maleficencia, y autonomía. La barrera idiomática fue resuelta mediante comunicación efectiva en lengua nativa, garantizando decisión informada.
Conclusión: La edad avanzada no contraindica la trombolisis en IAMCEST. La evaluación integral y el respeto por los principios bioéticos permiten individualizar decisiones, logrando resultados favorables incluso en pacientes nonagenarios.



0462 HEMOFILIA ADQUIRIDA POSTPARTO, UNA CAUSA INFRECUENTE DE HEMORRAGIA OBSTÉTRICA.

ME NAVA ORTEGA(1), J LAPADULA(1), F LOIACONO(1), B MENDOZA PEREZ(1)
(1) Profesor Alejandro Posadas

Introducción: La hemofilia A adquirida es una emergencia hematológica infrecuente mediada por autoanticuerpos contra el factor VIII, con una incidencia de 1–1,5 casos por millón/año y una mortalidad de hasta 20%. El postparto es un periodo de riesgo reconocido. Su presentación atípica favorece retrasos diagnósticos con impacto en la morbimortalidad.
Presentación del caso: Paciente de 49 años, cursando embarazo por fertilización in vitro finalizado por cesárea programada a las 37 semanas en otro centro. 24 horas más tarde presentó abdomen agudo con caída del hematocrito, realizándose laparotomía exploradora que evidencio hematoma mesentérico con sangrado activo asociado a necrosis intestinal. Se le efectuó enterectomía segmentaria y hemostasia. Por buena evolución se otorga alta hospitalaria.
Reconsulta a la semana por hematomas generalizados y anemia severa (Hb: 5.5 gr/dl), plaquetas normales, KPTT de 110 segundos, sin corrección tras administración de plasma. Presentaba sangrado de herida quirúrgica reciente. Efectuándose TC de abdomen que evidenció neumoperitoneo y liquido libre. Se reexplora visualizándose hemoperitoneo sin identificarse sitio de sangrado activo. Pasa a UTI en contexto de shock hipovolemico, requiriendo hemoderivados. Reingreso a quirófano en 2 oportunidades.
Ante persistencia de coagulopatía, se realiza Prueba de Mezcla de Plasma sin corrección, factor VIII disminuido (4–6%) e inhibidores positivos, confirmándose hemofilia A adquirida.
Recibió agentes bypass (factor VII recombinante), corticoides, ciclofosfamida y rituximab, con control del sangrado. Evolución favorable, se otorga alta.
Discusión: La hemofilia adquirida, puede presentarse en aproximadamente 7–10% de los casos, durante el postparto. Debe considerarse especialmente en mujeres jóvenes con sangrado inexplicable con prolongación del KPTT que no corrige con plasma.
Su baja incidencia y presentación heterogénea condicionan retrasos diagnósticos, asociados a mayor morbimortalidad, con sangrado severo en hasta el 70–90% de los casos.
En nuestro caso, la falta de sospecha inicial llevó a múltiples intervenciones quirúrgicas sin identificación de claro sitio de sangrado, situación similar a la descripta en otras series.
La prueba de mezcla sin corrección orienta a la presencia de inhibidores y constituye una herramienta diagnóstica clave. La sospecha precoz permite iniciar tratamiento específico y reducir la morbimortalidad.

0463 HIPERLACTACIDEMIA POR ADRENALINA EN SHOCK ANAFILACTICO. REPORTE DE CASO.

C OLGUIN(1), K BURCHER(1), L BALDASSO(1), J MOURADIAN(1)
(1) Pediatrico Humberto Notti

Introducción: La hiperlactacidemia inducida por adrenalina corresponde a acidosis láctica tipo B secundaria a estimulación betaadrenérgica, que incrementa la glucólisis y glucogenólisis muscular sin hipoxia tisular. La adrenalina constituye el tratamiento de primera línea en shock anafiláctico; sin embargo, su administración sostenida puede elevar los niveles séricos de lactato, dificultando la interpretación clínica del estado hemodinámico.
Caso clínico: Paciente masculino de 9 años que consultó por tos laríngea y dificultad respiratoria súbita. Al ingreso presentó estridor laríngeo, tiraje universal, taquipnea, cianosis, saturación menor al 90%, hipotensión arterial y taquicardia. Recibió dexametasona, hidrocortisona, adrenalina intramuscular, nebulizaciones con adrenalina y budesonide, sin respuesta favorable, requiriendo intubación endotraqueal e infusión continua de adrenalina.
Ingresó a UCIP con diagnóstico de insuficiencia respiratoria aguda secundaria a laringitis severa asociada a shock anafiláctico. Se inició asistencia respiratoria mecánica, corticoterapia, antibioticoterapia e infusión de adrenalina durante 14 horas.
A las 7 horas persistió taquicárdico y desarrolló acidosis metabólica progresiva, realizándose expansiones de volumen, corrección con bicarbonato y ampliación antibiótica ante sospecha infecciosa. El ecocardiograma mostró adecuada función cardíaca, sin disfunción miocárdica, y la ecografía pulmonar fue normal. Descartadas otras causas de acidosis láctica, se interpretó el cuadro como hiperlactacidemia inducida por adrenalina.
Tras el descenso progresivo de la infusión presentó resolución clínica y metabólica
Discusión: Este caso resalta la importancia de interpretar la hiperlactacidemia dentro del contexto clínico integral del paciente crítico y no como marcador aislado de hipoxia tisular. El reconocimiento precoz de este fenómeno permite evitar intervenciones innecesarias y optimizar el manejo en terapia intensiva pediátrica

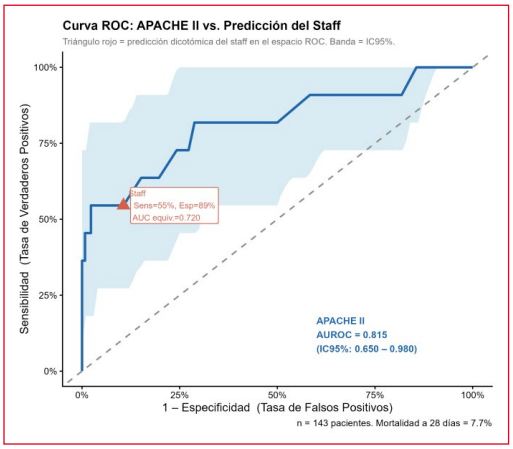
	2 hs	7 hrs	11 hs	13 hs	16 hs	18 hs	30 hs
PH	7.36	7.17	7.17	7.16	7.33	7.42	7.38
HCO3	18.9	10.1	12.9	14.7	20.5	23.1	24.1
Ac. Láctico	1.74	10	8	8	1.9	1.03|	1.1
GAP	17	23.5	22.5	22.8	16.4	18	14

0464 EVALUACIÓN CLÍNICA TEMPRANA FRENTE A APACHE II PARA LA PREDICCIÓN DE MORTALIDAD A LOS 28 DÍAS EN UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA: ESTUDIO OBSERVACIONAL PROSPECTIVO UNICÉNTRICO

CM LOMBARDO(1), FJ GUTIERREZ(1)
(1) Hospital Britanico De Buenos Aires

Introducción: El APACHE II es uno de los sistemas pronósticos más utilizados en cuidados críticos; sin embargo, requiere múltiples variables fisiológicas obtenidas durante las primeras 24 horas de internación. El juicio clínico temprano del médico intensivista constituye una herramienta ampliamente utilizada, aunque su rendimiento frente a scores validados continúa siendo incierto.
Objetivo: Comparar el desempeño del APACHE II frente a la predicción clínica subjetiva del médico intensivista para mortalidad a 28 días en pacientes críticos.
Materiales y métodos: Estudio observacional prospectivo realizado en la Unidad de Terapia Intensiva del Hospital Británico de Buenos Aires. Se analizaron 143 pacientes adultos ingresados entre el 09/03/2026 y el 09/04/2026. Dentro de las primeras 24 horas, el médico especialista realizó una predicción dicotómica del desenlace vital a 28 días basada en juicio clínico integral. El APACHE II fue calculado independientemente utilizando las peores variables fisiológicas registradas durante las primeras 24 horas. El desenlace primario fue mortalidad a 28 días. La discriminación se evaluó mediante AUROC.
Resultados: La mortalidad a 28 días fue del 7,7% (11/143). El APACHE II mostró adecuada discriminación para mortalidad (AUROC 0,815; IC95% 0,650–0,980). Los intensivistas predijeron muerte en 20 pacientes; 6 fallecieron (VPP 30,0%) y 14 sobrevivieron. Entre los 123 pacientes con predicción de sobrevida, 118 sobrevivieron (VPN 95,9%) y 5 fallecieron. La predicción clínica presentó sensibilidad del 55% y especificidad del 89%. El APACHE II mostró un AUROC numéricamente superior, aunque sin diferencias estadísticamente significativas respecto al juicio clínico. En 43 casos discordantes, el staff acertó en 74,4% frente al 25,6% del APACHE II. En pacientes de bajo riesgo fisiológico (APACHE II <10%), el juicio clínico pareció identificar mejor los eventos de mortalidad infrecuentes.
Conclusiones: El APACHE II mostró adecuada discriminación para mortalidad a 28 días, sin diferencias estadísticamente significativas frente al juicio clínico del médico intensivista. La evaluación clínica presentó elevado valor predictivo negativo y utilidad en casos discordantes y pacientes de bajo riesgo fisiológico, sugiriendo un rol complementario entre scores pronósticos y evaluación clínica experta.
Referencias:

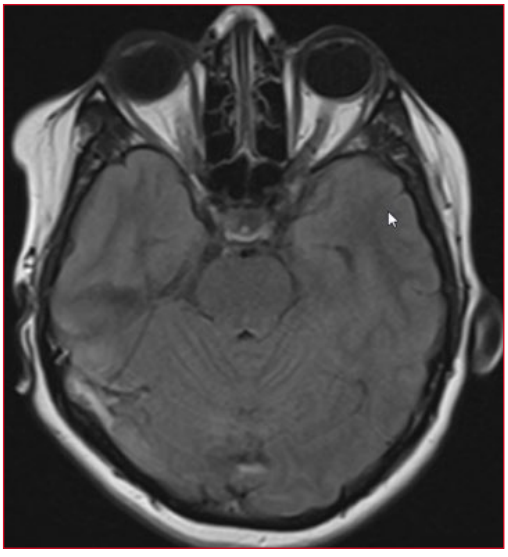
1. Knaus WA, Draper EA, Wagner DP, Zimmerman JE: APACHE II: a severity of disease classification system. Crit Care Med 1985;13:818-829.
2. Sinuff T, Adhikari NK, Cook DJ, Schünemann HJ, Griffith LE, Rocker G, Walter SD: Mortality predictions in the intensive care unit: comparing physicians with scoring systems. Crit Care Med 2006;34:878-885. doi:10.1097/01.CCM.0000201881.58644.41.
3. Detsky ME, Harhay MO, Bayard DF, Delman AM, Buehler AE, Kent SA, Ciuffetelli IV, Mikkelsen ME, Mikkelsen TS, Fuchs BD, Halpern SD: Discriminative accuracy of physician and nurse predictions for survival and functional outcomes 6 months after an ICU admission. JAMA 2017;317:2187-2195. doi:10.1001/jama.2017.4078.

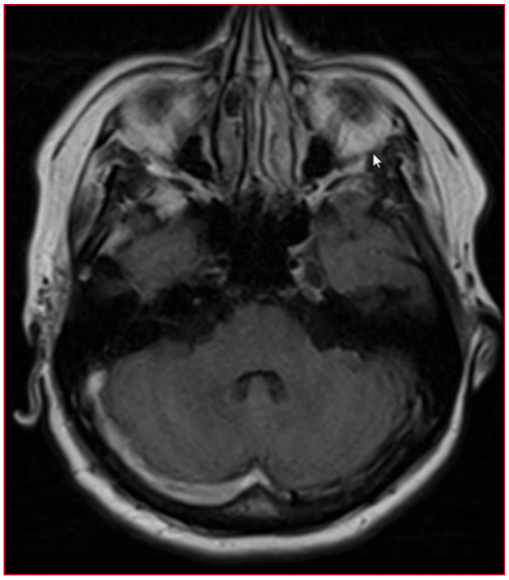


0466 TROMBOSIS DE SENO VENOSO UN DESAFIO DIAGNOSTICO Y TERAPÉUTICO: REPORTE DE CUATRO CASOS

E VALENCIA HEREDIA(1), JA MELGAR DIEZ(2), RD ZENTENO(2), A CAMELLI(2), M GILLI(2)
(1) Pedro Fiorito de Avellaneda. (2) Dr. Pedro Fiorito de Avellaneda

Introducción: La trombosis venosa cerebral (TVC) es un accidente cerebrovascular poco frecuente, más común en mujeres jóvenes y asociada a anticonceptivos, embarazo y estados protrombóticos. Su presentación es variable, lo que dificulta el diagnóstico, aunque la resonancia magnética (RMN) ha mejorado su detección.
Presentación de casos: Se presenta una serie retrospectiva de cuatro pacientes femeninas (21–60 años) internadas entre 2020 y marzo de 2026. Todas consultaron por cefalea intensa de evolución subaguda, asociada a deterioro del sensorio en distintos grados. Dos presentaron déficit neurológico focal y una crisis convulsiva. Los estudios de neuroimagen (angiorresonancia y tomografía computada) confirmaron TVC en distintos senos venosos. Los factores de riesgo identificados incluyeron anticonceptivos orales, obesidad, embarazo y patología tumoral. Todas recibieron anticoagulación tres con heparina de bajo peso molecular y una con heparina no fraccionada, con posterior transición a anticoagulantes orales. Dos pacientes presentaron complicaciones hemorrágicas intracerebrales que requirieron ajuste terapéutico. Tres evolucionaron favorablemente con recuperación neurológica variable, mientras que una paciente falleció tras complicaciones infecciosas luego de una internación prolongada.
Discusión: La TVC presenta gran variabilidad clínica, siendo la cefalea el síntoma más frecuente. En esta serie, todas las pacientes presentaron cefalea y signos de hipertensión endocraneana. Los factores de riesgo observados coinciden con lo reportado en la literatura, destacando el embarazo en primer trimestre como hallazgo poco frecuente, se descartó trombofilia y síndrome antifosfolipídico descriptos en la literatura como factores predisponentes. El tratamiento anticoagulante precoz plantea un desafío clínico por la presencia de hemorragia.
Conclusión: La TVC es una patología poco frecuente pero potencialmente grave que requiere alta sospecha clínica. La cefalea asociada a deterioro neurológico debe motivar estudios por imágenes oportunos. El tratamiento anticoagulante precoz es fundamental y pese a posibles complicaciones, se asocia a buena evolución en la mayoría de los casos. Una vez confirmado el diagnóstico, es imprescindible profundizar en un exhaustivo estudio para identificar factores de riesgo que guíen el tratamiento a largo plazo.





0467 MIDRIASIS ARREACTIVA Y COMA POR CARBAMAZEPINA: UN GRAN SIMULADOR DE MUERTE ENCEFÁLICA. REPORTE DE CASO.

ME NAVA ORTEGA(1), L ARGUEYES(1), VG COLQUE MAITA(1), YC RODRÍGUEZ PONCE(1), E MOREIRA JAIMES(1), X REYNOSO GUTIÉRREZ(1)
(1) Profesor Alejandro Posadas

Introducción: La muerte encefálica es un diagnóstico clínico que requiere la exclusión de causas reversibles, para su confirmación. Las intoxicaciones farmacológicas deberían formar parte de las sospechas diagnosticas de causas de simulación de coma. La carbamazepina, por su característica farmacológica de absorción prolongada, alta unión a proteínas y circulación enterohepática, puede producir depresión severa del sistema nervioso central con compromiso de reflejos de tronco encefálico.
Presentación del caso: Paciente femenina de 25 años con antecedentes de trastorno psiquiátrico e intentos autolíticos previos, ingresa por deterioro del sensorio secundario a ingesta de carbamazepina (60 comprimidos) y lorazepam. Al ingreso presenta Glasgow 3/15, pupilas midriáticas arreactivas y ausencia de reflejos de tronco encefálico, requiriendo intubación orotraqueal, asistencia ventilatoria mecánica y soporte vasopresor por deterioro hemodinamico. A su ingreso se realizo TAC de encéfalo, sin evidencia de lesiones estructurales. El electroencefalograma mostró desorganización difusa sin actividad epileptiforme. Se constato en del dosaje de drogas benzodiacepinas positivas y carbamazepinemia de 50.6 (VN hasta 10).
Se instaura tratamiento con carbón activado seriado, medidas de soporte y manejo de complicaciones. Persistió con síntomas neurológicos que simularon muerte encefálica durante tres días, hasta que se normalizo el valor de carbamazepina, recuperando el estado de conciencia, logrando desvinculación de la asistencia ventilatoria mecánica y resolución del cuadro.
Intercurrio con neumonía aspirativa tratada con antibiótico e íleo paralítico refractario que ameritó tratamiento con neostigmina con adecuada respuesta.
Discusión: La intoxicación por carbamazepina puede generar cuadros neurológicos graves que pueden simular muerte encefálica, constituyendo un desafío diagnóstico en terapia intensiva. Las características farmacocinéticas de dicho fármaco, favorecen la persistencia de niveles tóxicos y prolonga la depresión neurológica.
Este caso destaca la importancia de excluir causas reversibles antes de establecer el diagnóstico de muerte encefálica. La falta de reconocimiento puede conducir a decisiones irreversibles.

El diagnóstico precoz, basado en la sospecha clínica, permite instaurar tratamiento oportuno, evitando errores diagnósticos y terapéuticos. Múltiples complicaciones generadas por este fármaco, como el íleo paralítico, pueden requerir intervenciones específicas, reflejando la complejidad del manejo en estos pacientes.

0468 TUBERCULOSIS DISEMINADA EN PACIENTE INMUNOCOMPETENTE. REPORTE DE CASO

BF PORTILLO VILLALBA(2), H GOUVEA(1), R ECHEGARAY(2), BV COCOMELLO(2), A CULQUICONDOR(2), L FRANCONIERI(2)
(1) Dr Diego Thmpson. (2) Dr Diego Thompson

Introducción: La tuberculosis (TBC) continúa siendo una de las principales causas de muerte por un único agente infeccioso. Su forma diseminada, definida por la afectación hematógena de dos o más órganos no contiguos, representa un desafío diagnóstico y terapéutico, especialmente en pacientes sin factores predisponentes. Este caso resalta la importancia del enfoque clínico, epidemiológico y microbiológico oportuno.
Presentación del caso: Paciente masculino de 33 años, con antecedente de consumo de sustancias y ocupación de limpiado de alcantarillas; consulta por 2 semanas de lumbalgia, cefalea, náuseas y vómitos, agregando fiebre y desorientación en las últimas 24 horas. Evoluciona con deterioro neurológico. Se realiza tomografía de cerebro: sin hallazgos patológios; se realiza punción lumbar con obtención de líquido cefalorraquídeo purulento, iniciando tratamiento empírico para meningoencefalitis bacteriana. Se realiza GenXpert en aspirado traqueal y LCR que detecta Mycobacterium tuberculosis, sensible a isoniazida y rifampicina, iniciándose tratamiento específico.
Se realizaron los siguientes estudios complementarios de relevancia: serologías (incluyendo HIV, hepatitis B y C: negativos) y perfil reumatológico negativo. Tomografía de tórax: con imágenes que evidencian compromiso pulmonar difuso (tipo micronodular y vidrio esmerilado) y lesiones hipodensas encefálicas. PET/TC muestra infiltrados pulmonares y adenopatías hipermetabólicas. Biopsia de médula ósea con granulomas no necrotizantes.
Durante la internación presenta shock séptico con falla multiorgánica, múltiples complicaciones infecciosas y weaning prolongado, requiriendo traqueostomía percutánea. Con manejo multidisciplinario, evoluciona favorablemente y es dado de alta con seguimiento ambulatorio
Discusión: La TBC diseminada suele asociarse a inmunosupresión (HIV, neoplasias, corticoterapia), lo que no se evidencia en este caso, siendo un paciente inmunocompetente. Destaca la relevancia de una adecuada sospecha clínica y el uso de herramientas diagnósticas como GenXpert, que permiten iniciar tratamiento precoz y mejorar el pronóstico.
Conclusión: En Argentina se observa un aumento sostenido de TBC, con 17.283 casos reportados en 2025 (37,3/100.000 habitantes). Sin embargo, no existen datos específicos sobre TBC diseminada en inmunocompetentes. Este caso subraya su baja frecuencia y la importancia de considerarla incluso en ausencia de factores de riesgo.

0469 A PROPÓSITO DE UN CASO: SAF CATASTRÓFICO

S AGUIRRE(1), V PAIS(1), L SANTORO(1), V PICOLLA(1), C DIANO(1)
(1) Cosme Argerich

Introducción: El síndrome antifosfolípido catastrófico es una verdadera emergencia en terapia intensiva debido a su evolución fulminante y a la complejidad diagnóstica, especialmente en pacientes jóvenes sin diagnóstico previo.
Se caracteriza por el rápido desarrollo de trombosis múltiples con compromiso multiorgánico, representando menos del 1% de los casos.
El diagnóstico precoz y el tratamiento intensivo multidisciplinario son esenciales para mejorar el pronóstico. Se presenta el caso de una paciente joven con compromiso neurológico, cardiovascular y vascular periférico compatible con SAF catastrófico.
Presentación del caso: Paciente femenina, 32 años, con antecedente de ACV isquémico, endocarditis infecciosa e insuficiencia aórtica moderada con fey conservada.
Ingresada en otra institución por fiebre, desorientación y amaurosis fugaz, se verifica plaquetopenia, estenosis carotídea crítica y por tomografía nuevo evento isquémico. Ante la sospecha de SAF inicia pulsos de metilprednisolona, solicitando anticuerpos correspondientes y su derivación a nuestro nosocomio para angiografía y dilatación con balón ingresando a uti bajo ARM.
Se constata en UTI IAM evolucionado, fey disminuida del 39%, insuficiencia aórtica severa, aquinesia y pseudoaneurisma apical. Recibe nuevamente pulsos de metilprednisolona y en vista de falta de respuesta se inician inmunoglobulinas.
Evoluciona con trombosis arterial y venosa a nivel radial, cubital y humeral, indicándose anticoagulación. Se extuba al día 14, sin complicaciones.
Posteriormente al tratamiento instaurado, el resultado de anticuerpo b2 glicoproteina fue positivo.
Discusión: El caso evidencia la agresividad y rápida progresión del SAF catastrófico, con compromiso simultáneo neurológico, cardiovascular y vascular periférico. La coexistencia de trombosis arteriales y venosas asociadas a plaquetopenia permitió orientar el diagnóstico aun antes de la confirmación inmunológica.
Conclusión: El SAF catastrófico constituye una emergencia trombótica de alta morbimortalidad que exige diagnóstico precoz y tratamiento intensivo coordinado. La identificación temprana y el inicio oportuno de terapias inmunomoduladoras y anticoagulantes son determinantes para mejorar el pronóstico.
Este caso subraya la importancia de considerar el SAF catastrófico ante pacientes jóvenes con trombosis múltiples y plaquetopenia, incluso antes de la confirmación serológica definitiva, para evitar retrasos diagnósticos y terapéuticos.

0470 IMPACTO DE LA IMPLEMENTACIÓN DE LA ESCALA DE VALORACIÓN DE ALERTA TEMPRANA (EVAT) EN EL PERFIL DE DETERIORO Y MORBIMORTALIDAD DE PACIENTES PEDIÁTRICOS CON PATOLOGÍA ONCOLÓGICA CRÍTICA EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS

E CHIOSSONE(1), A FINOCCHI(1), P CASTELLANI(1), B INSAURRALDE(1), J MARIN(1)
(1) Hospital De Niños Sor Maria Ludovica

Introducción: Los pacientes oncohematológicos (POH) pueden experimentar eventos de deterioro clínico (ED), definidos como cambios en su estado que requieren traslado a terapia intensiva o intervenciones críticas en sala (ventilación mecánica, vasoactivas o paro cardiorespiratorio (PCR)). Estos eventos presentan signos tempranos que pueden ser subestimados. La implementación de sistemas de alerta temprana validados, como EVAT, buscan mejorar su detección precoz.
Objetivos: Evaluar el impacto de la implementación de la escala EVAT en cuanto a los ED y la mortalidad en POH ingresados a la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIP).

Materiales y métodos: Estudio observacional, analítico realizado en el Hospital de Niños de La Plata. Se utilizó la base de datos del protocolo EVAT llevado a cabo en conjunto con St. Jude Children's Research Hospital. Se incluyeron todos los pacientes ingresados por ED en dos periodos: pre-EVAT (n=28) y pos-EVAT (n=47). Se analizaron variables clínicas, mortalidad en UCIP, intervenciones críticas, score PIM-3 y estancia. Se aplicaron test de Mann-Whitney, Chi-cuadrado/Fisher y Riesgo Relativo (RR) con IC95%.
Resultados: Se analizaron 75 eventos, sin diferencias significativas en edad (p=0.08) ni sexo (p=0.33). El motivo de deterioro principal fue sepsis/shock séptico (78.6%/72.3%). La implementación de EVAT se asoció a un cambio los ED, promoviendo el traslado oportuno a UCIP y reduciendo el deterioro grave en sala en un 48% (27.7% Pos vs 53.6% Pre; p=0.038; RR 0.52, IC95% 0.29-0.92). Los pacientes pos-EVAT ingresaron con menor gravedad predictiva (PIM-3 de 7.35 vs 7.99). En UCIP, se redujo el riesgo de requerir vasoactivos en las primeras 24 horas (RR 0.71) y disminuyó 60% la incidencia de PCR (8.5% vs 21.4%; RR 0.40, IC95% 0.12-1.29). La mortalidad en UCIP se redujo del 14.3% al 8.5%.
Conclusión: La implementación de EVAT optimizó la detección temprana del deterioro oncopediátrico, garantizando traslados a UCIP en condiciones de mayor estabilidad. El impacto principal fue la reducción de intervenciones de urgencia en sala, evidenciando una reducción en el tiempo de acción frente a signos de deterioro clínico. Junto con una tendencia favorable en la mortalidad, estos resultados reafirman el valor de las escalas de alerta para fortalecer la seguridad del paciente.

0471 REPORTE DE CASOS: ESTRONGILOIDIASIS PULMONAR EN UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA

P PAREDES(1), A BANEGAS(1), A ANTIK(1), P CORONADO(1), M GARCÍA(1), G FLORES(1), J ÁLVAREZ(1)
(1) Carlos G. Durand

Introducción: La estrongiloidiasis es una infección parasitaria causada por Strongyloides stercoralis, endémica de regiones tropicales y subtropicales. Su presentación clínica varía desde formas crónicas asintomáticas hasta síndrome de hiperinfección y enfermedad diseminada en pacientes inmunocomprometidos. El uso prolongado de corticoides constituye un importante factor de riesgo, asociado a elevada morbimortalidad. En pacientes críticos, el compromiso pulmonar puede manifestarse como insuficiencia respiratoria aguda y simular infecciones bacterianas, dificultando el diagnóstico.
Presentación del caso: Paciente femenina de 56 años con antecedentes de artritis reumatoidea y tratamiento crónico con corticoides, ingresa a terapia intensiva por shock séptico e insuficiencia respiratoria aguda, con requerimiento de soporte ventilatorio y hemodinámico. Presentó infiltrados pulmonares bilaterales en tomografía de tórax. Evoluciona con fiebre persistente, aumento de secreciones y dificultad para la desvinculación de asistencia respiratoria mecánica, pese a tratamiento antibiótico de amplio espectro. El laboratorio reveló leucocitosis con eosinofilia persistente. Se realizó aspirado traqueal donde se observaron larvas compatibles con Strongyloides stercoralis. Se inició tratamiento con ivermectina y albendazol, logrando una mejoría progresiva, disminución de requerimientos ventilatorios y resolución del cuadro infeccioso.
Discusión: El compromiso pulmonar por Strongyloides stercoralis constituye una manifestación grave y potencialmente fatal, especialmente en pacientes con corticoterapia prolongada. Las manifestaciones respiratorias pueden simular neumonía bacteriana o asociada a ventilación mecánica, retrasando el diagnóstico. En este caso, la persistencia de eosinofilia y la mala evolución respiratoria motivaron la búsqueda de etiologías alternativas. La identificación de larvas en aspirado traqueal permitió confirmar el diagnóstico e iniciar tratamiento antiparasitario específico. El reconocimiento precoz de esta entidad resulta fundamental, dado que las formas severas se asocian con elevada morbimortalidad.
Conclusión: La estrongiloidiasis pulmonar debe considerarse en pacientes con exposición crónica a corticoides y evolución respiratoria desfavorable en terapia intensiva. La sospecha clínica y el diagnóstico microbiológico oportuno permiten instaurar tratamiento específico y mejorar la evolución clínica.

