

## RESÚMENES

### 1 - TRABAJO LIBRE

#### **Implementación de la Mesa de Parto Respetado en el HCANK.**

*Reale ML, Fernández M, Arrúa M, Pérez ML, Jaúreguy A, Piervincenzi MC, Sánchez Ferré M, Donati A.*

Como consecuencia de la adhesión a las Leyes Nacional y Provincial de Parto Respetado o Humanizado por parte del HCANK; el Área de Políticas de Género y Diversidad, dependiente del Consejo del Hospital, se propone la creación de la Mesa de parto respetado, garantizando los derechos humanos y la soberanía del cuerpo de la persona gestante durante el proceso de embarazo, parto y puerperio. Implementar la Mesa de Parto Respetado del HCANK para la promoción del cuidado integral de la salud de las personas gestantes, los/as recién nacidos/as y de sus redes vinculadas, durante el proceso de embarazo, parto y puerperio, desde una perspectiva de género y derechos.

#### **Establecimiento de Equipos interdisciplinarios para el logro de los objetivos:**

- 1- Implementación del Centro de Salud mental. Dispositivo de alojamiento de acompañantes con perspectiva Interdisciplinaria.
- 2- Equipo Interdisciplinario de Apoyo, Capacitación y Promoción de la Lactancia Humana
- 3- Calidad de Procesos de los Servicios Materno infantiles del HCANK"

- Planificación y puesta en marcha del Proyecto Centro de Salud mental. Dispositivo de alojamiento de acompañantes con perspectiva Interdisciplinaria.
- Avances para la Certificación Nacional del Hospital Amigo de la Lactancia.
- Diseño y desarrollo del Mapa de Proceso de los Servicios Materno infantiles del HCANK

La implementación de La Mesa de Parto respetado como un espacio institucional del Área de Políticas de Género y Diversidad instó a promover espacios de trabajo que favorecieron la posibilidad de interpelar, (re) pensar las prácticas, el rol de los equipos de salud, para garantizar los derechos de las y los pacientes, desde un abordaje integral y acompañar deseos. Fue necesario que la cultura organizacional incluyera y fomentara la consolidación de un nuevo paradigma respecto a la asistencia del nacimiento, y que consecuentemente forme parte de la política institucional, entendiéndose a la salud integral como un derecho humano, que implica asumir responsabilidades inherentes a un Estado en su condición de garante.

### 2 - CASO CLÍNICO

#### **Hematocolpos como forma inusual de presentación de dolor abdominal en mujeres perimenopáusicas.**

*Villalba Lettieri, M; Cena, K M; Baliño, F A; Cayo Pary, J N; Pisano, M; De Majo, M.*

Mujer premenopáusica de 44 años, ingresa por la guardia por presenta dolor en hipogastrio y escasa ginecorragia.

Antecedentes personales de oligomenorrea. Al momento del examen físico abdomen blando, depresible, doloroso en hipogastrio, sin defensa ni reacción peritoneal. A la palpación cuello del cérvix cerrado y sin pérdidas por genitales externos.

#### **Ecografía ginecológica:**

- Endometrio de 8 mm desdoblada por una fina banda anecoica liquida de 3 mm.
- Cérvix uterino aumentado de tamaño a expensa de imagen con nivel liquido/liquido de 49x34 mm, sin vascularización a la exploración Doppler color. Hallazgo vinculable con hematocolpos, en primer término.
- Ovario derecho de 45mm con imagen quística simple de 33 mm.
- Resto del estudio sin particularidades.

#### **Discusión:**

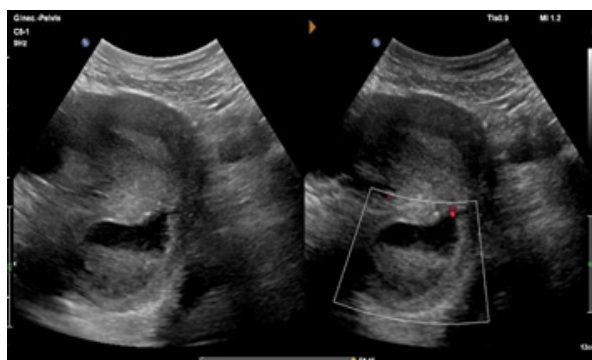
El hematocolpos es la acumulación de contenido hemático en vagina, que se genera por un obstáculo que impide la eliminación de esta. Es infrecuente, y generalmente se debe al himen imperforado, que asocia alteraciones congénitas, por lo cual se suele diagnosticar con la menarca por dolores intensos a nivel del hipogastrio.

Si bien se suele diagnosticar en la adolescencia, también puede verse en la adultez por distintas causas, que pueden ser directas (actividad sexual, instrumentación, complicación de conización, HPV, otras enfermedades) o indirectas (ejercicios como ciclismo y equitación).

Se han presentado casos particulares como secundario a una complicación de conización en pacientes que ya han tenido menstruaciones.

La accesibilidad del método ecográfico y los criterios imagenológicos patognomónicos de esta patología nos permiten, junto a la inspección genital, datos clínicos y antecedentes, llegar a un diagnóstico preciso y precoz de hematocolpos contribuyendo de este modo a mejorar la clínica de la paciente en forma temprana. La ecografía ginecológica constituye la prueba complementaria de elección, ya que nos permite la visua-

lización del hematocolpos y nos ayuda a descartar malformaciones genitourinarias asociadas.



En consecuencia, sostenemos la importancia del abordaje interdisciplinario que impacta en la calidad de atención para con el paciente, ya que evita un abordaje fragmentado como así también la revictimización de la persona.

En base a lo expuesto, se considera la importancia de la flexibilidad del profesional para promover el trabajo de manera conjunta desde las distintas disciplinas, desde los distintos saberes, entendiendo a la salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades (OMS).

**Objetivo General:**

Visibilizar el rol del servicio social en el HCANK, en pos de propiciar un abordaje integral e interdisciplinario en los procesos de atención, salud, enfermedad y cuidados de las personas.

**Objetivos Específicos:**

- Comunicar el rol, las incumbencias, y las intervenciones del servicio social.
  - Promover el trabajo interdisciplinario en el HCANK.
- Se utilizan estadísticas de pacientes atendidos en el hospital, desglosados por servicios, para analizar la cantidad de intervenciones realizadas y la colaboración entre disciplinas.

**Las metodologías utilizadas fueron: cuantitativa y cualitativa.**

Se realizó un análisis respecto de las intervenciones realizadas desde el Servicio Social en el Hospital HCANK, tomando como muestra el periodo que comprende 01/01/2024 al 29/10/2024. Los mismos revelan que a lo largo del periodo mencionado, se han atendido un total de 4.625 pacientes en los servicios por los cuales transitamos. De los cuales 451 fueron con articulación interna del Hospital; 1569 por consultorios externos; 248 por demanda espontánea; 475 por hospital de día obstétrico; 18 por hospital de día polivalente; 738 por Neonatología; 309 por cuidados generales; 499 por toco ginecología y 318 en UTIM. Finalmente se ha observado que de las intervenciones 2487 fueron a partir de interconsultas, mientras que 2581 por seguimiento clínico.

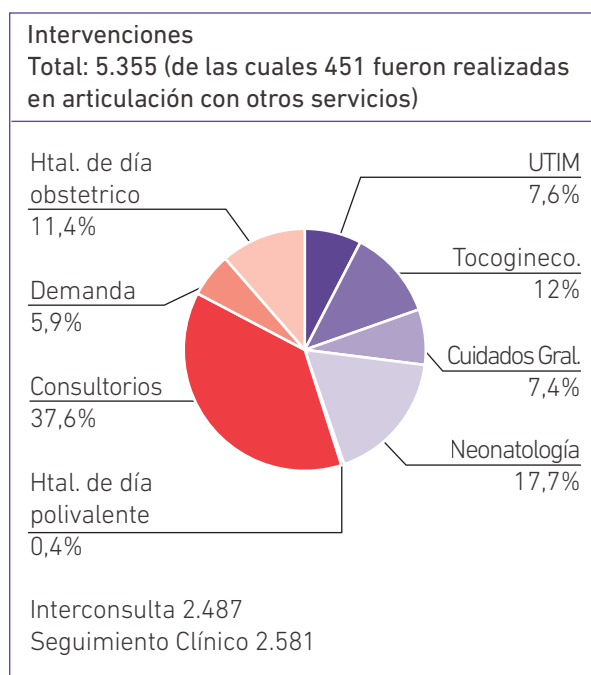
3 - TRABAJO LIBRE

**Hacia la transversalización del Servicio Social en el HCANK.**

*Acosta G; Bejarano V; Maidan G; Pasicose B.*

En el marco de las VII Jornadas Científicas del HCANK, la elección del tema a desarrollar gira en torno a dar conocimiento del rol del servicio social en este hospital y las intervenciones que se realizan en cada área en pos de favorecer el trabajo interdisciplinario. Esto surge a raíz de observar el escaso abordaje interdisciplinario en materia de salud, enfermedad, atención y cuidado en el hospital, reflejado en las intervenciones multidisciplinarias llevadas adelante desde los distintos servicios y disciplinas que funcionan dentro del mismo.

En este sentido resulta menester mencionar que como profesionales del Trabajo Social consideramos que el abordaje de la salud, enfermedad, atención y cuidado debe ser de manera integral, desde el paradigma de los derechos humanos, como también desde una perspectiva de género que tenga en cuenta tanto lo histórico como lo contextual, ya que son producto de los determinantes sociales, entendiendo que ejercen gran influencia en el estado de la salud de las personas.



El objetivo central de este trabajo ha sido comunicar las incumbencias y las intervenciones del Servicio Social en cada servicio en específico. Las diversas acciones descritas subrayan la importancia de un enfoque que contemple las múltiples dimensiones de la salud, abogando por un abordaje que no solo se limite a la atención médica, sino que integre las realidades sociales, económicas y culturales que impactan en la vida de los pacientes, en pos de garantizar así un servicio de calidad que responda a las necesidades reales de la población atendida.

#### 4 - CASO CLÍNICO

##### **Forma de presentación de linfoma primario hepático según nuestra experiencia.**

*Baliño F; Cena K; Villalba Lettieri M; Cayo Pary J; Ávila Á; García N.*

Paciente masculino de 57 años consulta por dolor abdominal tipo cólico que inicia en hipocondrio derecho, con posterior irradiación difusa al abdomen de 20 días de evolución. Refiere pérdida de peso, astenia y anorexia en los últimos 15 días. Sin antecedentes personales de relevancia. Presenta marcada ictericia y alteración de varios parámetros de laboratorio como por ejemplo aumento de transaminasas, bilirrubina total a predominio de bilirrubina directa.

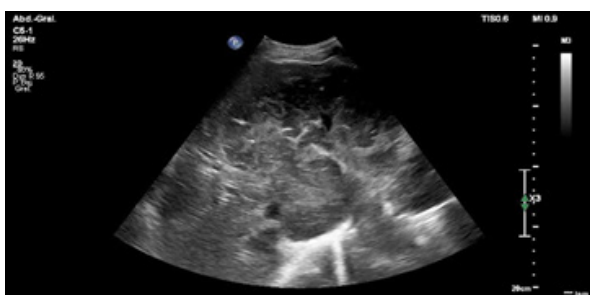
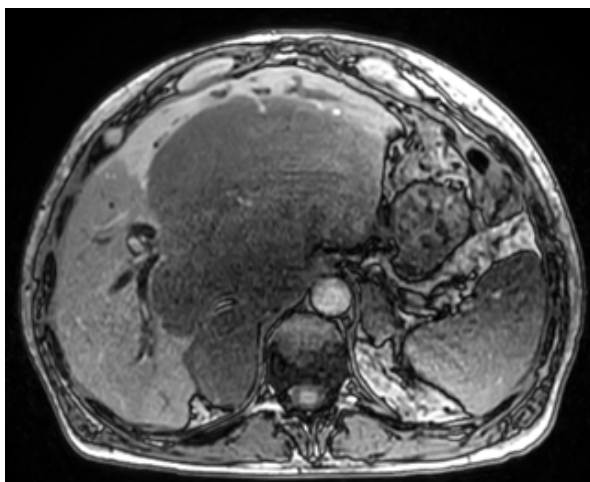
Se realiza un estudio ultrasonográfico, que revela un hígado aumentado de tamaño con una imagen focal de bordes difusos y ecorrespuesta heterogénea, alcanzando dimensiones de 14 cm x 10 cm.

Se continúa con el algoritmo diagnóstico realizando una tomografía computarizada (TAC) de abdomen y pelvis, donde se observa hepatomegalia heterogénea debido a una voluminosa masa de contornos imprecisos y densitometría heterogénea, con escaso realce tras la administración de contraste endovenoso. Esta masa compromete principalmente los segmentos hepáticos superiores (II, IVa, VII, VIII y caudado) y tiene dimensiones promedio de DAP: 140 mm, DT: 144 mm y DL: 130 mm. Además, se identifica dilatación de la vía intrahepática, asociado a presencia de líquido libre en el espacio perihepático, perivesicular y en la gotera colónica ipsilateral. También se observa engrosamiento nodular de ambas glándulas suprarrenales, con franco predominio derecho, con escaso realce tras la administración de contraste, midiendo 36 mm x 58 mm en el derecho y 44 mm x 24 mm en el izquierdo.

Se complementaron los estudios imagenológicos con una resonancia magnética nuclear (RMN) de abdomen y pelvis, que revela una extensa formación sólida hepática que abarca casi todos los segmentos visualizados, con restricción en difusión y realce tardío. Esta masa está en estrecho contacto con la glándula suprarrenal derecha, que se encuentra reemplazada por tejido de características similares. A su vez, se observa dilatación retrógrada de la vía biliar y la masa engloba los vasos del hilio hepático, sin que se evidencie una clara estenosis en ellos. La glándula suprarrenal izquierda también presenta un reemplazo por tejido restrictivo en difusión.

A la luz de estos hallazgos imagenológicos, se plantearon como diagnósticos diferenciales el carcinoma hepatocelular, el colangiocarcinoma formador de masa y el linfoma primario como principales alternativas diagnósticas, mientras que en segundo orden se consideraron el linfoma secundario, las metástasis y el absceso.

Finalmente, se realizó una punción histológica, la cual mostró positividad para CD 20 y CD 45, confirmando el diagnóstico definitivo de síndrome linfoproliferativo de tipo B.



El linfoma primario hepático es una etiología muy poco frecuente, representando menos del 1 % de los linfomas no Hodgkin. Generalmente se asocia con inmunosupresión prolongada, como en el caso del VIH, o con enfermedades virales que provocan hepatitis, incluyendo el virus de Epstein-Barr, así como las hepatitis B y C.

Desde el punto de vista clínico, este linfoma se caracteriza principalmente por síntomas leves, que incluyen dolor abdominal, especialmente en el hipocondrio derecho, ictericia variable, astenia y pérdida de peso.

En cuanto a los hallazgos imagenológicos, se observa frecuentemente una masa única de gran tamaño (53-65 %) que presenta un patrón expansivo, infiltrativo y exofítico. Debido a su comportamiento hipovascular tanto en tomografía axial computarizada (TAC) como en resonancia magnética nuclear (RMN), es esencial utilizar ambos estudios de manera complementaria para lograr un acercamiento al diagnóstico definitivo.

El diagnóstico requiere que haya transcurrido al menos seis meses sin evidencia de enfermedad a distancia desde el momento del hallazgo, como adenopatía, esplenomegalia o leucemia.

#### 5 - TRABAJO LIBRE

#### **Compromiso con la mejora continua continúa en el Laboratorio: optimización del TAT en troponina incrementando la seguridad del paciente.**

*Casanovas, M.; Sosa L.; Cabrera, F.*

#### **Introducción:**

La troponina ultrasensible (HsTN) es un elemento clave para el diagnóstico de infarto agudo de miocardio (IAM) sin elevación del segmento ST, en algoritmos de 0-3hs y 0-1hs para el rule in/rule out de pacientes, disminuyendo su permanencia en salas de urgencia o permitiendo un enfoque terapéutico precoz. Es por ello por lo que los procesos del laboratorio deben estar organizados para garantizar un Turn-around time (TAT) adecuado que mejore la seguridad del paciente. Esto es posible empleando estrategias de mejora continua, que implican el monitoreo de todas las acciones realizadas mediante indicadores para encontrar puntos débiles que permitan mejorar los procesos y capacitar al personal.

#### **Objetivos:**

Evaluar el impacto de la implementación de una estrategia de mejora en el TAT de HsTnI para garantizar la seguridad del paciente.

#### **Materiales y métodos:**

Se evaluó el cumplimiento del TAT de HsTN definido por el laboratorio (25-60min) entre septiembre-noviembre 2023 a través del porcentaje de no cumplimiento (%NoC) definido como número de determinaciones de HsTN cuyo TAT superó los 60 minutos/HsTN totales. Posteriormente realizando análisis de causa raíz se optimizó el flujograma para el manejo de solicitudes con HsTN, se capacitó al personal y se volvió

a medir el indicador durante diciembre 2023- marzo 2024. Para evaluar si la capacitación fue satisfactoria para disminuir el %NoC se realizó nuevamente la medición del indicador un test de chi-cuadrado (X<sup>2</sup>) y se compararon los TAT obtenidos con los resultados publicados por la IFCC de sus indicadores estandarizados según estado del arte de la IFCC 2023 PostTn-TAT definido como el TAT de HsTN desde la recepción de muestra hasta la validación del resultado considerándose óptimo si es 25-47 min, medio 48-64 min, bajo >=65 min." "El TAT promedio PreCap fue 101 (25-7161) min PostCap fue 53(25-485) min con reducción el %NoC del 49 al 27% (p<000001). También se observó una mejora en los porcentajes promedios según la categoría del indicador de la IFCC. PreCap a PostCap de 33% 61% para óptimo, 22% a 17% medio y de 45 a 22% en el bajo.

Cantidad de HsTN con TAT s/ PostTnTAT (2023 IFCC) en min. y %						
Mes	Ópt. ≤47	Ópt. %	Med >47 <65	Med. %	Bajo >65	Bajo %
Sep 23	33	27,0	34	27,9	55	45,1
Oct 23	34	31,5	27	25,0	47	43,5
Nov 23	52	39,4	17	12,9	63	47,7
Dic 23	102	70,8	19	13,2	23	16,0
Ene 24	54	52,4	17	16,5	32	31,1
Feb 24	77	64,2	21	17,5	22	18,3
Mar 24	54	52,4	24	23,3	25	24,3

**Conclusión:**

La evaluación objetiva de los procedimientos de laboratorio, su mejora y la capacitación del personal permitieron optimizar considerablemente los TAT de HsTN mejorando la seguridad del paciente.

6 - CASO CLÍNICO

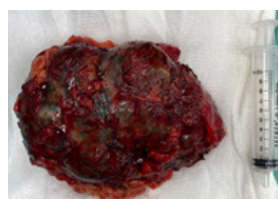
**Extracción de oblitto intraabdominal.**

*Beltran, D.; De Salvo, M.; Acosta, R.; Strazzeri, M.; Giovagnoli, H.*

Paciente de 47 años, con antecedentes de cesárea y miomectomía consulta por tumoración pélvica dolorosa en hipogastrio de dos años de evolución sin síntomas obstructivos ni ginecológicos. Los marcadores tumorales dieron resultado negativo. La tomografía abdominal informa formación centro abdominopélvica de 122 x 49 x 107 mm sin realce luego de la administración del contraste endovenoso. Se decide conducta quirúrgica programada.

Se realiza laparotomía exploradora con hallazgo intraoperatorio de formación de 14 x 11 x 3.5 cm adherida firmemente a intestino delgado y epiplón. Se realiza disección y liberación de la totalidad de tumor con maniobras romas. La paciente evoluciona favorablemente, y se externa.

Anatomía patológica informa: Fragmento correspondiente a reacción gigante celular de tipo cuerpo extraño (hilo) y fibras de tejido.



El oblitto es un hallazgo que representa un problema médico-legal, ya que genera complicaciones diversas a corto y largo plazo como obstrucción intestinal, dolor

abdominal, se debe sospechar de un oblitto en aquel paciente con masa ocupativa y antecedentes quirúrgicos abdominales. Es vital la vigilancia peri operatoria del material e instrumentos utilizados durante el acto quirúrgico, para prevenir este tipo de eventos.

7 - TRABAJO LIBRE

**Caracterización de eventos paroxísticos mediante video-electroencefalografía: primeros resultados del Área de Monitoreo y Cirugía de la Epilepsia del Hospital Cuenca Alta.**

Saez, P.; Lucena, V.; Brignone, C.; Rellán, D.

La identificación precisa de los eventos paroxísticos neurológicos recurrentes es esencial para la calidad de vida y el desarrollo de quienes los padecen. La monitorización mediante video-electroencefalografía (VEEG) es clave para mejorar el diagnóstico y es una herramienta esencial en la planificación quirúrgica de los pacientes con epilepsia fármaco-resistente. Este estudio analiza la primera cohorte de pacientes evaluados en el Área de Monitoreo y Cirugía de la Epilepsia del Hospital Cuenca Alta.

Describir las características clínicas y demográficas de los pacientes evaluados mediante VEEG.

Comparar los hallazgos clínicos y de resonancia entre epilepsias del lóbulo temporal (ELT) y frontal (ELF).

Describir la conducta quirúrgica indicada en los pacientes con epilepsia fármaco-resistente.

Se incluyeron pacientes evaluados por VEEG entre mayo y octubre del 2024, derivados por eventos paroxísticos recurrentes. Las variables analizadas fueron la edad al momento del estudio, edad al inicio de la enfermedad, tiempo de evolución (T0), tiempo hasta el primer evento desde el inicio del VEEG (T1), número de eventos durante el VEEG y hallazgos en resonancia magnética con protocolo de epilepsia (RMep). Los datos se obtuvieron de la anamnesis y la evaluación del VEEG continuo de 3 a 5 días por parte de un neurólogo epileptólogo. Se aplicaron pruebas t de Student y chi-cuadrado, con un nivel de significancia de 0.05, usando SciPy y Pandas en Python. Se evaluaron 17 pacientes (9 hombres) con edad promedio de 23.8 años y edad de inicio de 16 años. El T0 fue de 7.8 años y el monitoreo duró en promedio 4.5 días, registrándose un total de 361 eventos en 15 pacientes. 2 pacientes no presentaron eventos. De los 14 pacientes con epilepsia (6 temporal, 5 frontal, 2 cuadrante posterior, 1 generalizada), el 28.6% no mostró lesión epileptogénica en la RMep. 3 pacientes presentaron únicamente episodios psicogénicos no epilépticos (EPNE). En 6 casos (35%) se modificó el diagnóstico, pasando de EPNE a epilepsia en 4 de ellos. De los pacientes que presentaron eventos la mayoría fueron ELT y ELF. El T1 fue mayor en ELT ( $p < 0.05$ ) y en pacientes que realizaron 5 días de registro se observó mayor cantidad de eventos en ELF ( $p < 0.05$ ). Todos los pacientes con ELT presentaron lesiones en la RMep,

vs el 60% del grupo ELF. En 10 pacientes se indicó tratamiento quirúrgico: 4 cirugía resectiva (2 ya operados), 2 estimulador vagal y 4 implante de electrodos intracraneanos (fase 2).

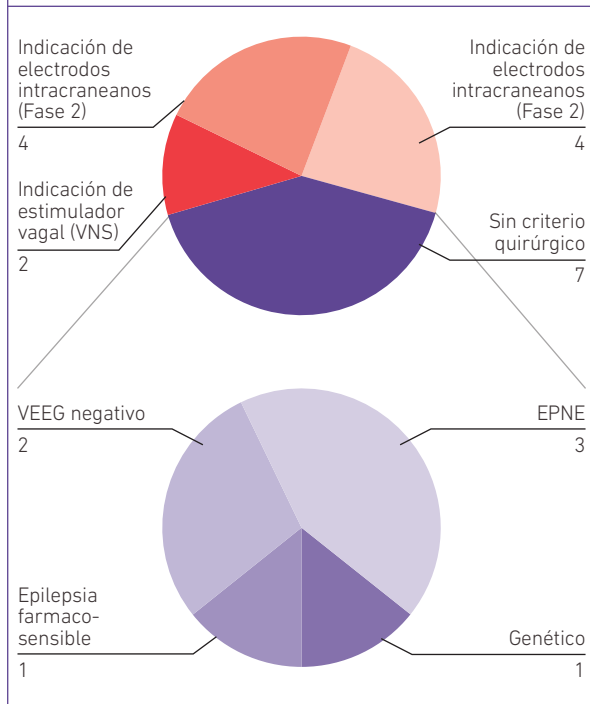
**Tabla 1. Características de la muestra (n=17)**

Hombres	9
Edad - promedio (rango)	23.8 (11 - 47)
Edad de inicio de la enfermedad - promedio (rango)	16 (1 - 35)
Años de evolución hasta el VEEG (T0) - promedio (rango)	7.8 (1 - 25)
Duración del VEEG - promedio	4.5
Total de eventos registrados (n=15)	361
Cantidad de eventos por paciente (n=15) - promedio (rango)	24 (3 - 111)
Tiempo promedio hasta el primer evento (T1) (n=15) - horas (rango)	14.3 (0.5 - 64)
Epilepsia	14
Tipo:	
Temporal	6
Frontal	5
Cuadrante posterior	2
Generalizada	1
Etiología:	
Esclerosis hipocampal	3
Malformación del desarrollo cortical	3
Vascular	2
Traumatismo de cráneo	1
Genético	1
Neoplasia	1
Desconocida	3
EPNE	3
Cambio en el diagnóstico de ingreso	6 (35%)
EPNE a epilepsia	4
Mixto (epilepsia+EPNE) a EPNE	1
EPNE a mixto	1

**Tabla 2. Comparativa de variables entre ELT y ELF (n=10)**

Variables	Temporal	Frontal	p
Edad - promedio (rango)	26.4 (21 - 34)	27.2 (11 - 47)	0,906
Edad de inicio de la enfermedad - promedio (rango)	18.6 (12 - 27)	17.4 (3 - 33)	0,86
T0 (años) - promedio (rango)	7.8 (2 - 17)	9.6 (4 - 21)	0,683
T1 (horas) - promedio (rango)	34 (12 - 64)	4.5 (0.5 - 15.5)	0,027*
Cantidad de eventos por paciente (VEEG de 5 días - n=7) - promedio (rango)	4.3 (3 - 7)	14 (7 - 20)	0,032*
RMep anormal	100%	60%	0,429

**Tabla 2. Comparativa de variables entre ELT y ELF (n=10)**



Entre mayo y octubre de 2024 se evaluaron 17 pacientes mediante VEEG. Las formas de epilepsia más frecuentes fueron ELT y ELF. Se encontraron diferencias significativas en T1 y cantidad de eventos, con valores menores de T1 y mayor frecuencia de eventos en ELF. En el 35% de los casos se modificó el diagnóstico de ingreso.

9 - CASO CLÍNICO

**Politraumatismo grave con abordaje multidisciplinario.**

*Charris, A.; Herrera, M.; Britez, B.; Blasco, M.; Novielli, D.; Gelusic, G.; Chavez, M.; Izquierdo, H.; Flores, C.; Garcia Helga, L.; Rasente, C.; Iglesias, V.*

Paciente femenina de 17 años con antecedente de fractura de fémur derecho secundario a accidente vial en 2023, quien ingresa a esta Institución el día 21/09/2024 por presentar accidente de moto sin casco. Durante admisión inestable hemodinamicamente, hipotensa, taquicárdica, desaturando, Glasgow 14/15 que posteriormente presenta deterioro de estado de conciencia que ameritó IOT. Al Examen físico se destaca pupilas mióticas isocóricas reactivas, otorragia derecha. Se realiza PAN TAC que reporta: Cerebro: múltiples trazos de fractura que comprometen tabla externa e interna de hueso frontal, hueso esfenoidal, temporal con hundimiento, parietal izquierdo, pared lateral y piso del seno maxilar izquierdo, pared interna y techo ocular izquierdo, huesos propios con marcado enfisema de este. Adyacente se evidencia

hematoma epidural de 37 mm de diámetro máximo lo cual condiciona compresión de surcos y cisuras y desviación de línea media de 6 mm hacia el lado contralateral. Neumoencéfalo. Hemoseno de senos maxilar, celdillas etmoidales y esfenoidal. Resto de estructuras de características normales. TORAX: se visualiza derrame pericárdico a nivel de los grandes vasos (4 mm de espesor). Resto de estructuras sin lesiones. ABDOMEN Y PELVIS: Sin lesiones. COLUMNA CERVICAL: Sin lesiones. Lab de ingreso: Hto 38, Hb 12.8 gr/dl, plaquetas 271.000, Na: 136, K: 2.8, Cl 101, PT: 77, KPTT 35.5, EAB: PH: 7.43, PCO2: 30.5, PO2: 49, E. Base: -4., HCO3: 19.9, Sat: 87.1, lact 4.0. BHCG: Neg. Valorada por Neurocirugía quienes deciden conducta quirúrgica realizando craniectomía frontotemporal con evacuación de hematoma extradural + colocación de catéter PIC. Cirugía general y traumatología mantienen conducta expectante.

Reingresa a UTI en POP inmediato, se conecta a monitor multiparamétrico, inestable hemodinamicamente, con requerimiento de doble soporte vasoactivo, conectado a ARM Setteo VCV 420/24/5/25, febril. SOFA 12 puntos. PIC de ingreso: 11 mmHg con objetivos de PPC 70. Se realiza neuro monitoreo con Doppler transcraneal y medición de nervio óptico. Por inestabilidad hemodinámica se solicitó ecografía abdominal sin evidencia de líquido libre ni lesiones parenquimatosas. Paciente que persistió inestable, con requerimiento de 3er soporte vasoactivo, datos de bajo gasto cardiaco dado por anuria, acidosis metabólica e hiperlactacidemia, se solicita ecocardiograma que reportó marcada aquinesia de segmentos apicales y medial con deterioro severo de Función sistólica del VI. Fey estimada 30%. Patron diastólico de relajación restrictivo, compatible con Takotsubo por lo que se indicó dobutamina, infusión continua de furosemida y se realizó seguimiento en conjunto con cardiología. Intercurre con taquiarritmia supraventricular irregular de alta respuesta ventricular que ameritó cardioversión eléctrica con retorno a ritmo sinusal.

El día 25/09/2024 presenta cuadro febril, procalcitonina 2.75, se decide toma de hemocultivos con PL, cambios de vías centrales y se inicia ATB empírico con Piperacilina/tazobactam + Vancomicina. Se solicita además nuevo TAC de cerebro con mejoría por lo que se retira PIC.

Paciente que presenta mejoría clínica, adecuados índices de oxigenación, tolerando pruebas de ventilación espontánea por lo que el día 30/09 se extuba de manera fallida, con reintubación por falla cardiaca. Se realiza balance negativo y se logra extubar 48 horas posterior.

El día 03/10 persiste febril, con cultivos a la fecha negativos. Se evidencia salida de material purulento a nivel de surco lacrimonasal izquierdo por lo que se interconsulta con Oftalmología y se solicita TAC de cerebro y macizo facial. Oftalmología observa absceso corneal e indica ATB tópicos con moxifloxacino. Neurocirugía y otorrinolaringología evalúan paciente con TAC donde evidencian colección extradural a nivel supraorbitaria por lo que reingresa a quirófano para toilette del seno frontal izquierdo y confección de colgajo miocutáneo.

Paciente en POP inmediato en buenas condiciones generales, estable hemodinámicamente, sin datos de bajo gasto, con ecocardiograma control que evidencia aquinesia de segmentos anteriores e inferiores e hipokinesia de cara lateral con FEV moderadamente deprimida, afebril, con reporte de cultivo de material quirúrgico del ojo positivo para *Pseudomonas aeruginosa* sensible a Piperacilina/tazobactam. Dado mejoría clínica se decide traslado a cuidados generales el día 07/10/2024.

Los accidentes de tránsito son una de las principales causas de muerte en Argentina y, dentro de ellos, los accidentes de moto sin casco representan una porción significativa de estos incidentes. El hospital de Cuenca Alta Nestor Kirchner es un centro polivalente de alta complejidad en red especializado en Trauma que recibe con frecuencia este tipo de pacientes, es por ello, que el abordaje multidisciplinario es un factor importante que impacta en la calidad de atención y con ello, en los resultados positivos a corto, mediano y largo plazo.

#### 10 - CASO CLÍNICO

### **Mielitis transversa aguda asociada a empiema y bacteriemia por SAMS.**

*Herrera, M.; Charris, A.; Blasco, M.; Izquierdo, H.; Vissani, L.; Iglesias, V.; Rasente, C.; Garcia, L.; Flores, C.*

La mielitis transversa aguda es una rara enfermedad con una incidencia anual reportada entre 1.34 y 6.0 por millón de habitantes. La morbilidad de esta enfermedad es significativa y entre 30-50 % de los pacientes tienen malos resultados neurológicos. Entre los factores de peor pronóstico se encuentran el dolor dorsal, síntomas iniciales severos y rápida progresión de estos. Entre las causas encontramos: idiopáticas, autoinmune, desmielinizantes, paraneoplásicas, compresivas, vasculares, trauma. Las causas infecciosas directas, sobre todo las bacterianas, son sumamente raras.

Paciente femenina de 36 años, profesión bailarina con antecedentes de trastorno bipolar en tratamiento con Biperideno, Aripiprazol, Ac. valproico, Olanzapina, Lorazepam quien consulta por cuadro clínico de 24 horas de evolución dado por dolor dorsal (cervical e interescapular) asociado a fiebre. Al examen físico hemodinámicamente estable, Subfebril. Lúcida. PIR, MOE conservados. Paraplejía en ambos MMII, hipotonía, apalestesia desde cresta iliaca. Anestesia en MMII con nivel sensitivo. Arreflexia en MMII. Normorreflexia en MMSS. Sin signos meníngeos. LESION MEDULAR COMPLETA AIS A con nivel neurológico en T2. Vejiga e intestino neurogénico a paraplejía y RA0.

#### **Laboratorio de ingreso:**

Hto 29, Hb 10, GB 7100, Pla 175, Glu 83, Urea 16, Cr 0.57, TGO 41, TGP 41, FAL 170, Na 132, K 3.4, Cl 101, TP 85, KPTT 28.7, LDH 157, Proteína C reactiva 3.6, ERS 59, Procalcitonina 0.27. Serologías: HIV, Hep B, Hep C, VDRL: negativas. PCR SARS COV 2: DETECTABLE. LCR ingreso: LCR: GB 28 (Pmn), Prot 3513, Glu 45 (HMG 93), lactato 3.5. FilmArray LCR: negativo. Cultivos LCR: negativo. EEOV: negativo Encefalitis de San Luis: negativo Dengue: negativo VDRL: negativo. HMC x2 ingreso: negativo. TAC ingreso: Cerebro s/p. Columna s/p. Tórax: abundante derrame pleural izquierdo, de aspecto tabicado, que condiciona atelectasia pasiva del lóbulo inferior. Escaso derrame pleural derecho, con colapso del parénquima adyacente. Abdomen y pelvis: hepatomegalia.

#### **Evolución:**

Realiza 5 sesiones de plasmáferesis por sospecha diagnóstica de Mielitis transversa autoinmune e imposibilidad de realizar RMN. HMC X2: SAMS inicia tratamiento antibiótico con. Intercurre con empiema que requirió Decorticación pleuropulmonar + toma de muestras Cultivos positivos para SAMS: sangre + Pleura + AT Anatomía patológica: negativo células neoplásicas

#### **RMN de columna:**

T2/STIR: Hiperintensidad en médula dorsal de T4 a T8, cambios de señal ósea en T7 y T6. Heterogeneidad del neuroforamen T6 T7 con compromiso de espacio epidural posterior de T4 a T8. A nivel pulmonar señal líquida en lóbulo inferior de pulmón izquierdo, paravertebral a altura de T7 T8, consolidación del parénquima pulmonar adyacente y derrame pleural.

#### **ETE:**

Imagen móvil pediculada heterogéneo hiperecogénica adherida a la pared de AD en desembocadura de VCS compatible con trombo Inicia ACO.



Pase a sala de cuidados generales. Escala ASIA: AIS A nivel motor y sensitivo en T4. Continua con tratamiento antibiótico y anticoagulación.

**Discusión:**

Describimos un caso de mielitis transversa aguda asociada a bacteriemia, empiema y probable osteomielitis por SAMS. La paciente requirió dos intervenciones quirúrgicas (decorticación pleuropulmonar) y esquema ATB prolongado, mejorando la sintomatología sistémica, pero con una pobre evolución neurológica. Se descartaron otras posibles etiologías de mielopatía aguda (desórdenes autoinmunes, neoplásica, compresivas, isquémicas). El retraso en la realización de la RMN, del inicio del esquema ATB y de la cirugía control del foco infeccioso, puede haber influido de manera directa en el desenlace de la enfermedad.

La mielitis transversa aguda por infección bacteriana, en este caso por SAMS, es sumamente rara, con graves secuelas neurológicas a largo plazo. Es por ello que, el abordaje multidisciplinario en este tipo de pacientes (Infectología, Neurología, Cirugía de Torax, terapia intensiva, kinesioterapia, Psicología) es crucial en la recuperabilidad y en la mejoría de la calidad de vida.

11 - CASO CLÍNICO

**Presentación serie de casos encefalitis equina.**

*Herrera, M.; Charris, A.; Blasco, M.; Chavez, M.; Izquierdo, H.; Vissani, L.; Rasente, C.; Flores, C.; Iglesias, V.; Garcia, L.*

La encefalitis equina es una infección causada por un virus ARN del género Alphavirus, familia Togaviridae, de transmisión vectorial por mosquitos pertenecientes a distintos géneros, en nuestro país se describe al Aedes como responsable. Clínicamente se pueden presentar como asintomáticos o cuadros leves inespecíficos que resuelven espontáneamente hasta cuadros neurológicos que incluyen cefalea, vómitos, temblores generalizados, deterioro del estado de conciencia, rigidez de nuca, convulsiones y coma. Mortalidad entre 3-15 %. Elevada tasa de secuelas neurológicas permanentes, 30 %.

A continuación, se presenta una serie de casos de pacientes ingresados en la terapia intensiva del Hospital Cuenca Alta Néstor Kirchner con diagnóstico de Encefalitis equina durante los periodos de diciembre 2023 a febrero 2024.

Conocer los antecedentes, la presentación clínica y la evolución de cada uno de los pacientes puede resultar enriquecedor para la comunidad médica. Es importante destacar, que 2 de los 3 pacientes presentaron weaning prolongado, con requerimiento de TQT, por alteraciones ventilatorias tanto centrales como periféricas.