0472 REPORTE DE CASO – GANGRENA DE FOURNIER COMO COMPLICACIÓN DE SHOCK SÉPTICO EN UN PACIENTE CON DEBUT DE CETOACIDOSIS DIABÉTICA

G FLORES(1), A BANEGAS(1), A ANTIK(1), J ÁLVAREZ(1), M GARCÍA(1), P PAREDES(1)
(1) Carlos G. Durand

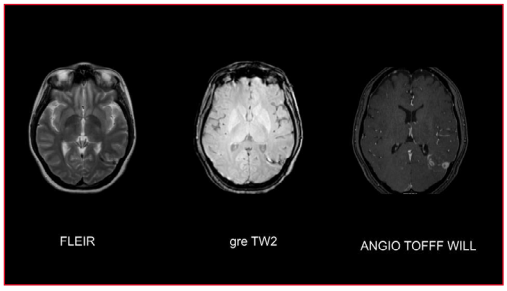
Introducción: Las infecciones de piel y tejidos blandos comprenden un amplio espectro de entidades clínicas, que varían desde formas leves hasta potencialmente mortales como las infecciones necrosantes que se caracterizan por rápida progresión, destrucción tisular y alta mortalidad sin tratamiento oportuno. Dentro de este grupo, la gangrena de Fournier constituye una forma específica de fascitis necrosante que compromete la región perineal, genital y perianal. Es una entidad habitualmente de origen polimicrobiano, caracterizada por una evolución rápidamente progresiva y una fuerte asociación con sepsis. Existen diversos factores predisponentes, entre los que destacan la diabetes mellitus, los estados de inmunosupresión y la edad avanzada, todos ellos generan un incremento en la morbimortalidad. El reconocimiento temprano y el tratamiento agresivo son determinantes para el pronóstico.
Presentación del caso: Masculino de 49 años, sin antecedentes conocidos, que debuta con cetoacidosis diabética (CAD) e infección de piel y partes blandas en pie diabético. El paciente desarrolló shock séptico con compromiso multisistémico: embolias sépticas pulmonares, coriorretinitis bilateral por Staphylococcus aureus sensible y gangrena de Fournier con afectación escrotal y perineal. Cursó 28 días en terapia intensiva, requiriendo múltiples desbridamientos quirúrgicos, amputación mayor del miembro afectado y antibioticoterapia de amplio espectro.
Discusión: La evolución del paciente resalta la agresividad de las infecciones necrotizantes en contextos metabólicos descompensados. A diferencia de otros casos de Fournier de origen polimicrobiano, aquí destaca la diseminación hematógena de Staphylococcus aureus. El debut de CAD actuó como un factor facilitador de la sepsis fulminante y las complicaciones extra-perineales (oculares y pulmonares), lo cual es una observación poco frecuente en la literatura actual. El manejo requirió un abordaje multidisciplinario y soporte intensivo constante.
Conclusión: El éxito en la supervivencia de este paciente subraya que el control quirúrgico precoz del foco infeccioso, sumado a la estabilización metabólica del debut diabético y la antibioticoterapia ajustada, son los pilares fundamentales para mejorar el pronóstico en cuadros de sepsis grave por gangrena de Fournier.

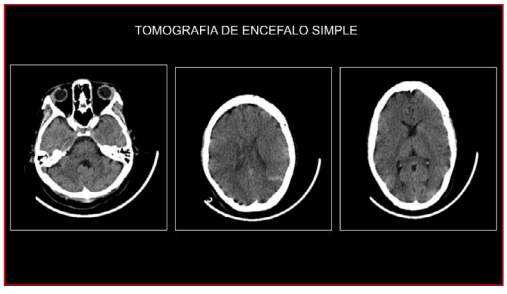
0473 CRISIS EPILÉPTICA EN EL PUERPERIO A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO

J SILVA(1), X REYNOSO(1), A SAENZ VALIENTE(1), L ARGUEYES(1)
(1) Hospital Nacional Posadas

La eclampsia constituye una de las principales emergencias neurológicas y obstétricas del embarazo y puerperio, caracterizada por la aparición de convulsiones en pacientes con trastornos hipertensivos del embarazo. Sin embargo, no toda convulsión en el puerperio co-

rresponde a eclampsia, siendo fundamental considerar diagnósticos diferenciales neurológicos potencialmente graves, como hemorragia subaracnoidea (HSA), trombosis venosa cerebral, malformaciones vasculares intracraneales y PRES.
Se presenta el caso de una paciente de 22 años, puérpera mediata, sin antecedentes patológicos de relevancia, derivada por episodio de desorientación y discurso incoherente. Durante la evaluación inicial presentó dos convulsiones tónico-clónicas generalizadas que cedieron con lorazepam endovenoso. La tomografía computada de encéfalo evidenció hiperdensidad focal parietal izquierda, y inicialmente se interpreta el cuadro como probable eclampsia, por lo que se inició tratamiento con sulfato de magnesio e ingreso a unidad de terapia intensiva. A su ingreso en estado postictal y sin déficit neurológico focal, con ausencia de proteinuria. Posteriormente evolucionó con afasia de expresión, realizándose electroencefalograma que mostró actividad focal enlentecida sin descargas epileptiformes. Ante estos hallazgos, se reinterpretó el cuadro como crisis epiléptica secundaria a HSA, iniciándose tratamiento anticonvulsivante con levetiracetam, con adecuada respuesta clínica. La angiorresonancia magnética cerebral evidenció dilatación e irregularidad del seno venoso transverso izquierdo con trombosis parcial. Posteriormente, la angiografía cerebral mostró anomalía de drenaje venoso occipital izquierdo, sin evidencia de malformación arteriovenosa asociadas, la paciente evolucionó favorablemente, sin nuevas crisis convulsivas ni deterioro neurológico, otorgándose el alta hospitalaria bajo tratamiento anticonvulsivante y seguimiento ambulatorio por Neurología.
Este caso resalta la importancia de ampliar el enfoque diagnóstico ante convulsiones en el puerperio, especialmente en ausencia de criterios clásicos de eclampsia o ante la presencia de signos neurológicos focales. Asimismo, destaca el valor de los estudios neurovasculares avanzados y del abordaje multidisciplinario para arribar a un diagnóstico etiológico preciso e instaurar un tratamiento oportuno.





0476 NECRÓLISIS EPIDÉRMICA TÓXICA SECUNDARIO A TRIMETROPRIMA-SULFAMETOXAZOL (TMS). REPORTE DE CASO

E VALENCIA HEREDIA(1), JA MELGAR DIEZ(1), RD ZENTENO(1), M GILLI(1), A CAMELLI(1)
(1) Dr. Pedro Fiorito de Avellaneda

Introducción: La necrólisis epidérmica tóxica es una reacción cutánea grave, con una incidencia de 5 a 6 casos por un millón al año y una mortalidad cercana al 25%. Generalmente inducida por fármacos, caracterizada por necrosis y desprendimiento de la epidermis en más del 30 % de la superficie corporal, con compromiso mucoso frecuente y alto riesgo de complicaciones sistémicas como infecciones, sepsis y falla multiorgánica.
Presentación del caso: Paciente femenina de 36 años, con antecedentes de DBT tipo I e hipotiroidismo y tratamiento reciente con trimetoprima-sulfametoxazol por forunculosis. Consulta por 5 días de fiebre y diarrea, asociando exantema máculo-purpúrico de inicio abdominal con progresión a extremidades, cuero cabelludo y cara, evoluciona a placas eritematosas no dolorosas ni pruriginosas, con blanqueamiento a la vitropresión, además de conjuntivitis y lesiones mielicéricas en mucosa yugal. Inicio tratamiento empírico con ceftriaxona y vancomicina con hemocultivos negativos, además se realizó biopsia cutánea que informo presencia de queratinocitos apoptóticos compatible con farmacodermia, recibió 2 pulsos de metilprednisolona con mejoría clínica, además de manejo oftalmológico con moxifloxacina. Por mejoría clínica pasa a sala general con posterior alta hospitalaria.
Discusión: La necrólisis epidérmica tóxica es una reacción adversa cutánea grave, habitualmente inducida por fármacos, comienza con un período prodrómico fiebre, malestar, odinofagia, seguido de eritema, ampollas y desprendimiento epidérmico difuso >30% de la superficie corporal, con frecuente compromiso mucoso, como en el caso de nuestra paciente. El diagnóstico es clínico, apoyado en la historia de exposición a fármacos y confirmado por biopsia cutánea, en nuestro caso tuvo antecedente de tratamiento previo con TMS y la biopsia confirmo la sospecha diagnostica. El manejo requiere un enfoque multidisciplinario, basado en la suspensión inmediata del agente causal y soporte intensivo, sin existir un tratamiento específico. En el caso clínico presentado se realizó corticoterapia con mejoría clínica.
Conclusión: La necrólisis epidérmica tóxica es una farmacodermia de alta mortalidad, especialmente cuando se complica con infecciones y falla multiorgánica; el diagnóstico precoz, la retirada del fármaco causal y el manejo multidisciplinario son fundamentales para mejorar el pronóstico.

0477 DONACIÓN EN ASISTOLIA CONTROLADA: EXPERIENCIA INICIAL EN UN CENTRO DE ALTA COMPLEJIDAD

JE NARANJO SANCHEZ(1), E GARAY(1), J SAGARDÍA(1), L VISSANI(1), S LUGO(1), L LAZCANO(1), AL PEREZ(1)
(1) Nacional Prof. Alejandro Posadas

Introducción: La donación de órganos se ha basado históricamente en donantes en muerte encefálica; sin embargo, gran cantidad de pacientes en lista de espera impulsó la donación en asistolia controlada (DAC, tipo III de Maastricht), donde el fallecimiento es determinado por el cese irreversible de las funciones circulatoria tras la adecuación de medidas terapéuticas (AMT). En Argentina, esta práctica es reciente y plantea desafíos técnicos, logísticos y éticos. Su implementación no depende solomente de infraestructura, sino de la aceptación y capacitación del equipo de salud.
Objetivos: Evaluar la factibilidad de implementar la AMT con retiro del soporte vital e incorporación de la DAC en pacientes con daño neurológico grave en UCI.
Describir características clínicas y analizar tiempos del proceso y su relación con la procuración y el donante efectivo.
Métodos: *Rama 1*: Encuesta transversal a médicos intensivistas. Evalúa conocimiento técnico, aceptación ética y factibilidad operativa mediante cuestionario anónimo digital.
Rama 2: Análisis retrospectivo de pacientes en protocolo DAC (2024–2026), incluyendo edad, causa de muerte, tiempos de isquemia, tiempo agónico, órganos procurados y condición de donante efectivo.
Resultados: *Rama 1*: Participaron 32 médicos. TABLA 1. Las principales barreras fueron falta de capacitación, resistencia del equipo y ausencia de protocolos. Solo 3,1% presentó objeción de conciencia y 90,6% consideró la DAC durante AMT, evidenciando alta aceptación.
Rama 2: Se muestran resultados en Tabla 2. Se procuraron riñones, hígado, corazón, córneas y válvulas, utilizando canulación pre y postmortem, demostrando factibilidad técnica.
Conclusiones: La DAC es técnica y operativamente factible en nuestro medio, logrando alta tasa de donantes efectivos. Aunque existe una sólida aceptación ética en los intensivistas y una integración de la donación en la AMT, la brecha entre capacitación y la falta de protocolos estandarizados persisten como las principales barreras. Estos resultados demuestran un alto potencial para expandir el pool de donantes, subrayando la necesidad de formalizar programas y protocolos interdisciplinarios.

Referencias:
- Instituto Nacional Central Único Coordinador de Ablación e Implante (INCUCAI). Protocolo de donación en asistolia. Buenos Aires: INCUCAI; 2023.
- Organ Tissue Donation and Transplantation (OTDT). El proceso de donación en asistolia. Módulo 3. Curso: Donación de órganos como parte de los cuidados al final de la vida. 2ª ed. Disponible en: Campus OTDT; 2024.
- Smith M. Physiologic changes during brain stem death—lessons for management of the organ donor. J Heart Lung Transplant. 2004;23:S217–22.
- Rady MY, Verheijde JL, McGregor J. Organ donation after circulatory death: the forgotten donor. Crit Care. 2006;10:166.
- Bernat JL, Capron AM, Bleck TP, et al. The circulatory-respiratory determination of death in organ donation. Crit Care Med. 2010;38:963–70.
- Manara AR, Murphy PG, O'Callaghan G. Donation after circulatory death. Br J Anaesth. 2012;108:108–21.
- Domínguez-Gil B, Delmonico FL, Shaheen FA, et al. The critical pathway for deceased donation. Transpl Int. 2011;24:373–8.
- Thuong M, Ruiz A, Evrard P, et al. New classification of donation after circulatory death. Transpl Int. 2016;29:749–59.
- Joffe AR, Anton NR, Duff JP. A survey of American neurologists about brain death. Ann Intensive Care. 2012;2:4.
- Cappucci SP, Smith WS, Schwartzstein RM, et al. End-of-life care in the potential donor after circulatory death. Neurohospitalist. 2023;13:61–68.
- DiChiacchio L, Goodwin ML, Kagawa H, et al. Heart transplant and donors after circulatory death. J Surg Res. 2023;292:222–233.
- Jolliffe J, Brookes J, Williams M, et al. Donation after circulatory death transplantation: a systematic review. Ann Cardiothorac Surg. 2025;14:11–27.

TABLA 1 - Resultados de la encuesta sobre percepción y factibilidad de DAC (n=32)

Pregunta	Resultado
1. Tipo de participación previa en procesos de DAC	Médico tratante: 14 (43,8%) / Observador: 14 (43,8%) / Sin experiencia: 4 (12,5%)
2. ¿Considera poseer conocimientos suficientes sobre DAC?	Sí: 12 (37,5%) / No: 20 (62,5%)
3. ¿Considera la DAC una práctica compleja de implementar en su institución?	Sí: 8 (25%) / No: 24 (75%)
4. Principales barreras percibidas para implementar DAC	Falta de capacitación, resistencia del equipo de salud, ausencia de protocolos institucionales y dilemas éticos
5. ¿Presenta objeción de conciencia respecto a la DAC?	Sí: 1 (3,1%) / No: 31 (96,9%)
6. ¿Considera poseer habilidades comunicacionales adecuadas para abordar DAC con las familias?	Sí: 24 (75%) / No: 8 (25%)
7. ¿Considera la posibilidad de DAC durante procesos de AET?	Sí: 29 (90,6%) / No: 3 (9,4%)
8. Modalidad de consideración de DAC durante AET	Según características del paciente: 23 (71,9%) / De manera sistemática: 6 (18,7%) / No la considera: 3 (9,4%)

TABLA 2. Características de los pacientes y resultados del proceso de DAC (n = 11)

Variable	Resultado
Edad (años)	Mediana: 53 (rango: 1,5–73)
Sexo masculino (%)	10 (90,9%)
Causa de muerte n (%)	
- Paro cardíaco post RCP	4 (36,4%)
- ACV	3 (27,3%)
- Encefalopatías	3 (27,3%)
- TEC	1 (9,1%)
Retiro de soporte vital	
- ARM únicamente	6 (54,5%)
- ARM + vasopresores	5 (45,5%)
Procuración realizada	9 (81,8%)
Donantes efectivos	8 (72,7%)
Motivo de no procuración	
- Falta de receptor	2 (18,2%)
Isquemia caliente total (min)	Mediana: 21–24 (rango: 16–51)
Isquemia caliente funcional (min)	Rango: 7–47
Órganos procurados	
- Riñones	8
- Hígado	4
- Corazón	1
- Córneas / válvulas	3
Complicaciones	Trombosis renal (1 caso)
Tipo de canulación	
- Premortem	2
- Postmortem	3
- Sin perfusión	3

TABLA 3. Relación entre isquemia caliente total y donante efectivo

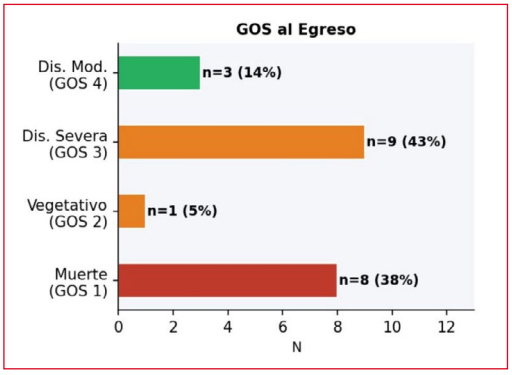
Isquemia caliente total	Donante efectivo (n)	No efectivo (n)
≤ 20 min	4	0
21–40 min	3	1
> 40 min	1	1

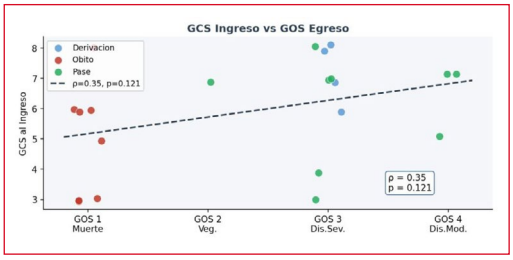
0480 DAÑO CEREBRAL CATASTRÓFICO Y SU RELACIÓN CON LA DONACIÓN DE ÓRGANOS

JD CAMEJO CEDILLO(1), A AGARZUA(1), M ARFILLI(1), S BALDERRAMA(1), L SANTORO(1), L TRUNZO(1), K VILLARROEL(1)
(1) Doctor Cosme Argerich

Introducción: El daño cerebral catastrófico (DCC) describe patologías neurológicas de instauración rápida con amenaza vital inminente o pronóstico funcional desfavorable. A pesar de su papel crítico en la procuración de órganos, existe escasa evidencia que respalde las decisiones terapéuticas y éticas en estos pacientes.
Objetivo: Describir la evolución clínica de pacientes con DCC y su relación con el proceso de donación de órganos.
Material y métodos: Estudio analítico, observacional y retrospectivo realizado desde enero 2024 a marzo 2026. Se analizaron adultos con DCC (Escala de Glasgow [GCS].

Resultados: Ingresaron un total de 21 pacientes, la mediana de edad fue 47 años, predominio masculino (62%). El traumatismo craneoencefálico (TCE) fue el mecanismo principal (52%) seguido por hematoma subdural y hemorragia intraparenquimatosa ambos con 19%. Al ingreso, la media de GCS fue 5.9 ± 1.8 y el APACHE II 18.1 ± 6.1. El hallazgo tomográfico más relevante fue la desviación de la línea media (DLM), presente en el 75% de los casos. El 86% requirió de craniectomía descompresiva. La mortalidad alcanzó el 38% (n=8), donde un 5% evolucionó con muerte encefálica (n=1). Respecto a la supervivencia, el 43% de los pacientes tuvo el alta de UTI, presentando el 55% discapacidad severa (GOS-3). No se registraron donantes efectivos, identificándose como principales barreras: sepsis, edad avanzada y causas judiciales.
Conclusiones: Se evidencia una correlación positiva entre GCS bajo al ingreso y evolución a discapacidad severa o muerte. La DLM ≥10 mm se posiciona como marcador de pronóstico ominoso. Aunque no hubo donantes efectivos, los factores limitantes identificados resaltan la necesidad de optimizar la detección temprana del potencial donante y definir estrategias terapéuticas basadas en el pronóstico funcional.





0481 SÍNDROME DE FIRES- REPORTE DE UN CASO

ML BALDASSO(1), CN OLGUIN(1), JV MOURADIAN BARON(1), KI BURCHER(1)
(1) Hospital Humberto Notti

Introducción: El Síndrome Epiléptico Relacionado con Infección Febril (FIRES) es una encefalopatía epiléptica catastrófica y poco frecuente que afecta a niños previamente sanos.Se caracteriza por crisis epilépticas recurrentes y refractarias, precedidos por una enfermedad febril, pero sin evidencia de encefalitis infecciosa. Su diagnóstico precoz es crítico para intentar mitigar secuelas graves, como la epilepsia resistente y el deterioro neuropsicológico.
Caso clínico: Paciente masculino de 9 años que, tras 48 horas de fiebre, desarrolló un estado de sensorio alternante y convulsiones tónico-clónicas generalizadas. El paciente ingresó al hospital en status convulsivo, requiriendo intubación orotraqueal y cuidados intensivos tras sufrir un paro respiratorio.
Ante la falta de respuesta al protocolo habitual para crisis epilépticas, se aplicaron medidas de segundo nivel como hipotermia terapéutica leve y goteo de propofol. Los estudios iniciales descartaron infecciones del sistema nervioso central, aunque se diagnosticó una neumonía de la comunidad. Las neuroimágenes (RMN y TAC) iniciales resultaron normales.
Evolución y Estrategia Terapéutica: Debido a la sospecha de una etiología inmunomediada, el equipo médico inició un abordaje agresivo: *Inmunoterapia*: Se administró gammaglobulina a dosis inmunosupresoras , metilprednisolona y, posteriormente, plasmaféresis (5 ciclos) con mejoría escasa.
Dieta Cetogénica: Iniciada al cuarto día de ingreso, logrando cetosis en 96 horas. Es considerada actualmente una de las terapias más prometedoras para FIRES.
Terapias de Tercera Línea: Ante la persistencia del status superrefractario (confirmado por video-EEG) y la ausencia de hallazgos en la secuenciación del exoma y ADN mitocondrial, se escaló a fármacos biológicos: anakinra, rituximab y tocilizumab.
Tras 55 días de tratamiento crítico y superar múltiples complicaciones (infecciones asociadas a los cuidados de la salud,colonización por gérmenes multirresistentes, trombosis venosa profunda, desnutrición intrahospitalaria y sindorme de abstinencia), las convulsiones cedieron y el paciente recuperó la conciencia con una evolución favorable.
Conclusión: El manejo del FIRES representa un desafío extremo debido a su etiología desconocida y la refractariedad de las crisis. La principal enseñanza del caso es que no se debe demorar el tratamiento agresivo (dieta cetogénica e inmunomodulación) mientras se esperan los resultados de los estudios etiológicos, ya que la intervención temprana es el único factor que parece modificar el pronóstico.

0482 FACTORES QUE CONDICIONAN LA CALIDAD DEL SUEÑO EN LOS PACIENTES DE LA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA DEL HOSPITAL PABLO SORIA

FG RAMOS(1), N PALACIOS(1), GV LIMÒN(1), GA CARDOZO(1), AB CASORLA(1)
(1) Pablo Soria

Introducción: La calidad del sueño constituye un aspecto fundamental en la recuperación del paciente crítico, ya que interviene en procesos fisiológicos esenciales. Sin embargo, los pacientes internados en Unidades de Terapia Intensiva presentan alteraciones del sueño relacionadas con factores ambientales, fisiológicos, psicológicos, asistenciales y farmacológicos. Entre ellos se destacan los ruidos de monitores y alarmas, la iluminación, el dolor, la ansiedad y las intervenciones continuas del equipo de salud. En la Unidad de Terapia Intensiva del Hospital Pablo Soria no se encontraron estudios previos relacionados con esta problemática.
Objetivo: Determinar los factores que condicionan la calidad del sueño de los pacientes internados en la Unidad de Terapia Intensiva del Hospital Pablo Soria, provincia de Jujuy, durante el período abril–mayo de 2026.
Métodos: Estudio cuantitativo, descriptivo y de corte transversal. La muestra estuvo conformada por 22 pacientes internados en la Unidad de Terapia Intensiva. La recolección de datos se realizó mediante observación sistemática no participativa y la aplicación de un checklist estructurado de elaboración. Los datos fueron procesados mediante estadística descriptiva, utilizando frecuencias absolutas y porcentuales.
Resultados: Se evidenció predominio del sexo masculino 68% y del grupo etario de 30 a 50 años 41%. Respecto a la calidad global del sueño, el 54% presentó una calidad regular y el 23% una calidad mala. Entre los factores ambientales predominó el ruido de monitores y alarmas y la temperatura inadecuada 68%. En los factores fisiológicos, el malestar físico alcanzó el 77% y el dolor el 68%. Dentro de los factores psicológicos, el miedo fue el más frecuente 82%. En relación con los factores asistenciales, el control nocturno de signos vitales representó el 82%, mientras que el uso de analgésicos predominó entre los factores farmacológicos 95%.
Conclusión: La calidad del sueño de los pacientes internados en la Unidad de Terapia Intensiva del Hospital Pablo Soria estuvo condi-

cionada por factores psicológicos, ambientales y asistenciales, destacándose el miedo, el ruido de monitores y alarmas, los controles nocturnos y el uso de analgésicos. Estos resultados evidencian la necesidad de implementar estrategias orientadas a mejorar el descanso y la calidad del sueño del paciente crítico durante su internación.

REFERENCIAS:

Achury Saldaña, D. M., Rodríguez Colmenares, S. M., & Achury Beltrán, L. F. (2014). *El sueño en el paciente hospitalizado en una unidad de cuidado intensivo*. Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo, 16(1), 49–59. Recuperado de: https://www.redalyc.org/pdf/1452/145231426004.pdf

Acosta, N. (2025). *Ruido ambiental y calidad de sueño en los pacientes internados en la Unidad de Cuidados Intensivos I del Hospital Ángel Cruz Padilla* [Tesis de licenciatura en Enfermería, Universidad Nacional de Tucumán]. Recuperado de: https://drive.google.com/file/d/1wl16W_gdlQjpbRhSma5rU-0EYeDgSVCr/view

Buysse, D. J., Reynolds, C. F., Monk, T. H., Berman, S. R., & Kupfer, D. J. (1989). *El índice de calidad del sueño de Pittsburgh: un nuevo instrumento para la práctica y la investigación psiquiátrica*. Investigación en psiquiatría, *28*(2), 193–213. Recuperado de: The Pittsburgh sleep quality index: A new instrument for psychiatric practice and research - ScienceDirect

Chinchay Córdova, J. M. (2024). *Factores que influyen en la calidad del patrón del sueño de los pacientes en la unidad de cuidados intensivos*. [Trabajo académico de especialidad, Universidad Peruana Cayetano Heredia]. Recuperado de: https://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12866/17406/Factores_ChinchayCordova_Ana.pdf?sequence=1

Tognarelli, M. (2023). *Calidad del sueño en pacientes internados en unidades de terapia intensiva en Argentina*. Revista Argentina de Enfermería en Cuidados Críticos, 5(1), 12–18. Recuperado de: https://revistas.unc.edu.ar/index.php/notasenf/article/view/41470

0483 HIPOPOTASEMIA GRAVE COMO FORMA DE PRESENTACIÓN DE ENFERMEDAD DE GRAVES

N CANADAS VARELA(1)
(1) Nuevo Hospital San Roque

Introducción: La Parálisis Periódica Hipopotasémica Tirotóxica (PPHT) es una urgencia endocrina poco frecuente pero potencialmente letal. Se caracteriza por episodios de parálisis flácida aguda secundarios al desplazamiento intracelular masivo de potasio inducido por el estado hipertiroideo. Puede simular cuadros neurológicos graves, generando desafíos diagnósticos en el ámbito de cuidados intensivos.
Aunque el hipertiroidismo es más frecuente en mujeres, más del 95 % de los casos de PPHT ocurren en varones. En poblaciones de Asia Oriental, tiene una incidencia significativa, dónde alcanza el 13 % en hombres con tirotoxicosis; mientras que en poblaciones occidentales, se estima el 0,1 % y 0,2 %.
Presentación del caso: Paciente masculino de 25 años sin antecedentes, consulta por debilidad progresiva de 21 días de evolución iniciada en miembros inferiores, con progresión a cuadriplejia en las últimas 24 horas.
Al ingreso presenta cuadriplejia, arreflexia, disfonía y disfagia leve, sin compromiso sensitivo. El laboratorio evidencia hipopotasemia severa (K+ 0,8 mmol/L) e hipofosfatemia. Electrocardiograma con QT prolongado y ondas T aplanadas.
Evoluciona con insuficiencia ventilatoria, requiriendo asistencia ventilatoria no invasiva, y con febrículas. Se inicia reposición intensiva de potasio con rápida recuperación de la fuerza muscular. Durante su internación se constata hipertiroidismo primario con TSH suprimida, T4L y T3 elevadas, bocio grado I y anticuerpos positivos TRAb y anti-TP, confirmándose enfermedad de Graves. Se inicia tratamiento con metimazol y propranolol con evolución favorable, recuperación neuromuscular completa y normalización del medio interno. Es dado de alta con seguimiento ambulatorio, sin recurrencias.
Discusión: La parálisis periódica hipopotasémica tirotóxica se caracteriza por episodios de debilidad muscular secundaria a un desplazamiento intracelular de potasio, inducido por estimulación tiroidea y adrenérgica.
Puede constituir la manifestación inicial del hipertiroidismo, incluso en ausencia de signos clásicos de tirotoxicosis. El diagnóstico diferencial incluye síndrome de Guillain-Barré, miopatías agudas y otras causas de hipopotasemia severa. El reconocimiento precoz resulta fundamental debido al riesgo de compromiso respiratorio, arritmias y muerte súbita, así como por su rápida reversibilidad con tratamiento adecuado.
Conclusión: La PPHT debe considerarse ante cuadros de parálisis flácida aguda asociados a hipopotasemia severa, particularmente en varones jóvenes. Su diagnóstico precoz permite instaurar tratamiento específico, revertir completamente el cuadro y prevenir recurrencias potencia
lmente graves.

0484 MENINGITIS POSTQUIRÚRGICA, EXPERIENCIA RETROSPECTIVA EN TERAPIA INTENSIVA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL. SERIE DE CASOS

A LUGO(1), CL FERNANDEZ(2), F CHOQUECALLATA(2), C NIÑO(2)
(1) Profesor Alejandro Posadas. (2) Posadas

Introducción: La meningitis postquirúrgica constituye una complicación infecciosa grave en pacientes neuroquirúrgicos críticos, asociada a elevada morbimortalidad, prolongación de la internación y necesidad de tratamientos antimicrobianos complejos. La presencia de dispositivos ventriculares, la exposición previa a antibióticos y el aumento de microorganismos multirresistentes incrementan la complejidad diagnóstica-terapéutica, pudiendo requerir tratamiento intratecal.
Presentación de casos: Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo y observacional de 21 pacientes con meningitis postquirúrgica internados en terapia intensiva entre 2023 y 2026. La mediana de edad fue 37 años, con predominio masculino (57,1%). La neoplasia constituyó la condición de base más frecuente (52,4%) y el 90.5% requirió derivación ventricular. El líquido cefalorraquídeo presentó alteraciones compatibles con infección del sistema nervioso central: leucocitosis (95,2%), hiperproteinorraquia (95,2%), niveles elevados de láctico (85,7%). El 52,4% presento aislamiento microbiológico positivo, con predominio de bacilos gramnegativos (Klebsiella pneumoniae, Acinetobacter baumannii y Pseudomona aeruginosa). Todos recibieron tratamiento antimicrobiano de amplio espectro, el 23,8% requirió terapia intratecal y la mortalidad global fue del 19%.
Discusión: La elevada asociación de dispositivos ventriculares refuerza su rol como principal factor predisponente. El aumento de lactato en líquido cefalorraquídeo demostró utilidad como biomarcador complementario para sospecha de infección bacteriana. La presencia de microorganismos multirresistentes reflejo mayor complejidad terapéutica y necesidad de estrategias antimicrobianas dirigidas.
Conclusión: La meningitis postquirúrgica, siendo una complicación grave en pacientes neuroquirurgicos, especialmente asociada a dispositivos ventriculares y gérmenes multirresistentes. La implementación de protocolos institucionales estandarizados como la terapia intratecal en microorganismos multirresistentes podría optimizar el abordaje diagnóstico y terapéutico en pacientes críticos complejos.