	Paciente MR	Paciente JM	Paciente JPC
<b>Fecha de Ingreso</b>	30/12/2023, deriv. Hospital Marzetti	28/1/2024, demanda espontanea	8/2/2024, derivación Hosp. de Ramos
<b>Sexo y edad</b>	Fem, 59 años	Masc., 34 años	Masc., 41 años
<b>Residencia</b>	San Vicente	San Vicente	Carlos Casares
<b>Antecedentes</b>	DBT tipo 2	HTA, obesidad IMC 34	No refiere
<b>Profesión</b>	Emp. domestica zona rural	Jardinero / parquero	Peón rural
<b>Motivo de consul.</b>	Fiebre, vomitos, deterioro del estado de conciencia	Fiebre, vomitos, dolor abdominal	Fiebre, confusión y excitación psicomotriz
<b>Exámen físico</b>	GSC 11/15 (02V3M6) + rigidez de nuca	GSC 14/15 + HTA + rigidez de nuca	GSC 14/15 + HTA + desorientación temporo-espacial
<b>Evolución</b>	GSC 8/15 (02V2M4), IOT/ARM	GSC 7/15 (04V1M2), IOT / ARM	GSC 8/15, IOT / ARM
<b>LCR</b>	- GB 20 / Glu 70 (HGT 220) / Prot 16925 / lactico 3.1 - GB 73 (90%MN) / Glu 122 (HGT 290) / Prot 799 / lactico 3.2	GB 900 (70% MN) / Glu 106 (HGT 205) / Prot 2431 / lactico 3.9	-GB 100 (97% MN) / Glu 55 (HGT 105) / Prot 88 / lactico 1.9 -GB 780 (90% PMN) / Glu 100 / Prot 1180 / lactico 4
<b>Film Array LCR</b>	Negativo	Negativo	Negativo
<b>TAC Cerebro</b>	Sin pat. aguda	Edema cer. difuso	Edema cer. difuso
<b>EEG</b>		Trazado anormal por presencia de patrón alfa discontinuo generalizado de probable causa farmacológica vs estructural difusa. Sin activ. epileptiforme.	Trazado anormal por presencia de brote-supresión de probable causa farmacológica vs estructural difusa. Sin activ. epileptiforme.
<b>Serologías</b>	VDRL, Hep B, Hep C, HIV negativas	VDRL, Hep B, Hep C, HIV negativas	VDRL, Hep B, Hep C, HIV negativas
<b>IgM e IgG Dengue</b>	Negativo	Negativo	Negativo
<b>Evolución e intercurencias</b>	Favorable	Múltiples infecciones, TEP (ACO)	Múltiples infecciones, falla renal AKI 3
<b>Weaning</b>	Simple, se extuba 8/1	AVM prolongado, TQT, VNI prolongado	Extubación fallida, TQT, weaning prolongado
<b>Pase a sala</b>	10/1/2024	18/4/2024	11/3/2024
<b>Secuelas</b>	Alteraciones en la memoria	Apneas centrales, requerimientos de ventilación a presión positiva, polineuropatía del pte. critico	Polineuropatía del paciente critico
<b>RMN</b>		Areas de hiperseñal a nivel de la cabeza de ambos núcleos caudados, globos palidos, tronco cerebral y sust blanca periventricular	
<b>Serología EEO</b>	IgM Positiva	IgM Positiva	IgM negativa. Par serológico positivo.
<b>Egreso hosp.</b>	25/1/2024	11/5/2024 contrareferencia	14/3/2024 contrareferencia

Dada la gran cantidad y extensión geográfica de brotes en animales y el aumento de la abundancia de vectores competentes, acompañado de la existencia de población susceptible a la infección, debe esperarse que continúe la ocurrencia de casos en humanos, por lo que es fundamental que el equipo de salud esté alerta para la sospecha clínico-epidemiológica oportuna y el correcto manejo de los circuitos de derivación, notificación y abordaje.

12 - TRABAJO LIBRE

**Análisis de casos oncológicos. Serie 2022-2024. Hospital Cuenca Alta Néstor Kirchner.**

*Piervincenzi, C.; Moriconi, L.; Lozano, L.*

Según la Organización Mundial de la Salud, entre el 30% y el 50% de los casos de cáncer pueden evitarse aplicando estrategias preventivas basadas en la evidencia. En el presente trabajo se analizó una serie de 336 casos atendidos en el Hospital Cuenca Alta Néstor Kirchner (HCANK) durante los años 2022 a 2024. Favorecer en el HCANK la organización de los servicios de salud para la atención de pacientes oncológicos, basándose en la evidencia.

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal, la información fue recabada de los datos documentados por el Servicio Social Hospitalario, Servicio de Oncología, Anatomía Patológica, Hospital de día polivalente, Dirección Médica, Área de epidemiología y estadística, en el periodo comprendido entre enero 2022 y agosto 2024.

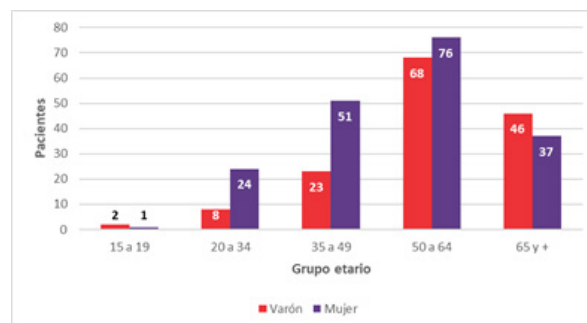
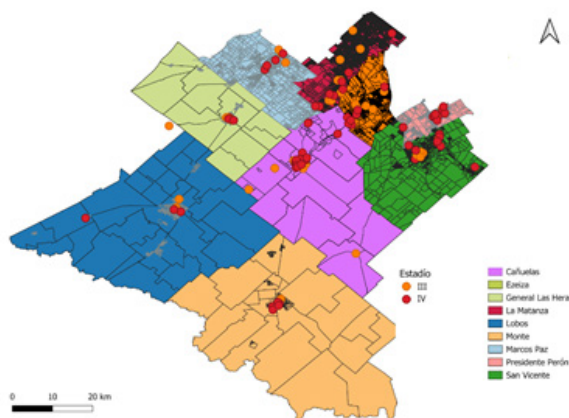
La sistematización de la información incluyó las siguientes etapas.

- Recopilación de datos secundarios: Revisión de historias clínicas y registros médicos de los pacientes.
- Geolocalización: Se utilizó tecnología de geolocalización para identificar el lugar de residencia de los pacientes QGIS y asociar estos datos con capas geográficas y sociales.
- Consolidación de bases de datos complementarias: Se cruzaron los datos con bases provinciales y nacionales para obtener información adicional que incluye factores demográficos y acceso a servicios de salud.

Los casos se analizaron considerando tres cortes geográficos según información de domicilio del paciente/caso en:

- Área programática Hospitalaria: Cañuelas, Marcos Paz, San Vicente, Presidente Perón, General Las Heras.
- Red extendida: Lobos, Ezeiza, La Matanza, San Miguel del Monte.
- Otras localidades.

Se analizaron 336 casos. El 56% fueron varones y el 44% mujeres. La mediana de edad fue de 57 años y el 65% de los casos residían dentro del área programática del hospital. El principal sitio del tumor fue ginecológico en mujeres y digestivo en varones. El 57.41% de los pacientes depende del sistema público y el 51% de esta cifra, se encontraba en edad económicamente activa.



Contar con información de calidad permite diseñar mejores estrategias de atención basadas en la evidencia. De esta manera se orienta la oferta de servicios de modo costo-efectivo en función de la necesidad de la población objetivo.

13 - CASO CLÍNICO

**Síndrome de Goodpasture con requerimiento de sistema de oxigenación por membrana extracorporea.**

*Herrera, M.; Blasco, M.; Charris, A.; Chavez, M.; Flores, C.; Garcia, L.; Iglesias, V.; Izquierdo, H.; Rasente, C.*

El síndrome pulmón-riñón (SPR) se define como la coexistencia de hemorragia alveolar difusa y glomerulonefritis rápidamente progresiva de origen autoinmune. Existen tres principales formas de presentación: granulomatosis con poliangeítis, síndrome de Churg-Strauss y síndrome de Goodpasture (SGP). En todas sus variantes, este síndrome se asocia a una elevada tasa de mortalidad y requiere un abordaje multidisciplinario que incluya soporte ventilatorio, te-

rapia de sustitución renal, tratamiento específico con corticoides sistémicos y terapia inmunosupresora.

Los principales mecanismos implicados incluyen la actividad de anticuerpos anticitoplasma de neutrófilos (ANCA), anticuerpos antimembrana basal glomerular (anti-MBG) y la microangiopatía trombótica.

A continuación, presentamos un caso clínico de síndrome de Goodpasture.

#### Paciente:

Varón de 16 años

#### Antecedentes patológicos:

Amaurosis traumática en el ojo derecho a los 5 años.

#### Enfermedad actual:

El 20/04, el paciente consulta en el Hospital San Antonio de Padua (Navarro) por síntomas de 48-72 horas de evolución, caracterizados por fatiga y fiebre intermitente. Tras varias consultas en urgencias, es ingresado debido a la aparición de tos hemoptoica, disnea y deterioro general. Durante su estadía, desarrolla insuficiencia respiratoria e insuficiencia renal aguda, motivo por el cual es transferido a terapia intensiva el 21/04. Allí se realiza intubación orotraqueal y se coloca en ventilación mecánica (ARM) con un ciclo de posición prono. Ante la alta sospecha de síndrome de Goodpasture, se inicia tratamiento con metilprednisolona (1 g/día) el 23/04 y se decide su derivación a un centro de mayor complejidad para iniciar tratamiento especializado.

#### Ingreso en HCANK:

El 24/04 el paciente es trasladado al HCANK. A su ingreso, se encuentra hemodinámicamente estable, afebril, y sin necesidad de drogas vasoactivas. El índice PaFi inicial es de 145, por lo que se optimiza la sedación analgésica y se inicia bloqueo neuromuscular. Presenta hemorragia en la vía aérea inferior, insuficiencia renal aguda (IRA), y lesiones vasculíticas en miembros inferiores.

#### Estudios realizados:

- Infecciosos: Dengue, chikungunya, tuberculosis (esputo), hantavirus, leptospirosis, y psitacosis (todos negativos).
- Perfil autoinmune: C3 de 66 mg/dl, C4 de 15 mg/dl, IgA, IgE, IgG e IgM normales; factor reumatoide positivo; anticuerpos antinucleares (FAN), ANCA-c y ANCA-p, anticuerpos antimieloperoxidasa y antiproteinasa 3 (todos negativos); anticuerpo anti-MBG positivo (27/07), persiste positivo al 04/08.
- Ecocardiograma: Sin alteraciones de la motilidad y con función sistólica del ventrículo izquierdo conservada.

#### Evolución y tratamiento:

- Completa tres pulsos de metilprednisolona (1 g/día).
- Se inicia terapia de reemplazo renal diaria debido a insuficiencia renal aguda estadio III.
- Realiza ocho sesiones de plasmaféresis (plasma/albumina) con el apoyo del Servicio Itinerante de la Provincia de Buenos Aires.
- Ante coagulopatía, hemorragias activas y anemia severa, se optimizan factores según tromboelastograma (fibrinógeno y complejo protrombínico) y se administran hemoderivados (UGRD/plaquetas), siendo un paciente politransfundido.
- Evoluciona con síndrome de dificultad respiratoria aguda (SDRA) e hipoxemia refractaria; múltiples ciclos de posición prono sin respuesta.
- Se desarrolla shock séptico de foco respiratorio y endovascular, manejado con antibióticos de amplio espectro, guiados por panel de FilmArray.
- El 05/08 se contacta al Hospital Italiano de Buenos Aires para gestionar conexión a un sistema de oxigenación por membrana extracorpórea (ECMO) debido a la tórpida evolución clínica.
- El 06/08, un equipo del Hospital Italiano acude al HCANK para realizar la conexión a ECMO móvil, y el paciente es transferido a la UTI pediátrica de dicha institución para continuar su tratamiento.



Presentamos el caso de una enfermedad poco frecuente que subraya la importancia del abordaje multidisciplinario en la unidad de cuidados intensivos. Para la atención integral del paciente, se contó con la participación de múltiples servicios del Hospital Cuenca Alta Néstor Kirchner (HCANK): terapia intensiva, nefrología, reumatología, dermatología, neumología, hemoterapia, kinesiología, infectología, laboratorio, microbiología, biología molecular y salud mental, además de colaboración con otros hospitales, tanto públicos como privados.

El objetivo principal fue lograr un diagnóstico y tratamiento oportuno y adecuado, empleando todos los recursos disponibles para favorecer la recuperación completa del paciente y su reinserción en la sociedad con el menor número posible de secuelas. La de-

tección y derivación tempranas resultaron decisivas para salvar la vida del paciente.

Actualmente, el paciente se encuentra dado de alta, completamente recuperado, sin necesidad de terapia de reemplazo renal, en tratamiento inmunosupresor y con seguimiento especializado para su patología de base, la cual, aunque crónica, podrá ser manejada para ofrecerle una adecuada calidad de vida.

#### 14 - CASO CLÍNICO

### Malformación A-V SM IV. Predicción de mortalidad.

*Menta, L.; Campos, E.*

Se presenta el caso de un paciente de sexo masculino de 12 años sin antecedentes personales de relevancia que ingresa derivado por presentar deterioro agudo del sensorio con episodio convulsivo.

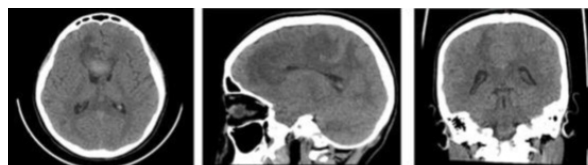
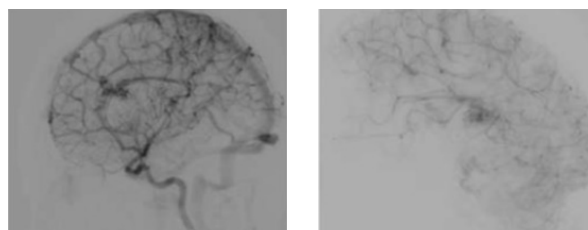
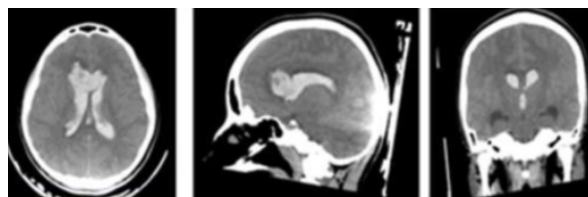
Al ingreso al hospital respira espontáneamente, no tose, pupilas intermedias isocóricas, reactivas, presenta nuevamente episodio tónico, presenta episodio de decorticación, Glasgow 6/15, por lo que se procede a complejizar al paciente. Se realiza tomografía de cerebro simple donde se evidencia imagen intraparenquimatosa espontáneamente hiperdensa en topografía frontal derecha, cingular anterior y periventricular derecha que alcanza los DL: 35 mm x DAP: 25 mm x DT 39 mm, asociado a halo hipodenso como signo de edema e hipodensidad central de 7 mm y volcado ventricular bilateral hasta IV ventrículo. Borramiento de surcos encefálicos adyacentes. Ventriculos laterales discretamente dilatados. Cisternas basales y peritroncales conservadas. Resto de surcos y cisuras de la convexidad acordes a la edad del paciente. Estructuras de la fosa posterior sin particularidades. Con ventana para evaluar estructuras óseas no se evidencian alteraciones con relación al antecedente traumático.”

Se realiza interconsulta con neurocirugía, quienes deciden ingresar al paciente a quirófano para colocación de drenaje ventricular externo.

Durante la internación en terapia intensiva requirió AVM modo VCV, setting estable durante 27 días. Se realiza traqueostomía el día 10/5, con posterior decanulación el día 27/5, desde ese momento tolerando aire ambiente adecuadamente. Hemodinamicamente requirió vasoactivos para mantener hemodinamia durante 10 días. Actualmente tolera semisólidos y líquidos, no se encontraba en condiciones de ingerir sólidos a la alta médica.

Desde el aspecto neuroquirúrgico el paciente ingresa a quirófano el 16/4/24 para la colocación de DVE en hasta frontal izquierda observándose débito hemático. PIC de apertura de 8 mmHg. Se registran episodios de hipertensión endocraneana severa (PIC>40 mmHg) refractarios a infusión continua de solución hipertónica, se progresa a infusión de tiopental desde el 19/4/24 hasta el 23/4/24 logrando controlar la misma. Se realizó Angiografía digital cerebral rotacional donde se evidencia ovillo y mediante la cual el servicio de neurocirugía plantea un segundo acto quirúrgico para resolución del caso.

Fue evaluado por Neurología con levetiracetam por reacción adversa a la fenitoína. Se realiza Tomografía de encéfalo control previo a otorgarle el alta médica conservando con apertura ocular espontánea, reactivo. Pupilas intermedias reactivas presenta limitación en mirada conjugada hacia la izquierda. Presenta hemiparesia braquiocrural izquierda, 3/5, hemicuerpo derecho 4+/5, rot 4/4, clonus bilateral, agotable. Realiza de algunas órdenes simples.



Los estudios demuestran que la frecuencia de la malformación arterio-venosa es de 2,5-2,7/100.000 habitantes, predominan en sexo masculino. (1,62:1), presentan su pico en la segunda infancia.

Los ACV hemorrágicos son originados en un 30-50% por MAV, siendo la variedad de nido poco frecuentes en pediatría. La presentación más frecuente es el sangrado intraparenquimatoso.

La mortalidad en UTIP entre un 16-30% presentando un riesgo de resangrado al año de un 6-10%. MAV SM 4 presentan un 20-29% de déficit neurológico.

15 - TRABAJO LIBRE

**Registro de patología crítica cardiovascular en el HCANK.**

*Novielli, D.; Jelusic, G.; Izquierdo, H.; Blasco, M.; Spala, J.*

La existencia de una Unidad de Cuidados Intensivos Cardiovasculares (UCIC) en un hospital de alta complejidad es fundamental para la atención de pacientes con enfermedades o condiciones cardiovasculares graves que requieren monitoreo y tratamiento especializado. En la UCIC en un hospital de alta complejidad está integrada por un equipo multidisciplinario compuesto por cardiólogos, intensivistas, enfermeras especializadas, farmacéuticos, y otros profesionales de la salud. Esta colaboración permite una atención integral, donde cada profesional aporta su expertise para manejar de manera más eficiente las distintas facetas de la enfermedad cardiovascular y las complicaciones asociadas.

A continuación, se detallan las principales razones por las cuales esta unidad es esencial: 1. Atención especializada y continua, 2- Monitoreo avanzado, 3- Tratamiento de emergencias cardiovasculares, 4-Intervención multidisciplinaria, 5- Manejo de tecnología avanzada, 6- Prevención de complicaciones y mejor pronóstico, 7- Recuperación postquirúrgica, 8- Optimización de los recursos, 9- Capacitación e investigación.

Conocer la patología cardiovascular prevalente en el HCANK, así como sus principales complicaciones: Analizar el principal afluente de la red del hospital. Evaluar el ingreso y egreso de los pacientes.

Se llevó a cabo un estudio retrospectivo observacional con fecha desde enero del 2023 a septiembre del 2024; utilizando registros clínicos de pacientes, los datos fueron obtenidos de las historias clínicas electrónicas del hospital (HCANK), en las que se almacenan detalles clínicos de cada paciente. La recolección de datos se realizó mediante el acceso a la base de datos a través del google forms y posteriormente analizados con la aplicación Microsoft excel. Se incluyeron todos los pacientes internados en la unidad de terapia intensiva con diagnóstico de patología cardiovascular. Las variables estudiadas incluyeron: Variables demográficas: factores de riesgo cardiovasculares, Edad, sexo, antecedentes médicos. Variables clínicas: Tipo de tratamiento recibido, comorbilidades, complicaciones durante la internación. “Se registraron 393 pacientes en 21 meses, 167 para el año 2023 y 226 para el año 2024, dando un total de 18.6 pacientes mensuales. La edad promedio fue de 59.2 años (+/- 8),16% eran mujeres. La estadía fue 5 días +/- 2, con un mejor promedio para los pacientes con IAM que fue de 3 días de internación en la UCIC.

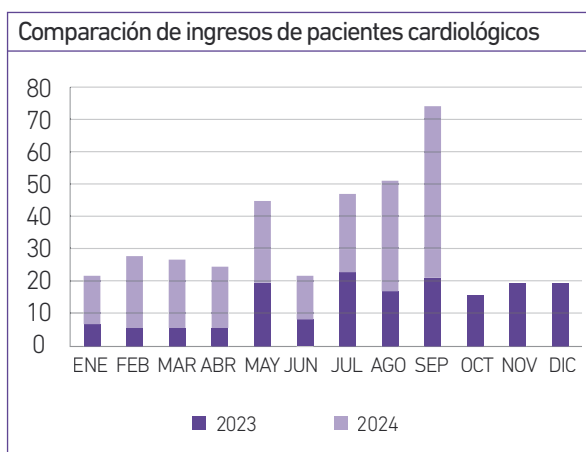
El diagnóstico principal de internación fue Infarto agudo de miocardio con elevación del ST con el 22.48%, seguido de insuficiencia cardiaca 20.5% y síndrome coronario agudo sin elevación del St 17.4%. El total de pacientes internados por arritmias fue de 10.8% a predominio de las taquiarritmias. Se presentaron en total 15 re ingresos, la mayoría 10 asociado a revascularización en segundo tiempo.

En relación con los factores de riesgo cardiovasculares de los pacientes el principal componente fue la hipertensión (49,8%), seguido de sedentarismo (45,3%), sobrepeso (31,8%) y tabaquismo (28%), es importante comentar que el IMC promedio tanto en población masculina como femenina es de 30.5 (Obesidad). Sobre los antecedentes patológicos la mayoría tenían antecedentes de enfermedad coronaria y función ventricular reducida (menor del 40%).

En el tratamiento de los pacientes ingresados con diagnóstico de infarto con supradesnivel del St recepcionados en guardia fueron trombolizados con RTPa y conducta farmacoinvasiva. El principal estadio según la clasificación de Killip y Kimball fue A (correspondiente a un infarto sin complicaciones). Las complicaciones principales durante la internación fueron la insuficiencia cardiaca seguido de insuficiencia renal no dialítica y la anemia. Lo que al egreso respecto el alta hospitalaria a los pacientes fue otorgada en su gran mayoría desde la unidad cerrada o pasan a un área de menor complejidad como la terapia intermedia, se registran únicamente 16 obitos.

Ingreso según Obra Social	
Sin OS	185
IOMA	11
PAMI	56
Otra OS	33
Prepaga	9

Sitio de ingreso a la ICIC	
Dem. espontanea	195
Cons. Externos	11
Derivación	115
Hemodinamia / Quirófano	53



Con el avance de la tecnología en el hospital ha aumentado la patología cardiovascular compleja y no compleja en corto tiempo. La principal vía de ingreso de los pacientes es a través de la demanda espontánea siendo la localidad de mayor afluencia Cañuelas. La patología predominante fue el infarto agudo de miocardio con elevación del Segmento St seguido de la insuficiencia cardiaca en paciente sin cobertura médica, demostrando que en su gran porcentaje presenta 3 o más factores de riesgo cardiovasculares. En su mayoría los pacientes del servicio de UCIC son dados de alta domiciliaria o pasan de servicio a la unidad de terapia intermedia.

La Unidad de Cuidados Intensivos Cardiovasculares en un hospital de alta complejidad es un componente esencial para garantizar la atención de calidad a pacientes con patologías cardiovasculares críticas. Su importancia radica en la capacidad de proporcionar una atención intensiva, especializada y multidisciplinaria que mejora las posibilidades de supervivencia y la recuperación de los pacientes, al tiempo que minimiza las complicaciones y optimiza los recursos del hospital, cabe aclarar que no solo es un espacio para la atención clínica, sino también un centro de investigación y capacitación. Los hospitales de alta complejidad suelen ser centros de investigación que desarrollan y aplican nuevas tecnologías y tratamientos en el ámbito cardiovascular.

16 - TRABAJO LIBRE

### **Prevalencia de depresión posparto en la cuenca alta. Un abordaje integral de la salud perinatal.**

*Urgorri, M.; Antonucci, V.; Carrera, G.; Diaz, M.; Fiorotto, E.; Picerno, L.; Sánchez, M.; Diaz Ballve, L.*

Estudios demuestran que 8 de cada 10 personas gestantes durante el puerperio sufrirán alguna perturbación psicológica. Esto es debido a que las personas con capacidad de gestar, tanto en el embarazo como en el puerperio, atraviesan múltiples procesos y cambios psicológicos, sociales y hormonales, lo que aumenta la probabilidad de desarrollar o padecer trastornos psíquicos.

La mayoría de los estudios a nivel mundial evidencian que el 10-15% de las personas con capacidad de gestar padecen depresión posparto, llegando en algunos casos al 20% (2). La misma es considerada como el trastorno psicológico con mayor prevalencia asociado al nacimiento. La depresión posparto (DPP) es definida por la Asociación Americana de Psiquiatría, como un episodio depresivo, no psicótico, que tiene comienzo dentro de las 4/6 semanas después del parto. Está caracterizado por síntomas como:

sentimiento de tristeza, de culpabilidad, sentimiento de incapacidad, llanto, pérdida de esperanza, desganado, insomnio, dificultades para conciliar el sueño, dificultad para concentrarse y labilidad emocional. Es un episodio depresivo similar a otros, pero se caracteriza por acontecer durante el posparto, pudiéndose extender hasta 12 meses después del nacimiento.

El 80% de las personas con capacidad de gestar pueden presentar síntomas depresivos en el posparto inmediato. Si los síntomas son leves y disminuyen en los primeros días, se lo considera un cuadro de baby blues, caracterizado por ser un estado adaptativo y no patológico. Sin embargo, la bibliografía demuestra que un 20% del total de las mujeres que padecen baby blues desarrollará DPP. Por ello, se le considera uno de los grandes factores de riesgo y uno de sus predictores.

Si se pudiera identificar a las personas gestantes con baby blues y se les hiciera un seguimiento en el transcurso de las 4/6 semanas después del parto, podrían detectarse precozmente un 50 % de los casos de DPP. Analizar la prevalencia de depresión posparto y los factores de riesgo asociados en personas cuyos partos fueron asistidos en el HCANK desde julio de 2023 hasta julio de 2024.

#### **Variables de estudio**

Las variables registradas para el estudio se obtuvieron de una entrevista semiestructurada para indagar aspectos biopsicosocioambientales y las variables de resultado primario se obtuvieron mediante el puntaje de la Escala de Edimburgo Depresión Posnatal (EPDS). Se evaluó la presencia o ausencia de síntomas depresivos a las 2 semanas posteriores al parto (para evaluar sintomatología asociada a baby blues) y se repitió la evaluación de la escala EPDS a las 8 semanas luego del nacimiento.

#### **Instrumentos de evaluación**

La Escala de Edimburgo Depresión Posnatal (EPDS) consta de diez ítems de autorreporte para evaluar sintomatología depresiva en el puerperio, cada uno de los cuales se puntúa del 0 al 3, de acuerdo con el nivel de severidad. El rango de puntuación obtenida se comprende entre 0 y 30.

Para indagar la dimensión psicosocial asociada a la maternidad, se utilizó como modelo la Entrevista Psicológica Perinatal (EPP), la misma indaga acerca del grupo familiar, las características de la pareja (en caso de que hubiera), la situación socioeconómica, la historia familiar, la actitud ante el último embarazo, el impacto ante el nacimiento, los problemas en embarazos y partos anteriores y sucesos significativos

que la madre menciona al momento de la entrevista percibidos por ella como preocupantes.

A los fines de ampliar la valoración integral de la paciente, se realizó una adaptación.

Se incluyeron los siguientes ítems: información recibida sobre preparación integral para la maternidad y Antecedentes personales de Salud Mental. Se excluyeron los ítems que contemplaban patologías y/o muerte perinatal.

### Procedimiento

La recolección de datos se realizó en dos etapas: la primera se llevó a cabo al momento de asistir a los controles de puerperio de rutina en el HCANK, dos semanas después del nacimiento. Se entrevistó a cada paciente de forma individual, por un/a profesional del Servicio de Salud Mental (investigador/as) Se transmitió de forma clara y accesible, tanto de manera oral como escrita, acerca del estudio a realizar, explicando los objetivos del estudio, así como los instrumentos a administrar. Una vez se constató que la paciente comprendió y manifestó su voluntad de participar, se solicitó completar el consentimiento informado por escrito. Se administró la adaptación de la Entrevista Psicológica Perinatal, con una duración aproximada de 15 a 20 minutos. Luego, se administró la EPDS.

La segunda etapa del estudio se realizó a las 8 semanas del parto, puesto que es el momento más apropiado para evaluar depresión posparto (2). El mismo coincide con el período de máxima incidencia de la depresión puerperal y, asimismo, con la disminución de los síntomas atribuibles a un período adaptativo normal (baby blues). Esta etapa consistió en la administración de la EPDS, de manera telefónica, dadas las dificultades que puede presentar una persona para asistir presencialmente en ese período del puerperio.

Todos los datos obtenidos de ambos períodos se registraron en una base de datos en formato digital a la cual sólo tenían acceso los/as investigadores/as. A fin de evitar identificaciones, no se registraron nombres ni datos filiatorios que pudieran identificar a las participantes y se utilizó un código para encriptar la identidad de quienes ingresaron al estudio.

### Análisis estadístico

Las variables categóricas se describen como número absoluto de presentación y porcentaje del total de cada categoría. Las variables numéricas se presentan con medida de tendencia central y dispersión o posición según la distribución observada.

Se calculó la prevalencia de sintomatología depresiva postparto, se presentaron las estimaciones por intervalos con una confianza del 95%.

Se realizó una comparación bivariada entre las pacientes puérperas que obtuvieron un puntaje de EPDS  $\geq 9$  y quienes no para establecer factores relacionados al desarrollo de depresión posparto.

Para identificar aquellos factores que de manera independiente expliquen el desarrollo de depresión posparto se incluyó en un análisis multivariado de regresión logística cuya variable dependiente fue presencia o no de DPP (EPDS  $\geq 9$ ) todas aquellas variables independientes que en la comparación bivariada hayan obtenido un p valor menor o igual a 0,1. Para la regresión logística se utilizó un modelo exclusión por pasos ( $p < 0,05$ ) por máxima verosimilitud. Se evaluó la calibración y discriminación del modelo de regresión logística mediante la prueba de Hosmer-Lemeshow y el análisis del área bajo la curva (ABC).

En todos los contrastes de hipótesis se rechazará la hipótesis nula con un valor de  $p < 0,05$ .

Para el análisis de los datos se utilizará el software IBM SPSS Windows, versión 25.0 (IBM Corp., Armonk, NY, USA).

### Cálculo y poder muestral

Asumiendo una prevalencia del 18% de depresión posparto a las ocho semanas después del parto. Se planteó un error del 10%. Se estableció la posibilidad de error Tipo I del 5 % y la posibilidad de error tipo II del 20 % o una potencia de 80%.

Durante el periodo de estudio se incluyeron 116 puérperas que cumplían los criterios de elegibilidad. La media de edad de toda la cohorte fue de 27,5 años (DE 6.3). La mediana [p25-p75] de hijos fue de 2 [1 - 3]. En cuanto a la situación laboral el 34% (29.3) de las mujeres trabajaba al momento del parto. En cuanto a la escolarización, 109 (94%) se encuentran escolarizadas. En relación al tipo de parto, 48 mujeres (41.4%) tuvieron parto vaginal y 68 (58.6%) cesárea. El valor medio de la EPDS obtenido a los 15 días posteriores al parto fue de 7 [4 - 11].

En nuestra muestra 41 mujeres puérperas (35,3%; IC 95%: 26,6% - 44,7%) presentaron sintomatología de depresión posnatal medidas mediante EPDS.

En la tabla 1 se presenta la comparación bivariada de las variables clínicas y sociodemográficas de las puérperas que presentaron DPP (EPDS mayor o igual a 9 puntos).

En la tabla 2 se presenta el resultado del análisis multivariado de regresión logística. Los factores independientes relacionados a depresión posnatal en puérperas fueron haber tenido un puntaje positivo de la EPDS a los 14 días OR 15.2 (IC 95%: 5.8 - 39.3) al igual que el antecedente al momento de la entrevista de consumo problemático de sustancias OR 6 (IC 95%: 1.1 - 32.3).

El modelo de regresión demostró un poder de clasificación correcta del 79,3% de los eventos en la variable de respuesta.

El modelo final de regresión logística obtuvo una calibración correcta medida a través de la prueba de Hosmer-Lemeshow (p=0,85). La discriminación se clasificó como "buena" evaluada mediante el área bajo la curva ROC (ABC = 0,79; IC95% 0,70-0,88, p<0,001).

**Tabla 1. Comparación de variables sociodemográficas y clínicas de puérperas según presencia o no de Depresión Posnatal.**

	Escala de Depresión Posnatal de Edimburgo (≥9)		P
	NO 75	SI 41	
Edad en año, X (DE)	28.59 (6.50)	25.63 (5.54)	0.015 *
N° de embarazos, Med [p25-p75]	2.00 [1.50, 3.00]	2.00 [1.00, 3.00]	0.223 †
Cantidad de Hijos, Med [p25-p75]	2.00 [1.00, 3.00]	2.00 [1.00, 3.00]	0.132 †
Tipo de parto Cesárea	42 (56.0)	26 (63.4)	0.555 α
Tipo de parto Vaginal	33 (44.0)	15 (36.6)	
Tipo de lactancia Mixta	17 (22.7)	10 (24.4)	0.823 α
Pecho	58 (77.3)	31 (75.6)	
Baby Blues (EPDS positivo a las 2 semanas), n (%)	16 (21.3%)	33 (80.5%)	<0.001 α
Antecedentes personales de Depresión, n (%)	11 (14.7)	14 (34.1%)	0.019 α
Angustia/Ansiedad durante el embarazo, n (%)	22 (29.3)	16 (39.0)	0.30 α
No aceptación del embarazo, n (%)	15 (20.0)	15 (36.6)	0.07 α
Embarazo no planificado, n (%)	31 (41.3)	25 (61.0%)	0.05 α
Internación durante el embarazo por problemas físicos, n (%)	5 (6.7)	8 (19.5)	0.06 α
Dificultades en la lactancia, n (%)	4 (5.3)	3 (7.3%)	0.69 α
Lactancia humana exclusiva, n (%)	58 (77.3)	31 (75.6)	0.82 α
Problemas familiares actuales, n (%)	4 (5.3)	7 (17.1)	0.05 α
Entorno afectivo débil, n (%)	18 (24.0)	12 (29.3)	0.65 α
Situación de pareja inestable, n (%)	1 (1.3)	5 (12.2%)	0.08 α
Consumo problemático, n (%)	3 (4.0)	6 (14.6)	0.06 α
Mudanza reciente, n (%)	15 (20.0)	15 (36.6)	0.07 α
Información previa sobre crianza, n (%)	34 (45.3)	13 (31.7%)	0.17 α

X (DE): media (desvío estándar);  
 Med [p25-p75]: mediana [percentil25 - percentil75];  
 \*: prueba t de Student's;  
 †: Prueba de Mann-Whitney;  
 α: Prueba de Chi-cuadrado

**Tabla 2. Análisis multivariado de regresión logística binaria variable de resultado para puntaje de la Prueba de Edimburgo mayor o igual a nueve.**

	OR	95% C.I. OR		Sig.
		Inferior	Superior	
EPDS a los 14 días positiva (Baby blues)	15.34	5.73	41.04	<0.01
Consumo problemático	6.00	1.12	32.33	0.03

17 - CASO CLÍNICO

**Amiloidosis familiar: reporte de caso.**

Zanga, G.; Nadur, D.; Finkelstein, A.M.; Rellán, N.

Paciente de sexo masculino de 69 años, de descendencia portuguesa. Sin antecedentes de relevancia, ni antecedentes neurológicos familiares, refiere padre fallecido a los 73 años por paro cardiorespiratorio de causa no aclarada.

Comienzo en el año 2019 con cuadro de ortostatismo y disfunción eréctil. En 2022 agrega disestesias y parestesias en ambos pies. En 2023, inestabilidad en la marcha con debilidad de miembros inferiores a predominio distal, progresiva requiriendo ayuda para la deambulación en los últimos meses.

En estudio de EMG con velocidades de conducción se constata polineuropatía sensitiva y motora longitud dependiente. ECG con bloqueo de rama derecha y ETT con evidencia de hipertrofia septal. Se realizó diagnóstico en el HCANK mediante test genético con muestra de saliva, constatándose variante patogénica de la proteína ATTR Val 30met, en mayo del 2024.

La amiloidosis familiar por mutación de la ATTR es una enfermedad progresiva y letal. La intervención terapéutica temprana es clave para mejorar el pronóstico de los pacientes. La sospecha clínica, el diagnóstico temprano y las terapias modificadoras de la enfermedad aprobadas en la última década resultan fundamentales para cambiar el curso de la enfermedad. Para controlar el curso de la enfermedad, es fundamental un trabajo multidisciplinario para abordar a estos pacientes.



## 18 - TRABAJO LIBRE

**Enfermedades neuroinmunológicas atendidas en el Hospital Cuenca Alta Néstor Kirchner (HCANK).***Nadur, D.; Finkelsteyn, A.; Zanga, G.; Rellán, D.*

Las enfermedades neuroinmunológicas son un grupo amplio y heterogéneo de trastornos inflamatorios del sistema nervioso central (SNC) o periférico (SNP), causados por disfunción del sistema inmune a través de distintos mecanismos patogénicos. Algunas tienen un curso agudo y monofásico, mientras que otras son crónicas.

Son consideradas Enfermedades Poco Frecuentes (EPoF) debido a su baja prevalencia, pero a diferencia de otras EPoF, poseen tratamiento efectivo si se diagnostican precozmente.

Su escasa frecuencia y afectación predominante en jóvenes dificultan el diagnóstico requiriendo la intervención de neurólogos/as especializados/as." Describir la prevalencia de enfermedades neuroinmunológicas atendidas en el HCANK, sus diferentes etiologías y características demográficas. "Estudio retrospectivo de registros clínicos de pacientes adultos con diagnóstico de enfermedades neuroinmunológicas, atendidos entre diciembre 2023 y noviembre 2024, ya sea en internación o consultorios.