Tabla 1: Características demográficas y clínicas:

Variable	Frecuencia (n)	Porcentaje (%) / Valor
Sexo		
Masculino	12	57.1%
Femenino	9	42.9%
Edad	-	37 años (Mediana)
Comorbilidades		
Neoplasia / Cáncer	13	61.9%
TEC (Traumatismo Encéfalo Craneano)	3	14.3%
DBT (Diabetes)	3	14.3%
Hematoma intracraneal	1	4.8%
Infección por VIH	1	4.8%
Intervenciones y Antecedentes		
Requerimiento de DVE	16	76.2%
Infección Hospitalaria Previa	6	28.6%
Óbito	4	19.0%
Internación		
Promedio Internación - Cirugía*	-	**0.24 días**
Características del LCR		
Ácido Láctico elevado	20	95.2%
Leucocitosis	18	85.7%
Hiperproteinorraquia	18	85.7%
Turbidez	15	71.4%
Hipoglucorraquia	6	28.6%

Tabla 2: Aislamientos microbiológicos

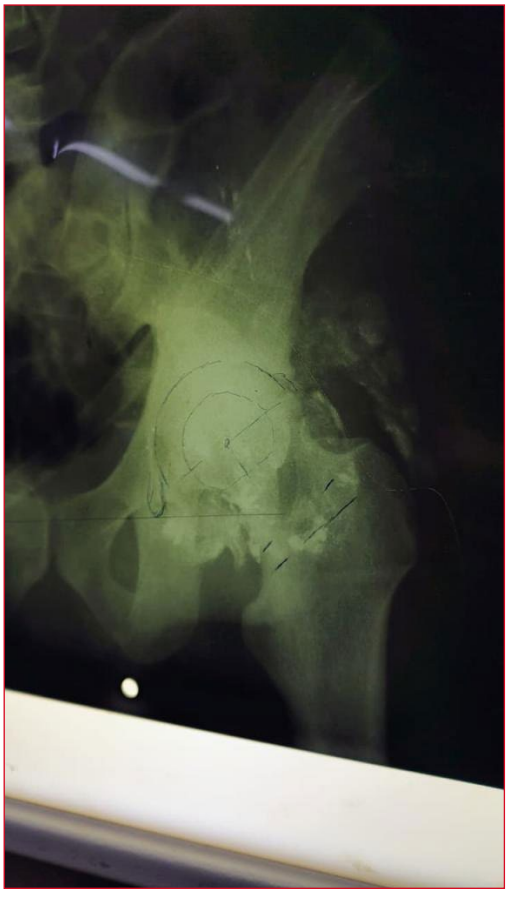
Patógeno / Condición	Frecuencia (n)
Klebsiella pneumoniae ()	2
Acinetobacter baumannii (ABA)	2
Staphylococcus aureus meticilino-sensible (SAMS)	2
Staphylococcus aureus meticilino-resistente (SAMR)	1
Bacillus cereus	1
Corynebacterium	1
Proteus mirabilis	1
Serratia marcescens	1
Pseudomonas aeruginosa (PAE)	2
Klebsiella aerogenes	1
Enterococcus faecium	1

0485 SATURNISMO POR PROYECTIL RETENIDO DE PRESENTACIÓN ATÍPICA TRATADA CON D-PENICILAMINA: A PROPÓSITO DE UN CASO

HM SARABIA ALBIS(1), YC RODRIGUEZ PONCE(1), B MENDOZA PEREZ(1), JE NARANJO SÁNCHEZ(1), HJ ARCE SOLIZ(1), A VOITZUK(1), MF BENEDETTI(1), L ARGUEYES(1)
(1) Posadas

Caso clínico: Paciente masculino de 37 años con antecedente de consumo de cocaína y herida por arma de fuego en cadera izquierda en 2024. Consulta por dolor persistente e impotencia funcional., constatando por tomografía proyectil metálico en contacto con cabeza femoral y múltiples esquirlas intraarticulares, por lo que se realizó artorscopía en otro centro sin lograr extracción de proyectil. A posteriore presenta pérdida de peso, artralgias, cefalea, dolor abdominal, trastornos del sueño y temblores, anemia severa, insuficiencia renal e hiponatremia, con dosaje de plumbemia de 189 ug/dl (Valor de referencia: 10ug/dl).

Se diagnostica intoxicación plúmbica severa, iniciando quelación con D-penicilamina (Único tratamiento disponible en Argentina) con mejoría clínica inicial que permitió el alta, plumbemia control: 77.8 ug/dl. En plan de reemplazo de cadera.
Reingresa a los dos meses con cuadriparesia secundaria a intoxicación plúmbica, progresando hasta insuficiencia respiratoria que requirió intubación orotraqueal, ventilación mecánica y posterior traqueostomía. Estudios neurofisiológicos constatan compromiso neuropático periférico de predominio axonal. Recibió tres ciclos de quelación, con descenso parcial de plumbemia (último control: 66 mcg/dl). Se realiza reemplazo total de cadera en Abril de 2026.
Discusión: La intoxicación plúmbica por bala retenida intraarticular es infrecuente, pero potencialmente grave. La misma es favorecida por disolución del plomo en líquido sinovial. Este caso resalta la progresión sistémica pese a quelación, evidenciando que el control definitivo requiere la remoción de la fuente de plomo. La demora diagnóstica puede condicionar complicaciones neurológicas y respiratorias severas. La decisión de desarticulación de cadera, aunque radical, se fundamenta en la necesidad de eliminar el reservorio de plomo y prevenir nuevas complicaciones, por lo que la resolución quirúrgica adquiere un rol central.
Conclusión: La intoxicación plúmbica por proyectil intraarticular requiere alta sospecha clínica ante síntomas sistémicos inespecíficos. El tratamiento interdisciplinario con tratamiento quelante para disminuir los valores de plomo y la intervención quirúrgica para remoción de fuente son clave para prevenir complicaciones graves y mejorar el pronóstico funcional del paciente.



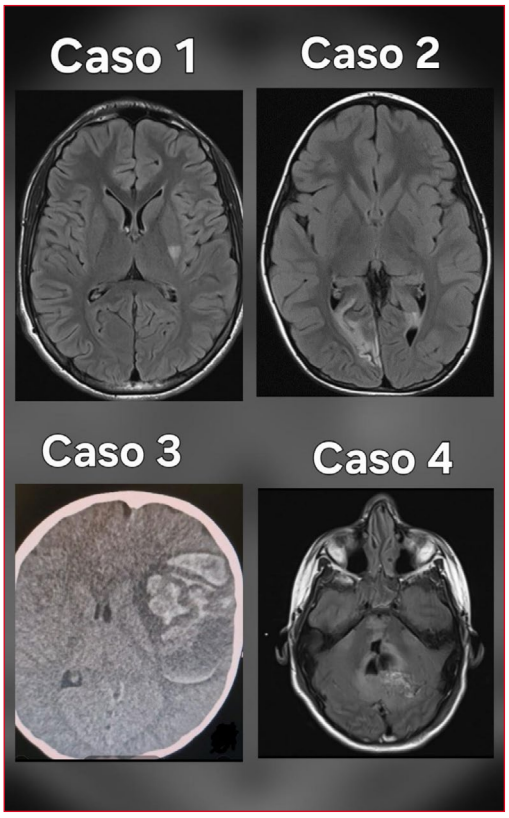
0486 ACCIDENTE CEREBROVASCULAR EN PEDIATRÍA: SERIE DE CASOS Y DESAFÍOS DIAGNÓSTICOS EN TERAPIA INTENSIVA

MDLÁ NIEVA MOTRÁN(1), MSM VELASQUEZ(1), C PIHEN(1)
(1) Clínica Universitaria Reina Fabiola

Introducción: El accidente cerebrovascular (ACV) pediátrico constituye una entidad infrecuente, con elevada morbimortalidad y frecuente retraso diagnóstico debido a presentación clínica heterogénea.
El objetivo del presente trabajo es describir las características clínicas, etiologías, hallazgos imagenológicos y evolución de pacientes pediátricos con ACV en unidad de terapia intensiva pediátrica de clínica privada.
Materiales y métodos: Presentamos una serie de cuatro casos asistidos en unidad de terapia intensiva pediátrica en el período desde febrero hasta abril del 2026
Caso 1: Varón de 15 años, como antecedente advierte inicio reciente de isotretinoína y limeciclina por acné severo. Consultó por hemiparesia faciobraquiocrural derecha aguda. La resonancia magnética (RM) evidenció lesión isquémica aguda en territorio lenticuloestriado izquierdo. Estudios cardiológicos y hematológicos sin hallazgos concluyentes. Inicia tratamiento con antiagregante. Buena evolución clínica.
Caso 2: Varón de 5 años, previamente sano, consultó por cefalea y mareos de varios días de evolución. La RM mostró múltiples lesiones isquémicas vertebrobasilares con angio-RM inicial normal. Se indica aspirina y control a los 15 días, constatando progresión radiológica, incluyendo secuencias de "black blood" que confirma disección de arteria basilar con hematoma intramural. Inicia anticoagulación. Buena evolución clínica.
Caso 3: Varón de 10 años con antecedente de tumor del sistema nervioso central tratado con cirugía, radioterapia y trasplante de médula ósea. Evolucionó con ACV hemorrágico multifocal, hematomas intraparenquimatosos y microhemorragias, asociado a edema cerebral e hipertensión endocraneana. RM cerebral y cervical se evidencian recidivas metastásicas de tumor primario. Se realiza limitación de esfuerzo terapéutico.
Caso 4: Varón de 12 años, previamente sano, ingresó por cefalea y deterioro neurológico agudo. Presentó ACV hemorrágico con epicentro cerebeloso izquierdo y proyección paravermiana a derecha con vuelco ventricular-cisternas generando hipertensión endocraneana refractaria. RM posterior advierte malformación arteriovenosa cerebral como etiología subyacente. Evoluciona a muerte encefálica, siendo donante múltiple de órganos.
Conclusión: El ACV pediátrico presenta manifestaciones clínicas variables, dificultando su reconocimiento precoz. La neuroimagen avanzada resulta fundamental para el diagnóstico etiológico. Nuestra serie destaca la heterogeneidad de causas de ACV en pediatría, incluyendo vasculopatías, disección arterial, secuelas oncológicas y malformaciones vasculares, resaltando la necesidad de abordaje multidisciplinario y alta sospecha clínica en cuidados intensivos pediátricos.

Tabla[1] Descriptiva en orden cronológico de admisión a UCIP

Caso	Edad	Tipo de ACV	Presentación inicial	Etiología probable	Hallazgo principal
1	15 años	Isquémico	Hemiparesia derecha	Vasculopatía no filiada	Infarto lenticuloestriado izquierdo
2	5 años	Isquémico	Cefalea y mareos	Disección basilar	Infartos vertebrobasilares múltiples
3	10 años	Hemorrágico	Deterioro neurológico	Secuela post radioterapia/neoplasia SNC	Hemorragias multifocales
4	12 años	Hemorrágico	Cefalea y coma	Malformación arteriovenosa	Hemorragia cerebelosa



0488 ABDOMEN AGUDO HEMORRÁGICO COMO DEBUT DE COINFECCIÓN VIRAL ATÍPICA: RUPTURA ESPLÉNICA ATRAUMÁTICA EN UTI

E NOVELLO(1), S ALMADA(1)
(1) Clínica Modelo

Introducción: La ruptura esplénica atraumática es una entidad infrecuente pero potencialmente mortal, asociada a etiologías infecciosas, entre otras. El Virus de Epstein-Barr (VEB) constituye una causa clásica debido a hiperplasia linfoide y fragilidad capsular. El dengue, por su parte, puede provocar trombocitopenia y alteraciones de la coagulación. La coinfección podría potenciar mecanismos fisiopatológicos que incrementen el riesgo de ruptura visceral y hemorragia masiva.
Presentación del caso: Paciente de 21 años, sin antecedentes patológicos, con antecedente de viaje reciente a Paraguay–Corrientes. A las 48 horas inicia fiebre, mialgias y vómitos. Consulta en guardia,

se diagnostica dengue mediante test rápido positivo, indicándose tratamiento sintomático y pautas de alarma. Reconsulta a los 8 días por dolor abdominal intenso asociado a hipotensión y deterioro del sensorio. Ingresa a UTI con diagnóstico presuntivo de abdomen agudo hemorrágico. Se realiza tomografía ,evidenció esplenomegalia con laceración esplénica y líquido libre abdominal.Ingresa a cirugía de urgencia. Se realizó laparotomía exploradora se halla hemoperitoneo y ruptura esplénica, efectuándose esplenectomía. Evolucionó favorablemente en UTI. Debido a persistencia de fiebre y adenopatías dolorosas múltiples, se ampliaron estudios etiológicos, resultando positivo el test para VEB, confirmándose coinfección aguda.
Discusión: La ruptura esplénica atraumática representa una complicación poco frecuente. En la infección por VEB, la proliferación linfoide y el aumento de la tensión capsular predisponen a fragilidad esplénica y ruptura espontánea. El dengue, predispone a trombocitopenia y coagulopatía, genera daño endotelial y aumento de la permeabilidad vascular, favoreciendo fenómenos hemorrágicos severos. En este caso, la coinfección actuó de manera sinérgica, incrementando la vulnerabilidad estructural del bazo, como el riesgo de hemorragia masiva. La presentación como abdomen agudo hemorrágico con shock constituye una forma de debut inusual y de elevada morbimortalidad.
Conclusión: Este caso destaca la importancia de sospechar ruptura visceral en pacientes con dengue y/o síndrome mononucleósico que presenten dolor abdominal e inestabilidad hemodinámica. En zonas endémicas o con antecedentes de viajes recientes. El tratamiento oportuno, soporte hemodinámico en cuidados intensivos fueron fundamentales para la evolución favorable.
Autoras: Dra.Novello María Emilia, Dra.Almada Sarina

0489 PRESIÓN SISTÉMICA MEDIA (PSM): INTERCAMBIABILIDAD DE MÉTODOS DE MEDICIÓN Y ASOCIACIÓN DE SU COMPORTAMIENTO CON OTRAS VARIABLES HEMODINÁMICAS EN PACIENTES CON SHOCK. CONTINUIDAD DE ESTUDIO

MA ORELLANO(1), JC PENDINO(1), LR BETTINI(1), FO FIORILLI(1), JI IBARZABAL(1), WD SACCHI(1), GB HARVEY(2)
(1) Hospital Provincial del Centenario. (2) Escuela de Estadística. Facultad de Ciencias Económicas y Estadística. UNR

Resumen: La PSM puede estimarse por fórmula antropométrica y técnica de oclusión circulatoria del brazo.
Objetivos: Analizar la intercambiabilidad de ambos métodos, evaluar el cambio relativo (CR) de la Psm tras la reanimación con fluidos y modificaciones en la presión venosa central (PVC), el gradiente Psm-PVC y el gasto cardíaco (GC), y analizar la complacencia venosa.
Materiales y métodos: Estudio observacional transversal en pacientes (n=30) con shock y respuesta a fluidos positiva con requerimiento de reanimación (mayo 2024 – abril 2026). El GC fue estimado por el análisis del tiempo de tránsito de la onda de pulso (esCCO) y la complacencia calculada por: delta de volumen de reanimación / delta PSM pre y post-fluidos. Análisis estadístico: Bland-Altmann, correlación de Spearman y tablas de contingencia (dicotomización de variables en función de la mediana). Comparación de valores pre/post fluidos mediante el test Wilcoxon. Significancia: p <=0,05.
Resultados: Existe 3,33% de diferencias fuera de los límites de concordancia entre ambos métodos, con sesgo sistemático negativo y amplitud de límites considerable (Gráfico 1). Posterior a fluidos hubo aumento de: Psm (p=0,000), PVC (p=0,003), gradiente Psm-PVC (p=0,001) y GC (p=0,003). El CR de la Psm-manguito presentó relación con el CR del gradiente Psm-PVC (p=0,003), no así con el CR del GC (p=0,465). Tampoco hubo relación entre el CR del gradiente Psm-PVC y del GC (p=0,778). La complacencia resultó menor en pacientes con CR de GC >10 (p=0,015) (Tabla 1).
Discusión: No se concluye intercambiabilidad clínica dada la presencia de sesgo sistemático negativo y amplitud de límites considerable. Los valores estimados por fórmula tienden a subestimar la medición. No resultó significativa la correlación entre el CR de la Psm con ambos métodos. Los fluidos aumentaron la Psm, el gradiente PSM-PVC y el GC. La relación significativa entre el CR de la PSM y el gradiente PSM-PVC no se reflejó en el GC. Esto pudiera explicarse por: ausencia de nueva prueba de respuesta a fluidos, técnica de estimación del GC y/o reanimación insuficiente. El análisis de la complacencia y su relación significativa con el aumento del GC, podría predecir respuesta a fluidos. Se incorporarán pacientes para incremento muestral.

Cambio relativo porcentual en el GC	n	Complacencia	*p-value**
>10%	10	-70,72 (-125,71; -58,27)	0,0154
≤10%	20	-130,68 (-300,00; -97.06)	

Tabla 1- Complacencia según cambio relativo porcentual en el GC. Los datos se presentan como: mediana (1er cuartil – 3er cuartil). * Test de Wilcoxon.

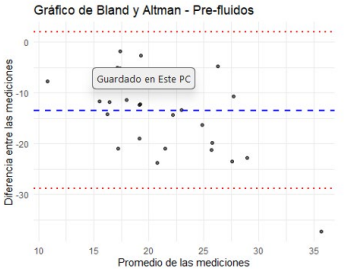


Gráfico 1- Bland-Altmann correspondiente a las mediciones pre fluidos.

0490 CARACTERIZAR LA APARICIÓN DE COMPLICACIONES ASOCIADAS A LA INFUSIÓN CONTINUA DE PROPOFOL EN CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS: EXPERIENCIA EN UN CENTRO DE TERCER NIVEL

F OCHAT(1), A DIGOVANNI(1), GA ROSTAGNO(1)
(1) Hospital de Niños de la Santisima Trinidad

Introducción: El propofol es un agente hipnótico sedante de uso intravenoso y acción corta. Su uso como parte de esquemas de sedación en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIP) es mencionado en las últimas guías de práctica clínica publicadas en 2022. A pesar de que su uso como sedante en infusión continua en la población pediátrica está actualmente difundido en las terapias intensivas, no existen trabajos locales que describan su experiencia.
Objetivo: Caracterizar la aparición de complicaciones asociadas a la infusión continua de propofol en cuidados intensivos pediátricos del hospital de niños de la Santísima Trinidad entre septiembre de 2023 y febrero de 2025.
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 continua en 119 pacientes. La indicación más frecuente fue: periextubación (45,3%), sedación dificultosa (32.77%), protocolo de analgosedación hospitalario (14.28%) e hipertensión endocraneana (7.5%). La media de dosis máxima fue de 3,34 mg/kg/h. La complicación más frecuente fue la hipertrigliceridemia aislada (45,37%), la cual se correlacionó de manera estadísticamente significativa (p 0,01) con el uso de dosis mayores a 4 mg/kg/h. No se presentaron casos de síndrome de infusión de propofol. Con respecto a su perfil hemodinámico, la hipotensión arterial con necesidad de inicio o titulación de inotrópicos fue de un 1.68%.
Conclusión: El uso de propofol en infusión continua en el estudio presentó un buen perfil hemodinámico y no se encontraron eventos

de síndrome de infusión de propofol. Si se encontró una correlación estadísticamente significativa entre la dosis mayor a 4 mg/kg/h y la complicación más frecuente (hipertrigliceridemia), lo cual se podría permitir desarrollar protocolos de uso seguro en unidades de terapia intensiva.

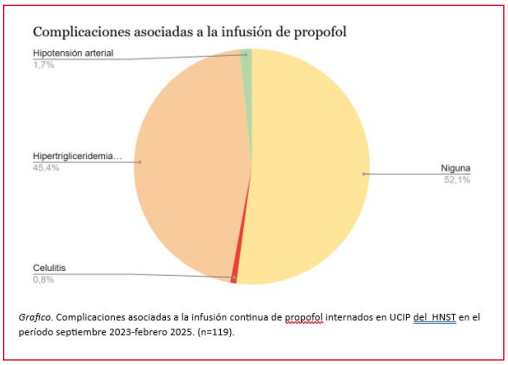
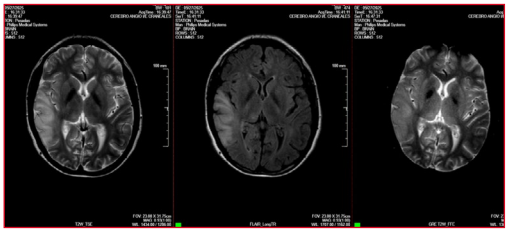


Grafico. Complicaciones asociadas a la infusión continua de propofol internados en UCIP del HNST en el período septiembre 2023-febrero 2025. (n=119).

0491 SÍNDROME MELAS COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE ACV ISQUÉMICO EN PACIENTE JOVEN: REPORTE DE CASO

HM SARABIA ALBIS(1), JE NARANJO SÁNCHEZ(1), VG COLQUE MAITA(1), CU FRANZ ÁLVARO(1), H BONGIOANNI(1), D PIEZNY(1), J SAGARDIA(1)
(1) Posadas

Caso clínico: Paciente masculino de 21 años, con antecedente de convulsiones de 1 año de evolución tratado con carbamazepina, hipoacusia y leve retraso madurativo, consulta por paresia braquiocrural izquierda, debilidad generalizada y convulsiones tónico-clónicas por lo que recibe carga de anticomiciales. TAC de encéfalo evidencia isquemia aguda en territorio de la arteria cerebral media derecha, angioTC confirma oclusión de dicha arteria, interpretándose como evento cerebrovascular agudo fuera de ventana para reperfusión.
Al examen físico presenta compromiso neurológico leve-moderado con disartria, alteración en la comprensión de órdenes complejas, hemihipoestesia izquierda, paresia leve en miembro inferior izquierdo e hipoacusia, los cuales presentan mejoría parcial en días posteriores. Dado el contexto de
ACV en paciente joven, se realiza estudio etiológico ampliado, sin particularidades.
Ante la sospecha de síndrome MELAS, se realiza punción lumbar que evidencia ácido láctico y presión de apertura elevados. Por mejoría clínica es dado de alta. Reingresa a UTI a los dos meses por cefalea parietal izquierda intensa asociada a afasia no fluente, sin otros déficits neurológicos. La TC muestra hiperdensidades periventriculares y en núcleo caudado. La RMN revela lesión hiperintensa de novo en región temporal izquierda.
En contexto de antecedente de convulsiones y ácido láctico aumentado en líquido cefalorraquídeo se interpreta como síndrome MELAS por lo que inicia tratamiento con L-carnitina y L-arginina, con regular respuesta
Conclusión: La presentación de accidente cerebrovascular en pacientes jóvenes obliga a considerar etiologías infrecuentes, especialmente ante antecedentes neurológicos asociados como epilepsia, hipoacusia y trastornos del neurodesarrollo. En este caso, la recurrencia de episodios neurológicos, las lesiones no vasculares típicas en neuroimágenes y la elevación de lactato en LCR orientaron al diagnóstico de síndrome MELAS. El reconocimiento precoz de esta entidad resulta fundamental para evitar retrasos diagnósticos, orientar el tratamiento metabólico específico y optimizar el seguimiento multidisciplinario, dada su evolución progresiva y alta morbimortalidad neurológica.



0492 TROMBO EN TRÁNSITO EN AURÍCULA DERECHA ASOCIADO A TROMBOEMBOLISMO PULMONAR DE ALTO RIESGO: REPORTE DE CASO

SA SANCHEZ ALVAREZ(1)
(1) Hospital Aleman

Introducción: El trombo en tránsito en aurícula derecha es una entidad infrecuente y de alta mortalidad, debido a su potencial embolígeno inmediato. A diferencia del tromboembolismo pulmonar (TEP) establecido, representa una situación dinámica e inestable, asociada a mayor riesgo y desafíos terapéuticos, particularmente en pacientes con alto riesgo hemorrágico.
Presentación del caso: Paciente femenina de 64 años con antecedentes de hipertensión arterial, dislipidemia y cáncer de mama tratado. Cursaba internación en otro centro, donde había ingresado para lobectomía superior izquierda por adenocarcinoma pulmonar de reciente diagnóstico. En el intraoperatorio presentó shock hipovolémico secundario a lesión de la arteria lobar pulmonar, con requerimiento de drogas vasoactivas y transfusión de glóbulos rojos, con posterior estabilización. En el postoperatorio mediato presentó un accidente cerebrovascular isquémico, con plejía facio-braquiocrural izquierda, con contraindicación para fibrinolíticos por cirugía reciente, egresando con prevención secundaria.
Reingresó por insuficiencia respiratoria hipoxémica y síncope. La ecocardiografía evidenció dilatación y disfunción del ventrículo derecho, con trombo en tránsito en aurícula derecha. La tomografía confirmó tromboembolismo pulmonar en ramas derechas y el ecodoppler evidenció trombosis venosa profunda bilateral. El cuadro se interpretó como compromiso hemodinámico secundario a sobrecarga aguda del ventrículo derecho.
Fue derivada a nuestro centro para estudios y tratamiento. Ingresó a la unidad de terapia intensiva. En evaluación multidisciplinaria se desestimaron terapias de reperfusión debido al alto riesgo hemorrágico (ACV reciente y neoplasia activa), indicándose anticoagulación. Evolucionó hemodinámicamente estable, con egreso hospitalario.
Discusión: El trombo en tránsito en aurícula derecha constituye una fuente embólica activa y un marcador de mal pronóstico. La evidencia sobre su manejo es limitada. Si bien la reperfusión es estándar en TEP de alto riesgo, puede no ser viable en pacientes con alto riesgo hemorrágico, donde la anticoagulación puede ser una alternativa. Casos seleccionados pueden evolucionar favorablemente con esta estrategia, como en el caso presentado.
Conclusión: El trombo en tránsito en aurícula derecha requiere diagnóstico precoz y manejo individualizado, especialmente cuando existen contraindicaciones para terapias de reperfusión.

0494 MANEJO DEL DERRAME PLEURAL RECIDIVANTE EN EL POST OPERATORIO DE CIRUGÍA CARDÍACA: A PROPÓSITO DE UN CASO

G CACERES(1)
(1) Instituto de Cardiologia de Corrientes

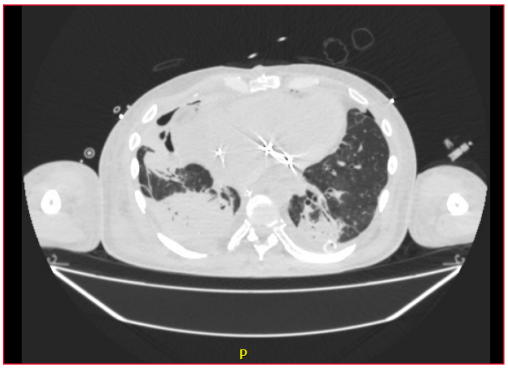
Introducción: La enfermedad mitral reumática y la cardiopatía isquémica representan desafíos quirúrgicos significativos, especialmente en pacientes con comorbilidades como diabetes mellitus tipo II, que incrementan el riesgo de infecciones oportunistas y

complicaciones postoperatorias. El empiema pleural causado por Streptomyces es una entidad extremadamente rara, generalmente asociada a estados de inmunodepresión o patología pulmonar previa estructural. La coexistencia de colecciones pleurales crónicas y cirugía mayor eleva la morbimortalidad por shock séptico refractario y falla ventilatoria.

Presentación del caso: Paciente masculino de 51 años, ex tabaquista, hipertenso y diabético, con antecedente de derrame pleural derecho crónico tabicado y estenosis mitral reumática severa asociada a enfermedad coronaria de un vaso. Previo a la internación recibió tratamiento antituberculoso empírico por sospecha de tuberculosis pleural, el cual suspendió por mala tolerancia. Fue sometido a reemplazo valvular mitral con prótesis mecánica y puente mamario a la arteria descendente anterior. En el postoperatorio inmediato evolucionó con inestabilidad hemodinámica, hemoneumotórax derecho y derrame pleural izquierdo severo que requirió pleurocentesis de 2500 ml. Los cultivos de líquido pleural y ganglios retroesternales informaron crecimiento de Streptomyces, evolucionando a shock séptico, neumonía asociada a los cuidados de la salud y empiema bilateral. Pese al tratamiento antibiótico dirigido, múltiples transfusiones y decorticación pleural por videotoracoscopia, la evolución fue tórpida con hipoxemia severa, requerimientos crecientes de vasopresores y falla multiorgánica, falleciendo tras maniobras de reanimación fallidas.

Discusión: El diagnóstico de empiema por Streptomyces en el postoperatorio de cirugía cardíaca es excepcional y plantea un diagnóstico diferencial complejo frente a micobacterias y otros procesos linfoproliferativos, los cuales fueron descartados inicialmente mediante inmunomarcación y GeneXpert. Las limitaciones diagnósticas en etapas tempranas de la enfermedad pleural contribuyeron a un manejo basado en sospechas que no detuvieron la progresión de la injuria pulmonar.

Conclusión: Este caso resalta la importancia de alcanzar un diagnóstico etiológico preciso de las colecciones pleurales crónicas incluyendo el contexto de intervenciones quirúrgicas programadas de alta complejidad. La presencia de patógenos infrecuentes debe considerarse en pacientes inmunocomprometidos con mala respuesta al tratamiento convencional, ya que su desarrollo puede conducir a desenlaces fatales en el contexto de un postoperatorio crítico.



0495 MANEJO AVANZADO DE VÍA AÉREA EN LESIÓN TRAQUEAL DISTAL SECUNDARIA A RESECCIÓN ENDOSCÓPICA TUMORAL

PD ECOS FERNANDEZ(2), ME DE LA NAVA(1), A BELLOCHIO(2), T RENAULT(2), N SOLANO(2), J BENITEZ(2), C KLUN(2), W LORENZ(2)
(1) Austral. (2) HNRG

Introducción: La histiocitos neoplásica ALK+, suele ser menos agresiva, pero su pronóstico empeora significativamente ante localizaciones atípicas. Presentamos una paciente de 11 años con perforación traqueal distal secundaria a resección endoscópica tumoral, que requirió ventilación bipulmonar e ingreso a unidad de cuidados intensivos pediátricos.

Presentación de caso: Paciente de 11 años de edad, con diagnóstico histiocitos neoplásica ALK+, con compromiso endotraqueal distal. Inició en diciembre de 2025 con episodios recurrentes broncoobstructivos y estridor laríngeo. En marzo de 2026, se realizó tomografía cervicotorácica que evidenció formación tumoral endoluminal en la tráquea distal, de aproximadamente 10 x 17 x 23 mm .Se realizó resección endoscópica parcial (70-80%), cuya anatomía patológica e inmunohistoquímica confirmaron el diagnóstico.

Persistió con sintomatología respiratoria y rápido crecimiento de la lesión remanente, por lo cual requirió nueva intervención endoscópica. Durante el procedimiento, presentó perforación traqueal distal complicada con neumotórax derecho y fistula traqueopleural de alto débito, con fracaso de las medidas ventilatorias convencionales para control de la fuga aérea, por lo que ingreso a UCIP, durante 40 días, donde permaneció 35 días en ventilación mecánica.

Debido a la magnitud de la fuga aérea, se colocó tubo endotraqueal bilumen derecho, permitiendo excluir funcionalmente el sitio de lesión traqueal y mantener ventilación bipulmonar efectiva. Se mantuvo analgosedación profunda para asegurar sincronía respiratoria y estabilidad del dispositivo. A los 11 días presentó hemorragia pulmonar masiva endotraqueal, requiriendo toracotomía de emergencia, en donde identifican la lesión y realizan reparación traqueal con parche pleural. Posteriormente evoluciona favorablemente, se realizó traqueotomía el 07/04 para asegurar la vía aérea y facilitar el destete ventilatorio. Posteriormente se realiza tomografía de control con franca reducción tumoral(imagen 1 y 2). Actualmente se encuentra decanulada.

Discusión: Las lesiones traqueales distales complicadas con fístulas de alto débito representan un escenario de extrema complejidad en terapia intensiva pediátrica. La utilización de un tubo endotraqueal bilumen derecho permitió excluir funcionalmente la lesión traqueal distal y mantener ventilación bipulmonar, hasta la resolución de la lesión.

Conclusión: Este caso requirió de estrategias avanzadas de vía aérea, pero sin duda alguna la planificación precoz y el abordaje interdisciplinario con endoscopia respiratoria y cirugía torácica, fueron fundamentales para la evolución favorable de este paciente.

0496 DIABETES INSÍPIDA NEFROGÉNICA SECUNDARIA A SEPSIS PUERPERAL: REPORTE DE CASO

BA LOPEZ MAMANI(1), V MOSCOSO(1), K TOVAR(1), JA MELGAR(1), R ZENTENO(1), A CAMELLI(1), M GUILLI(1)
(1) Pedro Fiorito de Avellaneda

Introducción: La Diabetes Insípida Nefrogénica (DIN) se caracteriza por la incapacidad renal de concentrar la orina debido a la resistencia a la hormona antidiurética (ADH). En el ámbito obstétrico y de cuidados críticos, su incidencia es baja, asociándose generalmente a trastornos hipertensivos del embarazo o procesos infecciosos graves que alteran la función tubular. La relevancia de este caso radica en la complejidad diagnóstica dentro de un cuadro de sepsis y postoperatorio ginecológico.

Presentación del caso: Paciente femenina de 27 años de edad sin antecedente patológicos, obstétricos (G2 P1 C1). Ingresa a la Unidad de Terapia Intensiva (UTI) por sepsis puerperal tras histerectomía subtotal por cesárea reciente preeclampsia grave. Recibió esquemas antibióticos con clindamicina, piperacilina-tazobactam y vancomicina. Los hemocultivos fueron negativos, cultivo de herida quirúrgica rescató Staphylococcus Lugdunensis. Durante su evolución, presenta poliuria súbita de 600 ml/h, sin inestabilidad hemodinámica. El ionograma urinario reportó: Na+ 104 mmol/L, K+ 4 mmol/L, Cl- 98 mmol/L, creatinina 16.6 mg/dl y urea 165.6 mg/dl. Ante la sospecha de diabetes insípida, se realizó prueba de desmopresina sin respuesta a la misma, confirmando el origen nefrogénico. Se inició tratamiento con hidroclorotiazida, adecuada hidratación, dieta hiposódica, logrando una respuesta favorable y normalización del ritmo diurético a las 72 horas, permitiendo el pase a sala general con posterior alta hospitalaria.

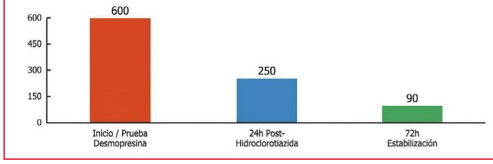
Discusión: La DIN en esta paciente puede atribuirse a una combinación de factores: la disfunción tubular mediada por la cascada inflamatoria de la sepsis y el posible daño endotelial remanente de la preeclampsia. A diferencia de la diabetes insípida central, la falta de respuesta a la desmopresina es el estándar de oro para confirmar la resistencia renal. En la literatura, casos similares sugieren que toxinas bacterianas y ciertos fármacos pueden reducir la expresión de las acuaporinas-2 en los túbulos colectores, generando poliuria masiva.

Conclusión: La aparición de poliuria extrema en el puerperio crítico debe orientar a la sospecha de DIN. El reconocimiento de la falta de respuesta a la vasopresina exógena es fundamental para iniciar un tratamiento paradójico con tiazidas, evitando desequilibrios hidroelectrolíticos severos y mejorando el pronóstico clínico.

Tabla 1: parámetros del ionograma urinario y respuesta clínica.

Determinación Urinaria	Valor Reportado	Significado Clínico
Sodio urinario	104 mmol/l	Natriuresis elevada
Cloro urinario	98 mmol/l	Elevado, coherente con poliuria
Ritmo diurético	600 ml/hora	Poliuria masiva (>3L/día)
Prueba desmopresina	Sin respuesta	Diagnóstico de origen Nefrogénico

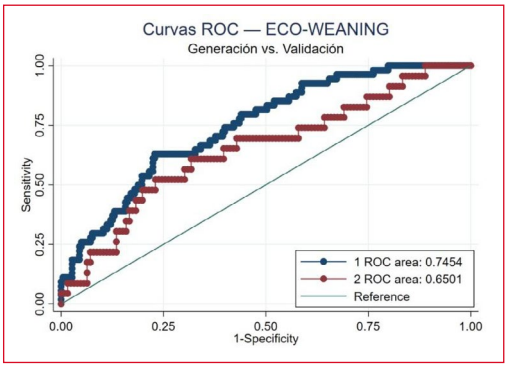
Tabla 2: evolución del gasto urinario (ml/hr)



0497 UTILIDAD DEL ULTRASONIDO PULMONAR, DIAFRAGMÁTICO Y CARDÍACO EN LA PREDICCIÓN DE FALLA DE EXTUBACIÓN EN PACIENTES CRÍTICOS: ESTUDIO MULTICÉNTRICO INTERNACIONAL ECO-WEANING

A SOSA(1), I HUESPE(2), L BERTORELLO ANDRADE(1), M KLEINERT(1), F DALDOSS(1), B TORT ORIBE(1), M VAENA(2), R LUMINI(3), J ZABALLA(3), J VILLEGAS(3), P STAFFOLANI(4), M EMILIA MALCUN(4), N CAPUTO(4), L BUJÁN(2), D AVILA POLETTI(2), A CUCCI(5), M CÓRDOBA(5), C LOUDET(5), O BOLAÑOS LADÍNEZ(6), S LÓPEZ LAAZ(6), J JOSÉ FOLCO(7), G GÓMEZ(7), A GIRA(8), P SAÚL(9), P LORAN
(1) Hospital Alemán. (2) Hospital Italiano de Buenos Aires. (3) Hospital El Carmen. (4) Hospital Central de Mendoza. (5) Higa San Martín de La Plata. (6) Hospital Clínica San Francisco. (7) Hospital Gobernador Centeno. (8) Hospital Austral. (9) Hospital Francisco J. Muñiz. (10) Hospital Justo José de Urquiza

Introducción: La falla en la extubación se asocia a mayor morbimortalidad en el paciente crítico. El ultrasonido a pie de cama permite evaluar de forma integrada la función cardíaca, diafragmática y pulmonar durante el destete de la ventilación mecánica. Sin embargo, la utilidad predictiva combinada de estos parámetros no ha sido validada en estudios prospectivos multicéntricos internacionales.El presente estudio desarrolla y valida un modelo predictor de falla de extubación a 48 horas basado en parámetros ecográficos obtenidos durante la prueba de ventilación espontánea.
Métodos: Estudio observacional prospectivo multicéntrico internacional (ECO-WEANING, NCT06609798) que incluyó 426 eventos de extubación en 14 UCIs de Argentina, Bolivia y Ecuador. El protocolo fue aprobado por los comité de ética de todos los centros participantes y todos los pacientes otorgaron consentimiento informado (subrogado a representante legal). Las variables predictoras fueron MAPSE, TAPSE, E/e', fracción de tiempo de actividad diafragmática (TFdi), excursión diafragmática y score LUS, evaluadas durante la prueba de ventilación espontánea. El modelo fue seleccionado por BIC mínimo mediante forward stepwise, utilizando regresión logística mixta de tres niveles (paciente y centro) con efectos aleatorios. La muestra se dividió en cohorte de generación (65%, n=277) y validación (35%, n=149) con estratificación por outcome.
Resultados: La prevalencia de falla de extubación fue 18.1% (n=77). El modelo óptimo incluyó seis predictores: MAPSE ≤15.1 mm, diagnóstico neurocrítico, TFdi cuadrática, e interacciones entre APACHE II y días de ARM, días de ARM y diagnóstico neurocrítico, y MAPSE con APACHE II. La correlación intraclase intercéntrica fue baja (ICC=0.045). El AUROC en la cohorte de generación fue 0.75 (IC95%: 0.679–0.818; Brier: 0.134) y en la validación externa 0.65 (IC95%: 0.523–0.777; Brier: 0.132), con buena calibración por quintiles de riesgo predicho.
Conclusiones: Un modelo ecográfico integrado con estructura multinivel muestra discriminación moderada y consistente entre cohortes para predecir falla de extubación en pacientes críticos. La MAPSE y el diagnóstico neurocrítico emergen como predictores independientes clave. El diseño prospectivo multicéntrico internacional con validación externa robustece la aplicabilidad clínica de estos hallazgos.



Variable	Total n (%)	Sin falla n (%)	Con falla n (%)	p
DEMOGRAFÍA				
Edad (años)	61 [44–73]	60 [43–72]	63 [46–75]	0.096
Sexo masculino	233 (54.7%)	198 (56.7%)	35 (45.5%)	0.072
Diagnóstico neurocrítico	86 (20.2%)	64 (18.3%)	22 (28.6%)	0.043
IMC (kg/m²)	27 [24–30]	27 [24–30]	28 [23–30]	0.809
SEVERIDAD				
SOFA	6 [4–9]	6 [4–9]	6 [3–8]	0.459
APACHE II	17 [13–22]	17 [13–22]	17 [14–22]	0.928
Días de ARM	5 [3–8]	5 [3–8]	5 [3–9]	0.070
MOTIVO DE INTERNACIÓN				
Médico infeccioso	150 (35.2%)	125 (35.8%)	25 (32.5%)	0.749
Médico no infeccioso	121 (28.4%)	95 (27.2%)	26 (33.8%)	
Quirúrgico urgencia	86 (20.2%)	73 (20.9%)	13 (16.9%)	
Quirúrgico programado	33 (7.8%)	26 (7.5%)	7 (9.1%)	
Politrauma	36 (8.5%)	30 (8.6%)	6 (7.8%)	
MOTIVO DE INTUBACIÓN				
Neumonía	55 (12.9%)	45 (12.9%)	10 (13.0%)	0.745
Fallo cardíaco	15 (3.5%)	12 (3.4%)	3 (3.9%)	
Sepsis	75 (17.6%)	64 (18.3%)	11 (14.3%)	
Trauma	35 (8.2%)	28 (8.0%)	7 (9.1%)	
SDRA	2 (0.5%)	2 (0.6%)	0 (0.0%)	
Broncoaspiración	12 (2.8%)	8 (2.3%)	4 (5.2%)	
EPOC reagudizado	10 (2.4%)	7 (2.0%)	3 (3.9%)	
Asma agudizada	11 (2.6%)	10 (2.9%)	1 (1.3%)	
Patología crónica descompensada	6 (1.4%)	5 (1.4%)	1 (1.3%)	
Post quirúrgico	91 (21.4%)	76 (21.8%)	15 (19.5%)	
Paro cardiorrespiratorio	10 (2.4%)	10 (2.9%)	0 (0.0%)	
Coma	104 (24.4%)	82 (23.5%)	22 (28.6%)	
COMORBILIDADES				
Sin comorbilidades	178 (41.8%)	144 (41.3%)	34 (44.2%)	0.641
Infarto de miocardio	25 (5.9%)	21 (6.0%)	4 (5.2%)	0.781
Insuficiencia cardíaca	25 (5.9%)	21 (6.0%)	4 (5.2%)	0.781
Enf. vascular periférica	22 (5.2%)	17 (4.9%)	5 (6.5%)	0.560
Enf. cerebrovascular	25 (5.9%)	20 (5.7%)	5 (6.5%)	0.797
Demencia	15 (3.5%)	13 (3.7%)	2 (2.6%)	0.627
EPOC	33 (7.8%)	27 (7.7%)	6 (7.8%)	0.987
Conectivopatía	15 (3.5%)	11 (3.2%)	4 (5.2%)	0.379
Enf. ulcerosa	10 (2.4%)	8 (2.3%)	2 (2.6%)	0.873
Hepatopatía leve	4 (0.9%)	4 (1.1%)	0 (0.0%)	0.345
Hepatopatía mod/severa	18 (4.2%)	17 (4.9%)	1 (1.3%)	0.158
Diabetes sin LOB	37 (8.7%)	29 (8.3%)	8 (10.4%)	0.557
Diabetes con LOB	34 (8.0%)	30 (8.6%)	4 (5.2%)	0.319
Hemiplejía	4 (0.9%)	3 (0.9%)	1 (1.3%)	0.718
Enf. renal mod/severa	41 (9.6%)	33 (9.5%)	8 (10.4%)	0.801
Neoplasia sólida	58 (13.6%)	45 (12.9%)	13 (16.9%)	0.356
Leucemia	7 (1.6%)	7 (2.0%)	0 (0.0%)	0.210
Linfoma	8 (1.9%)	8 (2.3%)	0 (0.0%)	0.180
Metástasis sólidas	6 (1.4%)	5 (1.4%)	1 (1.3%)	0.928
SIDA	6 (1.4%)	4 (1.1%)	2 (2.6%)	0.328
ECOCARDIOGRAFÍA (PVE)				
MAPSE (mm)	15.0 [13.0–17.0]	15.5 [13.0–17.4]	14.0 [13.0–16.2]	0.053
TAPSE (mm)	22.0 [18.0–25.0]	22.0 [18.4–25.0]	21.0 [17.5–25.0]	0.301
E/e'	8.0 [6.2–10.0]	8.0 [6.3–10.0]	7.9 [6.0–9.8]	0.629
DIAFRAGMA Y PULMÓN (PVE)				
TFdi (%)	34.6 [25.0–47.6]	34.0 [25.0–47.6]	36.0 [27.0–46.0]	0.543
Excursión diafragmática (mm)	13.0 [11.0–15.0]	13.0 [11.0–15.2]	13.0 [11.0–14.2]	0.923
Score LUS	7 [4–10]	6 [4–9]	7 [5–10]	0.164

0499 RECAMBIO PLASMÁTICO TERAPÉUTICO COMO TERAPIA DE RESCATE EN SÍNDROME DRESS CON COMPROMISO HEPÁTICO SEVERO. REPORTE DE CASOS

AL RAMIREZ AYALA(1), S PIZARRO(2), D ASIN(2), A QUISPE(2), C SUSANA(2), N CAMPAGNUCCI(2), G LORENA(2), RS GREGORI(2), P SAUL(2)
(1) Fiorito. (2) Muñiz

Introducción: El síndrome DRESS (DrugReactionwithEosinophilia and SystemicSymptoms) constituye una reacción de hipersensibilidad medicamentosa potencialmente fatal, caracterizada por exantema cutáneo, eosinofilia y compromiso multiorgánico. La mortalidad reportada hasta 10%, principalmente por insuficiencia hepática fulminante y falla multiorgánica. Los corticoides sistémicos representan el tratamiento de primera línea; sin embargo, en casos refractarios se usan inmunoglubulinas y recambio plasmático terapéutico (RPT). La evidencia disponible para RPT continúa siendo limitada, según ASFA (American SocietyforApheresis) (categoría III).

Objetivo: Describir la evolución clínica/bioquímica de dos pacientes con síndrome DRESS asociado a compromiso hepático, refractario a tratamiento convencional, que requirieron RPT comoestrategia de rescate.
Presentación de casos: Dos pacientes con diagnostico de tuberculosis evolucionando a DRES e insuficiencia hepática aguda (IHA)

Pcte	Sexo	Edad	Tto	Síntomas (Días)	IHA (Días)	RPT Albúmina	RPT PFC	RPT Mixto	Sesiones
1	F	28	HERZ	12	3	SI	NO	NO	1
2	M	48	HERZ	15	5	NO	NO	SI	2

	Paciente (pcte)	Eosinofilia (%)	TGO/TGP/BT UI/l	UREA/CR (mg/dl)	CP/KPTT (%/ s')	T°	Piel
Pre RPT	1	11	891/1095/7	17/0.49	22/56	SI	>50% BSA
	2	16	156/244/2	26/0.40	78/33	NO	>50%BSA
Post RPT	1	3	349/580/6	19/0.45	27/46	SI	20%
	2	4	48/149/1.2	30/0.40	60/32	NO	40%

Discusión: El compromiso hepático constituye unas de las manifestaciones más graves del DRESS. Frente a la refractariedad terapéutica y al riesgo de progresión a insuficiencia hepática fulminante el uso de RPT radica en la eliminación extracorpórea de citocinas proinflamatorias, inmunocomplejos, metabolitos farmacológicos y mediadores inmunológicos involucrados en la perpetuación del daño tisular.
Conclusión:.RPT podría ser útil como terapia de rescate en pacientes con progresión clínica/bioquímica refractario a la terapéutica inicial. Los hallazgos presentados abren la posibilidad para futuras investigaciones orientadas a evaluar el rol de esta terapéutica.

0500 ESTUDIO E IMPLEMENTACIÓN DE BIOMARCADORES SFLT-1/PLGF EN PACIENTES EMBARAZADAS ATENDIDAS EN EL INSTITUTO DE MATERNIDAD Y GINECOLOGÍA "NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES"

A MONACO(1)
(1) Instituto de Maternidad y Ginecologia Nuestra Señora de las Mercedes

La preeclampsia (PE) constituye una de las principales causas de morbimortalidad materno-fetal a nivel mundial. Su diagnóstico precoz y el adecuado seguimiento clínico, orientados a determinar el momento oportuno del parto representan un desafío constante en la medicina obstétrica.
El objetivo principal de este estudio fue implementar y evaluar la utilidad de los biomarcadores serológicos sFlt-1 (receptor soluble tirosina quinasa-1 tipo fms) y PlGF (factor de crecimiento placentario) en la estratificación del riesgo de desarrollar complicaciones, en pacientes embarazadas, internadas con diagnóstico de preeclampsia.
Se llevó a cabo un estudio observacional, descriptivo y de corte transversal en pacientes internadas en la Unidad de Terapia Intermedia (UTIM) del Instituto de Maternidad y Ginecología "Nuestra Señora de las Mercedes". Se determinaron los niveles de sFlt-1 y PlGF mediant Electroquimioluminiscencia (ECLIA), calculándose la relación sFlt-1/PlGF.
Se analizaron 22 pacientes, de las cuales: 12 (54,5%) fueron clasificadas como alto riesgo, 2 (9%) como riesgo moderado y 8 (36,4%) como bajo riesgo. Se observó que valores elevados de ácido úrico se asociaron con mayor riesgo de complicaciones y finalización temprana del embarazo.
Los estudios Ecodoppler resultaron normales en 8 de las 12 pacientes de alto riesgo, así como en todas las de riesgo moderado y bajo. Además, las pacientes clasificadas bajo riesgo presentaron una disminución en los días de internación.
Los resultados obtenidos permiten considerar al cociente sFlt-1/PlGF como una herramienta diagnóstica complementaria, capaz de reducir internaciones prolongadas innecesarias, contribuir a un manejo clínico más eficiente y costo-efectivo.

SEMANA GESTACIONAL (SEG)	PRESIÓN ARTERIAL (mmHg)	COCIENTE sFlt-1/PlGF	IP ARTERIA UMBILICAL	IP ARTERIA CEREBRAL
25,5	156/107	107	1,09 N	1,99 N
25,3	119/73	1840	2,01 P	1,43 P
25,0	129/89	1264	1,51 P	0,99 P
30,5	162/89	243	1,03 N	3,35 N
29,5	111/75	680	1,17 N	3,28 N
28,5	144/92	597	1,02 N	2,36 N
31,0	179/92	670	0,98 N	1,56 N
26,6	142/86	827	1,35 P	1,65 N
28,0	130/75	585	1,37 P	2,34 N
30,2	109/62	519	1,06 N	1,43 N
33,5	130/80	442	1,17 N	1,94 N
30,1	120/75	110	0,91 N	1,93 N
29,1	125/71	50	1,06 N	2,26 N
28,7	133/78	65	0,49 N	1,62 N
31,5	160/87	15	0,98 N	1,79 N
32,0	120/74	18	0,93 N	2,12 N
32,3	147/96	8	0,72 N	1,95 N
31,0	135/62	6	0,67 N	1,48 N
23,5	120/70	7	1,20 N	2,07 N
21,0	100/70	12		
36,0	122/75	31	0,79 N	2,53 N
28,3	117/60	4	1,15 N	1,53 N

Paciente	sFlt-1 (pg/mL)	PlGF (pg/mL)	Cociente (≥85)	Estrato de riesgo
1	5155	48	107	Alto riesgo
2	13270	7	1895	Alto riesgo
3	5574	4	1393	Alto riesgo
4	18751	77	243	Alto riesgo
5	25163	37	680	Alto riesgo
6	19727	33	597	Alto riesgo
7	17380	26	668	Alto riesgo
8	13610	16	850	Alto riesgo
9	8201	14	585	Alto riesgo
10	16598	29	572	Alto riesgo
11	24358	55	442	Alto riesgo
12	9181	83	110	Alto riesgo
Paciente	sFlt-1 (pg/mL)	PlGF (pg/mL)	Cociente (39-84)	Estrato de riesgo
13	8673	172	50	Moderado riesgo
14	4019	62	65	Moderado riesgo
Paciente	sFlt-1 (pg/mL)	PlGF (pg/mL)	Cociente (≤38)	Estrato de riesgo
15	3699	243	15	Bajo riesgo
16	3057	173	18	Bajo riesgo
17	2341	285	8	Bajo riesgo
18	2604	422	6	Bajo riesgo
19	3223	432	7	Bajo riesgo
20	2344	201	12	Bajo riesgo
21	8738	286	31	Bajo riesgo
22	1452	379	4	Bajo riesgo

0501 MÁS ALLÁ DE LAS 4,5 HORAS: TROMBÓLISIS EN ACV ISQUÉMICO EN VENTANA EXTENDIDA EN EMERGENCIAS. REPORTE DE CASO

R MARTINEZ(1), RE MARTINEZ ACUÑA(1), N VEGA(1), L AGUILAR(1), G PEREZ(1)
(1) Profesor Alejandro Posadas

Introducción: El ACV isquémico es una de las principales causas de mortalidad y discapacidad a nivel mundial, constituyendo una emergencia tiempo-dependiente. Tradicionalmente, la trombólisis endovenosa se limita a una ventana terapéutica de hasta 4,5 horas desde el inicio de los síntomas. Sin embargo, los avances en neuroimagen permiten identificar tejido cerebral potencialmente recuperable más allá de dicho límite temporal.
Presentación del caso: Paciente masculino de 49 años, albañil-carpintero, con antecedente de HTA sin tratamiento. Familiares refieren que el cuadro inició a las 20:30 hs con dificultad para hablar y debilidad en hemicuerpo derecho. Consulta inicialmente a las 22:00 hs en otro centro, donde se desestima ACV agudo y se otorga alta médica. Posteriormente presenta progresión del déficit neurológico, por lo que reconsulta e ingresa a nuestro Servicio de Emergencias a las 02:00 hs (síntoma–puerta:5 h 30 min).
Al examen neurológico presentaba afasia de expresión y hemiparesia facio-braquiocrural derecha, con NIHSS de 5 puntos. La TC de encéfalo no evidenció hemorragia aguda y la RMN cerebral mostró restricción en difusión sin hiperintensidad en secuencia FLAIR, se realiza trombólisis intravenosa a las 03:00 hs (síntoma–aguja:6 h 30 min; puerta–aguja:1 h), sin complicaciones, descenso de NIHSS a 3 puntos y evolución favorable.
Discusión: El caso describe inicialmente fuera de indicación para trombólisis según criterios clásicos. La persistencia y progresión del déficit neurológico, junto con la ausencia de comorbilidades significativas, motivaron una reevaluación diagnóstica, la RMN cerebral evidenció Mismatch difusión–FLAIR compatible con penumbra isquémica, respaldando la indicación de reperfusión. La literatura actual respalda el uso de neuroimagen avanzada para seleccionar

pacientes candidatos a trombólisis más allá de las 4,5 horas, especialmente en centros sin disponibilidad de trombectomía mecánica las 24 horas.
Conclusión: La evidencia reciente respalda un cambio de paradigma en el ACV isquémico agudo, donde la neuroimagen y la viabilidad tisular adquieren mayor relevancia que los límites temporales convencionales. Este caso destaca el valor del razonamiento clínico y de la neuroimagen avanzada en la toma de decisiones terapéuticas.

0502 CORRELACIÓN Y CONCORDANCIA ENTRE ECOCARDIOGRAFÍA TRANSTORÁCICA, FLOTRAC/VIGILEO Y GASOMETRÍA ARTERIOVENOSA PARA LA MEDICIÓN DEL GASTO CARDÍACO EN PACIENTES POSTOPERADOS CARDÍACOS

B HERRERA(2), JJ LAUREL TARIFA(1), RA CAMACHO GARNICA(1), MD TERAN SALAZAR(1), D PEREZ FRANCO(2), MA ALANOCA RAMOS(2), Y TICONA MAMANI(2)
(1) Obrero. (2) Norte

ntroducción: El monitoreo preciso del gasto cardíaco es crítico en pacientes postoperatorios de cirugía cardíaca para optimizar la perfusión de órganos, ajustar terapia inotrópica y/o vasopresor, y reducir complicaciones. La gasometría arterial y venosa central son herramientas fundamentales en pacientes operados cardíacos. La ecocardiografía es una técnica no invasiva ampliamente utilizada para estimar gasto cardíaco. FloTrac/Vigileo ofrece una alternativa mínimamente invasiva que calcula gasto cardíaco.
Material y métodos: Estudio observacional, analítico, correlacional y retrospectivo de corte transversal de pacientes post operados cardíacos atendidos en la Unidad de Terapia Intensiva del Hospital Obrero N°1. correlación (Pearson o Spearman) y concordancia (Bland–Altman, coeficiente de correlación intraclase) p<0.05 significativo. Software: R, Stata o SPSS
Resultados: Se recolectaron 79 datos de expedientes de pacientes posoperados cardíacos.El análisis de Bland-Altman a las 24 horas mostró un sesgo bajo (–0.214 L/min; p = 0.239) (FloTrac tiende a medir menos que ETT). límites de concordancia (–3.02 a +2.59 L/min), cercano a 7 y -5L/min), con porcentaje de error aproximado del 57%. A las 24 horas,la correlación intraclase para medidas únicas fue de 0.256 (IC95%: 0.011–0.473; p = 0.020). Se observó correlación positiva moderada-alta entre el gasto cardíaco calculado mediante gasometría con fórmula modificada y el obtenido por ecocardiografía transtorácica (r = 0.524; p < 0.001).
Conclusiones: Se evidenció correlación positiva estadísticamente significativa entre el gasto cardíaco (GC) medido por FloTrac/Vigileo y ETT.La concordancia entre FloTrac/Vigileo y ETT, evaluada por Bland–Altman e ICC, fue limitada.El GC calculado mediante gasometría arteriovenosa con fórmula modificada mostró mejor correlación y mayor consistencia con la ETT

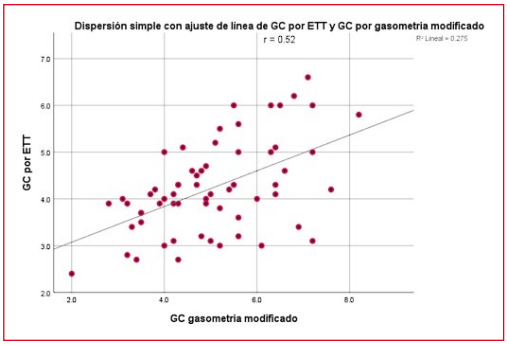


Ilustración 31. Concordancia según Bland-Altman entre GC por FloTrac/Vigilelo y GC por ETT a las 0 horas, en pacientes posoperados cardiacos que ingresaron a la UTI del Hospital Obrero N°1 en la gestión 2024 y 2025

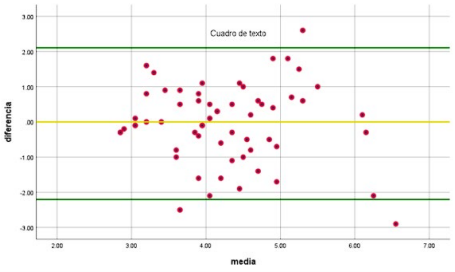
Estadísticas para una muestra

	N	Media	Desv. Desviación	Desv. Error promedio
diferencia	62	-.0468	1.10003	.13970

Prueba para una muestra

Valor de prueba = 0

	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	95% de intervalo de confianza de la diferencia Inferior	Superior
diferencia	-.335	61	.739	-.04677	-.3261	.2326



0503 SÍNDROME DE BUDD CHIARI POSTERIOR A TRASPLANTE HEPÁTICO

N PAEZ GALLEGUILLO(1), J PAULA(1), C NUÑEZ(1), S MULLER(1), J OSATNIK(1), H HUERTA(1)
(1) Hospital Aleman

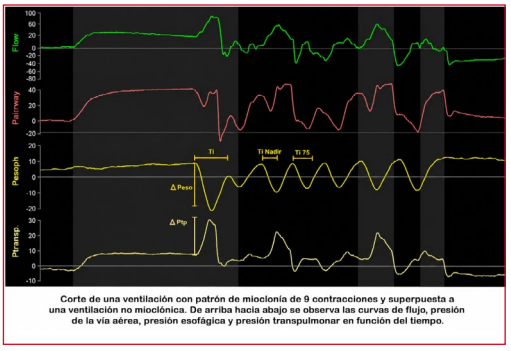
Introducción: El síndrome de Budd-Chiari definido como obstrucción del flujo venoso hepático en ausencia de enfermedad cardíaca o pericárdica, es poco frecuente. Puede presentarse en formas agudas, subagudas o crónicas, causando hipertensión portal. Manifestado con fiebre, dolor abdominal, ascitis. El tratamiento tradicional es escalonado, con anticoagulación, angioplastia, derivación portosistémica intrahepática transyugular como puente al trasplante hepático. Recientemente, se informó del uso de técnicas de angioplastia con balón o stent para el tratamiento. La sobrevida a los cinco años del 90% en casos de eficacia, si es ineficaz la mortalidad al año es del 90%.
Caso clínico: Paciente masculino 25 años, con antecedentes de Tirosinemia tipo 1, trasplante hepático donante vivo relacionado a los 2 años de vida. Consulto por distensión, dolor abdominal y fiebre. Se realizo laboratorio con hiperbilirrubinemia a predominio indirecto, plaquetopenia leve, tomografía de abdomen y pelvis se evidenció trombosis a nivel de vena cava inferior, venas suprahepáticas, ambas venas renales y lumbares, con realce heterogéneo del parénquima hepático, asociado a kinking en sitio de anastomosis de cirugía previa.
Se interpretó cuadro como Síndrome de Budd Chiari con función de síntesis hepática conservada.
Se inició tratamiento con anticoagulación con heparina no fraccionada, posteriormente angioplastia venosa, tromboaspiración múltiples con permeabilización de vena cava. Evolucionó con anasarca, hiperbilirrubinemia, elevación de enzimas hepáticas. Por persistencia de trombosis suboclusiva, con estenosis severa de vena cava inferior, se realizó nueva angioplastia con tromboaspiración y colocación de stent en estenosis de vena cava inferior y hepática, con resolución de kinking.
Continuó anticoagulación con heparina de bajo peso molecular. Actualmente el paciente se encuentra anticoagulado, con normalización de valores de hepatograma, control tomográfico con permeabilización de vena cava inferior y suprahepática.
Discusión: El tratamiento médico es la principal opción en síndrome de Budd-Chiari, su eficacia es limitada y la mayoría requieren tratamiento intervencionista posterior, la angioplastia con o sin implantación de stent es el tratamiento de elección para restaurar el flujo sanguíneo hepático.