Los datos fueron obtenidos utilizando como filtro la base de datos diagnóstica, incorporada a la historia clínica (HC) informatizada en diciembre de 2023.

Se usaron las siguientes variables de búsqueda: encefalitis, encefalopatía, encefalitis límbica, demencia rápidamente progresiva, Enfermedad asociada a Anticuerpos contra glicoproteína de mielina de oligodendrocito, mielitis, neuritis óptica, neuromielitis óptica, esclerosis múltiple, encefalomiелitis diseminada aguda, miastenia gravis, polirradiculopatía desmielinizante crónica, síndrome de Guillain-Barré, síndrome paraneoplásico, síndrome de sjogren con compromiso del SNC, lupus con compromiso del SNC, vasculitis cerebral." "Se recabaron inicialmente 71 HC, pero luego de un subanálisis se excluyeron 15 pacientes con diagnósticos alternativos, resultando en un total definitivo de 56 pacientes con enfermedades neuroinmunológicas.

Dentro de los 56 pacientes incluidos, las etiologías fueron: 13 casos de Esclerosis Múltiple, 8 de Síndrome de Guillain Barré, 6 de Miastenia Gravis, 7 de Neuromielitis Óptica, 4 de Mielitis, 3 de Encefalopatías o Demencias rápidamente progresivas inmunomediadas, 3 de Encefalitis Autoinmunes, 3 de Polirradiculopatía desmielinizante crónica (CIDP), 2 de Enferme-

dad asociada a Anticuerpos contra glicoproteína de mielina de oligodendrocito, 2 de Neuritis óptica, 2 de Vasculitis del SNC, 1 de Síndrome paraneoplásico, 1 de Enfermedad de Sjogren con compromiso del SNC, y 1 de Encefalomiелitis diseminada aguda.

Del total, 32 pacientes fueron atendidos inicialmente en internación y 24 en consultorio.

En cuanto al área afectada, 38 casos correspondieron a patologías del SNC, mientras que 17 del SNP. Solo un caso presentó compromiso de SNC y SNP, correspondiente a un síndrome paraneoplásico.

Respecto a los datos demográficos, 33 de los pacientes eran mujeres y 23 hombres, con una edad media de 41 años. Se registraron 3 fallecimientos.

Durante el período estudiado, se atendieron 56 pacientes con enfermedades neuroinmunológicas en el HCANK, lo que, considerando el área programática, resulta significativo. Esto se debe a que el hospital se ha consolidado como centro de referencia para el diagnóstico y tratamiento de estas enfermedades, gracias a la presencia de tres neurólogas especialistas, un equipo interdisciplinario y acceso a los insumos necesarios. Cabe destacar la incorporación de paneles autoinmunes de laboratorio, de resonancia magnética y la posibilidad de realizar tratamientos biológicos en Hospital de Día, lo que refuerza la capacidad de respuesta del HCANK ante estas patologías.

## 19 - TRABAJO LIBRE

**Abdomen agudo oclusivo por brida dependiente del divertículo de Meckel.***Hoffmann, B.; Tomazo, P.; Giovagnoli, H.; Strazzeri, M.; Quintana, A.*

Paciente masculino de 17 años de edad, con antecedentes de dolor abdominal intermitente de moderada intensidad en hemiabdomen inferior desde la infancia, consultando en reiteradas oportunidades sin hallazgo patológico, ingresa al servicio de guardia consultando por cuadro de dolor abdominal de 72h de evolución de inicio en epigastrio, continuo, de baja intensidad con posterior migración a fosa iliaca derecha, asociado a náuseas y vómitos; al examen físico abdomen distendido, doloroso a la palpación profunda en hemiabdomen inferior, a predominio de hipogastrio y fosa iliaca derecha, con defensa sin reacción peritoneal, ruidos hidroaéreos aumentados, deposiciones diarreicas. Se realizan estudios complementarios con hallazgo de leucocitosis (15.000), ecografía abdominal la cual informa marcada dilatación de asas intestinales con abundante contenido

propio, a predominio de FID y FII, con escaso líquido libre interasas. Se interpreta cuadro como Abdomen agudo oclusivo, se realiza Laparotomía exploradora con hallazgo de Hernia interna por brida dependiente de Divertículo de Meckel.

El divertículo de Meckel es la anomalía congénita más frecuente del tracto gastrointestinal. Las manifestaciones clínicas surgen de las complicaciones de este divertículo verdadero que son más comunes en varones menores de 40 años y con un divertículo de más de 2 cm de largo. Debido a la rareza de los casos en adultos, especialmente el sangrado del divertículo de Meckel, los casos mal diagnosticados no son infrecuentes incluso en países desarrollados. Un diagnóstico preoperatorio de un divertículo de Meckel complicado puede ser un desafío debido a las características clínicas y de imagen superpuestas de otras afecciones quirúrgicas e inflamatorias agudas del abdomen. Un conocimiento adecuado de las características embriológicas, clínicas, patológicas y radiológicas del divertículo de Meckel ayudará al diagnóstico temprano y preciso de los casos complicados.

#### 20 - CASO CLÍNICO

##### **Excesis de sarcoma en miembro inferior.**

*Russo, N.; Rubio, M.; Giovagnoli, H.; Strazzeri, M.; Quintana, A.*

Paciente masculino de 30 años consulta por cuadro de formación en miembro inferior izquierdo de más de 1 año de evolución. Paciente refiere traumatismo en cara anteroexterna de muslo derecho hace 1 año aproximadamente posterior al cual intercorre con formación de pequeño tamaño sin síntomas asociado de lento crecimiento. Paciente consulta en Htal zonal donde se realiza toma de biopsia y posterior resección quirúrgica el 3 de agosto del 2023. A los 30 días postquirúrgicos paciente reconsulta por en dicho Htal por recidiva de formación, asociado a dolor, astenia, adinamia, fiebre nocturna y rápido crecimiento, motivo por el cual el 12 de octubre se realiza nueva biopsia la cual informa Tumor de partes blandas, biopsia neoplasia mesenquimática maligna de alto grado.

Con frecuencia, estos tumores se detectan por primera vez luego de un trauma en el área de origen, lo que no quiere decir que el golpe los haya causado, sino que ha dirigido la atención sobre esa zona. La mayoría de los pacientes con un liposarcoma acuden a la consulta refiriendo la aparición de una masa, con frecuencia indolora, exceptuando evento traumático. Dado que muchos de los sarcomas de partes blandas son fácilmente identificables por palpación, con frecuencia es suficiente la obtención de tejido me-

dante biopsia con aguja gruesa. La muestra es adquirida habitualmente por el propio radiólogo, guiado por control tomográfico o con ecografía. El liposarcoma es, como otros sarcomas de partes blandas, una neoplasia de tratamiento esencialmente quirúrgico. El objetivo de la cirugía es extirpar completamente el tumor y prevenir recaídas.

#### 21 - CASO CLÍNICO

##### **Intervenciones farmacéuticas en una intoxicación por bajas dosis de metotrexato: reporte de caso con revisión de la literatura.**

*Ramos, N.; Álvarez, C.; Gonzalez, L.; Araujo, J.; Lucini, S.*

Femenina de 57 años con antecedente de artritis reumatoidea de larga data en tratamiento con terapia biológica que ante presunta reactivación de enfermedad se comunicó telefónicamente con su médico de cabecera, quien le indicó MTX 15 mg semanal vía oral. La paciente ingirió, por 4 días consecutivos, un comprimido de 15 mg de este. Ingresó a nuestro nosocomio con cuadro clínico compatible con intoxicación por bajas dosis de MTX (fiebre, mucositis y bicitopenia). Se prescribió leucovorina 15 mg c/24 hs por vía oral como antídoto. Se realizó una búsqueda bibliográfica desde Farmacia Clínica hallándose reportes de casos y series de casos, además de un ensayo clínico controlado randomizado de similares características al caso presentado. Se sugirió al equipo tratante un cambio en la posología de la leucovorina (15 mg c/6 hs EV) con aceptación de la intervención farmacéutica. Se realizó educación a médicos y enfermería para la preparación y administración del antídoto, y a la paciente para evitar un futuro error de medicación. Se realizó el reporte de Farmacovigilancia en ANMAT. Se contactó a los laboratorios nacionales productores de MTX a fines de poner a disposición estrategias para la prevención de errores. La paciente resolvió favorablemente el cuadro clínico a los 10 días."

Las intervenciones farmacéuticas basadas en revisiones bibliográficas críticas son fundamentales para ofrecer al equipo de salud optimizaciones farmacoterapéuticas oportunas que orienten a resultados favorables para los pacientes. Esto implica que los farmacéuticos clínicos nos mantengamos actualizados sobre nuevas y mejores evidencias que nos permitan brindarle al paciente una atención segura y de calidad.

El hecho de que eventos adversos relacionados al LD-MTX continúen ocurriendo nos desafía como farmacéuticos hospitalarios a generar nuevas estrategias de prevención y manejo que deben ser revisadas y mejoradas continuamente para garantizar la seguridad de los pacientes. Para lograr estos objetivos

es esencial ampliar la visión e intentar promover el compromiso y la colaboración de la industria farmacéutica, los entes reguladores, las farmacias oficinas y los pacientes.

22 - TRABAJO LIBRE

**Gomitas de midazolam: desarrollo de una formulación huérfana para administración oral en pacientes pediátricos.**

Ramos, N.; Sfara, C.; Gonzalez, L.; Lucini, S.

El midazolam es un fármaco utilizado en la población pediátrica. Sin embargo, en Argentina, la falta de una presentación oral de midazolam crea una brecha en la atención médica infantil. Las gomitas presentan versatilidad y características sensoriales atractivas para estos pacientes.

Desarrollar una formulación magistral de gomitas de midazolam en un hospital de alta complejidad para cubrir las necesidades terapéuticas de la población pediátrica. Se realizó búsqueda bibliográfica en pubmed y otras bases. Se evaluaron formulaciones de gomitas funcionales y comerciales para desarrollo de base gelificada. Se consultó en Código Alimentario Argentino aditivos permitidos y concentraciones máximas. Se seleccionó la formulación priorizando simpleza y ausencia de azúcar. Se introdujeron modificaciones de excipientes contemplando disponibilidad, características fisicoquímicas, incompatibilidades, concentraciones usuales y límites diarios permitidos. Se determinó molde a emplear y dosis de midazolam.

Se realizaron cinco ensayos: 1. Humectación y disolución sin principio activo. 2. Distribución de principio activo con colorante y consistencia de gel. 3. Uniformidad de contenido según métodos de mezclado: 10 y 20 vueltas en igual sentido, 10 y 20 vueltas en ambos sentidos. 4. Enmascaramiento: dos concentraciones de esencia de frutilla, ananá, limón, frambuesa y chocolate. 5. Sabor: una concentración de esencia de frutilla, ananá y limón.

Se desarrolló base gelificada a la que se incorporó solución coloreada y saborizada de principio activo como clorhidrato de midazolam inyectable por ser estable, eficaz y seguro por vía oral. Composición de base: gelatina 14.1%, glicerina 63.6%, agua purificada 18.5%, goma xántica 0,6%, sacarina sódica dihidrato 0,7% y ácido cítrico anhidro 2,5%. Solución de principio activo: midazolam 3 mg, saborizante 0,15 mL y rojo punzó 0,04 mL.

Optimizaciones: 1. Por grumos y burbujas, se realizaron ajustes en la farmacotecnia. 2. Por diferencia en uniformidad, se estandarizó metodología de mezclado. 3. Por diferencias en las gomitas en las que no se realizó la homogenización individual por molde, se establecieron 20 vueltas en ambos sentidos. 4. Fru-

tila, ananá y limón mayor enmascaramiento a alta concentración. 5. Frutilla adecuada para enmascarar el sabor amargo del midazolam.

Cada gomita en su composición posee: 10 mg de sacarina sódica (equivalentes a 12 mg de sacarina sódica dihidrato), 10 mg de goma xántica y 1,088 g de glicerina. La dosis máxima de glicerina es de 1-1,5 g/kg por lo tanto un paciente de 10 kg podrá consumir como máximo 10 g de glicerina, valor al que no se podrá llegar nunca ya que como máximo un paciente de ese peso consumirá 2 gomitas.

Peso corporal	Dosis de Midazolam en mg/kg		Dosis Máxima 20 mg		Gomitas		Consumo mínimo de gomitas	Dosis mínima de Midazolam en mg/kg	Dosis mínima de Sacarina sódica mg/kg	Dosis mínima de Goma xántica mg/kg	Consumo máximo de gomitas	Dosis máxima de Midazolam en mg/kg	Dosis máxima de Sacarina sódica mg/kg (No superar 2,5 mg/kg)	Dosis máxima de Goma Xántica (No superar 10 mg/kg)
	0,3	0,75	0,3	0,75										
10	3	7,5	1	2,5	1	0,3	1,00	1,00	2	0,60	2,00	2,00		
11	3,3	8,25	1,1	2,75	1	0,3	0,91	0,91	2	0,55	1,82	1,82		
12	3,6	9	1,2	3	1	0,3	0,83	0,83	3	0,75	2,50	2,50		
13	3,9	9,75	1,3	3,25	2*				3	0,69	2,31	2,31		
14	4,2	10,5	1,4	3,5	2	0,4	1,43	1,43	3	0,64	2,14	2,14		
15	4,5	11,25	1,5	3,75	2	0,4	1,33	1,33	3	0,60	2,00	2,00		
16	4,8	12	1,6	4	2	0,4	1,25	1,25	4	0,75	2,50	2,50		
17	5,1	12,75	1,7	4,25	2	0,4	1,18	1,18	4	0,71	2,35	2,35		
18	5,4	13,5	1,8	4,5	2	0,3	1,11	1,11	4	0,67	2,22	2,22		
19	5,7	14,25	1,9	4,75	2	0,3	1,05	1,05	4	0,63	2,11	2,11		
20	6	15	2	5	2	0,3	1,00	1,00	5	0,75	2,50	2,50		
21	6,3	15,75	2,1	5,25	2	0,3	0,95	0,95	5	0,71	2,38	2,38		
22	6,6	16,5	2,2	5,5	2	0,3	0,91	0,91	5	0,68	2,27	2,27		
23	6,9	17,25	2,3	5,75	2	0,3	0,87	0,87	5	0,65	2,17	2,17		
24	7,2	18	2,4	6	2	0,3	0,83	0,83	6	0,75	2,50	2,50		
25	7,5	18,75	2,5	6,25	3	0,4	1,20	1,20	6	0,72	2,40	2,40		
26	7,8	19,5	2,6	6,5	3	0,3	1,15	1,15	6	0,69	2,31	2,31		
27	8,1	20	2,7	6,7	3	0,3	1,11	1,11	6	0,67	2,22	2,22		
28	8,4	20	2,8	6,7	3	0,3	1,07	1,07	6	0,64	2,14	2,14		
29	8,7	20	2,9	6,7	3	0,3	1,03	1,03	6	0,62	2,07	2,07		
30	9	20	3	6,7	3	0,3	1,00	1,00	6	0,60	2,00	2,00		
31	9,3	20	3,1	6,7	3	0,3	0,97	0,97	6	0,58	1,94	1,94		
32	9,6	20	3,2	6,7	3	0,3	0,94	0,94	6	0,56	1,88	1,88		
33	9,9	20	3,3	6,7	3	0,3	0,91	0,91	6	0,55	1,82	1,82		
34	10,2	20	3,4	6,7	3	0,3	0,88	0,88	6	0,53	1,76	1,76		
35	10,5	20	3,5	6,7	3	0,3	0,86	0,86	6	0,51	1,71	1,71		
36	10,8	20	3,6	6,7	3	0,3	0,83	0,83	6	0,50	1,67	1,67		
37	11,1	20	3,7	6,7	4	0,3	1,08	1,08	6	0,49	1,62	1,62		
38	11,4	20	3,8	6,7	4	0,3	1,05	1,05	6	0,47	1,58	1,58		
39	11,7	20	3,9	6,7	4	0,3	1,03	1,03	6	0,46	1,54	1,54		
40	12	20	4	6,7	4	0,3	1,00	1,00	6	0,45	1,50	1,50		
41	12,3	20	4,1	6,7	4	0,3	0,98	0,98	6	0,44	1,46	1,46		
42	12,6	20	4,2	6,7	4	0,3	0,95	0,95	6	0,43	1,43	1,43		
43	12,9	20	4,3	6,7	4	0,3	0,93	0,93	6	0,42	1,40	1,40		
44	13,2	20	4,4	6,7	4	0,3	0,91	0,91	6	0,41	1,36	1,36		

\* Si en vez de 2 se coloca 1 gomita, la dosis de midazolam sería de 0,2 mg/kg, cuando el valor mínimo del rango es de 0,3 mg/kg.

Se logra desarrollar una formulación magistral e innovadora de gomitas de midazolam con características organolépticas adecuadas. Las gomitas resultaron una atractiva formulación para el ensayo posterior de combinación con otros principios activos.

## 23 - CASO CLÍNICO

### **Serie de casos meningitis tuberculosa.**

*Charris, A.; Herrera, M.; Blasco, M.; Izquierdo, H.; Chavez, M.; Iglesias, V.; Flores, C.; Rasente, C.; Garcia, L.*

La meningitis tuberculosa es una forma rara pero grave de tuberculosis extrapulmonar causada por *Mycobacterium tuberculosis*. En Argentina, debido a la alta carga de enfermedad, especialmente en niños menores de 5 años y personas inmunocomprometidas, sigue siendo un problema de salud pública, aunque no se disponen de cifras exactas debido a la naturaleza subnotificada de la enfermedad. A continuación, se presentan 3 casos de Meningitis tuberculosa en pacientes desde abril hasta agosto 2024.

#### **Paciente 1:**

Paciente masculino de 39 años sin antecedentes patológicos, trabajador de quinta donde cuida caballos y aves de corral de profesión, quien ingresa derivado de las flores el día 25/08/2024 donde cursó internación desde el 12/08/2024 por cuadro clínico de cefalea, fiebre y confusión, realizan PL traumática e inician tto antibiótico con Vancomicina, ceftriaxona, aciclovir y dexametasona por 7 días sin mejoría de cuadro febril por lo que derivan para val por infectología. Trae reporte de TAC encéfalo 13/08 y 14/08 que informan Región de atenuación en sustancia blanca subcortical frontoparietal alta, RMN 14/08: Leve incremento en señal T2 FLAIR a nivel corticofrontal alto, Nueva PL 15/08: 470 cel, protenas no detectables, glucosa de 0.17, Panel Viral LCR (VEB, HSV 1 y 2, VVZ Y CMV negativos), Serologías negativas. Pendiente M. Tuberculosis y neumovirus. Durante su admisión paciente vigil, lucido, impresiona bradipsiquia, Glasgow 14/15. Afebril, pares neurológicos conservados, sin focalidad neurológica. Al ingreso se realiza PL: Limpido, Leucos 480 MM3 (95% MNN), hematíes en escasa cantidad, glucorraquia 9 mg/dl, proteínas 1954 mg/dl. TAC de cerebro con contraste: que impresiona borramiento de espacios subaracnoideos en la convexidad frontoparietal izquierda, resto sin particularidades. AngioTC sin lesiones, Tac de tórax con contraste: Normal. En las primeras 12 horas desde admisión presenta deterioro neurológico, Glasgow 11/15 con excitación psicomotriz, nistagmus vertical. Val por infectología y neurología, se decide inicio de tetraconjugado más corticoides y se solicita pase a UTI el 26/08/2024. Se obtiene reporte de Filmarray: No detectable, PCR TBC

no detectable, cultivo LCR: Pendiente. Hemocultivos x 2: neg. Se solicita por parte de infectología: EEO/SL/VNO neg, Gen expert para TBC neg, rosa de bengala neg, VDRL LCR neg. El día 28/08 se realiza RMN con evidencia de isquemia aguda temporal izquierdo. Se inicia Asa y estatinas para profilaxis secundaria y, en ese contexto se solicita eco doppler de vasos carotídeos normal, Eco TT: sin signos de vegetaciones, test de burbujas negativos para FOP. El día 31/08 paciente presenta plejía fasciobraquiocrural derecha, disartria, se realizó ETT normal, nueva RMN de cerebro con gadolinio. Se realizó ateneo interdisciplinario con reumatología que ante sospecha de vasculitis solicita ANCA, Ac anti PR3 y anti MPO, ANA, anti ENAs, proteinograma electroforética, hematología por sospecha de linfoma el cual se descartó, infectología, neurología, terapia intensiva. Se realizó angiografía de vasos intra y extracraneales sin alteraciones vasculares. Paciente con mejoría clínica, se decide paso a UTIM. Se obtiene reporte de cultivo positivo para *Mycobacterium tuberculosis*. Egresa 04/10/2024.