Conclusión: El algoritmo terapéutico escalonado está ampliamente aceptado, se propone un tratamiento intervencionista precoz, que pueden realizarse con éxito en aproximadamente el 95 % de los pacientes, incluso después de la trombosis total.

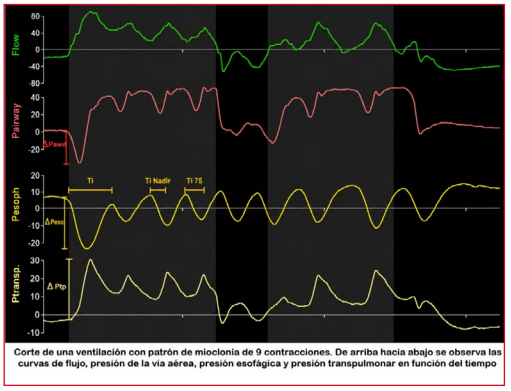
0504 ENFERMEDAD DE LEEUWENHOEK EN VENTILACIÓN MECÁNICA: ANÁLISIS FISIOLÓGICO DE LAS MIOCLONÍAS DIAFRAGMÁTICAS A TRAVÉS DE LA MANOMETRÍA ESOFÁGICA. REPORTE DE CASO

C SUAREZ ABOY(1), MO VÁZQUEZ(1), RS MORACCI(1), V BRAVO(1), M URDANGARIN GOTI(1), AY DOMINGUEZ(1), LM GALVAN(1), ER BRIZUELA(1), GA PLOTNIKOW(2)
(1) Hospital Británico De Bs As. (2) Hospital Británico De Buenos Aires

Introducción: Las mioclonías diafragmáticas se caracterizan por contracciones involuntarias, rítmicas y de alta frecuencia del diafragma. En pacientes bajo ventilación mecánica invasiva (VMI), estas contracciones pueden generar consecuencias negativas. En este contexto, la manometría esofágica surge como una herramienta clave . Presentamos el caso de un paciente con encefalitis herpética en VMI, donde el monitoreo avanzado permitió caracterizar el impacto fisiológico de las mioclonías diafragmáticas.
Presentación del caso: Hombre de 76 años con múltiples comorbilidades. Al ingreso a la UCI requirió VMI debido a deterioro del sensorio. Inició tratamiento para encefalitis herpética. Al séptimo día se registraron disincronías por hipo, diagnosticándose mioclonías diafragmáticas 2 días después. En este contexto el registro de la presión esofágica (Pes) permitió analizar 344 ventilaciones durante 24 minutos: 82 (23.8%) fueron mioclónicas y 46 (56.1%) fueron superpuestas con una ventilación no originada por mioclonía. Presentaron patrones de 1 a 9 contracciones, siendo el más frecuente el de 7 (28%). El intervalo entre mioclonías fue de 15±2,72 segundos y la frecuencia de 3,23 ciclos/segundo. El Ti-nadir mostró diferencias entre esfuerzos (p=0,01), con menor duración en el segundo esfuerzo (-0,1 segundos). El ΔPeso también difirió según el esfuerzo (p<0,001), siendo mayor en el primero (26,7±5,4 cmH2O/s) y 3,9 cmH2O superior cuando existía superposición. El ΔPawd presentó una mediana de 10,4 cmH2O y la pendiente de despresurización del ΔPeso fue de 201 cmH2O/s, sugiriendo elevado impulso ventilatorio. El ΔPtp también mostró diferencias entre esfuerzos (p<0,001).
Discusión: Las mioclonías diafragmáticas son un fenómeno infrecuente cuya detección requiere una alta sospecha clínica para no confundirlas con simples disincronías. En este caso, el monitoreo esofágico confirmó un patrón mecánico estable consistente con la literatura internacional. A pesar de evidenciarse un impulso ventilatorio excesivo y presiones transpulmonares elevadas que suponen un alto estrés mecánico repetitivo, el fenómeno no se tradujo en complicaciones mayores asociadas a la VM, lo que sugiere una tolerancia clínica inesperada ante este tipo de esfuerzo diafragmático.
Conclusión: Las mioclonías diafragmáticas presentan un patrón estable durante su desarrollo, algunas de sus características parecen estar afectadas por el volumen pulmonar previo y el estrés ejercido sobre el pulmón es elevado, sin embargo en este caso no se asoció a complicaciones respiratorias.



Corte de una ventilación con patrón de mioclonía de 9 contracciones y superpuesta a una ventilación no mioclónica. De arriba hacia abajo se observa las curvas de flujo, presión de la vía aérea, presión esofágica y presión transpulmonar en función del tiempo.



Corte de una ventilación con patrón de mioclonía de 9 contracciones. De arriba hacia abajo se observa las curvas de flujo, presión de la vía aérea, presión esofágica y presión transpulmonar en función del tiempo

0505 A PROPÓSITO DE UN CASO: CRISIS TIROTÓXICA ASOCIADA A TAQUICARDIA SUPRAVENTRICULAR POR REENTRADA NODAL EN PACIENTE CON ABANDONO DE TRATAMIENTO

BA LOPEZ MAMANI(1), V MOSCOSO(1), K TOVAR(1), JA MELGAR(1), R ZENTENO(1), A CAMELLI(1), M GUILLI(1)
(1) Pedro Fiorito De Avellaneda

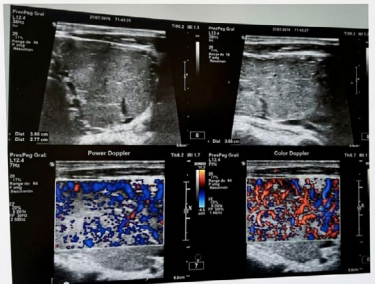
Introducción: La crisis tirotóxica es una emergencia médica poco frecuente de un hipertiroidismo no diagnosticado o tratado inadecuadamente, una mortalidad reportada entre el 10% y 30%. Las manifestaciones cardiovasculares son las más prevalentes, siendo la fibrilación auricular la arritmia clásica; la taquicardia supraventricular por reentrada nodal (TSVrn) como evento inicial es inusual y requiere un manejo multidisciplinario inmediato para estabilizar la conducción eléctrica y el eje tiroideo.
Presentación del caso: Paciente femenina de 31 años con antecedente de hipertiroidismo y abandono de tratamiento (5 meses). Ingresa por palpitaciones, náuseas, disnea CF III y debilidad, TA 160/90 mmHg y FC 160 lpm. El ECG evidenció TSVrn, el cual mejoró tras la administración de adenosina. Laboratorios destacaron TSH < 0,01 uUI/ml y T4 libre de 25 ug/dl. La ecografía cervical reveló una glándula aumentada de tamaño con patrón de "infierno tiroideo" al doppler color, compatible con bocio difuso tóxico. El ecocardiograma mostró insuficiencia tricuspídea. Tras la estabilización arritmogénica, se inició tratamiento con propranolol y metimazol en unidad cerrada, evolucionó favorablemente y pasó sala general con posterior alta hospitalaria.
Discusión: La tormenta tiroidea actúa como un estado de hipersensibilidad adrenérgica que puede gatillar fenómenos de reentrada. Mientras que la literatura asocia el hipertiroidismo principalmente con arritmias supraventriculares desorganizadas, este caso demuestra que la TSVrn puede ser la manifestación cardinal. La respuesta

a la adenosina y el posterior control con antitiroideos y betabloqueantes refuerzan la necesidad de bloquear simultáneamente el efecto periférico de las hormonas y su síntesis. El "infierno tiroideo" ecográfico fue clave para confirmar la etiología autoinmune exacerbada por el abandono terapéutico.
Conclusión: Este caso resalta la importancia de considerar la patología tiroidea descompensada en el diagnóstico diferencial de taquiarritmias por reentrada en pacientes jóvenes. El manejo exitoso depende del reconocimiento temprano de la crisis tirotóxica y la adherencia a protocolos de tratamiento que incluyan la estabilización hemodinámica y el bloqueo hormonal inmediato.

Tabla 1: Perfil Diagnóstico

parámetros	Valoración/hallazgos	interpretación
TSH	<0.01 UI/ml	Supresión severa del eje
T4 Libre	25 ug/dl	Elevación critica (tirotoxicosis)
Doppler tiroideo	Patron de "infierno tiroideo"	Hipervascularizacion extrema
ecocardiograma	IT leve/PSAP 25 mmHg	Repercusión hemodinamica leve

Figura 2: ecografía Doppler color de glándula tiroides que muestra un incremento crítico de la vascularización parenquimatosa (patrón de infierno tiroideo)



0506 ENDOCARDITIS INFECCIOSA EN LA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA: MORTALIDAD Y REQUERIMIENTO QUIRÚRGICO EN UNA COHORTE INSTITUCIONAL DE 70 PACIENTES

T MARCHESI(1), G ANDRADA(1)
(1) Nuevo Hospital San Roque

Introducción: La endocarditis infecciosa (EI) continúa siendo una de las infecciones cardiovasculares más graves en el paciente crítico, por su elevada morbimortalidad, su complejidad diagnóstica y terapéutica, y la frecuente necesidad de resolución quirúrgica. La disponibilidad de una cohorte institucional amplia y sostenida en el tiempo permitió no solo describir su perfil clínico y microbiológico, sino también generar una base sólida para el estudio de complicaciones mayores y toma de decisiones terapéuticas.
Objetivo: Describir la experiencia institucional en endocarditis infecciosa en pacientes internados en la Unidad de Terapia Intensiva del Nuevo Hospital San Roque durante el período enero de 2016 a abril de 2026, con especial interés en las complicaciones embólicas y neurológicas, la indicación y realización de cirugía, y la evolución intrahospitalaria.
Materiales y métodos: Se realizó un estudio observacional, analítico, retrospectivo y transversal. La cohorte quedó conformada por 70 pacientes con diagnóstico de EI internados en UTI durante el período de estudio. Se analizaron variables demográficas, anatómicas, microbiológicas y evolutivas.
Resultados: Se incluyeron 70 pacientes; 54 (77,1%) fueron de sexo masculino y la edad media global fue cercana a 48 años. Predominó el compromiso de válvulas nativas y la válvula aórtica fue la localización anatómica más frecuentemente afectada. La mortalidad intrahospitalaria global fue cercana al 51% del total de los casos. El requerimiento quirúrgico se observó en aproximadamente el 41% de la serie. Los hemocultivos fueron positivos en 47 pacientes (67,1%) y Staphylococcus aureus fue el principal agente etiológico. Además, esta cohorte permitió incorporar al análisis las complicaciones embólicas y neurológicas, así como distintos aspectos del abordaje quirúrgico, entre ellos la indicación, la posibilidad de acceso a cirugía y la evolución intrahospitalaria posterior.
Conclusión: La cohorte institucional reunida a lo largo de 10 años aporta una experiencia relevante en endocarditis infecciosa en pacientes críticamente enfermos y constituyo una base sólida para profundizar el análisis de complicaciones cardioembólicas y neurológicas, conducta quirúrgica y evolución perioperatoria.

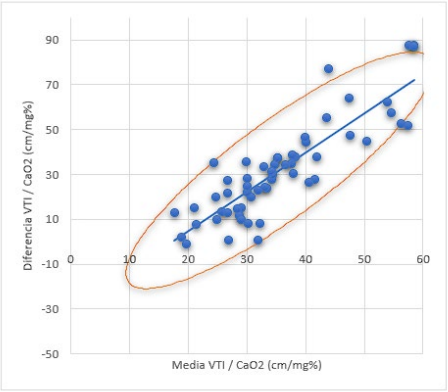
0507 LA CONCENTRACIÓN ARTERIAL DE OXÍGENO POR GASOMETRÍA SE CORRELACIONA CON EL VOLUMEN SISTÓLICO POR ECOCARDIOGRAFÍA TRANSTORÁCICA EN MEDICINA CRITICA A MUY ALTA ALTITUD

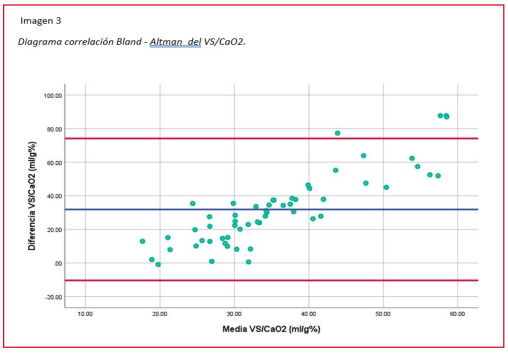
B HERRERA(1), JA VIRUEZ SOTO(1), FR JIMENEZ TORRES(1), HR TICONA FLORES(1), NF ALI YUCRA(1), Z VISCARRA MACHACA(1), A OLIVERA(1)
(1) Norte

Introducción: El Volumen sistólico (VS) es un marcador dinámico de monitorización y respuesta a líquidos, su estimación utiliza métodos invasivos y no invasivos, esta fue desplazada por métodos más modernos como la ecocardiografía transtorácica (ETT). La concentración arterial de oxígeno (CaO2) es un marcador gasométrico.
El objetivo de este estudio es determinar la correlación entre el CaO2 por gasometría a través de fórmulas teóricas y el VS por ETT.
Material y métodos: Estudio descriptivo, transversal[C1.1] y unicéntrico. Unidad de Cuidados intensivos Adultos del Hospital del Norte de la ciudad de El Alto a 4150 msnm. Las pruebas de correlación de Pearson, Spearman y Bland-Altman fueron realizados con el programa SPSS Statistics v 29 y XLSTAT.
Resultados: El coeficiente de Pearson para VS y CaO2 es la más alta del estudio con r 0.9 (IC del 95, valor de p 0.0001). la prueba de Bland-Altman entre VS y CaO2 fue 2.8 ml (IC 95%: 26 y 37). La prueba de Bland-Altman, el entre VTI y CaO2 fue 1.1 cm (IC 95%: -4.6 y -0.05).
Conclusiones: La Correlación del VS y CaO2 es muy alta. Esto acerca a la CaO2 como un parámetro dinámico de reanimación hídrica en pacientes críticos. Hemos considerado que los parámetros que derivan del método de Fick aún son útiles y equiparables a otros parámetros macro hemodinámicos como el VS al pie de la cama del paciente crítico
Conclusión: La medición de GC es útil por ambos métodos. Es equiparable el VS a la CaO2.

Imagen 1

Diagrama correlación lineal del VS y CaO_2.





0508 INSUFICIENCIA PANCREÁTICA EXOCRINA (IPE): UN DESAFÍO DIAGNÓSTICO EN EL PACIENTE CRÍTICO

A PADILLA IBARRA(3), F LIPOEVSTKY(1), C CASABELLA(2), JF MORALES(3), L GONZALEZ(4), F GUIFFREY(4), F PALIZAS(4)
(1) Centor Medico Fitz Roy. (2) Clinica Santa Ibsale. (3) Clinica Santa Isabel. (4) Centro Medico Fitz Roy

Introducción: La IPE, caracterizada por maldigestión y malabsorción, se asocia clásicamente a patología crónica. Sin embargo, en el paciente crítico con injuria pancreática aguda o quirúrgica, su prevalencia es subestimada. El reconocimiento precoz es crucial para evitar el fracaso nutricional y la disfunción inmune asociada al déficit de micronutrientes y al catabolismo extremo.
Presentación del caso: Varón de 41 años con antecedente de pancreatitis biliar, ingresa por trauma abdominal penetrante. Requirió cirugía de control de daños por lesión transfixiante de colon y necrosis pancreática. Evolucionó con shock séptico, peritonitis recurrente y fístula pancreática, requiriendo múltiples necrosectomías y abdomen abierto. Durante su estadía en UCI, presentó intolerancia digestiva persistente e imposibilidad de progresar la nutrición enteral a pesar de la resolución del cuadro infeccioso. Ante la sospecha de pérdida de parénquima funcional, se solicitó elastasa fecal, reportando un valor de 67 µg/gr (sugestivo de insuficiencia grave). Se inició terapia de reemplazo enzimático pancreático (TREP), con buena respuesta clínica: mejoría de la tolerancia, cese de la distensión y logrando el destete exitoso de la nutrición parenteral.
Discusión: La IPE en el paciente crítico es un "diagnóstico invisible". La inflamación sistémica, el trauma directo y la manipulación quirúrgica (necrosectomías) alteran la reserva funcional exocrina. La elastasa fecal es una herramienta accesible y específica, incluso en fase crítica, para confirmar la sospecha ante cuadros de distensión abdominal o fracaso en la meta calórica.
Conclusión: La IPE debe considerarse un diagnóstico diferencial activo en pacientes con necrosis pancreática o cirugía abdominal mayor. Es fundamental que el intensivista mantenga un alto índice de sospecha ante la intolerancia enteral persistente, ya que el diagnóstico precoz y el reemplazo enzimático optimizan la recuperación sistémica. Este caso subraya que el trabajo colaborativo con el equipo de soporte nutricional es una herramienta indispensable para el seguimiento, diagnóstico y tratamiento, permitiendo una transición segura hacia la autonomía nutricional del paciente complejo.

0509 AFECTACIÓN NEUROENDOCRINA EN EL TRAUMATISMO DE CRÁNEO CON AFECTACIÓN DE REGIÓN SELAR: EXPERIENCIA EN EL HOSPITAL DE URGENCIAS DE LA MUNICIPALIDAD DE CÓRDOBA DURANTE EL AÑO 2025

E BOTTINO(1), PB PAHNKE(2)
(1) Hospital de Niños de la Santisima Trinidad. (2) Hospital Municipal de Urgencias de la Municipalidad de Córdoba

Introducción: El traumatismo craneoencefálico (TCE) constituye un problema de salud pública a nivel mundial (1). En relación a las complicaciones asociadas a TCE, se describen los trastornos neuroendocrinos secundarios a la afectación hipofisaria, agrupados bajo la denominación de hipopituitarismo postraumático (2).
Objetivo: Describir las alteraciones neuroendocrinas y características clínicas de los pacientes adultos con diagnóstico de traumatismo de cráneo con compromiso selar, atendidos en la sala de emergencias del Hospital Municipal de Urgencias, en el periodo comprendido entre enero de 2025 y marzo de 2026.
Materiales y métodos: Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo, observacional de corte transversal, que incluyó a todos los pacientes mayores de 15 años con diagnóstico de TCE y compromiso de la región selar que ingresaron a la sala de emergencias en el período analizado. Se evaluaron las características clínicas y de laboratorio en los pacientes seleccionados. Las variables cualitativas se presentaron como porcentajes y las cuantitativas como Media ± Desvío Estándar.
Resultados: Durante el periodo estudiado 182 pacientes ingresaron a la sala de emergencias con diagnóstico de TCE, 11 pacientes presentaban compromiso selar en la valoración tomográfica, las características clínicas de este grupo se detallan en la Tabla 1. destacando una edad media de 27,73 ± 12.43 años y predominio en el sexo masculino. A su vez en la tabla 2. Se muestran los principales hallazgos en los marcadores neuroendocrinos, siendo la afectación más frecuente la del eje hipófiso-tiroideo y las alteraciones de la vasopresina.
Discusión: Las principales limitaciones de nuestro trabajo son el escaso tamaño muestral y la evaluación heterogénea del perfil hormonal, debido a la escasa disponibilidad de los paneles hormonales. En nuestro estudio, la principal afectación se dio en el eje hipófiso-tiroideo, difiriendo de lo reportado por otros autores (3,4), las alteraciones de la vasopresina fueron frecuentes, encontrando una incidencia en la literatura entre 15-50% (5,6), a su vez, el cortisol en las primeras 24h se encontraba elevado en un 27,3% de los pacientes.
Conclusión: En nuestro estudio, fueron frecuentes las alteraciones neuroendocrinas en el TCE con compromiso de la región selar, sería importante conocer las implicancias de lo antedicho, en la recuperación posterior del paciente.

Tabla 2. Alteraciones neuroendocrinas hipofisarias en traumatismo de cráneo

EJE HORMONAL (n=11)	Dosaje solicitado	Alteración hormonal	(+)/(-)
HC	45,45%	0,00%	/
FSH	45,45%	18,18%	(-)
LH	45,45%	18,18%	(-)
PRL	36,36%	18,18%	(+)
TSH	100,00%	36,36%	(-)
T3	54,55%	36,36%	(+)
T4	81,82%	27,27%	(-)
ACTH	72,73%	9,09%	(-)
CTL	72,73%	27,27%	(+)
ALTERACIONES DE ADH (n=11)	Alteración hormonal (%)		
DI	45,45%		
SIHAD	9,09%		

Se representan las frecuencias relativas como porcentajes, de los pacientes a los que se le solicita el dosaje hormonal específico y en aquellos que presentaron alguna alteración. Así como, si la alteración se presenta en (+) o en (-). Abreviaturas: HC: Hormona de crecimiento; FSH: Hormona foliculoestimulante; LH: Hormona luteinizante; PRL: Prolactina; TSH: Tirotrofina; T3: Triyodotironina; T4: Tiroxina; ACTH: Adrenocorticotrofina; CTL: Cortisol; ADH: Hormona antidiurética; DI: Diabetes insípida y SIHAD: Síndrome de secreción inadecuada de vasopresina.

Referencias

1- Gilis-Januszewska A, Kluczyński Ł, Hubalewska-Dydejczyk A. Traumatic brain injuries induced pituitary dysfunction: a call for algorithms. Endocr Connect. 2020 May;9(5):R112-R123. doi: 10.1530/EC-20-0117. PMID: 32412425; PMCID: PMC7274553.
2- Izzy S, Chen PM, Tahir Z, Grashow R, Radmanesh F, Cote DJ, Yahya T, Dhand A, Taylor H, Shih SL, Albastaki O, Rovito C, Snider SB, Whalen M, Nathan DM, Miller KK, Speizer FE, Baggish A, Weisskopf MG, Zafonte R. Association of Traumatic Brain Injury With the Risk of Developing Chronic Cardiovascular, Endocrine, Neurological, and Psychiatric Disorders. JAMA Netw Open. 2022 Apr 1;5(4):e229478. doi: 10.1001/jamanetworkopen.2022.9478. PMID: 35482306; PMCID: PMC9051987.
3- Mahajan C, Prabhakar H, Bilotta F. Endocrine Dysfunction After Traumatic Brain Injury: An Ignored Clinical Syndrome? Neurocrit Care. 2023 Dec;39(3):714-723. doi: 10.1007/s12028-022-01672-3. Epub 2023 Feb 14. PMID: 36788181; PMCID: PMC10689524.
4- Emelifeonwu JA, Flower H, Loan JJ, McGivern K, Andrews PJD. Prevalence of Anterior Pituitary Dysfunction Twelve Months or More following Traumatic Brain Injury in Adults: A Systematic Review and Meta-Analysis. J Neurotrauma. 2020 Jan 15;37(2):217-226. doi: 10.1089/neu.2018.6349. Epub 2019 Oct 21. PMID: 31111791.
5- Hannon MJ, Crowley RK, Behan LA, O'Sullivan EP, O'Brien MM, Sherlock M, Rawluk D, O'Dwyer R, Tormey W, Thompson CJ. Acute glucocorticoid deficiency and diabetes insipidus are common after acute traumatic brain injury and predict mortality. J Clin Endocrinol Metab. 2013 Aug;98(8):3229-37. doi: 10.1210/jc.2013-1555. Epub 2013 May 20. PMID: 23690314.
6-Gempeler A, Orrego-González E, Hernandez-Casanas A, Castro AM, Aristizabal-Mayor JD, Mejia-Mantilla JH. Incidence and Effect of Diabetes Insipidus in the Acute Care of Patients with Severe Traumatic Brain Injury. Neurocrit Care. 2020 Dec;33(3):718-724. doi: 10.1007/s12028-020-00955-x. PMID: 32207035.

Tabla 1. Características clínicas de los pacientes con traumatismo craneoencefálico y compromiso selar

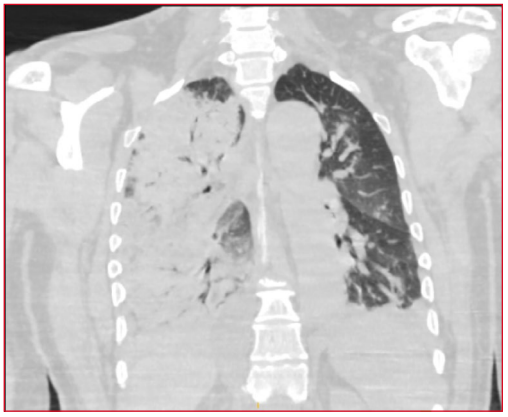
Característica clínica (n=11)		MEDIA	DE
Edad		27,73	12,43
Glasgow ingreso		8,09	4,99
IS al ingreso		0,74	0,16
AIS cabeza y cuello		4,09	0,94
ISS		24,64	11,78
Presión arterial sistólica al ingreso		135,00	24,20
Glucemia al ingreso		146,00	29,03
Exceso de base al ingreso		-5,25	2,33
Lactato al ingreso		3,40	2,88
Sodio al ingreso		140,81	1,88
		Frecuencia relativa (%)	
Sexo	Masculino	72,73%	
	Femenino	27,27%	
Severidad	LPG	27,27%	
	MODERADO	18,18%	
	GRAVE	54,55%	
POLITRAUMATISMO	SI	81,82%	
	NO	18,18%	
Coagulopatía ingreso	SI	9,09%	
	NO	90,91%	
Comorbilidades asociadas	SI	27,27%	
	NO	54,55%	
	DESCONOCE	18,18%	
Examen toxicológico en orina	NO REALIZADO	18,18%	
	ALCOHOL	36,36%	
	BENZODIACEPINAS	45,45%	
	OPIODES	9,09%	
	THC	36,36%	
	NEGATIVO	9,09%	
Escala de resultados de Glasgow al alta	Buena recuperación inferior	44,44%	
	Discapacidad moderada inferior	44,44%	
	Discapacidad moderada superior	11,11%	

Se presentan las características clínicas en los pacientes con traumatismo de cráneo y compromiso selar. Las variables cualitativas se presentaron como porcentajes y las cuantitativas como Media ± Desvío Estándar. Abreviaturas: IS:Índice de shock; AIS: Escala abreviada de lesiones; ISS: Puntaje de gravedad de la lesión; PAS: Presión arterial sistólica; THC: tetrahidrocannabinol.

0511 VASCULITIS ASOCIADA A ANCA CON COMPROMISO MULTIORGÁNICO GRAVE: UN DESAFÍO DIAGNÓSTICO EN LA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA. REPORTE DE CASO

F PENAYO(1), D DUARTE(1), A MONSON(1), Y ESCOBAR(1)
(1) Clinica CEMEP

Introducción: La Granulomatosis con Poliangeítis es una vasculitis necrotizante, afecta vasos de pequeño y mediano calibre, asociada a anticuerpos anticitoplasma de neutrófilos con patrón citoplasmático, con incidencia global entre 0.5 y 20 por millón. La edad media de presentación es de 40-55 años. La importancia de este caso radica en la complejidad del diagnóstico diferencial inicial, donde las manifestaciones pueden confundir el origen autoinmune con procesos infecciosos.
Caso clínico: Se presenta el caso de masculino de 54 años, con gonalgia atraumática derecha de 10 días y edemas periféricos. La evaluación inicial sugirió artritis séptica, se toman hemocultivos, urocultivo y líquido articular por artroscopia. A las 72 horas, presenta deterioro clínico con fibrilación auricular de alta respuesta ventricular y edema agudo de pulmón hipertensivo, con requerimiento de asistencia respiratoria mecánica. Evolucionó hacia un SDRA por hemorragia alveolar masiva confirmada mediante fibrobroncoscopia, y falla renal con proteinuria 1gr/24hs. Ante la persistencia de cultivos negativos y sin respuesta a antibióticos, se solicitó perfil inmunológico que evidenció ANCA C positivo (++++) y Anti PR3 de 62.5UI, confirmando el diagnóstico de GPA.
Discusión: El compromiso articular orientó la sospecha hacia una etiología infecciosa; la evolución obligó a considerar causas autoinmunes. Se instauró tratamiento con metilprednisolona y ciclofosfamida. El manejo ventilatorio requirió ventilación protectiva y decúbito prono debido a la hipoxemia severa. La respuesta a la inmunosupresión fue excelente, logrando una extubación exitosa al día 16, con mejoría de infiltrados pulmonares y función renal.
Conclusión: La GPA presenta una expresión clínica variable, siendo la hemorragia alveolar una complicación infrecuente (5-15%). Su diagnóstico precoz es vital para instaurar inmunosupresión agresiva y evitar descenlace fatal.



0513 VENTILACIÓN MECÁNICA NO INVASIVA EN PATOLOGÍA CARDÍACA: EFECTIVIDAD, MONITOREO Y EL ROL DE LAS COMPLICACIONES COMO PREDICTOR DE FALLA. ESTUDIO EPVAR

FJ GUTIERREZ(1), GA PLOTNIKOW(1), M ACCOCE(2), R PRATTO(3), J DORADO(2), E STEINBERG(4), J PEREZ(2), E NAVARRO(5), UNIVERSIDAD INTERNACIONAL DE CATALUNYA, FJ GUTIERREZ(7), RS MORACCI(7), G APPENDINO(8), M GOMEZ(8), M CARRIZO(9), B CHICHIZOLA(9), A PERAZZO(10), D NUÑEZ(10), A OHOLEGUY(11), V KIEHR(11), J SAGARDIA(12), E DI SALVO(13), H KAKISU(13), L MONTELAR
(1) Hospital Británico de Bs As. (2) Sanatorio Anchorena San Martín. (3) Sanatorio Anchorena Recoleta. (4) Hospital Italiano de Buenos Aires. (5) Departamento de Medicina. (6) Universidad Internacional de Catalunya. (7) Hospital Británico de Buenos Aires. (8) Sanatorio Parque Rosario. (9) Sanatorio Santa Fe. (10) UHSJ -Campana (unidad Hospitalaria San José). (11) Sanatorio Centro Gallego de Buenos Aires. (12) Hospital Posadas. (13) Hospital Privado de Comunidad de Mar Del Plata. (14) Hospital Provincial del Centenario. (15) Hospital Público Descentralizado Dr Guillermo Rawson. (16) Hospital Ramon Carrillo de San Martin De Los Andes

Introducción: Los pacientes con insuficiencia cardíaca aguda (ICA) presentan alta respuesta a la VMNI (Evidencia 1-A). Se analizó su efectividad y predictores de éxito.
Metodología: Subanálisis del estudio EPVAR-VMNI ($n=159$) en pacientes con ICA. Se compararon variables continuas (media±DE o mediana [RIQ]) y categóricas (n [%]) según distribución. Se evaluó la capacidad discriminativa (AUC-ROC) de los scores HACOR y ROX (basal y 60 min). Se analizó sobrevida a 28 días (Kaplan-Meier/Log-rank) y se determinó el riesgo mediante regresión de Cox ajustada por APACHE II y Score de Charlson.

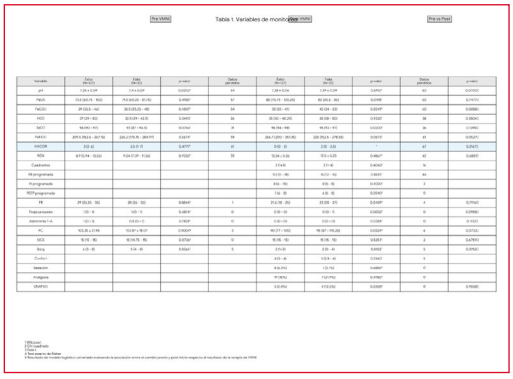
Resultados: De 539 pacientes, 159 (29.5%) recibieron VMNI por ICA; 32 (20.1%) fallaron, principalmente por aumento del trabajo respiratorio (37.5%) y deterioro hemodinámico (21.9%). No hubo diferencias basales en severidad (APACHE II: 13 [9-17]; p=0.37) ni comorbilidades.

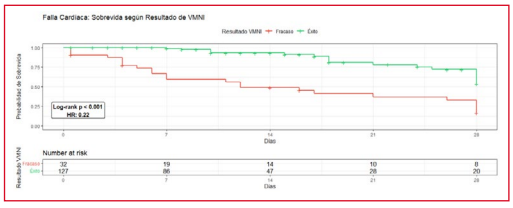
• Capacidad Predictiva: Los scores basales no discriminaron el fracaso (HACOR AUC 0.55; ROX AUC 0.49). A los 60 minutos, el HACOR mostró mayor capacidad discriminativa (AUC 0.60), con normalización en el grupo éxito (mediana 0 [0-2]) vs. persistencia de valores elevados en falla (mediana 2 [0-2.5]).

• Complicaciones: El disconfort por interfaz fue prevalente (80.5%) pero no se asoció al fracaso (OR 1.25; p=0.47). Las complicaciones clínicas graves (Sepsis/SDRA) fueron determinantes críticos de falla (OR 42.8).

• Sobrevida: El éxito de la VMNI se asoció a mayor sobrevida a 28 días (HR 0.22; IC95% 0.12-0.41). Tras el ajuste multivariado, el éxito persistió como predictor independiente de supervivencia (HR 0.19; IC95% 1.06-5.31).

Conclusión: La respuesta dinámica a los 60 minutos (HACOR 1h) posee mayor valor pronóstico que la evaluación estática inicial en ICA. El éxito de la VMNI es un determinante clave de sobrevida, independientemente de la severidad al ingreso, comorbilidades o disconfort por la interfaz.





0515 ANGINA DE LUDWIG COMPLICADA CON MEDIASTINITIS. REPORTE DE CASO

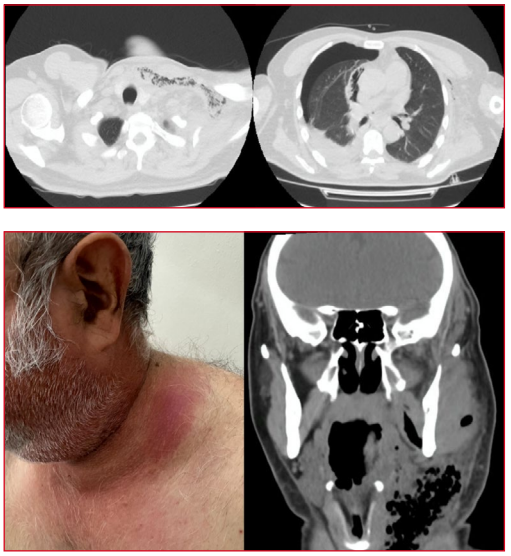
E VALENCIA HEREDIA(1), JD FERNANDEZ(1), S SCANDROGLIO(1), JR VERA(1), D LINARES(1), L CARRERAS(1)
(1) Clínica Santa Clara Don Bosco

Introducción: La Angina de Ludwig es una infección grave de rápida progresión que compromete los tejidos blandos del piso de la boca, generalmente originada en infecciones odontogénas. Se presenta con inflamación cervical, dolor, disfagia, trismo y sialorrea, con alto riesgo de obstrucción de la vía aérea, sepsis y muerte si no se trata precozmente. El diagnóstico es clínico, apoyado por imágenes en casos necesarios. El tratamiento requiere manejo urgente de la vía aérea, antibióticos de amplio espectro y cuando corresponde drenaje quirúrgico.

Presentación de caso: Paciente masculino de 60 años de edad, con antecedente de hipertensión arterial, consulta por cuadro de 72 hrs de evolución con edema en rostro y cuello, con extensión a hombro izquierdo, posterior a extracción de tercer molar habiendo recibido profilaxis con amoxicilina-ácido clavulánico. Al ingreso presentaba eritema cervical, edema fluctuante, enfisema subcutáneo, fiebre y leucocitosis. TAC cervical evidenció colección con enfisema subcutáneo cervical y supraclavicular, se realizó drenaje quirúrgico y tratamiento con AMS. A las 48 hrs evolucionó con disnea y dolor torácico con TAC cervicotorácica mostró progresión del enfisema subcutáneo, neumomediastino e hidroneumotórax derecho, se efectuó toracotomía anterolateral con drenaje pleural derecho (150 cc de material purulento), y nuevo drenaje cervical. Evoluciona con shock séptico y falla multiorgánica sé escala tratamiento antibiótico, además de terapia de remplazo renal, en cultivos rescató Streptococcus anginosus, realizándose tratamiento dirigido. Se realizó traqueostomía y actual proceso de weaning.

Discusión: La angina de Ludwig es una infección grave puede progresar a mediastinitis en 24 a 72 hrs mediante diseminación por planos fasciales cervicales, como ocurrió en este caso. Esta complicación se asocia a alta mortalidad, se manifiesta con dolor torácico, disnea y hallazgos como neumomediastino e hidroneumotórax. Los streptococcus del grupo viridans, particularmente S. anginosus se asocian a infecciones profundas con formación de abscesos. El tratamiento precoz basado en el drenaje quirúrgico y antibioticoterapia mejora el pronóstico, el cual se realizó en el paciente.

Conclusión: La angina de Ludwig complicada con mediastinitis constituye una urgencia médico-quirúrgica con alta mortalidad. El reconocimiento precoz, drenaje quirúrgico agresivo, tratamiento antibiótico adecuado y el soporte intensivo son fundamentales para mejorar la sobrevida.



0516 ADECUACIÓN DEL ESFUERZO TERAPÉUTICO (AET) Y CONOCIMIENTO DEL PERSONAL ASISTENCIAL DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HEADR

SA GOMEZ MENDEZ(1), E ALFONSO(2), AE CARRERA(2), CA CORREIA DA SILVA(2), NP BARRETO(2), C FARQUARSON(2), SD RIBAK(2), RE OTROWSKI(2), JP ROMERO(2)
(1) Hospita Escuela De Agudos Dr Ramon Madariaga. (2) Hospital Escuela de Agudos Ramon Madariaga

Introducción: La Adecuación del Esfuerzo Terapéutico (AET) es la decisión clínica de no iniciar o retirar medidas de soporte vital cuando son desproporcionadas al beneficio del paciente. Constituye una práctica ética y clínicamente aceptada, sustentada en principios bioéticos. La toma de decisiones requiere conocimientos científicos, legales, habilidades de comunicación y consenso entre los distintos actores involucrados.

Evaluar el conocimiento del personal asistencial en UCI del Hospital Escuela de Agudos Dr Ramón Madariaga (HEADRM) sobre AET y su implementación en la práctica clínica.

Materiales y métodos: Estudio cuantitativo, descriptivo, prospectivo , transversal, en la UCI del HEADRM, en personal asistencial médicos, enfermeros, y kinesiólogos que aceptaron participar voluntariamente.
La recolección de datos se realizó mediante una encuesta estructurada y anónima, se registraron datos sociodemográficos y laborales, conocimiento sobre AET, aspectos éticos y legales, participación en la toma de decisiones, percepciones y actitudes frente a la implementación de la AET.
Resultados: Se encuestaron 30 profesionales, 43,3% enfermeros, 26,7% médicos de planta, 13,3% kinesiólogos de planta, 10% kinesiólogos residentes y 6,7% médicos residentes. El 53,3% tenía entre 5 y 10 años de experiencia, 26,7% menos de 5 años y 20% más de 10 años.
El 93,3% manifestó conocer esta práctica, el 6,7% desconoce. El 96,7% está a favor de su implementación. El 80% no considera equivalentes la omisión de inicio y el retiro de un tratamiento, un 20% asocia la adecuación con eutanasia pasiva. El 66,7% valora la opinión familiar y el 63,3% un enfoque multidisciplinario. El 63,3% se siente preparado para tomar decisiones relacionadas con la AET. El 53,3% considera que la edad no es un factor determinante, un 43,3% admite que la implementación es más compleja en pacientes jóvenes.
El 86,7% reconoce el riesgo de caer en el ensañamiento terapéutico, el 13,3% no comparte esta percepción.
Conclusión: El estudio permitió conocer que personal posee conocimiento favorable sobre la AET y actitud positiva hacia su implementación. Sin embargo, se evidenciaron diferencias conceptuales y limitaciones en la comprensión de algunos aspectos bioéticos relacionados con la AET. Es necesario fortalecer las instancias de capacitación continua y promover protocolos institucionales que orienten la toma de decisiones éticas y clínicas al final de la vida en la UCI.

0517 PACIENTE SIN ESCUDO: UNA INFECCIÓN QUE AVANZÓ MÁS ALLÁ DE LO HABITUAL

S ESTEBAN(1), P CASTRO(2), FS BRION(2), M PARODI(2), S CIA(2), M PUGA(2)
(1) Hospital Vera Barros. (2) Vera Barros

Introducción: La tuberculosis diseminada es una forma infrecuente de presentación de tuberculosis, representando menos del 2% de los casos mundiales. Se asocia habitualmente a pacientes inmunodeprimidos, incluyendo personas con VIH, trasplantes, hepatopatía crónica, enfermedad oncológica, diabetes o tratamientos inmunosupresores. En Argentina, durante 2024 se notificaron 16.647 casos de tuberculosis pulmonar y en la provincia de La Rioja 31 casos, sin reportes oficiales de tuberculosis diseminada. La baja incidencia en pacientes inmunocompetentes dificulta la sospecha inicial y retrasa el diagnóstico.
Objetivos: Describir un caso de tuberculosis diseminada, resaltando la importancia de la sospecha precoz y del diagnóstico mediante estudios especializados.
Materiales y métodos: Paciente femenina de 16 años, previamente sana, derivada por cefalea, fiebre y desorientación de 7 días de evolución. Al ingreso se encontraba lúcida, Glasgow 15/15, sin signos de irritación meníngea. Laboratorio inicial con GB 14.200/mm³ y TAC de cerebro sin lesiones agudas. Primera punción lumbar con LCR cristal de roca, GB 60/mm³ con predominio mononuclear, glucosa 15 mg/dl, proteínas 170 mg/dl y ácido láctico 5 mmol/L; serologías negativas. Se inicia tratamiento empírico con ceftriaxona y aciclovir por sospecha de meningoencefalitis bacteriana/viral.
Durante el cuarto día presenta deterioro del sensorio, midriasis y crisis convulsivas, requiriendo intubación orotraqueal y traslado a UTI. TAC de cerebro sin hallazgos agudos; RMN con lesiones lacunares secuelares en cerebelo derecho. TAC de tórax con imágenes sugestivas de tuberculosis pulmonar. Nueva punción lumbar con glucosa 16 mg/dl, proteínas 229 mg/dl y ácido láctico 8 mmol/L. Pancultivos con BAAR positivo en muestra respiratoria. LCR enviado al Instituto Malbrán informa detección positiva para tuberculosis. Biopsia hepática con granulomas compatibles con tuberculosis. Se inicia tratamiento específico.
Resultados: Compromiso pulmonar, meníngeo y hepático confirmado mediante microbiología y anatomía patológica, sin factores de inmunosupresión, evolución clínica compleja y diagnóstico definitivo a través de pruebas avanzadas.
Conclusiones: La tuberculosis diseminada puede presentarse en personas inmunocompetentes. Este caso enfatiza la importancia de sospechar tuberculosis ante meningoencefalitis con LCR hipoglucorraquia y predominio mononuclear, incluso sin factores predisponentes. El diagnóstico requiere estudios especializados (PCR, cultivos, biopsia).
Referencias:
Revista Médica Clínica Las Condes. Tuberculosis diseminada: presentación de un caso, 2023.
PMC: Disseminated Tuberculosis Case Report, 2019.
Boletín Nacional de Tuberculosis, Ministerio de Salud, 2024.
Boletín Provincial TBC La Rioja, 2025.

0518 CUANDO EL SODIO HABLA: UNA CAUSA OCULTA DE HIPONATREMIA SEVERA

S ESTEBAN(1), FS BRION(2), M PARODI(2), P CASTRO(2), S CIA(2), M PUGA(2)
(1) Hospital Vera Barros. (2) Vera Barros

Introducción: La hiponatremia es el trastorno hidroelectrolíticos frecuente en la práctica clínica, presente en hasta el 20% de los ingresos hospitalarios. Su presentación varía desde formas leves hasta manifestaciones neurológicas graves como convulsiones y coma. La identificación etiológica precoz es clave para evitar complicaciones
Objetivos: Presentar un caso clínico de hiponatremia severa , el objetivo de encontrar la causa , sin tener los datos clínicos precisos.
Métodos: Descripción de caso clínico con análisis de datos clínicos, bioquímicos, hormonales e imagenlógicos
Resultados: Paciente femenina de 61 años con antecedentes de múltiples consultas por desorientación y deshidratación. Ingresa a Unidad de Terapia Intensiva por un cuadro de 7 días de evolución caracterizado por desorientación temporoespacial, excitación psicomotriz alternando con letargia y abolición de reflejos osteotendinosos.
La tomografía axial computada de cerebro s/p. El monitoreo hemodinámico mediante VExUS mostró grado 0. En laboratorio se destacó sodio de 105 mEq/L, potasio de 3.3 mEq/L y cloro de 74 mEq/L. La gasometría arterial mostró pH 7.40, pCO_2 29 mmHg, HCO_{22} 18 mEq/L y exceso de base -6. El ionograma urinario evidenció sodio de 24 mEq/L.
Se interpretó el cuadro como hiponatremia severa hipoosmolar hipovolémica, tras reanimación , persiste hiponatremia hipoosmolar normovolemica , Se solicita colagenograma , marcadores tumorales con resultados negativos. se amplió el estudio con perfil hormonal, evidenciando TSH 3.27, T4 total 3.50, T4 libre 0.22 y T3 0.70. El estudio del eje hipofisario mostró prolactina 1.68, FSH 1.35 y cortisol 0.40 µg/dL.
La resonancia magnética de hipófisis evidenció una glándula de pequeño tamaño (aproximadamente 2 mm), compatible con síndrome de silla turca vacía.
Conclusiones: La hiponatremia severa requiere un manejo estricto de sus tratamiento para evitar las complicaciones y poder buscar el origen del problema para evitar nuevos episodios y así la morbimortalidad
Referencias:
https://www.elsevier.es/es-revista-endocrinologia-diabetes-nutrición-13-pdf-S2530016422001045
https://www.uptodate.com/contents/overview-of-the-treatment-of-hyponatremia-in-adults?search=hiponatremia&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1
https://www.uptodate.com/contents/diagnostic-evaluation-of-

adults-with-hyponatremia?search=hiponatremia&source=search_result&selectedTitle=2~150&usage_type=default&display_rank=2

0519 INJURIA RENAL AGUDA EN PACIENTES CON SÍNDROME DE DISTRÉS RESPIRATORIO AGUDO ASISTIDOS CON ECMO: COMPARACIÓN ENTRE COVID-19 Y NO-COVID

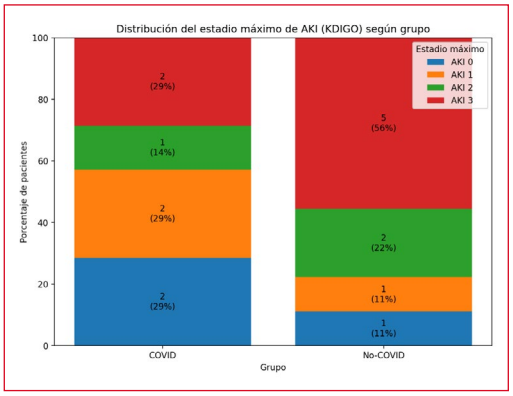
FP REYNOSO(1), E CORNU(1), E MANRIQUE(1), C AMBROSI(1), M BARREIRO(1), B BERTAZZO(1), E SARASQUETA(1), M BERON, R AVILA
(1) Hospital Privado Universitario de Córdoba

Introducción: La injuria renal aguda (IRA) es una complicación frecuente en pacientes con síndrome de distrés respiratorio agudo (SDRA) asistidos con oxigenación por membrana extracorpórea (ECMO). Durante la pandemia de COVID-19, numerosos pacientes requirieron soporte extracorpóreo; sin embargo, las diferencias en el compromiso renal entre el SDRA asociado a COVID-19 y el de otras etiologías continúan siendo motivo de interés clínico.
Objetivo: Comparar la incidencia y severidad de IRA en pacientes con SDRA asistidos con ECMO según etiología COVID-19 versus no-COVID.
Materiales y métodos: Estudio observacional retrospectivo de pacientes adultos con SDRA asistidos con ECMO con y sin COVID. El desenlace renal principal fue la presencia de AKI severa, definida como estadio KDIGO 2–3. Como desenlaces secundarios se evaluaron la IRA de cualquier grado, creatinina máxima y mortalidad hospitalaria/UTI. Las variables continuas se expresaron como mediana y rango intercuartílico, y las categóricas como frecuencias absolutas y porcentajes. Para la comparación entre grupos se utilizaron pruebas no paramétricas y test exacto de Fisher.
Resultados: Se incluyeron 16 pacientes, 7 con SDRA asociado a COVID-19 y 9 con SDRA no-COVID. La edad fue similar entre grupos: 42,0 [30,0–54,0] años en COVID versus 38,0 [27,0–46,0] años en no-COVID. La duración de ECMO fue mayor en el grupo COVID: 17,0 [10,5–22,0] versus 6,0 [5,0–9,0] días; p=0,034. La IRA de cualquier grado ocurrió en 5/7 pacientes COVID (71,4%) y en 8/9 no-COVID (88,9%). La IRA severa KDIGO 2–3 fue menos frecuente en COVID: 3/7 (42,9%) versus 7/9 (77,8%); p=0,302. La creatinina máxima fue 1,2 [0,8–1,7] mg/dL en COVID y 3,2 [1,6–6,0] mg/dL en no-COVID; p=0,055. La mortalidad fue 57,1% en COVID y 75,0% en no-COVID.
Conclusión: En esta cohorte, la IRA fue frecuente en ambos grupos con SDRA en ECMO. Los pacientes no-COVID mostraron más IRA severa y tendencia a mayor creatinina máxima, sugiriendo un mayor, aunque poco explorado, compromiso renal en este grupo

Tabla 1. Características basales y resultados renales según grupo

Variable	COVID ECMO (n=7)	No-COVID ECMO (n=9)	p
Edad, años	42,0 [30,0–54,0]	38,0 [27,0–46,0]	0,560
Sexo masculino	7/7 (100,0)	8/9 (88,9)	1,000
Días de ECMO	17,0 [10,5–22,0]	6,0 [5,0–9,0]	0,034
PaO_2/FiO_2 al ingreso	74,0 [60,0–95,0]	90,0 [66,0–206,0]	0,313
Creatinina al ingreso, mg/dL	0,7 [0,6–0,9]	1,3 [0,7–1,5]	0,314
Creatinina máxima, mg/dL	1,2 [0,8–1,7]	3,2 [1,6–6,0]	0,055
AKI cualquier grado, KDIGO 1–3	5/7 (71,4)	8/9 (88,9)	0,550
AKI severa, KDIGO 2–3	3/7 (42,9)	7/9 (77,8)	0,302
AKI estadio 3	2/7 (28,6)	5/9 (55,6)	0,358
Mortalidad hospitalaria/UTI	4/7 (57,1)	6/8 (75,0)	0,608

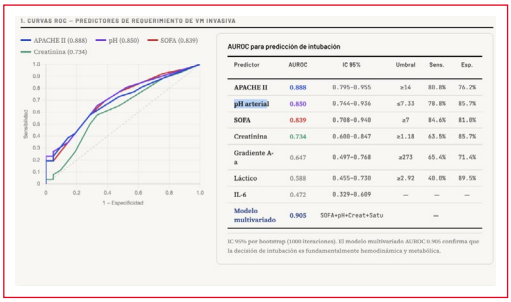
Nota: las variables continuas se expresan como mediana [rango intercuartílico]. Las variables categóricas se expresan como n/N (%). La mortalidad en el grupo no-COVID se calculó sobre 8 pacientes con dato disponible.



0521 VENTILACIÓN MECÁNICA INVASIVA VS. CÁNULA DE ALTO FLUJO DE OXÍGENO EN EL SÍNDROME DE DIFICULTAD RESPIRATORIA AGUDA SÉPTICO: PREDICTORES DE ESCALADA VENTILATORIA Y MORTALIDAD

LJ URANGA(1), L GALLARDO(2), F FERNANDEZ(2), R LIGARDA(2), B PAEZ(2), S ZIDARICH(2)
(1) Italiano de Cordoba. (2) Hospital Italiano de Cordoba

Introducción:. La decisión de intubación en pacientes con SDRA séptico es crítica para el pronóstico. La superioridad de la cánula de alto flujo (CAFO) sobre la ventilación mecánica invasiva (VM) en determinados pacientes ha sido respaldada por evidencia reciente, pero los predictores de escalada ventilatoria en sepsis grave no han sido completamente caracterizados.
Materiales y métodos: Estudio de cohorte retrospectivo en 73 pacientes con SDRA séptico internados en UTI entre 2021 y 2025, estratificados según soporte ventilatorio inicial en VM invasiva o CAFO. Se registraron variables demográficas, scores de gravedad, parámetros gasométricos y hemodinámicos, biomarcadores inflamatorios (IL-2, IL-6, IL-10, IFN-γ y TNF-α), clasificación de Berlín y desenlaces clínicos. Las comparaciones se realizaron mediante U de Mann-Whitney y test exacto de Fisher, evaluándose además capacidad predictiva con curvas ROC y regresión logística multivariada, considerando significativo $p < 0,05$.
Objetivo:. Identificar las variables al ingreso que predicen la necesidad de VM invasiva en pacientes con SDRA séptico, y comparar la mortalidad entre los grupos VM y CAFO.
Resultados: A pesar de similar severidad del SDRA (SDRA clase 1: VM 82.7% vs. CAFO 85.7%, p=NS), los pacientes que requirieron VM presentaron SOFA significativamente mayor (10.0 vs. 4.0, p<0.001), shock séptico 3 veces más frecuente (90.4% vs. 28.6%, p<0.001), pH menor (7.26 vs. 7.41, p<0.001) y mayor disfunción renal. Los mejores predictores individuales de intubación fueron APACHE II (AUROC 0.888), pH ≤7.33 (AUROC 0.850) y SOFA ≥7 (AUROC 0.839). IL-6 y saturación O2 no predijeron VM (AUROC ≈ 0.45). El modelo multivariado (SOFA + pH + saturación + creatinina) alcanzó AUROC 0.905. La mortalidad fue significativamente mayor en VM (71.2% vs. 38.1%, p=0.016), con sobrevida a 90 días del 21.2% vs. 52.4%.
Conclusiones:. La decisión de intubación en SDRA séptico está impulsada por la inestabilidad hemodinámica y la acidosis metabólica-respiratoria, no por la severidad de la hipoxemia. El pH ≤7.33 y el SOFA ≥7 son los mejores predictores clínicos individuales de necesidad de VM invasiva.



0522 IMPACTO DE LAS INFECCIONES POR MICROORGANISMOS MULTIRRESISTENTES EN PACIENTES CRÍTICOS: ASOCIACIÓN ENTRE GRAVEDAD AL INGRESO, USO DE DISPOSITIVOS INVASIVOS Y MORTALIDAD EN UNA UTI POLIVALENTE

L GONZALES CORONEL(1), D VARGAS LOOR(1), A VERA CARRILLO(1), G IZZO(1), A RODRIGUES(1), I FIALHO(1), I MARTINS(1), D ERLICH(1), E RODRIGUES(1), J ANGULO(2)
(1) Hospital Simplemente Evita de Gonzales Catan. (2) Hospital Simplemente Evita

Introducción: Las infecciones por microorganismos multirresistentes (MMR) representan una causa importante de morbimortalidad en las Unidades de Terapia Intensiva (UTI), asociándose a mayor estancia hospitalaria, incremento de costos y elevada mortalidad. Los pacientes críticos presentan factores predisponentes como ventilación mecánica, dispositivos invasivos y exposición a antibióticos de amplio espectro. La identificación de factores asociados a mortalidad resulta fundamental para optimizar estrategias de prevención y tratamiento.
Objetivos: Evaluar la asociación entre infecciones por microorganismos multirresistentes y mortalidad en pacientes internados en una UTI polivalente. Como objetivos secundarios, analizar la relación entre gravedad al ingreso y mortalidad, evaluar la asociación entre dispositivos invasivos e infecciones por MMR, y describir los focos infecciosos más frecuentes.
Material y métodos: Se realizó un estudio observacional, analítico y retrospectivo en la Unidad de Terapia Intensiva del Hospital General de Agudos "Simplemente Evita" de González Catán entre junio de 2023 y julio de 2024. Se incluyeron pacientes mayores de 18 años con infección por MMR confirmada microbiológicamente. Se analizaron variables demográficas, APACHE II, SAPS II, focos infecciosos, dispositivos invasivos, días de internación y mortalidad hospitalaria.
Resultados: Se analizaron 98 pacientes, con edad promedio de 47,2 años. El APACHE II promedio fue de 17,3 y el SAPS II de 49,1. La mortalidad hospitalaria fue del 55,1%. Los pacientes fallecidos presentaron mayores scores de gravedad al ingreso. El foco infeccioso más frecuente fue el respiratorio (21,4%), seguido de bacteriemia (19,3%). Los dispositivos invasivos más frecuentes fueron traqueostomía, PIC/DVE y diálisis.
Conclusión: Las infecciones por MMR en pacientes críticos se asociaron a elevada mortalidad y mayor gravedad clínica al ingreso. El foco respiratorio y la bacteriemia fueron las localizaciones más frecuentes. La vigilancia epidemiológica y el control de infecciones continúan siendo fundamentales en terapia intensiva.