#### **Paciente 2:**

Paciente femenina de 22 años sin antecedentes patológicos quien consulta EL DIA 27/09 por cuadro de 3 semanas de evolución caracterizado por fiebre, dolor abdominal, astenia, cefalea y fotofobia. A su ingreso somnolienta, con rigidez de nuca y nistagmus horizontal. TAC de encéfalo con presencia de ventriculomegalia. Realizan PL que reporta 90 celulas (80% MNN), Glucorraquia 24, proteinorraquia 3052, Serologías (VIH, VDRL, VHB, VHC neg), filmarray de LCR sin detección de germen, se solicitó PCR y cultivo para TBC. Val por infectología quien inicia tto con tetraconjugado + corticoide. Val por neurocirugía quien decide colocación de drenaje ventricular externo para neuromonitoreo. Ingres a UTI donde evoluciona con deterioro de estado neurológico, mala mecánica ventilatoria, con requerimiento de IOT. Inestabilidad hemodinamica con requerimiento de NAD, pupilas anisocóricas intermedias, DVNO Der 48 mm, DVNO izq 58 mmn, DTC ACM Der IP: 0.39, ACM Izq IP: 0.48, Débito por drenaje lumbar 160 ml, TAC cerebro control sin signos de sangrado, línea media conservada, con marcada dilatación de sistema ventricular, EVANS 0.39. TAC de torax.: atelectasia en segmentos posteriores bilaterales y superior de lid, Opacidad consolidativa con broncograma aéreo en LSD. Conglomerado alelopático se advierte en grupo 4R que promedia 37 x 20 mm. PCR LCR positiva para TBC. El día 29/09 paciente presenta midriasis bilateral arreactiva, Doppler con velocidades aumentadas, drenaje lumbar con débito, por lo que se decide colocación de drenaje ventricular externo. Intercurre con aumento de PIC, se indican medidas antiedema y se optimiza sedoanalgesia. TAC de encéfalo control: edema generalizado.

Paciente evoluciona con midriasis arreactiva, ausencia de reflejos de tronco, con criterios clínicos de muerte encefálica. Se habla con familiares y se realiza adecuación terapéutica y retiro de soporte vital el día 01/10/2024.

### Paciente 3:

Paciente masculino de 54 años con ant de Enfermedad de Bechcet con consumo crónico de esteroides, fistula perianal, brucelosis hace 22 años, TBC con tto por 3 meses, sin seguimiento posterior, quien consulta por cuadro de fiebre, astenia y tos. TAC de torax que mostraban 3 imágenes nodulares, estructuras ganglionares subcentimétricas en mediastino y presencia de lesión osteolítica en columna dorsal D8-D9. Durante internación val por infectología quien solicita hemocultivos neg, cultivo para brucelosis neg, PCR TBC Sangre neg. Se realizo RMN de columna dorsal alteración en la señal en plataformas vertebrales D9-D10 con sectores óseos con leve hipointensidad en secuencias T1 y T2. Podría vincularse a proceso de origen inflamatorio granulomatoso. Paciente evoluciona con Cefalea opresiva bifrontal por lo que se realiza PL: incoloro, 20 cel de predominio MNN, Glucorraquia 12, proteínas 2876, lact 7. Se toma PCR y Cultivo de LCR Positivo, se inicia manejo antifímico. Paciente que progresa con deterioro de sensorio, anisocórico, TAC de encéfalo con marcada dilatación ventricular difusa que compromete ventrículos laterales, 3 y 4to, asociado a marcado edema, por lo que se solicita pase a UTI, donde ingresa en coma, hipertérmico, se realiza IOT, por parte de neurocirugía se realiza colocación de DVE, PIC de 9 y se indican medidas antiedema. Progresa con inestabilidad hemodinámica y distrés respiratorio con requerimiento de prono que resolvió, inestable hemodinamicamente, falla renal aguda que requirió hemodiálisis, interurrencias infectologicas resueltas. Se realizó TQT, progresó sin contenido de conciencia. Se comenta caso con familiares, se realizó adecuación terapéutica.

La meningitis tuberculosa es una forma grave y potencialmente mortal de meningitis que resulta de la diseminación de *Mycobacterium tuberculosis* al sistema nervioso central. A pesar de ser menos común que otras formas de meningitis, su impacto es significativo debido a las graves secuelas neurológicas y a la alta mortalidad al momento del diagnóstico, es por ello que la detección temprana, tratamiento adecuado y el manejo multidisciplinario son cruciales para mejorar el pronóstico de los pacientes.

La meningitis tuberculosa subraya la importancia de una vigilancia activa, así como el fortalecimiento de estrategias preventivas, educativas y de diagnóstico, para reducir su incidencia y mitigar sus consecuencias en la salud pública.

### 24 - CASO CLÍNICO

#### **Cierre con dispositivo oclisor de comunicación interauricular en paciente con alto riesgo de embolia.**

*Novielli, D.; Jelusic, G.; Zabalo, J.; Olmedo, P.; Pavlovsky, H.; Cugat, G.; Olgiati, F.; Blasco, M.; Spala, J.*

Paciente femenina de 54 años, con antecedentes de hipotiroidismo, dislipemia. Medicación habitual Aspirina 100 mg/día, Rosuvastatina 10 mg/día, Levotiroxina 88 mcg/dí.

Internación en noviembre de 2022 por accidente isquémico transitorio realizándose estudios complementarios con evidencia en ecocardiograma doppler color de aneurisma del septum interventricular con pasaje de flujo izquierda-derecha, posteriormente se realizó Ecocardiograma transesofágico informando Cavidades izquierdas: Aurícula izquierda no dilatada. Orejuela izquierda estructuralmente conservada, normofuncionante con vel de 68 cm/seg, sin evidencia de trombo en su interior. Septum interauricular presenta CIA tipo ostium secundum, ovalada de 10 x 15 mm. Con shunt de izquierda a derecha. QP: QS = 1.8:1. Borde anterior aórtico 0.58mm – posterior 0.8 mm laxo aneurismático. Vi con diámetros y espesores conservados. No presenta trastornos segmentarios de la motilidad regional. Función sistólica del ventrículo izquierdo conservada. Cavidades derechas: levemente dilatadas, fsvd conservada. Se evaluó a la paciente con diagnóstico de CIA tipo Ostium Secundum. Se evaluo caso en equipo del corazon decidiendose correccion de mismo mediante dispositivo oclisor endovascular previa, se realizó cateterismo derecho para valoración de presion pulmonares Cateterismo derecho (AD 8, VD 30/5 (15), PAP 30/11(18), W 10, evidenciando presiones derechas normales. El día 04 de noviembre del corriente año se procede a realizar cierre de defecto vía endovascular mediante guía ecocardiografía transesofágica, se progresó con balón para sizing con el que se realiza medición del defecto interauricular constatándose con ecocardiograma transesofágico stop de shunt y se realiza medición observándose un defecto de 16 mm. Se decide utilizar dispositivo de cierre memopart N° 20 debido a laxitud de borde posterior. Se avanza luego delivery system 12 fr por el que se avanza y libera luego de realizar maniobra de minnesota (procedimiento que consiste en empujar y traccionar un dispositivo sin liberarlo hacia ambas aurículas) y constatar por ecocardiograma transesofágico buen posicionamiento del dispositivo realizando liberación sin complicaciones; concluyendo cierre endovascular exitoso de CIA ostium secundum.

La paciente evolucionó a las 24 hs sin complicaciones otorgándole el alta sanatorial con doble esquema antiagregante (clopidogrel + aspirina) por tres meses para luego reducir a monoterapia con aspirina.

Imagen 1: Evidencia de CIA tipo Ostium Secundum por Eco torácico.

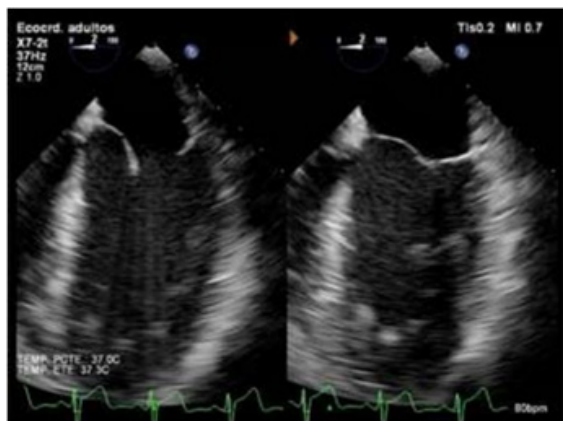
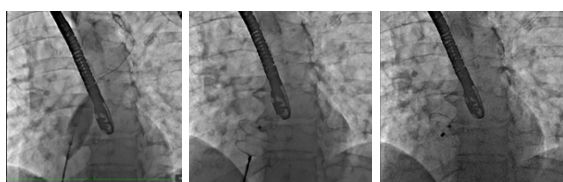


Imagen 2: Evidencia de CIA tipo Ostium Secundum por Eco Transesofágico



Imagen 3: Medición de CIA con balón, maniobra de Minnesota, liberación de dispositivo.



Este caso de cierre CIA mediante un dispositivo ocluidor endovascular, subraya cómo los avances tecnológicos en el campo médico han transformado el tratamiento de enfermedades cardiovasculares. Este dispositivo, que permite un cierre percutáneo mínimamente invasivo, ha demostrado ser una opción efectiva y menos traumática en comparación con los

métodos quirúrgicos tradicionales. En el caso específico, la intervención no solo logró el cierre adecuado de la CIA, sino que también permitió una recuperación más rápida y una menor incidencia de complicaciones postoperatorias. Este tipo de avances resalta la relevancia de la innovación tecnológica en la medicina moderna; no solo representa un avance en términos de efectividad clínica, sino también una mejora en la experiencia del paciente, al permitirle acceder a tratamientos menos invasivos y con tiempos de recuperación más cortos. En conclusión, el desarrollo tecnológico es un pilar esencial en la medicina actual, y casos como el cierre de CIA con este tipo de dispositivos evidencian cómo la innovación en dispositivos médicos continúa mejorando los resultados clínicos y transformando los enfoques terapéuticos. A medida que la tecnología avanza, es probable que surjan nuevas soluciones para tratar diversas patologías, lo que contribuirá a un futuro de la medicina más personalizado, preciso y accesible para los pacientes.

#### 25 - TRABAJO LIBRE

### Atención interdisciplinaria para la detección precoz de parálisis cerebral en recién nacidos prematuros del Consultorio de Alto Riesgo de Neonatología del Hospital Cuenca Alta.

Arrua, M.; Brondo, E.; Escudero, M.; Puentes, A.; Testa, A.

La parálisis cerebral (PC) se describe como un grupo de trastornos del desarrollo del movimiento y la postura que causan limitación de la actividad y que son atribuidos a una agresión no progresiva sobre un cerebro en desarrollo que ocurre en el período fetal o durante los primeros años de vida.

El riesgo de PC aumenta a medida que disminuye la edad gestacional, alcanzando una prevalencia de aproximadamente el 10 al 15% en la población de prematuros nacidos con menos de 32 semanas de edad gestacional (EG).

Con la utilización de escalas motoras estandarizadas se puede realizar el diagnóstico transitorio de "alto riesgo de parálisis cerebral" en menores de 5 meses de edad corregida que presenten antecedentes perinatales de riesgo. La detección precoz se considera beneficiosa para implementar intervenciones terapéuticas oportunas y orientar adecuadamente a los cuidadores.

En el consultorio de alto riesgo de Neonatología se realiza seguimiento de los pacientes con alto riesgo de PC y se los identifica con el uso del examen neurológico infantil de Hammersmith (HINE).

Describir la prevalencia de “alto riesgo de parálisis cerebral”, a través de la utilización de la escala de Hammersmith (HINE), en pacientes de 2 a 5 meses de edad corregida, con antecedentes perinatales de riesgo, que concurren al consultorio de alto riesgo de Neonatología del HCANK.

Estudio descriptivo, transversal, observacional.

Se estudiaron 39 pacientes (n=39), de entre 2 y 5 meses de edad corregida, nacidos con una edad gestacional igual o menor de 32 semanas, que concurren voluntariamente a su control periódico del Programa de Seguimiento de Prematuros de Neonatología del Hospital Cuenca Alta de Cañuelas en el período de tiempo comprendido entre noviembre de 2023 y septiembre de 2024.

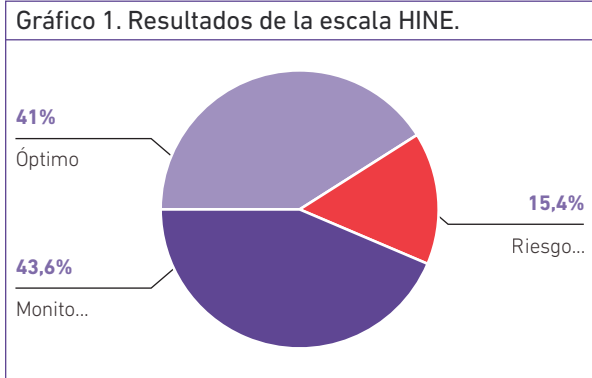
El examen neurológico infantil de Hammersmith (HINE), es una escala que consta de 26 ítems que valoran la integridad neurológica: pares craneales, postura, movimientos, tono, y reflejos y reacciones posturales. Genera las siguientes categorías de resultados: 1) Puntaje óptimo; 2) Puntaje monitoreo; 3) Puntaje riesgo de parálisis cerebral.

La muestra está compuesta por un total de 39 pacientes (n=39). A todos ellos se les administró la escala de Hammersmith y se obtuvieron los siguientes resultados:

El 15.4 % (n=6) obtuvieron puntuaciones correspondientes a la categoría “riesgo de parálisis cerebral”.

El 43.6 % (n=17) obtuvieron puntuaciones en la categoría “monitoreo”.

El 41 % (n=16) obtuvo puntuaciones dentro de la categoría “óptimo”.



En el presente estudio se describió una prevalencia de “alto riesgo de parálisis cerebral” del 15,4% en pacientes prematuros estudiados con escala HINE. Estos resultados se correlacionan con los presentados en la bibliografía.

El diagnóstico transitorio de alto riesgo de parálisis cerebral es posible, ante la dificultad para el acceso a neuroimágenes, gracias al aporte del equipo interdisciplinario en el seguimiento ambulatorio de pacientes prematuros.

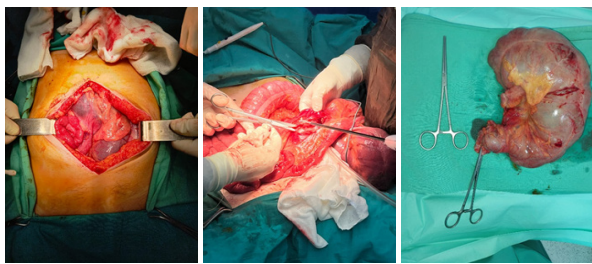
26 - CASO CLÍNICO

**Volvulo cecal, a proposito de un caso.**

*Beltran, D.; Russo, N.; Mattalia, M.; Strazeri, M.; Giovagnoli, H.*

Paciente de femenina, 68 años de edad ingresa al servicio de guardia por cuadro de abdomen agudo oclusivo, se realiza tomografía de abdomen donde se evidencia megacolon, distensión de colon sigmoideos con materia fecal. liquido subfrénico izquierdo y neumoperitoneo.

Motivo por el cual se realiza laparotomía exploradora + hemicolectomía derecha + ileotrasversoanastomosis laterolateral aniso peristáltica con hallazgo intraoperatorio de vólvulo de ciego.



Paciente en buena evolución se da alta hospitalaria 5 días después.

Figura 1. Imagen ilustrativa de parte de la ficha para la aplicación de la escala HINE en español. Disponible en: [hammersmith-neuro-exam.com](http://hammersmith-neuro-exam.com)

POSTURA (documentar asimetrías si las hay)					
	3 puntos	2 puntos	1 punto	0 puntos	Asimetrías / simetrías
<b>Cabeza</b> Sentadura	Recta, en la línea recta.		Ligeramente inclinada hacia un lado o hacia adelante / atrás.	Marcadamente inclinada hacia un lado o hacia adelante / atrás.	
<b>Torso</b> Sentadura	Recto.		Ligeramente encorvado o inclinado hacia un lado.	Muy Hiperextendido. Se debe observar: <i>Spina alta</i> , <i>Spina un lado</i> , <i>Rotación interna o externa marcada</i> .	
<b>Brazos</b> en reposo	En posición recta, rectos o ligeramente flexionados.		Rotación interna o externa leve-moderada.	Postura distónica e <i>hemipléjica marcadas</i> .	
<b>Manos</b>	Manos abiertas.		Puñar en aducción y / o manos cerradas de forma <i>intermitente</i> .	Puñar en aducción y / o manos cerradas de forma <i>continua</i> .	
<b>Pierna</b> Sentadura	Puede estar sentado manteniendo la espalda recta y las piernas extendidas o ligeramente flexionadas.		Puede estar sentado con la espalda recta, pero las rodillas están flexionadas 15-20°.	No puede mantenerse sentado con la espalda recta a menos que las rodillas estén <i>marcadamente</i> flexionadas.	

## 27 - TRABAJO LIBRE

**Extubación con volumen residual en el balón de neumotaponamiento del tubo endotraqueal.****Estudio in vitro con modelo animal.**

García Urrutia, J.; Puzzo, F.; Carrera, M.; Cagide, S.; Gomez, J.; Poggioli, G.; Perez Tevez, M.; Diaz-Ballve, L.