TABLA DE RESULTADOS

VARIABLE	RESULTADO
N (pacientes)	98
Edad promedio	47,2 años
APACHE II promedio	17,3
SAPS II promedio	49,1
Mortalidad hospitalaria	55,1%
APACHE II en fallecidos	17,8
APACHE II en sobrevivientes	16,7
SAPS II en fallecidos	51,1
SAPS II en sobrevivientes	46,7
Foco respiratorio	21,4%
Bacteriemia	19,3%
Días de internación en fallecidos	21,9 días
Días de internación en sobrevivientes	32,6 días
Dispositivos invasivos más frecuentes	Traqueostomía / PIC-DVE / Diálisis

0523 TROMBOSIS SÉPTICA DEL SENO CAVERNOSO POR STAPHYLOCOCCUS AUREUS RESISTENTE A METICILINA, A PROPÓSITO DE UN CASO

J ESPINOZA(1)
(1) Materno Infantil Dr Hector Quintana

Introducción: La trombosis del seno venoso cerebral (TVSC) es una complicación poco frecuente y potencialmente mortal, que puede presentarse en el curso de infección dental, de senos paranasales o de piel y partes blandas de la región facial. El reconocimiento temprano y la terapéutica dirigida disminuye la morbimortalidad.
Presentación del caso:
Paciente de 6 años sin antecedentes previos, que presenta picadura de insecto en proximidad al ojo izquierdo con signos de flogosis local y fiebre .
Evoluciona en las primeras horas de la internación con cefalea y rigidez de nuca. Punción lumbar con cultivo positivo a Estafilococo meticilino resistente sensible a vancomicina con bacteriemia asociada. Al tercer día presenta proptosis ocular izquierda y oftalmoplejía (parálisis de III, IV y VI par craneal izquierdo).
Resonancia magnética y angiotomografía cerebral que evidencian absceso retroocular de 18 mm,con signos de trombosis de seno cavernoso y venas orbitales izquierdas, sin hemorragia regional . Valorado con Hematología,Neurocirugía, Neurología e Infectología, inicia anticoagulación con heparina de bajo peso molecular, titulación de dosis con monitoreo de antiXa. Primer cultivo de líquido cefalorraquídeo negativo a los 5 días de hospitalización y primer hemocultivo negativo a los 12 días.
Evoluciona con oftalmoplejía persistente sin nuevas complicaciones.
Discusión: La TVSC en la edad pediátrica es una entidad poco frecuente(1.1/100000 niños /año). Sin embargo, puede presentar secuelas neurológicas permanentes hasta 35% de los casos. Las guías internacionales sugieren la anticoagulación en pacientes pediátricos con o sin hemorragia regional asociada aunque es necesario individualizar el tratamiento cuando existe alto riesgo de sangrado,por ejemplo cuando está asociada a infección(con respecto a la necesidad de cirugía).
En el contexto de este paciente se priorizó el inicio inmediato de la anticoagulacion y en su historia no requirió el abordaje quirúrgico de la colección.
Conclusión: Dada la baja frecuencia de la TVSC , la baja calidad de evidencia consecuente y las particularidades del sistema hemostático de la infancia es necesario el abordaje individualizado y multidisciplinario del paciente.

0525 REPORTE DE UN CASO DE POLIANGEITIS MICROSCÓPICA EN LA INFANCIA

ME PARODI(1), M BELLO(1), K BARRETO MANSILLA(1), V TODONE(1), J VERDURA(1), A COLAZO(1), V PIEROTTI(1), A PEDRAZZOLI(1)
(1) Materno Infantil San Roque

Introducción: La poliangeítis microscópica es una enfermedad autoinmune asociada a inflamación crónica, que afecta vasos sanguíneos pequeños y da diversas manifestaciones orgánicas y sistémicas. Es poco frecuente en pediatría, lo que dificulta el reconocimiento y estudiar su incidencia.
Tiene mayor prevalencia en mujeres con una mediana de edad entre 10,7 y 14 años, con una mediana de duración de sintomatología antes del diagnóstico de aproximadamente 2 años.
En el presente trabajo se describe un caso clínico de una paciente con complicación renal y pulmonar.
Presentación del caso: Paciente femenina de 10 años sin antecedentes que comienza con fiebre y tos; agrega astenia, palidez y vómitos por lo que se internó. Presentó anemia severa, elevación de reactantes de fase aguda, alteración en la función renal, hematuria y proteinuria. Por oliguria es derivada a nuestra institución donde evolucionó con hemorragia alveolar por lo que ingresó a cuidados intensivos requiriendo ventilación mecánica y medidas iniciales de shock. Se plantearon como diagnósticos diferenciales tuberculosis, lupus y vasculitis; para lo que se solicitaron estudios complementarios, siendo positivos los anticuerpos anticitoplasma de neutrófilos perinuclear dirigidos contra la mieloperoxidasa. Se realizó como tratamiento pulsos de corticoides, plasmaféresis, Ciclofosfamida, Rituximab y Gammaglobulinas con buena respuesta.
Discusión: La falla renal asociada a hemorragia alveolar llevó a la sospecha diagnóstica, confirmándolo con los anticuerpos.
Glucocorticoides y Ciclofosfamida son la primera línea de tratamiento. Rituximab se considera para
enfermedades graves y la plasmaféresis se utiliza en combinación, lo que dificulta obtener evidencia por sí sola; podría considerarse en casos donde es difícil añadir agentes inmunosupresores.
Las gammaglobulinas son eficaces en casos recurrentes, refractarios o presencia de infección.
En nuestro caso fue difícil evaluar el tratamiento efectivo ya que se instalaron de manera simultánea.
Conclusión: El diagnóstico se basa en la evaluación clínica, marcadores inmunológicos y algunos casos requieren biopsia. El tratamiento busca controlar la inflamación y detener la progresión.
Concluimos con la importancia del abordaje multidisciplinario y seguimiento para minimizar recaídas y complicaciones crónicas.

0526 REPORTE DE CASO: BAJO GASTO CARDÍACO EN ESCORPIONISMO GRAVE USO DE LEVOSIMENDAN

DE RUATTA(1), F PAPATERRA(1), N ARELLANO(1), E RIASCOS ANGULO(1), J BARACAT(1)
(1) Hospital de Niños de la Santisima Trinidad

Introducción: El escorpionismo es una urgencia en pediatría y puede evolucionar a shock cardiogénico y muerte; el veneno induce una liberación masiva de catecolaminas generando disfunción ventricular y bajo gasto cardíaco. El levosimendan, como sensibilizador al calcio e inodilatador, mejora la contractilidad y el gasto cardíaco optimizando el rendimiento miocárdico.
Casos clínicos: *Caso clínico 1*: Paciente masculino de 10 años, presentó picadura en mano con dolor intenso, vómitos y sensorio alternante. Se realizó pasaje de suero antiescorpionismo. Presentó shock cardiogénico con requerimiento de milrinona con disfunción ventricular e hipotensión. Se realizó ciclo de levosimendan presentando franca mejoría.
Caso clínico 2: Paciente femenino de 3 años, presentó picadura mientras dormía, con vómitos, sudoración, taquipnea. Se realizó pasaje de suero antiescorpionismo. Presentó shock cardiogénico por disfunción ventricular e hipotensión. Se realizó ciclo de levosimendan presentando franca mejoría.
Discusión: El escorpionismo constituye una urgencia en pediatría y puede presentar disfunción ventricular generando shock cardiogénico. El Levosimendan aumenta la afinidad de la troponina C por el calcio y puede utilizarse como alternativa a las catecolaminas, mejorando el flujo cardíaco sin incrementar el cronotropismo ni el consumo de oxígeno miocárdico.
Conclusión: El uso de levosimendan en estos pacientes con disfunción cardíaca secundaria a escorpionismo se asoció con una rápida mejoría clínica y recuperación de la función cardíaca, aún ante la refractariedad al tratamiento convencional. No podemos descartar la influencia de la evolución natural de la enfermedad pero la respuesta observada sugiere que el levosimendan podría representar una alternativa terapéutica útil.

0527 TOXICIDAD NEUROMUSCULAR INMUNOMEDIADA POR PEMBROLIZUMAB : REPORTE DE CASO, IMPORTANCIA DE LA DETECCIÓN PRECOZ

J ALVAREZ SANCHEZ(1), A BANEGAS(1), A ANTIK(1), P CORONADO(1), G GENOVESE(1), G FLORES(1), P PAREDES(1), M MERIDA(1)
(1) Carlos G. Durand

Introducción: La toxicidad inmunomediada inducida por inmunoterapia puede presentarse de novo o exacerbar enfermedad previa, y el solapamiento con miositis y/o miocarditis se asocia a peor pronóstico, por falla respiratoria o cardíaca. En este contexto, la identificación precoz de compromiso bulbar y ventilatorio resulta clave.
Presentación del caso: Paciente masculino de 71 años con carcinoma renal de células claras estadio IV, tratado con pembrolizumab. 25 días después al inicio del tratamiento presentó cefalea, astenia, mialgias, dificultad para la marcha y elevación de transaminasas. Evolucionó con debilidad proximal progresiva, imposibilidad para deambular, ptosis palpebral bilateral y disfagia, creatinfosfoquinasa de 14.274 U/L, TGO de 887 U/L y TGP de 502 U/L serologías virales negativas. Se interpretó síndrome miasteniforme, miositis. Recibió metilprednisolona, inmunoglobulina, y piridostigmina. Durante la evolución presentó deterioro ventilatorio progresivo, prueba de pico flujo baja , disfagia progresiva y con requerimiento de intubación orotraqueal, y traqueostomía por weaning prolongado. La ecografía diafragmática evidenció disfunción severa inicial, con mejoría evolutiva de decanulacion a los 4 meses y control ambulatorio.
Discusión: El diagnóstico se sustento en la clínica del paciente y el inicio de los síntomas en relación con el inicio de pembrolizumab, la clínica ocular, bulbar y proximal, la marcada elevación de creatinfosfoquinasa y la exclusión de causas infecciosas, síndrome paraneoplásico por enfermedad de base, Guillain Barré, toxicidad farmacológica, trastornos metabólicos y polineuropatía del paciente crítico. El inicio de tratamiento con piridostigmina y la mejoría progresiva de los síntomas, junto con las pruebas de función ventilatoria pulmonar y ecografía diafragmática apoyaron el diagnóstico. La literatura describe que pueden tener anticuerpos negativos o estudios electrofisiológicos no concluyentes, por lo que el diagnóstico requiere integración clínica, temporal y funcional. Las guías recomiendan vigilancia estrecha y tratamiento precoz.
Conclusión: Este caso resalta la importancia de sospechar toxicidad neuromuscular inmunomediada ante ptosis, disfagia, debilidad proximal y elevación de creatinfosfoquinasa posteriores a pembrolizumab dada la alta mortalidad. Si bien la presentación clínica puedo orientarnos, la medición seriada de pico flujo, presiones respiratorias, capacidad vital pueden anticipar la falla ventilatoria y orientar decisiones oportunas de soporte e inmunomodulación.

0529 FACTORES ASOCIADOS A LA MORBIMORTALIDAD DE PACIENTES ONCOLOGICOS INGRESADOS EN LA TERAPIA INTENSIVA

M ORTEGA SARAVIA(1), G GENOVESE(1), P CORONADO(1), A ANTIK(1), A BANEGAS(1)
(1) Hospital Durand

Introducción: El cáncer es una de las principales causas de morbimortalidad en el mundo. Los avances en el diagnóstico precoz y el desarrollo de nuevas terapias han logrado alargar la supervivencia y su ingreso a UCI para el manejo de las complicaciones por el tratamiento, efectos adversos o por enfermedad grave. Principales factores de mortalidad a corto plazo son edad, gravedad al ingreso, insuficiencia respiratoria aguda, necesidad de ARM, admisión tardía en UCI y tumores en fases avanzadas.
Objetivo: Describir los motivos de ingreso, escalas de gravedad, requerimiento de ARM, indicación TQT, tiempo de internación y óbito.
Materiales y métodos: Estudio retrospectivo, descriptico, observacional. Periodo 01-01-2023 al 31-12-2025. Terapia Intensiva -Hospital Durand. Fuente datos SATI-Q. Criterios de inclusión mayores de 18 años, internación mayor a 24 horas, con diagnostico oncológico y/o diagnostico reciente.
Resultado analizado: Edad, sexo, motivo de ingreso, escalas de gravedad APACHE II- SAPS II y SOFA de ingreso, diagnostico oncológico o de reciente diagnóstico, uso de ARM, días de internación hasta pase a sala de internación u óbito, firma de AET.
Resultados: 91 pacientes en total con diagnóstico de cáncer; de órgano solido 72, hematólogo 19, causas de ingreso 44 postoperatorios, 13 Insuficiencia respiratoria, 13 Insuficiencia renal aguda/crónica con requerimiento de diálisis de urgencia, Infecciones postoperatorias 8, resto otras causas, escalas de gravedad SOFA de 0 a 12 puntos, APACHE II de 2 a 39 puntos y SAPS II de 0 a 69 y TISS 28 de 12 y 36 puntos, tiempo de internación; de 1 a 168 días, TQT 6, con ARM de 10 a 118 días, IOT en número de personas 28, de 1 a 20 días, uso de VNI 2 personas, CAFO 2 personas, fallecidos 13 de los cuales 6 firman AET, ingresados a sala general 78 de los cuales 1 firma AET.
Conclusiones: Las determinaciones del tipo de cáncer, determino las escalas de mortalidad, tiempo de internación y óbito. Destacando los pacientes oncohematológicos menor tiempo de intención.

0530 PERFIL COMPLETO DE CITOCINAS PROINFLAMATORIAS Y ANTIINFLAMATORIAS EN EL SÍNDROME DE DIFICULTAD RESPIRATORIA AGUDA DE ORIGEN SÉPTICO: VALOR PRONOSTICO, CORRELACIONES CON DISFUNCIÓN ORGÁNICA Y COCIENTES PRO/ANTIINFLAMATORIOS

LJ URANGA(1), L GALLARDO(1), R LIGARDA(1), F FERNANDEZ(1), B PAEZ(1), S ZIDARICH(1), F MOLINARIS(2)
(1) Hospital Italiano de Cordoba. (2) Fundacion para el Progreso de la Medicina

Introducción: Las citocinas proinflamatorias (IL-6, TNF-alfa, IFN-gamma) y antiinflamatorias (IL-10, IL-2) tienen papeles fisiopatológicos distintos en la sepsis grave. Su evaluación simultanea con el calculo de cocientes pro/antiinflamatorios puede aportar información pronostica que supere a las citocinas individuales.
Objetivo: Caracterizar el perfil completo de citocinas (IL-2, IL-6, IL-10, IFN-gamma, TNF-alfa) en pacientes con SDRA séptico, evaluar su valor discriminativo para mortalidad en UTI, analizar sus correlaciones con la disfunción orgánica y determinar el valor pronostico de los cocientes pro/antiinflamatorios.
Materiales y métodos: Estudio de cohorte retrospectivo en 73 pacientes adultos con SDRA séptico internados en UTI entre 2021 y 2025. Se determinaron al ingreso las citocinas IL-2, IL-6, IL-10, IFN-$_2$ y TNF-$_2$ mediante técnica multiplex, calculándose además cocientes proinflamatorios y un score inflamatorio integrado. Las comparaciones entre supervivientes y fallecidos se realizaron con U de Mann-Whitney. La capacidad predictiva de mortalidad se evaluó mediante curvas ROC con AUROC e IC95% por bootstrap, mientras que las correlaciones con disfunción orgánica se analizaron con coeficiente de Spearman. Asimismo, se efectuó análisis de componentes principales (PCA) y análisis por terciles, considerándose significativo $p < 0,05$.
Resultados: IL-6 fue la única citocina individual con diferencia significativa entre supervivientes y fallecidos (96.5 vs 1525.1 pg/mL; p=0.004) y el mejor predictor individual de mortalidad (AUROC 0.702). El cociente IL-6/IL-10 mostró valor discriminativo adicional (AUROC 0.683; p=0.010). IL-10 fue la citocina con mayor numero de correlaciones significativas con marcadores de disfunción orgánica (SOFA, creatinina, urea, láctico, bilirrubina, procalcitonina). IFN-gamma mostró correlación inversa con SOFA (r=-0.204) y directa con pH (r=0.255), compatible con agotamiento linfocitario T en sepsis grave. TNF-alfa no mostró asociaciones significativas, posiblemente por medición posterior al pico inflamatorio.
Conclusiones: IL-6 e IL-10 son los biomarcadores citosinicos con mayor relevancia clínica en SDRA séptico. El cociente IL-6/IL-10 integra el balance pro/antiinflamatorio y mejora la discriminación de mortalidad respecto a las citocinas individuales. La paradoja del IFN-gamma (inversamente correlacionado con la gravedad) sugiere T-cell exhaustion como mecanismo de inmunoparalisis en sepsis grave.

0532 BOTULISMO POR HERIDA TRAUMÁTICA REPORTE DE UN CASO

DL CALANI TUMIRI(1), M SIGUENCIA(2), H LLANOS(2), V TEJENA(2)
(1) Hospital De Trauma Dr. Federico Abete. (2) Dr. Federico Abete

Introducción: El botulismo es una enfermedad neuroparalítica aguda infrecuente, potencialmente mortal, causada por toxinas de Clostridium botulinum, produce parálisis flácida descendente y puede evolucionar a insuficiencia respiratoria.
En Argentina, se notificaron 94 casos entre 2019-2025, con predominio de forma alimentaria y 0.1% por heridas, se caracteriza por una presentación insidiosa, asociada a traumatismos o procedimientos quirúrgicos, puede simular enfermedades neuromusculares lo que retrasa su diagnóstico.
Reporte de caso: Masculino de 42 años, antecedente de fractura abierta de radio-cubito derecho con osteosíntesis e injerto óseo. En el post-operatorio mediato presenta, diplopía, compromiso de III, IV par craneal y disnea. Estudios imagenologicos sin hallazgos patológicos, evoluciona con deterioro neurológico, requiriendo asistencia respiratoria mecánica.
Se consideró síndrome de Guillain-Barré, miastenia gravis y causas infecciosas. Líquido cefalorraquídeo no inflamatorio, cultivos, pruebas autoinmunes negativos.
Ante el cuadro clínico y traumatismo, se solicita toxina botúlica en suero y esporas en herida quirúrgica, siendo positivo. Administrándose antitoxina específica, Paciente permanece en terapia intensiva, traqueostomizado, leve mejoría de déficit motor y síndrome de enclaustramiento.
Discusión: El botulismo por herida es infrecuente, asociada a condiciones anaerobias generadas por traumatismos. El cuadro clínico típico incluye compromiso de pares craneales seguido de debilidad progresiva y falla respiratoria. La confirmación se realiza mediante detección de toxina y esporas, por lo que la sospecha clínica inicialmente es fundamental.
Conclusión: El botulismo por herida es una entidad de diagnóstico desafiante, especialmente por su baja incidencia. La sospecha clínica precoz la administración oportuna de antitoxina son determinantes para limitar la progresión y mejorar el pronóstico.

0533 BOTULISMO - REPORTE DE UN CASO

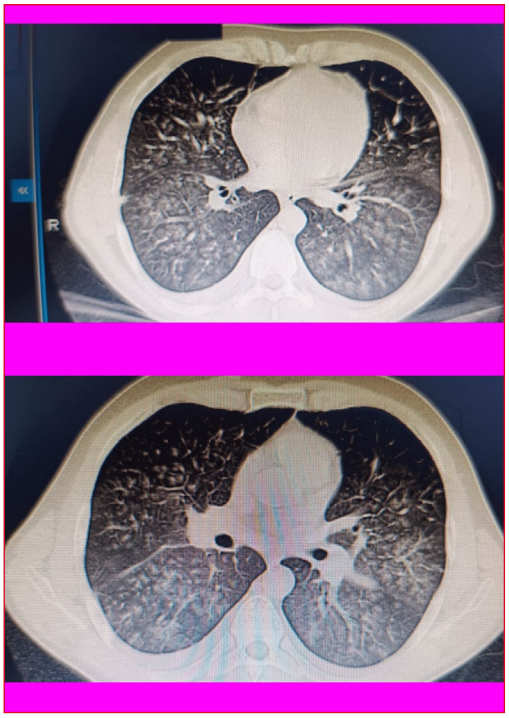
M SIGUENCIA(1), L CALANI(1), H LLANOS TERÁN(1)
(1) Hospital De Trauma Federico Abete

Introducción: El botulismo es una enfermedad neuroparalítica aguda infrecuente, potencialmente mortal, causada por toxinas de Clostridium botulinum, produce parálisis flácida descendente y puede evolucionar a insuficiencia respiratoria.
En Argentina, se notificaron 94 casos entre 2019-2025, con predominio de forma alimentaria y 0.1% por heridas, se caracteriza por una presentación insidiosa, asociada a traumatismos o procedimientos quirúrgicos, puede simular enfermedades neuromusculares lo que retrasa su diagnóstico.
Reporte de caso: Masculino de 42 años, antecedente de fractura abierta de radio-cubito derecho con osteosíntesis e injerto óseo. En el post-operatorio mediato presenta, diplopía, compromiso de III, IV par craneal y disnea. Estudios imagenologicos sin hallazgos patológicos, evoluciona con deterioro neurológico, requiriendo asistencia respiratoria mecánica.
Se consideró síndrome de Guillain-Barré, miastenia gravis y causas infecciosas. Líquido cefalorraquídeo no inflamatorio, cultivos, pruebas autoinmunes negativos.
Ante el cuadro clínico y traumatismo, se solicita toxina botúlica en suero y esporas en herida quirúrgica, siendo positivo. Administrándose antitoxina específica, Paciente permanece en terapia intensiva, traqueostomizado, leve mejoría de déficit motor y síndrome de enclaustramiento.
Discusión: El botulismo por herida es infrecuente, asociada a condiciones anaerobias generadas por traumatismos. El cuadro clínico típico incluye compromiso de pares craneales seguido de debilidad progresiva y falla respiratoria. La confirmación se realiza mediante detección de toxina y esporas, por lo que la sospecha clínica inicialmente es fundamental.
Conclusión: El botulismo por herida es una entidad de diagnóstico desafiante, especialmente por su baja incidencia. La sospecha clínica precoz la administración oportuna de antitoxina son determinantes para limitar la progresión y mejorar el pronóstico.

0534 REPORTE DE CASO: SÍNDROME CARDIOPULMONAR POR HANTAVIRUS ASOCIADO A SHOCK SÉPTICO Y DISFUNCIÓN MULTIORGÁNICA

AN GUTIERREZ(1), JJ NAVOTKA(1), AM OJEDA(1), A COCERES(1), N CRISTALDO(1), MJ OCHOA(1), C LOPEZ(1)
(1) Campaña Escuela Hogar

Introducción: El Síndrome Cardiopulmonar por Hantavirus (SCPH) es una zoonosis emergente grave caracterizada por SDRA, inestabilidad hemodinámica y alta letalidad. Su diagnóstico representa un desafío clínico debido a la similitud con otras etiologías infecciosas y evolución fulminante, requiriendo soporte vital avanzado en Unidad de Terapia Intensiva(UTI).
Presentación del caso: Varón de 42 años, trabajador zona rural, ex-tabaquista, antecedente pasado inmediato de familiar fallecido por neumonía grave de rápida evolución.
Consulta por síndrome febril y tos seca. El cual recibe tratamiento antibiótico ambulatorio con imágenes complementarias sin particularidades. Evoluciona torpidamente decidiéndose su derivación, ingresando confuso, taquipneico, tos seca. Al laboratorio hipoxemico, leucocitosis,plaquetopenico.
Se repite TAC de tórax evidenciándose progresión de infiltrado intersticial bilateral de base a vértice. Requiriendo ARM protectiva para SDRA y soporte vasopresor.
Se asume como Shock séptico a foco respiratorio, SDRA, Neumonía grave de etiología a determinar.
Se inicia esquema con Vancomicina, Imipenem, Claritromicina, Oseltamivir en espera de resultados de cultivos
Evoluciona con injuria renal aguda (estadio KDIGO 3) requiriendo terapia de reemplazo renal.
Se confirmó diagnóstico de Hantavirus mediante *RT-PCR detectable e IgM reactiva*. Siendo el resto de los cultivos negativos.
En internación desarrolla en minibal y liquido pleural *Acinetobacter sp*. y Klebsiella pneumoniae MBL + BLEE, Sensible a tigecyclina,Apto para sinergia ampicilina sulbactam y ceftazidima avibactam.
Iniciando tratamiento con Ampicilina - sulbactam ,Ceftazidima - avibactam y aztreonam por 21 días
Tras 11 días de AVM, evoluciona con mejoría clínica, lográndose la extubación y recuperación de la función renal. Fue otorgado el alta hospitalaria tras 37 días de internación.
Discusión: El SCPH se caracteriza por una fase de invasión viral seguida de una fase cardiopulmonar con fuga capilar masiva. En este caso, la gravedad se vio exacerbada por la coinfección bacteriana con gérmenes multirresistentes, lo que dificultó el manejo inicial. La literatura destaca que el soporte precoz y la sospecha clínica ante cuadros de fiebre y distrés son determinantes para la supervivencia. A diferencia de otros reportes, este paciente sobrevivió a una falla multiorgánica grave que incluyó shock, SDRA y anuria.
Conclusión: El éxito terapéutico en el SCPH depende del soporte intensivo temprano y el manejo interdisciplinario de las complicaciones bacterianas asociadas, demostrando que la supervivencia es posible incluso ante disfunciones multiorgánicas graves.



0536 FENOTIPOS CLÍNICOS Y PREDICCIÓN DE MORTALIDAD EN PACIENTES CON SHOCK SÉPTICO: ANÁLISIS SECUNDARIO DEL ENSAYO CLÍNICO ALEATORIZADO ANDROMEDA-SHOCK I

NA GOETTE(1)
(1) Hospital Britanico de Buenos Aires

Introducción: El shock séptico es una entidad clínica heterogénea, en la que pacientes con criterios diagnósticos similares pueden presentar perfiles de evolución distintos. En los últimos años se han descripto distintos fenotipos clínicos y biológicos, aunque existe limitada evidencia basada en variables hemodinámicas y de perfusión temprana. El objetivo fue identificar fenotipos clínico-hemodinámicos tempranos en pacientes del ensayo ANDROMEDA-SHOCK I mediante enfoques no supervisados.
Métodos: Se realizó un análisis secundario de 424 pacientes con shock séptico. Se incluyeron variables basales y evolutivas de 0 a 24

horas de severidad, perfusión, hemodinamia, fluidoterapia y soporte vasopresor. Se excluyeron variables con las del 20 % de datos faltantes y se realizo imputación múltiple. Se aplicó k-means sobre variables estandarizadas y se construyó una clasificación consenso por voto mayoritario. La estabilidad se evaluó mediante índice de Rand ajustado y bootstrap Jaccard. UMAP-HDBSCAN exploró estructuras no lineales. La asociación con desenlaces se evaluó mediante regresión logística y Cox ajustado.
Resultados: La solución principal identificó dos clusters. El C1 incluyó 159 pacientes y C2 265. C1 presentó mayor severidad e hipoperfusión: SOFA 24 h 12 [10–14] vs 7 [4–10], APACHE II 28 [22–32] vs 19 [14–23] y lactato 8 h 4,8 [2,8–7,45] vs 2,1 [1,6–2,7], además de mayor frecuencia cardíaca, balance hídrico, noradrenalina y TRC prolongado. Las variables más discriminantes fueron SOFA 24 h, APACHE II, SOFA 8 h, lactato 8 h, frecuencia cardíaca, balance hídrico y TRC. C1 presentó mayor mortalidad hospitalaria, a 28 y 90 días: 67% vs 28%, 60% vs 27% y 67% vs 30%. En modelos ajustados, C2 mantuvo menor odds de mortalidad hospitalaria (OR 0,28; IC95% 0,16–0,46) y menor hazard de muerte a 28 y 90 días (HR 0,42; IC95% 0,29–0,61; HR 0,38; IC95% 0,27–0,54). UMAP-HDBSCAN identificó dos subgrupos densos —H1 y H2— y un grupo de pacientes sin pertenencia clara a un núcleo denso, con mortalidad hospitalaria de 59,5%, 19,3% y 50,7%, respectivamente.
Conclusiones: Un enfoque no supervisado identificó dos fenotipos tempranos reproducibles. C1 representó mayor disfunción orgánica, hipoperfusión persistente, mayor soporte vasopresor y peor evolución, útil para estratificación pronóstica e hipótesis individualizadas.

0537 IMPACTO DE UNA ESTRATEGIA MULTIMODAL SOBRE LA APROPIABILIDAD DE LA TERAPIA SUPRESORA DE LA ACIDEZ EN UN HOSPITAL PÚBLICO DE ALTA COMPLEJIDAD DE ARGENTINA: ESTUDIO CUASI-EXPERIMENTAL CON SERIE TEMPORAL INTERRUMPIDA

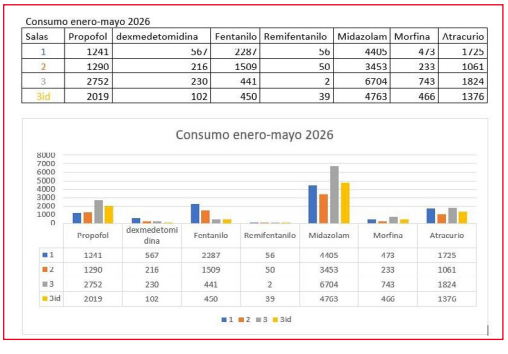
H IZQUIERDO(1)
(1) Hospital Cuenca Alta - Cañuelas

Introducción: La terapia supresora de la acidez (TSA) es una de las prácticas de sobreutilización farmacológica más frecuentes en pacientes hospitalizados, especialmente en el contexto de la profilaxis de úlcera por estrés. Las intervenciones multimodales orientadas a la desimplementación podrían mejorar la apropiabilidad de estas prescripciones, aunque existe escasa evidencia sobre su sostenibilidad en contextos reales de América Latina.
Objetivo: Evaluar el impacto de una estrategia multimodal de desimplementación sobre la apropiabilidad de la prescripción de TSA en un hospital público de alta complejidad de Argentina.
Materiales y métodos: Estudio cuasi-experimental con diseño de serie temporal interrumpida segmentada. Se incluyeron pacientes adultos internados en unidades de terapia intensiva, terapia intermedia y cuidados generales. El estudio se estructuró en tres fases: preintervención, intervención activa y sostenibilidad. La estrategia multimodal incluyó guía institucional, capacitación, referentes locales y auditorías prospectivas con retroalimentación. La variable principal fue la apropiabilidad de la prescripción de TSA. Se analizaron además consumo, costos y eventos de seguridad clínica.
Resultados: Se evaluaron 3553 pacientes. La apropiabilidad global aumentó de 37,0% en la fase preintervención a 73,9% durante la intervención, manteniéndose en 69,5% en la fase de sostenibilidad. El análisis de series temporales mostró un incremento inmediato significativo asociado al inicio de la intervención (OR 3,54; IC95% 2,31–5,43; p<0,001). La sobreutilización disminuyó de 61,1% a 17,9%, mientras que el consumo global de TSA se redujo un 32,2%. No se observaron diferencias significativas en la incidencia de hemorragia digestiva alta intrahospitalaria entre fases. La suspensión de las auditorías prospectivas se asoció con una pérdida parcial del efecto durante la fase de sostenibilidad.
Conclusiones: La implementación de una estrategia multimodal de desimplementación se asoció con una mejora significativa y parcialmente sostenible en la apropiabilidad de la prescripción de TSA, junto con una reducción del consumo y costos, sin evidencia de aumento de eventos adversos clínicamente relevantes.

0539 OPTIMIZACIÓN FARMACÉUTICA DE OPIOIDES Y SEDANTES EN UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA: IMPACTO DE UN PROGRAMA DE TRAZABILIDAD Y CONTROL EN UN HOSPITAL PUBLICO

MJ OCHOA(1), MJ OCHOA(2), V CHEDIACK(2), M QUINTEROS(2), E CUNTO(2)
(1) F. J. Muñiz. (2) F. J. Muñiz

Introducción: La utilización de opioides, sedantes y bloqueantes neuromusculares en pacientes críticos constituye un desafío terapéutico debido al riesgo de errores de medicación, eventos adversos y desvío de sustancias controladas. La crisis sanitaria internacional vinculada al uso indebido de fentanilo reforzó la necesidad de implementar programas hospitalarios de trazabilidad y control de medicamentos de alto riesgo.
Objetivos: Analizar el impacto de un programa institucional de optimización farmacéutica sobre el consumo y trazabilidad de opioides y sedantes en las Unidades de Terapia Intensiva del Hospital de Infecciosas Francisco Javier Muñiz.
Marco teórico: El fentanilo posee elevada potencia analgésica y un importante potencial de toxicidad y dependencia. La literatura internacional y las recomendaciones de seguridad en terapia intensiva destacan la necesidad de fortalecer estrategias de validación farmacéutica, auditoría y monitoreo de consumos en áreas críticas.
Materiales y métodos: Se realizó un estudio observacional, retrospectivo y comparativo entre enero-mayo 2025 y enero-mayo 2026. Se analizaron los consumos de fentanilo, morfina, midazolam, propofol, dexmedetomidina, remifentanilo y atracurio mediante registros obtenidos del sistema SIGEHOS y planillas farmacoterapéuticas institucionales. El programa incluyó validación farmacéutica diaria, conciliación de consumos, control de ampollas, auditorías periódicas y comunicación multidisciplinaria entre farmacia, terapia intensiva y enfermería.
Resultados y discusión: Se registraron 65.481 intervenciones farmacéuticas con una tasa de adherencia del 76%. Los resultados mostraron una disminución significativa del consumo de morfina y atracurio en distintas salas, además de una racionalización progresiva del uso de fentanilo y otros sedantes. La implementación del programa permitió mejorar la trazabilidad de medicamentos críticos, disminuir inconsistencias entre dispensación y administración y fortalecer la seguridad del circuito farmacoterapéutico. Asimismo, se evidenció un impacto favorable sobre la optimización de recursos institucionales y la prevención de errores de medicación.
Conclusión: La optimización farmacéutica y la trazabilidad institucional de opioides representan herramientas fundamentales para mejorar la seguridad del paciente crítico y promover el uso racional de medicamentos de alto riesgo en terapia intensiva.


Consumo enero-mayo 2026

Salas	Propofol	dexmedetomidina	Fentanilo	Remifentanilo	Midazolam	Morfina	Atracurio
1	1241	567	2287	56	4405	473	1725
2	1290	216	1509	50	3453	233	1061
3	2752	230	441	2	6704	743	1824
3id	2019	102	450	39	4763	466	1376

Consumo enero-mayo 2025

Salas	Propofol	dexmedetomidina	Fentanilo	Remifentanilo	Midazolam	Morfina	Atracurio
1	896	263	1251	20	2967	753	1327
2	1114	188	1595	6	3236	481	1564
3	818	154	456	44	3730	330	1398
3id	878	115	703	6	3557	188	1147

0540 REACTIVACIÓN DE CMV EN PACIENTE CRÍTICAMENTE ENFERMA CON SEPSIS GRAVE POR SAMR Y COMPROMISO DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL: DESAFÍO DIAGNÓSTICO EN TERAPIA INTENSIVA

Y KREMER(1), H IZQUIERDO(1)
(1) Cuenca Alta Nestor Kirchner

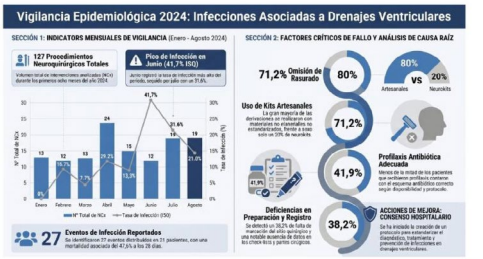
Introducción: La reactivación de herpesvirus en pacientes críticamente enfermos es un fenómeno cada vez más reconocido en terapia intensiva. La sepsis grave puede inducir una profunda disfunción inmune secundaria (“inmunoparálisis”), favoreciendo la reactivación de virus latentes, especialmente de la familia Herpesviridae. La interpretación clínica de estos hallazgos continúa siendo un desafío, particularmente cuando la detección viral ocurre en líquido cefalorraquídeo (LCR) en presencia de otra etiología infecciosa dominante.
Caso clínico: Paciente femenina de 52 años, sin antecedentes de inmunosupresión, internada por sepsis grave por Staphylococcus aureus resistente a meticilina (SAMR), con compromiso multisistémico y del sistema nervioso central. Evolucionó con bacteriemia persistente, espondilodiscitis lumbar, abscesos paravertebrales y de psoas, empiema dural y meningitis bacteriana severa, con múltiples intervenciones quirúrgicas de drenaje.
El análisis de LCR evidenció hipoglucorraquia marcada, hiperproteinorraquia y lactato elevado. En estudios moleculares seriados se detectó CMV persistente en LCR, HSV-2 y VZV positivos en la primera muestra. Además, presentó lesión labial con PCR positiva para HSV-1.
El estudio inmunológico mostró elevación marcada de IgE (2846 UI/mL). La PCR cuantitativa para CMV en sangre fue negativa, con serología compatible con infección pasada (IgG positiva, IgM negativa). La tomografía cerebral evidenció ventriculomegalia y edema subependimario, interpretados en contexto de compromiso infeccioso severo del SNC e hidrocefalia evolutiva.
Discusión: La coexistencia de sepsis grave, múltiples herpesvirus detectados en LCR, ausencia de viremia CMV y serología compatible con infección pasada sugiere reactivación viral secundaria asociada a inmunomodulación inducida por enfermedad crítica (“bystander phenomenon”), más que neuroinfección viral primaria.
Sin embargo, la persistencia de PCR positiva para CMV y VZV en LCR plantea el desafío de diferenciar reactivación viral de coinfección clínicamente relevante, constituyendo un importante dilema diagnóstico y terapéutico en pacientes neurocríticos.
Conclusión: La detección molecular de herpesvirus en pacientes críticamente enfermos debe interpretarse dentro del contexto clínico, microbiológico e imagenológico global. Este caso resalta la complejidad diagnóstica de distinguir reactivación viral secundaria de neuroinfección activa en sepsis grave con compromiso del SNC.

0541 BROTE DE INFECCIONES DE SITIO QUIRÚRGICO ASOCIADAS A DRENAJE VENTRICULAR EXTERNO EN PACIENTES NEUROQUIRÚRGICOS.

R BARREIRO(1), M SANCHEZ-CUNTO(1), C STREITENBERGER(1), M BIANCO(1), Y ROMERO(1), N TOWSTYKA(1), G CERVANTES(1), C OSUNA(1)
(1) De Alta Complejidad del Bicentenario

Introducción: Las infecciones de sitio quirúrgico asociadas a drenaje ventricular externo (ISQ-DVE) representan una complicación grave en pacientes neuroquirúrgicos, con impacto significativo sobre la morbimortalidad y la seguridad del paciente. Su desarrollo puede relacionarse con factores asociados al procedimiento, al dispositivo utilizado y al cumplimiento de medidas preventivas. La identificación de factores favorecedores y causas sistémicas resulta fundamental para implementar estrategias de mejora.
Objetivos: Analizar la tasa de infecciones de sitio quirúrgico asociadas a drenaje ventricular externo (ISQ-DVE), identificar fallas en procedimientos y protocolos vinculados al evento y proponer medidas de mejora orientadas a la prevención de nuevos episodios.
Metodología: Estudio observacional descriptivo realizado entre enero y agosto de 2024. Se analizaron 27 episodios de ISQ-DVE en 21 pacientes, sobre un total de 127 procedimientos neuroquirúrgicos. Se evaluaron variables demográficas, internación en terapia intensiva, mortalidad a los 28 días, utilización de kits artesanales, marcación del sitio quirúrgico, baño prequirúrgico, rasurado, profilaxis antibiótica y factores asociados identificados mediante análisis de causa raíz.
Resultados: La tasa de ISQ-DVE fue del 21%. El 95% de los pacientes se encontraba internado en terapia intensiva y la mortalidad a los 28 días fue del 47,6%. El 80% de las derivaciones se realizó con kits artesanales y el 20% con neurokits. El 38,2% de los sitios quirúrgicos no fue marcado, el 28,6% de los baños prequirúrgicos no se efectuó y el rasurado no se realizó en el 71,2% de los casos. Solo el 41,9% de los pacientes recibió profilaxis antibiótica adecuada(Fig. 1. Características de las Infecciones Asociadas a Drenajes Ventriculares). El análisis de causa raíz identificó múltiples factores favorecedores: ausencia de procesos estandarizados, registros incompletos, fallas en la comunicación interdisciplinaria, deficiencias en capacitación y baja adherencia a protocolos institucionales (Fig. 2. Factores favorecedores de ISQ-DVE).
Conclusiones: El brote de ISQ-DVE se asoció a múltiples factores sistémicos y operativos identificados mediante análisis de causa raíz. La baja adherencia a prácticas preventivas, junto con deficiencias organizacionales y de estandarización, probablemente contribuyó a la elevada incidencia observada. La implementación de protocolos institucionales específicos, auditorías periódicas, capacitación continua y estrategias de supervisión interdisciplinaria podría disminuir la ocurrencia de estos eventos y mejorar la seguridad del paciente.

Fig. 1. Características de las Infecciones Asociadas a Drenajes Ventriculares



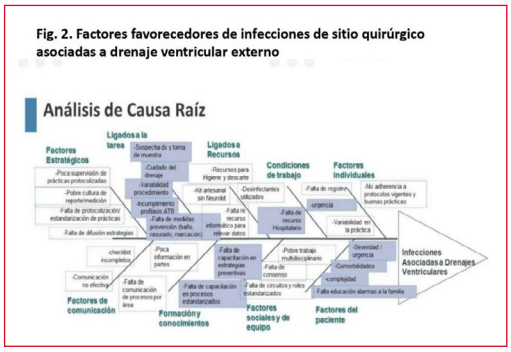


Fig. 2. Factores favorecedores de infecciones de sitio quirúrgico asociadas a drenaje ventricular externo

0542 KLEBSIELLA PNEUMONIAE PDR ST258 EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS CRÍTICOS: LECCIONES DE UNA INVESTIGACIÓN EPIDEMIOLÓGICA Y CONTROL DE LA EMERGENCIA

C OSUNA(1), E MONTIEL(1), E DUARTE(1), C STREITENBERGER(1), N CÁRDENAS(1), G CERVANTES(1), K RIQUEL(1), M SANCHEZ-CUNTO(1)
(1) De Alta Complejidad del Bicentenario

Introducción: La emergencia de bacilos gramnegativos pandrogorresistentes (PDR) en unidades de cuidados críticos (UTI) representa una amenaza para la salud pública. Se alerta sobre la detección de dos aislamientos de Klebsiella pneumoniae (Kpn) PDR en una UTI de la Provincia de Buenos Aires, analizando su perfil y las medidas críticas de bloqueo implementadas.
Materiales y Métodos: Estudio descriptivo-retrospectivo de un brote por Kpn PDR (enero 2026) en muestras respiratorias de dos pacientes. Identificación y sensibilidad se determinaron por métodos manuales/automatizados y sinergias con doble inhibidor. Los mecanismos de resistencia y MLST se caracterizaron por RT-PCR, Sanger y WGS (Illumina). Se ejecutó una búsqueda activa de reservorios (ambiental/contactos) y gestión interinstitucional.
Resultados: Ambos aislamientos presentaron resistencia a todos los antimicrobianos disponibles en Argentina, incluido aztreonam/avibactam (AZA). Se identificó un perfil genómico idéntico (blaNDM-1, blaCTX-M-15, blaSHV-231) asociado al clon de alto riesgo ST258. In vitro, hubo sinergia con AZA/amoxicilina-clavulánico e imipenem-relebactam/AZA/amoxicilina-clavulánico. Los pacientes evolucionaron estables sin tratamiento al considerarse como colonizaciones. La vigilancia activa no detectó nuevos casos. Se realizó aislamiento, cohortización y notificación al sistema de vigilancia nacional.
Discusión: La emergencia de Kpn ST258 con perfil PDR expone una preocupante evolución en la dinámica de la resistencia bacteriana en cuidados críticos, caracterizada por la pérdida de susceptibilidad a AZA. Ante el quiebre de esta última línea terapéutica, el sinergismo evidenciado in vitro mediante combinaciones de doble o triple inhibidor fundamenta estrategias de rescate farmacológico frente a eventuales eventos invasivos. Asimismo, la identidad genómica y la correlación con un brote registrado en 2022 sugieren una circulación regional latente de este clon, lo que obliga a mantener un alto índice de sospecha clínica en el entorno intensivista.
Conclusiones: El hallazgo de cepas PDR evidencia una limitación crítica en las opciones terapéuticas disponibles en el país. Su contención exitosa depende estrictamente de la detección microbiológica precoz, la búsqueda exhaustiva de reservorios y la implementación inmediata de medidas de aislamiento y cohortización para prevenir la diseminación intrahospitalaria.

0543 MIOCARDIOPATÍA POR ESTRÉS TIPO TAKOTSUBO INVERTIDO EN UN PACIENTE PEDIÁTRICO CRÍTICO

C MOREIRA(1), Y DA LUZ(1), S ANTÚNEZ(1), G NAYA(1)
(1) Servicio Medico Integral

Introducción: La miocardiopatía por estrés tipo Takotsubo es un síndrome de disfunción ventricular aguda, habitualmente transitoria, con alteraciones segmentarias de la contractilidad que no corresponden a un territorio coronario único. Su fisiopatología se vincula a una respuesta catecolaminérgica exagerada. Es infrecuente en pediatría, pero potencialmente grave.
Presentación del caso: Paciente masculino de 12 años, con alergia severa a múltiples alimentos y fármacos, asma persistente mal controlada y antecedente de shock anafiláctico grave a los 5 años, en contexto de procedimiento endoscópico con anestesia.
Luego de ingerir un alimento no elaborado en su domicilio, con dudas sobre sus ingredientes y posible contaminación cruzada, presentó dificultad respiratoria brusca. Recibió broncodilatadores inhalados sin mejoría y fue trasladado por sus medios a un centro asistencial. Durante el traslado presentó depresión de conciencia y cianosis. Al ingreso se constató Glasgow 3, bradicardia, pulsos periféricos impalpables, midriasis arreactiva y exantema generalizado. Se interpretó como anafilaxia grave con crisis asmática severa y shock.
Recibió adrenalina, corticoides, antihistamínicos, sedoanalgesia e intubación dificultosa. Al ingreso a terapia intensiva se constató extubación accidental seguida de paro cardiorrespiratorio. Recibió reanimación avanzada, múltiples dosis de adrenalina y reintubación sin edema laríngeo.
La paraclínica evidenció acidosis mixta con hiperlactacidemia. Troponina inicial 89 ng/L, con descenso posterior menor a 40 ng/L, sin curva ascendente significativa. El electrocardiograma mostró ritmo sinusal, taquicardia, QRS fino, sin signos de isquemia. El ecocardiograma evidenció falla ventricular moderada, FEVI 40%, hipoquinesia basal y media, hipercontractilidad apical e insuficiencia mitral moderada, compatible con Takotsubo invertido.
Requirió asistencia ventilatoria mecánica 48 horas y soporte vasoactivo/inotrópico 48–60 horas. Evolucionó con recuperación clínica completa, sin disfunción multiorgánica, con normalización ecocardiográfica y electrocardiográfica.
Discusión: El compromiso miocárdico probablemente fue multifactorial, vinculado a anafilaxia grave, hipoxia, paro cardiorrespiratorio y exposición a altas dosis de catecolaminas.
Conclusión: El Takotsubo invertido debe considerarse ante disfunción ventricular aguda en pacientes pediátricos críticos. La ecocardiografía precoz y seriada resulta fundamental para orientar el soporte hemodinámico y documentar la evolución.

ÍNDICE DE AUTORES

Autor	Resumen
A	
Acevedo, M	0217
Acosta, AB	0112
Acosta, JC	0125
Aguilar Gaspar, TM	0108
Aguilar Herrera, ER	0336
Aguirre, S	0469
Alaguibe, J	0249
Alaguibe, J	0251
Alaguibe, J	0252
Albuquerque, E	0277
Aliaga, C	0187
Aliano, S	0370
Aloy, M	0359
Althaus, V	0294
Álvarez Sánchez, J	0527
Álvarez, D	0219
Álvarez, E	0090
Álvarez, GE	0040
Amitrano, D	0097
Amitrano, D	0258
Andaluz, W	0067
Aranda Trujillo, J	0442
Arandia Mercado, NZ	0253
Araujo, D	0119
Arce, CG	0182
Arfilli Pérez, M	0282
Arias Ayubb, JL	0127
Armandola, HA	0129
Arroyo, J	0373
Avila, M	0448
Ayala, AL	0414
B	
Báez, JN	0383
Bafumo, D	0330
Baldasso, ML	0481
Barja Tirado, J	0200
Barrionuevo, S	0155
Barrionuevo, S	0168
Barrirero, A	0062
Benitez Arce, S	0213
Benítez, J	0363
Bergati Russell, M	0123
Berón, AM	0228
Bertaina, R	0160
Bertaina, R	0166
Bezzi, M	0293
Biscarra, J	0057
Blanco Carrero, CS	0461
Blando, ME	0264
Bocassi, A	0427
Bonini, M	0080
Borgarucci, L	0053
Borgarucci, L	0054
Borla, R	0179
Bottino, E	0509
Bravo Nuñez, TA	0391
Bravo Nuñez, TA	0394
Bravo Nuñez, TA	0405
Bravo, V	0268
Brizuela, V	0152
Bruno, MP	0270
Bureu, PL	0150
Burgos, B	0434
Bustillo, R	0049
Bustos, A	0455
C	
Caballero Sanchez, D	0346
Caceres, G	0494
Cafarelli, J	0452
Cahuana, A	0221
Cahuana, A	0230
Calani Tumiri, DL	0532
Cambre, M	0191
Cambre, M	0193
Camejo Cedillo, JD	0480
Caminos Eguillor, JF	0378
Caminos Eguillor, JF	0416
Campostrini, JB	0140
Canadas Varela, N	0483
Cantero, L	0101
Capretta, M	0424
Carrera Ramos, LR	0256
Castelli, MB	0447
Cattay, E	0339
Cazenave, MI	0156
Cazenave, MI	0169
Ceballos, F	0037
Centanni, P	0310
Centurión Kauz, CA	0289
Ceratto, I	0061
Cervantes, HF	0429
Chacón Mora, AR	0069
Charris Vergara, A	0178
Chiossone, E	0470
Cian, A	0015
Clérico, AB	0283
Corvalán, NY	0285
Cosentino, BH	0423
Cosentino, BH	0425
Crucci, M	0296
Cruz Vbalarezo, LF	0341
D	
D'Ottavio Colombo, MDLM	0245
Dalvit, J	0351
De Araujo Casotti, B	0017
De Araujo Casotti, B	0023
De La Hoz, H	0095
De La Rosa, L	0106
De Luca, CG	0241
Deheza, M	0043
Dehne, M	0232
Del Castillo, I	0273
Del Valle, E	0376
Dezurko, D	0134
Díaz, L	0260
Díaz, L	0261
Diaz, MJ	0299
Doglia, J	0278
Domínguez, V	0439
Donelly, A	0172
Dorado, J	0297
Dorado, J	0352
Dreilinger, L	0104
Dreilinger, L	0105
E	
Ecos Fernandez, PD	0324
Ecos Fernandez, PD	0495
Enzetti, M	0262
Espinoza, FE	0158
Espinoza, J	0523
Esteban, S	0517
Esteban, S	0518
F	
Falcon, ND	0215
Favier, P	0078
Feldman, A	0421
Feldman, A	0422
Feldman, A	0426
Feldman, A	0428
Feldman, A	0438
Fernández Abello, V	0409
Fernández Beassoni, V	0387
Fernández Ceballos, I	0497
Fernández, A	0016
Fernández, G	0454
Ferrero, A	0093
Flamini Marczuk, M	0141
Flores, G	0472
Forchino, F	0350
Franco Avila, CA	0032
Franco, J	0010
Friedel, ME	0154
Friedel, ME	0212
Frydman, J	0103
Funes Nelson, N	0287
G	
Galende, V	0385
Gallardo, RB	0033
Gallini, OR	0347
Galván, LM	0437
Garay Ríos, AC	0211
García Colinas, M	0177
García Valdez, J	0185
García, ME	0014
Garnero, C	0345
Gentina, G	0082
Ghidini, A	0430
Giannoni, R	0091
Gietz, I	0052
Goette, NA	0536

Autor	Resumen
Gómez Lund, OH	0207
Gómez Lund, OH	0209
Gómez Méndez, SA	0321
Gómez Méndez, SA	0516
Gómez Pertuz, S	0335
Gómez, L	0007
Gonzales Coronel, L	0063
Gonzales Coronel, L	0522
González Vara, A	0247
González, A	0291
González, C	0146
González, FE	0292
González, M	0165
González, RC	0431
Grassi, JA	0099
Guado, M	0280
Guerrero, D	0175
Gutiérrez, AN	0534
Gutiérrez, FJ	0513
Guzman, V	0328
H	
Healy, S	0377
Hernando, R	0390
Herrera, B	0502
Herrera, B	0507
Hoffmann, RA	0276
Hoyos, I	0196
I	
Ibarrola, C	0315
Iglesias, LM	0021
Iglesias, LM	0109
Izquierdo, H	0537
J	
Jaramillo Lugo, E	0337
Jaramillo, J	0229
Jiménez, E	0301
Joaquim Rodrigues, L	0396
K	
Karas, BA	0265
Karatanasopuloz, R	0081
Karatanasopuloz, R	0085
Karatanasopuloz, R	0102
Karatanasopuloz, R	0353
Karatanasopuloz, R	0354
Karatanasopuloz, R	0356
Kastner, M	0044
Kirschbaum, M	0300
Kopas, J	0162
Kremer, Y	0107
Kremer, Y	0540
L	
Lamberto, Y	0332
Lanchas, S	0164
Langianese, DA	0159
Ledesma, N	0027
Lenarduzzi, G	0348
Lombardo, CM	0464
Lombardo, V	0460
López Mamani, BA	0496
López Mamani, BA	0505
López, A	0457
López, H	0444
Loudet, CI	0401
Loudet, IC	0192
Lugo, A	0484
M	
Madera Merchan, JJ	0029
Madera Merchán, JJ	0039
Magallanes, M	0153
Magalu, MG	0259
Maidana, LE	0173
Maldonado, GA	0313
Maldonado, M	0392
Mallo, C	0222
Manniello, JA	0202
Marain, MA	0157
Marchesi, T	0506
Martin Aguila, AI	0001
Martin, I	0381
Martínez Mendez, P	0266
Martínez Mendez, P	0451
Martínez, BJ	0342
Martínez, R	0501
Massih Altamirano, T	0121
Massih Altamirano, T	0122
Massola, M	0349
Matricardi, W	0036
Mattei, R	0031
Méndez, V	0343
Mesquita, MJ	0436
Meza Perez, A	0042
Monaco, A	0500
Monzalvez, FI	0446
Moracci, RS	0226
Moracci, RS	0322
Morales Montecinos, D	0443
Morales, EM	0006
Morales, ML	0320
Morales, ML	0020
Morando, S	0318
Moreira Sanchez, PC	0038
Moreira, C	0543
Moreira, JC	0118
Moreira, JC	0120
Morelli, M	0358
Moreno, A	0013
Mosconi, J	0149
Mouradian, J	0456
Mouradian, J	0458
Muruchi Acuña, CO	0362
N	
Naranjo Sánchez, JE	0477
Nava Ortega, ME	0462
Nava Ortega, ME	0467
Navarro Salinas, MA	0331
Navotka, JJ	0208
Naya, ME	0041
Nayi, E	0194
Nieva Motrán, MDLÁ	0486
Novello, E	0488
Nuñez, FN	0303
Núñez, J	0064
O	
Obesio, M	0366
Obesio, M	0415
Ochat, F	0490
Ochoa, JM	0218
Ochoa, JM	0432
Ochoa, MJ	0539
Olaizola, G	0151
Olguín, C	0463
Olguín, CN	0450
Oliva Martinez, C	0338
Oliva, V	0244
Olivera, M	0274
Olivera, N	0143
Ontivero, F	0136
Oregioni, C	0124
Orellano, MA	0489
Orfali Marengo, MR	0002
Ortega Saravia, M	0529
Ortiz, C	0286
Osuna, CS	0386
Oyola, M	0382
P	
Pacheco Ayza, MF	0047
Pacheco, CM	0393
Padilla Ibarra, A	0508
Paez Galleguillo, N	0503
Palacio, MC	0088
Palacios, GA	0295
Paredes, P	0471
Parodi, ME	0525
Pauluzzi, A	0309
Penayo, F	0511
Perdigués Ayub, R	0004
Pérez De Andes, AJ	0248
Pérez, A	0147
Pérez, J	0114
Pettorosso, C	0445
Picola, F	0235
Plotnikow, GA	0284
Poggiani, A	0086
Pomiro, JC	0132
Portillo Villalba, BF	0468
Pratto, RA	0257
Punzino, NR	0126
Q	
Quiroga Valdez, YH	0411
Quiroga, A	0216
R	
Ramells, V	0068
Ramírez Ayala, AL	0499
Ramírez-Ayala, A	0326
Ramírez-Ayala, A	0327

Autor	Resumen
Ramírez, P	0279
Ramos Elizagaray, SI	0306
Ramos Vargas, DL	0210
Ramos Vargas, DL	0240
Ramos, FG	0482
Ramos, FN	0214
Renault, T	0307
Reta, L	0329
Retta, A	0051
Reynoso, FP	0519
Riascos, E	0181
Ribeiro, MA	0420
Riquel, MG	0371
Robles, M	0189
Rocha Ferreira E Silva, L	0224
Rochetta, YL	0311
Rodríguez Ponce, YC	0459
Rodríguez, C	0449
Rodríguez, V	0204
Roggiero, C	0441
Romano, J	0419
Romeggio, RDLA	0355
Romero Lombardi, SL	0025
Romero Lombardi, SL	0026
Romero, D	0275
Romero, D	0190
Romero, NS	0117
Ronconi, R	0374
Rondan Valdiviezo, MF	0028
Rosa, R	0176
Roselló, DM	0050
Roteda, C	0357
Ruatta, DE	0526
Rufiner Gareis, CM	0271

S

Salomón, T	0030
Sammartino, JI	0167
Sánchez Alvarez, SA	0492
Sánchez Serrano, J	0142
Sánchez-Cunto, M	0541
Sánchez-Cunto, M	0542
Sánchez, S	0083
Santana Mackinlay, A	0096
Santilli, E	0138
Santomil, I	0365
Sarabia Albis, HM	0485
Sarabia Albis, HM	0491
Saúl, P	0323
Savia, A	0453
Schaller, IS	0195
Schaller, IS	0198
Segovia, Y	0065
Siguencia, M	0533
Silva, J	0410
Silva, J	0473
Simonassi, J	0368
Simonassi, JI	0055
Simoré, I	0110
Singh, M	0225
Singh, M	0237
Sione, A	0236
Sione, A	0242
Solarte, C	0418
Soto, G	0092
Souza, N	0375
Steinberg, E	0012
Steinberg, E	0184
Steinberg, E	0186
Su´arez Aboy, C	0504
Svenson, MZ	0133

T

Tabacco, F	0075
Taboada De Iriondo, L	0045
Taffarel, P	0290
Taipe, D	0267
Taipe, D	0269
Teiller, S	0035
Tenezaca, T	0281
Tersoglio, N	0148
Tolisso, JP	0407
Ton, V	0404
Torres, K	0188
Torres, L	0008
Tramaglia, M	0388

U

Uñates, MDLA	0098
Uranga, LJ	0402
Uranga, LJ	0521
Uranga, LJ	0530

V

Valencia Heredia, E	0466
Valencia Heredia, E	0476
Valencia Heredia, E	0515
Vargas Chambi, FR	0201
Vázquez Brignole, F	0077
Verdún, MCI	0255
Vieira Da Costa,, MV	0163
Vieira Da Costa, MV	0161
Villacres Aguilar, DA	0115
Villanueva Massardo, CI	0435
Villarreal Leiva, DA	0298
Villarroel Linares, LE	0074
Villarruel, MA	0174
Villavaza, UG	0113
Villavaza, UG	0116
Villecco, P	0384

Y

Yubel, M	0389