La retirada de la vía aérea artificial o extubación es un proceso habitual en la unidad de cuidados intensivos. Con el tubo endotraqueal (TET) ubicado en la vía aérea, las secreciones drenan fácilmente en el espacio subglótico y se acumulan por encima del balón de neumotaponamiento (BNT) formando el denominado lago faríngeo. Al momento del retiro del TET lo recomendado es realizar la aspiración manual mediante un catéter de las secreciones subglóticas y luego mediante una jeringa desinflar el BNT. Se han propuesto diferentes opciones a esta técnica como, cortar de manera manual la línea testigo del BNT para no desinflar completamente BNT y de esta manera producir arrastre de las secreciones subglóticas remanentes y posiblemente reducir la aspiración de estas a la tráquea. Comparar la cantidad de líquido que se aspira a la tráquea del contenido subglótico entre seis métodos de desinflado del BNT en un modelo de transición in vitro con tráqueas de cerdo. Se llevó a cabo un diseño in vitro con modelo animal. Se utilizó un modelo traqueal de cerdo, con una longitud de 15 cm. En el extremo distal de la tráquea se colocó un recipiente colector para la recolección del material luego de la extubación. Las maniobras de extubación se dividieron en:

Método 1: Se desinfló el BNT con jeringa e inmediatamente se procedió a extubar sin aspirar.

Método 2: Desinflado del BNT con jeringa e inmediatamente se procedió a extubar conjuntamente aspirando con catéter de aspiración (CA).

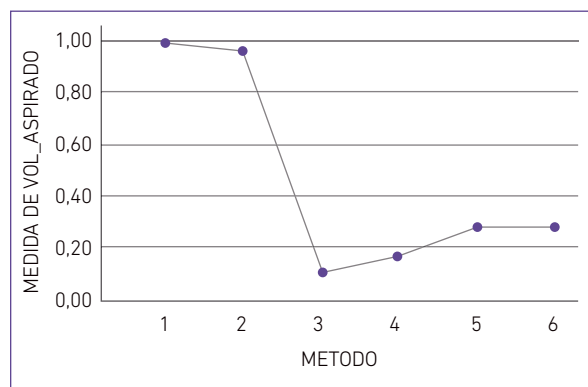
Método 3: Corte de la línea del BNT con tijera e inmediatamente se procedió a extubar sin aspirar.

Método 4: Corte de la línea del BNT con tijera e inmediatamente se procedió a extubar conjuntamente aspirando con CA.

Método 5: Corte la línea del BNT manual e inmediatamente se procedió a extubar sin aspirar.

Método 6: Corte de la línea del BNT manual e inmediatamente se procedió a extubar conjuntamente aspirando con CA. La variable de resultado fue el peso de la cantidad de líquido que se aspira a la tráquea del contenido subglótico en cada uno de los métodos propuestos.

Realizamos un total de 60 procedimientos de extubación. La comparación entre los distintos métodos según la cantidad de líquido que se aspiró a la tráquea fue significativa en la prueba de ANOVA ( $p < 0,001$ ). En el análisis post hoc los pares que obtuvieron diferencias significativas fueron el método 1 y métodos 2 versus 3,4,5 y 6 respectivamente.



Los métodos de extubación que permiten volumen residual en el balón de neumotaponamiento obtuvieron menor cantidad de líquido que se aspira a la tráquea en un modelo animal de extubación in vitro.

## 27 - TRABAJO LIBRE

**Donación en asistolia controlada. Serie de casos en un hospital de alta complejidad. Unidad hospitalaria de procuración de órganos y tejidos.**

Montiel, E.; Vissani, L.; Porras, A.; Herrera, M.; Retamoza, L.; Izquierdo, H.; Blasco, M.

La donación de órganos a partir de fallecidos bajo criterios circulatorios ha emergido como una estrategia clave para aumentar la disponibilidad de órganos para trasplante. Tradicionalmente, los órganos para trasplante provienen de personas que han sufrido muerte encefálica; sin embargo, este modelo está limitado por la cantidad de donantes en estado de muerte encefálica.

A partir de la década de los 70, algunos países comenzaron a implementar programas orientados a la



donación en asistolia, aunque hasta la fecha son pocos los que cuentan con protocolos formalizados para este tipo de donación.

Argentina, reconocida como líder en la donación de órganos en la región, ha sido pionera en Latinoamérica en la implementación de este modelo. En 2023, INCUCAI estableció oficialmente el Protocolo de Donación en Asistolia Controlada (DAC), marcando un hito importante en el ámbito de la donación de órganos en el país. Describir las características clínicas y otros aspectos del proceso relacionado con los donantes en asistolia de nuestro centro, la experiencia en la aplicación de dicho protocolo, hay que destacar los desafíos y las oportunidades que surgen al ser un hospital de referencia en la donación de órganos y tejidos en la región.

Contribuir al desarrollo de práctica de forma más eficiente y efectiva en el ámbito de la donación de órganos en asistolia controlada.

Analizar los resultados de dichos donantes.

Historia clínica.

Antecedentes patológicos relevantes, clasificación por edad y patología de base.

Mantenimiento orientado al potencial donante.

Adecuación del esfuerzo terapéutico orientado al paciente.

Proceso de comunicación. Acompañamiento del duelo.

Órganos ablacionados en DAC.

Órganos implantados.

**DONANTES EN ASISTOLIA:**

5 PROCESOS DE DAC órganos ablacionados en DAC:

3 DONANTES RENALES 5 DONANTES DE TEJIDOS

Órganos implantados 5 riñones.

Proceso de comunicación exitosos en términos de comprensión de futilidad terapéutica y aceptación de muerte.

Desafíos	Oportunidades
Necesidad de un protocolo de adecuación de los esfuerzos terapéuticos	Unidad hospitalaria de procuración de órganos y tejidos
Nuevos donantes en DAC en Argentina	Trabajo interdisciplinario
Característica y perfil del donante en AC	

La DAC tiene un papel fundamental en el potencial incremento del número de donantes en Argentina. El protocolo del manejo del donante en asistolia controlada debe abarcar aspectos que van desde la AET que precederá siempre a la comunicación de donación, que nunca será realizada con anterioridad.

La AET debe ser llevada a cabo por el equipo médico responsable del paciente.

En la medida de lo posible se facilitará el acompañamiento familiar (hospital humanizado) durante todo el proceso de AET.

Contemplar distintos aspectos referidos a los donantes y sus características patogénicas, participar junto al organismo jurisdiccional de la distribución y asignación de órganos para implante, prever técnicas de preservación a emplear y equipos implicados.

29 - CASO CLÍNICO

**Carcinoma invasor de laringe.**

Ávila, A.; Baliño, F.; Cayo, J.; Cena, K.; Garcia, N.; Villalba, M.

Paciente femenina de 61 años, con antecedentes de tabaquismo (20 cigarrillos día), que ingresa al servicio de emergencias, derivada desde otra institución, con diagnóstico de tumoración supraglótica en estudio. Refiere comienzo de los síntomas desde febrero de 2024 con múltiples consultas y tratamientos médicos (corticoides inhalados y oral y antibioticoterapia). Refiere disfonía de 1 mes de evolución con mejoría parcial de síntomas en contexto de tratamiento con corticoides vías orales. Finalizado el tratamiento con corticoides reinician los síntomas, agregándose disfagia y disfonía.

A su ingreso menciona la realización de NFL en otra institución, al ser evoluciona por servicio de cabeza y cuello de hospital como patológica, se solicita la realización de tomografía computarizada (TAC) con contraste de cerebro, columna cervical y tórax.

Dicho estudio informa que donde en topografía de laringofaringe con proyección paramedial derecha, en intimo vinculo y por detrás de la epiglotis, se visualiza una imagen nodular con densidad de partes blandas, de bordes netos, que muestra avidéz tras la administración de contraste EV, la cual presentan una extensión de 19 x 16 mm.

Dado los hallazgos imagenológicos, como principal hipótesis se plantea proceso neoformativo primario. Posteriormente, se realiza biopsia, dando como resultados de la anatomía patológica mucosa laríngea con infiltración por carcinoma pavimentoso invasor. La paciente fue intervenida quirúrgicamente donde se llevó a cabo laringectomía total, traqueostomía terminal, VAC central y lateral bilateral, hemitiroidectomía derecha, timectomía y fistula traqueoesofágica. El cáncer de laringe tiene como factores de riesgo el tabaquismo, consumo excesivo de alcohol, bajo nivel socioeconómico, género masculino, y la edad mayor a 60 años.

La clínica de los pacientes difiere según la región comprometida de la laringe. Los pacientes con cáncer subglótico a menudo se presentan con obstrucción de la vía aérea, y la ronquera es un síntoma tardío común. Los pacientes con cáncer supraglótico a menudo se presentan con disfagia, la obstrucción de la vía aérea, otalgia, desarrollo de una masa en el cuello.

El diagnóstico de esta patología se realiza mediante una laringoscopia, biopsia y estudios por imágenes (tomografía computarizada) para la estadificación de esta.

Respecto a los hallazgos imagenológicos, la TAC con contraste endovenoso generalmente es el estudio radiológico necesario para valorar lesiones laríngeas, especialmente en relación con la extensión del posible tumor y la invasión cartilaginosa y de partes blandas adyacentes. Además, proporciona el beneficio añadido de la evaluación radiológica de los ganglios linfáticos cervicales y la detección de posibles de segundos primarios no sospechados.

### 30 - TRABAJO LIBRE

#### **Impacto del rol de enfermería en la gestión de procuración de órganos y tejidos de un hospital de alta complejidad.**

*Porras, A.; Vissani, L.; Montiel, E.; Lucero, V.; Leiva, Y.; Gonzalez, K.; Galtognotti, J.; Retamozo, L.; Cabral, C.; Blasco, M.*

La respuesta a la creciente demanda de trasplantes de la lista de espera de órganos y tejidos no sería posible sin el trabajo interdisciplinario del sistema de salud en los procesos de donación. En este marco es que Enfermería juega un papel fundamental en la mejora de la eficacia y eficiencia en el cuidado de los pacientes, ampliando su rol hacia la gestión desde la detección de los potenciales donantes hasta la finalización del proceso institucional de ablación de órganos y tejidos y el acompañamiento familiar.

Enfermería es la clave para aumentar la tasa de donantes.

Describir cómo el personal de enfermería ha contribuido directamente en el aumento de la generación de tejidos, destacando su participación en el programa nacional de donantes a corazón parado, una de las principales fuentes de tejidos.

El análisis del éxito y resultados determina que fue posible gracias a la capacitación continua del personal y a una adecuada gestión, que incluye el acompañamiento terapéutico a las familias y la trazabilidad de los potenciales donantes.

Descripción del trabajo enfermería: Gestión y adecuada descripción de datos, capacitación continua en cuidados oculares, capacitación en cámara húmeda, organización del personal, extensión territorial, acompañamiento familiar / curso del duelo, detección, plan de cuidados en el mantenimiento del potencial donante de órganos y tejidos, conocimiento científico y trabajo asistencial que hay en cada intervención realizada, garantizar los recursos para que el proceso de donación se gestione de manera óptima y eficiente.

Enfermería en procuración tiene funciones administrativas y funciones asistenciales.

El desempeño idóneo y responsable de la enfermera/o representa un rol trascendente en la organización de los recursos necesarios para optimizar el rendimiento de su trabajo y el del resto del equipo.

La participación de enfermería debe ser entendida como parte fundamental del trabajo transplantológico, siendo este partícipe y responsable privilegiado en el éxito que culmina con el ansiado trasplante que se convierte en la terapéutica que permite darle posibilidades de continuar con vida a muchas personas.

### 31 - TRABAJO LIBRE

#### **Hospital Cuenca Alta Néstor Kirchner como institución modelo de procuración de órganos y tejidos en la red.**

*Vissani, L.; Montiel, E.; Porras, A.; Gómez, J.; Duarte, E.; Blasco, M.; Izquierdo, H.*

En los últimos años en materia de procuración de órganos para trasplante en territorio bonaerense, se incrementó en casi un 30 por ciento. No obstante, casi 5 mil bonaerenses se encuentran en lista de espera. De acuerdo con los datos del CUCAIBA, en el último año se lograron procurar N° órganos para trasplante. A nivel nacional, la Provincia de Buenos Aires aportó aproximadamente el 40 por ciento de todos los órganos que se donaron.

Describir el incremento de donantes gracias a la gestión de la UHPROT

Características de los donantes (patologías de base)  
Incremento en el número de G7- Trazabilidad del programa

Calidad de atención de neuro críticos  
Incremento en el N° de donantes reales  
Reversión de donantes monogámicos a multiorgánicos

UHPROT 1º AÑO DE GESTIÓN ( SEP 2023 - OCTUBRE 2024)

VISIÓN / MISIÓN / VALORES

ACTIVIDAD del periodo septiembre - octubre - TABLA 1

10. Donantes agrupados por origen del proceso de donación												
Origen	Real	%Re	Efec.	%Ef	Mono	%Mo	Multi	%Mu	Tejcd.	%Te	%Tot	Total
1º P.Glasgow7	24	61.5%	19	79.2%	12	50%	12	50%	15	38.5%	51.3%	39
3º P.Posparo	-	-	-	-	-	-	-	-	37	100%	48.7%	37
TOTAL	24	31.6%	19	79.2%	12	50%	12	50%	52	68.4%	100%	76

13. Donantes agrupados por clasificación del donante real												
Clasificación	Real	%Re	Efec.	%Ef	Mono	%Mo	Multi	%Mu	Tejcd.	%Te	%Tot	Total
Ablación Tej.	-	-	-	-	-	-	-	-	52	100%	68.4%	52
Multiorganico	12	100%	12	100%	-	-	12	100%	-	-	15.8%	12
Monorganico	12	100%	7	58.3%	12	100%	-	-	-	-	15.8%	12
TOTAL	24	31.6%	19	79.2%	12	50%	12	50%	52	68.4%	100%	76

Programas G7 / PCR periodo septiembre 2023 - octubre 2024 - TABLA 2

6. Donantes agrupados por establecimiento origen												
Est. asistencial	Real	%Re	Efec.	%Ef	Mono	%Mo	Multi	%Mu	Tejcd.	%Te	%Tot	Total
32955 BsAs.	24	61.5%	19	79.2%	12	50%	12	50%	15	38.5%	100%	39
HCANK												
TOTAL	24	61.5%	19	79.2%	12	50%	12	50%	15	38.5%	100%	39

En Argentina, el trasplante es una práctica cotidiana, posible gracias a las personas que decidieron ser donantes y al trabajo del servicio de procuración de las instituciones.

El Hospital de Alta Complejidad Cuenca Alta Néstor Kirchner es modelo en materia de procuración.

32 - CASO CLÍNICO

**Resección comando de tumor de piso de boca.**

*Raciti, M.; Dorza, J.; Arregui, A.; Alvarez, I.*

Paciente masculino de 63 años acude a consultorio de cirugía de cabeza y cuello por presentar disfagia progresiva de 9 meses de evolución asociada a pérdida de peso no intencional y voz engolada. Antecedentes clínicos: enolismo y tabaquismo. Se decide examen bajo anestesia general de tracto Aero digestivo superior. Se evidencia tumor primario localmente avanzado de piso de boca, predominantemente izquierdo con invasión de línea media, infiltración de músculos milohioideos, cuerpo izquierdo y sínfisis de

mandíbula. Además, compromiso de musculo hiogloso. Se toma biopsia de la lesión. ANATOMIA PATOLOGICA: FRAGMENTOS VINCULABLES CON CARCINOMA ESCAMOSO. Se realiza tomografía estadificadora de cerebro, macizo craneofacial y cuello y tórax que informa en región sublingual izquierda una formación expansiva de aspecto heterogéneo con área hipodensa central, DAP 34 mm x DL 36 mm x DT 35 mm, la misma comprime línea media y desplaza estructuras. Se realiza resección comando tumor de piso de boca. Duración del procedimiento quirúrgico: 14 horas.



El tratamiento quirúrgico resectivo de la lesión, más el vaciamiento electivo (en los casos N0) supra homo hioideo es el tratamiento de elección en este tipo de casos. Se recomienda radioterapia cuando los márgenes quirúrgicos infiltrados, más de dos metástasis ganglionares y/o diseminación extra-ganglio.

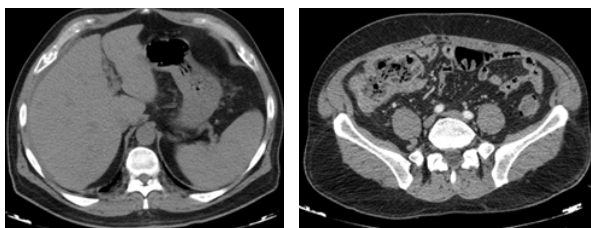
33 - CASO CLÍNICO

**Adenocarcinoma pobremente diferenciado.**

*Beltran, D.; De Salvo, M.; Mattalia, M.; Sacone, S.; Maccarone, F.; Urbisaia, A.*

Paciente masculino de 65 años, con antecedentes personales de DBT, HTA y enfermedad de 3 vasos, consultó por dolor abdominal de 5 días de evolución, asociado a episodio emético. Refiere antecedentes familiares de CCR y VCC hace 5 años sin hallazgos particulares. Al examen físico dolor a la palpación en fosa iliaca derecha que irradia a flanco derecho y región lumbar sin signos acompañantes. Laboratorio dentro de parámetros normales y TAC que evidenció una estructura tubular de aspecto edematoso con realce post contraste y ligero engrosamiento parietal en forma circunferencial del ciego con abundante contenido propio. Se interpreta como plastrón apendicular y se realiza tratamiento médico. El paciente concurre a control por consultorio refiriendo dolor abdominal e intolerancia por lo que se realiza VCC incompleta y TAC en la cual se evidencian imágenes hepáticas compatibles con secundarismos y un engrosamiento parietal en íleon terminal y múltiples imágenes focales mal definidas en hígado. Por lo que se realiza biopsia hepática eco guiada percutánea cuya anatomía patológica informa adenocarcinoma pobremen-

te diferenciado. Se realiza laparotomía exploradora, ileostomía y biopsia por carcinomatosis peritoneal. El paciente evoluciona favorablemente por lo que se va alta hospitalaria con seguimiento por consultorio externo.



El CCR representa un problema por su elevada incidencia y mortalidad. El programa de pesquisa propone catalogar pacientes en grupos según su riesgo, para poder hacer un correcto screening poblacional con el objetivo de lograr un diagnóstico temprano con un tratamiento quirúrgico curativo. Esto se lograría a partir de exámenes basados en análisis de materia fecal y estudios endoscópicos de visualización directa donde podríamos detectar pólipos y extraerlos antes de la malignización. La Sociedad Argentina de coloproctología propone que además de ser beneficioso para el paciente un programa de screening adecuado representa un beneficio económico debido a la alta tasa de CCR, lo que pone en manifiesto la necesidad de tener un programa de detección precoz de cáncer de colon.

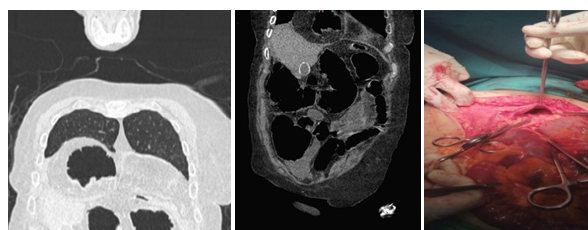
#### 34 - CASO CLÍNICO

##### **Hernia diafragmática derecha adquirida: como presentación de abdomen agudo oclusivo.**

*Vergara, J.; Hoffmann, B.; Garat, V.*

Paciente de sexo femenino de 97 años de edad con antecedente de hipotiroidismo e hipertensión arterial sin antecedentes quirúrgicos o traumáticos que ingresa al servicio de emergencias por cuadro clínico de 6 días de evolución caracterizado por dolor abdominal generalizado de una intensidad de 7 /10 asociado a distensión abdominal y ausencia de deposiciones, el cual desde hace 24 horas se asoció a 4 episodios eméticos de aspecto porraceo, al ingreso frecuencia cardiaca 108 latidos/minuto, frecuencia respiratoria 18 respiraciones / minuto, tensión arterial 125/72 mmhg, temperatura 36.2° y saturación de oxígeno mayor al 96 %. Al examen físico se evidencio un abdomen distendido, timpánico, ruidos hidroaéreos escasos, con defensa y reacción peritoneal de predominio en fosa iliaca derecha. El análisis de laboratorio manifestó leucocitosis de 16.3(1000 / mm<sup>3</sup>), Creatinina 2.28 mg/dl, urea 72 mg/dl, al ingreso se solicitó una tomografía de abdomen y pelvis con contraste endovenoso que reporto una voluminosa

hernia diafragmática anterior, que comprometía el tercio distal del colon transverso, condicionando dilatación proximal del mismo (imagen 1) (imagen 2) por lo cual es llevada a quirófano. Al ingresar en cavidad abdominal se evidencia una hernia diafragmática derecha anterior con contenido colónico, la cual se reduce fácilmente, permitiendo ver el defecto en pilar derecho del diafragma (imagen 3) se procede a realiza hernioplastia mediante cierre primario con sutura reabsorbible. se decide dejar colostomía en asa sobre varilla a nivel de colon transverso por persistencia de dilatación cecal y enfermedad diverticular avanzada en colon distal. Paciente curso con adecuada evolución postoperatoria con alta hospitalaria al 12avo día.



La hernia diafragmática adquirida con un defecto que afecta el pilar derecho del diafragma, en ausencia de antecedentes de traumatismo o cirugía, es un hallazgo poco frecuente que representa menos del 1 % de todas las hernias diafragmáticas. Teniendo en cuenta el difícil diagnóstico clínico de estas hernias, los médicos deben estar atentos cuando se encuentren con pacientes con síntomas que empeoran, como náuseas, vómitos y obstrucción gastrointestinal, con o sin complicaciones respiratorias y cardíacas. La corrección quirúrgica de estas hernias es una opción de tratamiento eficaz y segura que, por lo general, requiere un abordaje abdominal o torácico con bajas tasas de recurrencia.

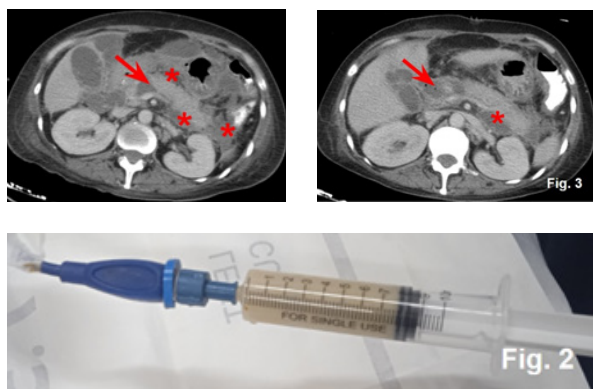
#### 35 - CASO CLÍNICO

##### **Drenaje percutáneo en pancreatitis evolucionada complicada con múltiples colecciones y necrosis.**

*Giovagnoli, H.; Strazzeri, M.; De Salvo, M.; Acosta, R.; Yanchapaxi, P.*

Presentación del caso: femenina de 50 años con antecedentes Enfermedad de Chagas y cólico biliar recurrente que ingresa derivada de otro nosocomio por pancreatitis aguda biliar evolucionada de 33 días con mala respuesta al tratamiento médico. a su ingreso regular estado general, lúcida, taquipnea, afebril, hemiabdomen superior tenso y doloroso con defensa, sin reacción peritoneal. laboratorio con leucocitosis (gb 13400) y acidosis metabólica leve. tac que reporta necrosis cefálica del páncreas con una colección homogénea intrínseca (flecha) además de múltiples co-

lecciones homogéneas líquidas peri-pancreáticas en estructuras vecinas (asteriscos) (fig.1). se colocaron 4 drenajes a las colecciones con 260 ml de débito purulento (fig.2) con toma de cultivo el mismo que reporta e coli. se inició tratamiento antibiótico empírico con Imipenem sin mejoría clínica por lo que rotan a piperacilina/tazobactam. a los 8 días presenta persistencia de colecciones (fig.3) por lo que se decide nuevo drenaje eco guiado a la espera de evolución.



Discusión: los procedimientos mínimamente invasivos, dentro del enfoque step up approach (tratamiento escalonado), han mostrado tasas de éxito clínico superiores, menor morbilidad y reducción de costos en comparación con las técnicas quirúrgicas abiertas para el manejo de colecciones pancreáticas. el drenaje percutáneo de las colecciones y peri pancreáticas resulta útil cuando son sintomáticas, se detectan signos de infección, absceso o necrosis. el abordaje abierto se reserva como última alternativa cuando las colecciones son múltiples y no responden al tratamiento endoscópico, son tabicadas o no tienen ventana de acceso endoscópico o percutáneo.

### 36 - TRABAJO LIBRE

#### **Comparación de qPCR multiplex in-house con el cultivo convencional en la detección de NDM, KPC y OXA-48LIKE en hisopados rectales.**

*Jaime, M.L.; Negro, M.L.; Cabrerizo, R.; Guzmán, G.; Hollman, L.; Yaunguzian, M.F.; Serra, C.; Gil, M.F.*

La resistencia a los antimicrobianos es una de las principales amenazas de salud pública. La detección de pacientes infectados y portadores de enterobacterias resistentes a carbapenemes (ERC) es una de las principales herramientas para mitigar la diseminación de la resistencia. Hoy en día la vigilancia epidemiológica se realiza con medios de cultivo selectivos y diferenciales que brindan un resultado en 24/48hs. Los métodos moleculares poseen una mayor sensibilidad y especificidad que los métodos de cultivo convencional (CC) y además son más rápidos ya que otor-

gan el resultado en unas pocas horas, impactando en un aislamiento precoz de los pacientes portadores y así evitando la diseminación de la resistencia. En nuestra institución desarrollamos una PCR real time multiplex in-house para la detección de KPC, NDM y OXA-48like que puede utilizarse a partir de hisopados rectales.

Comparar la detección de KPC, NDM y OXA-48like por qPCR multiplex in house con el cultivo convencional y el tiempo promedio de emisión de resultados con cada método.

Se procesaron en paralelo por CC y qPCR multiplex 106 muestras de hisopados rectales (HR) en el periodo comprendido entre 08/08/2023 al 07/11/2023. Cada muestra de hisopado fue primero cultivada en el medio cromogénico KPC<sup>®</sup> y luego procesada por el sector de biología molecular. La qPCR multiplex se llevó a cabo en el equipo CFX96 BIO-RAD. Se registraron los horarios de ingreso de las muestras y los horarios de emisión de resultados.

De las 106 muestras de HR el 41% (43) resultaron positivas por qPCR multiplex mientras que el 22% (23) fueron positivas por CC. La qPCR multiplex detectó 20 casos positivos (19%) que no fueron detectados por el CC. El mecanismo KPC fue detectado en 21 muestras por qPCR versus 13 por CC, el mecanismo NDM fue detectado en 26 muestras por qPCR versus 12 por CC y el mecanismo OXA 48-like fue detectado en 7 muestras por qPCR versus una muestra en cultivo. En cinco casos se pudo detectar la coproducción de otra carbapenemasa que por CC no se había detectado (2 OXA, 2 KPC, 1 NDM). El tiempo promedio de emisión de resultados fue de 3 horas 5 min para la qPCR y más de 24 horas para el CC.

La utilización de la qPCR multiplex in-house aumentó la detección de KPC, NDM y OXA-48like en muestras de hisopados rectales y redujo el tiempo promedio de emisión de resultados. Esto permite el aislamiento de un mayor número de pacientes colonizados y la optimización de los tiempos.

### 37 - CASO CLÍNICO

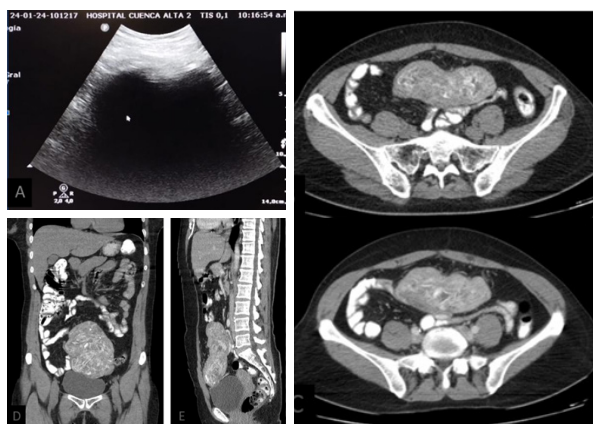
#### **Complicación tardía en el post operatorio lejano, recordemos el oblitio.**

*Cena, K.; Pizarro, D.; Villalba Lettieri, M.; Baliño, F.; Cayo Pary, J.; De Majo, M.*

Paciente femenina de 49 años. El motivo de consulta es la palpación de una tumoración dolorosa en hipogastrio, de tiempo inespecífico. Antecedentes personales: Cesárea y miomectomía hace 14 años.

**ECOGRAFÍA ABDOMINAL:** (A) Formación en hipogastrio poco definida que genera sombra acústica posterior, con una extensión aproximada de 110 mm.

**TOMOGRÁFIA DE ABDOMEN Y PELVIS:** Voluminosa formación centro abdomino- pélvica de contornos lobulados y atenuación heterogénea, ya visible en la fase sin contraste endovenoso (B), mide 122 x 49 x 107 mm. La misma no muestra franco realce luego de la administración de contraste endovenoso (C). Además, presenta dudoso plano de clivaje con asas intestinales delgadas, resultando dificultoso determinar su domicilio (D y E).



**Discusión:** Los textilomas u oblitos constituyen un grupo de pseudo-tumores causados por material quirúrgico no absorbible, que producen diversas complicaciones dependiendo del tipo de reacción que genera su presencia. Tiene una presentación temprana y séptica, o más tardía, fibrótica-estéril, evolucionando de forma silenciosa durante mucho tiempo, produciéndose su encapsulación o enquistamiento. Además, pueden desplazarse lejos del sitio quirúrgico de origen. Con ecografía podemos ver: una masa quística bien definida con centro ecogénico ondulado avascular (por Doppler color) que lo diferencia de un quiste complejo; un área ecogénica con sombra acústica posterior y periférica hipo-ecogénica o un patrón inespecífico con masa hipo-ecogénica y sombra acústica. El método de elección para su estudio es la tomografía, encontrándose frecuentemente una masa hipodensa con pared bien definida, contornos nítidos, niveles hidroaéreos, en espiral o esponjiforme e incluso centro hiperdenso (en probable relación a coágulos). También se puede apreciar gas atrapado dentro de gasas, y en caso de cronicidad, la presencia de calcificaciones en la pared de la cavidad. Es típica la imagen aireada o en "panal de abejas" o en "miga de pan" que corresponde a la compresa infiltrada por secreciones y gas (para diferenciarla de materia fecal, reconocer su topografía fuera del marco colónico es fundamental).

El oblitio es un evento de baja frecuencia pero que puede generar morbilidad grave, causando desde presentaciones asintomáticas hasta abscesos, fístulas y cuadros de oclusión intestinal, por lo cual es primordial su diagnóstico oportuno, para lo cual es necesario primero su sospecha.

38 - TRABAJO LIBRE

### **Unidad de Rehabilitación cardiovascular: Balance de los primeros ocho meses de implementación.**

*Dávolos, I.; Pérez Teves, M.; Bezzoni, F.; Poggioni, G.; Puzzo, F.; Spala, J.*

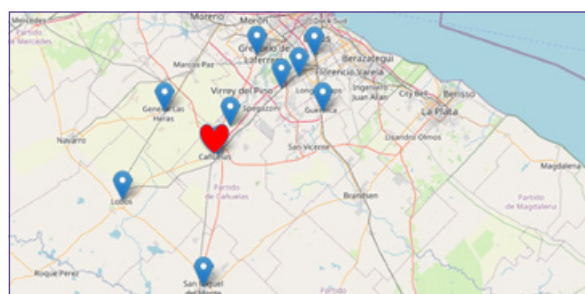
Múltiples estudios han demostrado que los programas de rehabilitación cardiovascular (RCV) son seguros y eficaces para mejorar la capacidad funcional y la calidad de vida, así como para reducir la reinternación y la mortalidad por todas las causas. El primer paso de la prevención secundaria es la RCV multi-componente, que tiene como objetivo revertir los efectos fisiológicos y psicológicos de la enfermedad cardiovascular, obtener la estabilización clínica, optimizar el riesgo cardiovascular y mejorar el estado psicosocial y vocacional de los participantes. En este sentido, las guías recomiendan que la RCV contemple la educación del paciente, enfatice los comportamientos saludables y el entrenamiento con ejercicios. Desafortunadamente, los programas de RCV están considerablemente infrautilizados, y entre un 20-30% de los pacientes elegibles participan, siendo aún menor en mujeres, adultos mayores e individuos de poblaciones desatendidas. Las barreras o factores que dificultan la RCV incluyen la falta de derivación y de recursos, los problemas logísticos y psicológicos.

Describir las características de la población que asiste a RCV y la adherencia.

Se realizó un estudio descriptivo y comparativo de corte transversal. Se incluyeron pacientes que fueron derivados a la Unidad de Rehabilitación Cardiovascular entre los meses de enero y agosto de 2024. El equipo se conforma por un cardiólogo, kinesiólogos especializados en RCV, y una secretaria, además del contacto permanente con distintas áreas, como nutrición, salud mental, insuficiencia cardíaca y unidad coronaria. Se realizó una intervención estructurada con monitoreo regular del paciente, que incluyó visitas presenciales al inicio, mitad y final del plan de rehabilitación. Se describieron las características basales, motivos de derivación, distancia al centro de RCV y adherencia a las sesiones presenciales de RCV. Se consideró "adherencia" el haber completado 24 sesiones, lo que corresponde a tres meses de RCV.

Se incluyeron 62 pacientes. La media de edad fue 57,8 años (DS 8,7) y 83,8% eran de sexo masculino. Las características basales pueden observarse en la Tabla. La enfermedad coronaria fue el principal motivo de derivación (91,8%); post angioplastia (91.1%), post cirugía de revascularización miocárdica (8,9%). El 65,5% tuvo infarto agudo de miocardio y en el 60,7% se obtuvo la revascularización completa. El 3,3% tenía diagnóstico de insuficiencia cardíaca. Recibimos 1 paciente con recambio valvular, 1 paciente con hipertensión pulmonar y 1 paciente con enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Los lugares de residencia de los pacientes pueden observarse en la Figura 1.

Con relación a la adherencia, se evaluaron 62 pacientes de los cuales 10 no iniciaron por cuestiones desconocidas. 8 pacientes no iniciaron por intercurencias o intervenciones pendientes. Se han derivado 2 pacientes a centros de RCV más cercanos a su domicilio. 1 paciente presentaba contraindicación para iniciar RCV. 13 pacientes tenían estudios pendientes para iniciar las sesiones. Iniciaron 28, de los cuales solamente fueron adherentes 7 pacientes (29% de adherencia).



Cañuelas: 20	Presidente Perón: 4
Lobos: 2	Ezeiza: 5 (T.Suarez, Spegazzini)
La Matanza: 8	Máximo Paz: 3
Gral. Las Heras: 3	Otros: 10 (Mte. Grande, Brandsen, Navarro, Berazategui, San Vicente, Almirante Brown)
San Miguel del Monte: 4	
Lomas de Zamora: 3	

La rehabilitación cardiovascular (RCV) es esencial para mejorar la calidad de vida y reducir la mortalidad en pacientes con enfermedad cardiovascular. Sin embargo, su bajo nivel de participación, especialmente en grupos vulnerables, evidencia la necesidad de mejorar la accesibilidad y promover estrategias que aumenten la adherencia.

	Pacientes (n=62)	%	media	DS
Educación	Nivel inicial	12		
	Primario completo	55		
	Secundario	26		
Contexto familiar	Casado/a o concuvinato	68,8		
	Separado/a o divorcio	31,2		
	Vive solo/a	21,3		
Localidad	CABA	58,82		
	Conurbano	41,18		
Cobertura	PAMI	16,1		
	Otra (OS, mutual, prepaga)	24,2		
	No tiene	59,7		
Factores de Riesgo	Hipertensión arterial	63,9		
	Dislipemia	37,7		
	Tabaquismo	34,4		
	Diabetes	27,8		
	Antecedente heredo-familiar	27,8		
	Índice de Masa Corporal		30,1	5,6
	Sedentarismo	44,3		
	AF > 150 min/semana	14,7		
	AF < 150 min/semana	85,2		
	Disfunción eréctil	54,2		
	Estrés	9,8		
	Ansiedad	4,9		
	Depresión	1,6		
EPOC	1,6			

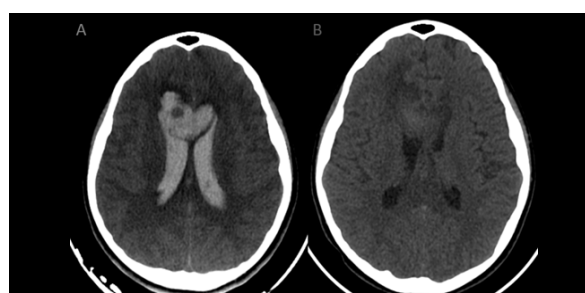
39 - CASO CLÍNICO

**Malformación arteriovenosa en pediatría.**

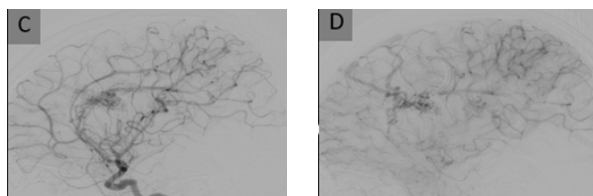
*Cena, K.; Balaño, F.; Villalba Lettieri, M.; Cayo Pary, J.; De Majo, M.; Contreras, C.*

Paciente masculino de 16 años. Según relata la madre el niño se encontraba en la escuela cuando cae abruptamente al suelo, presentando previamente episodios de cefalea y vómitos. Sin antecedentes de relevancia.

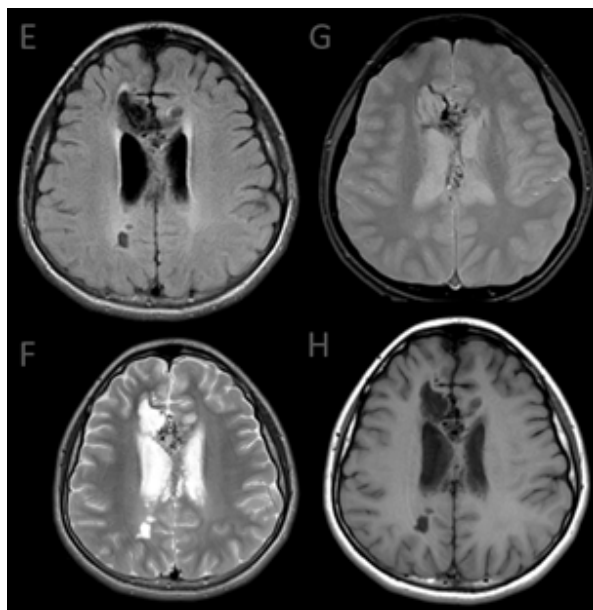
**TOMOGRÁFIA:** (A) Tomografía simple de encéfalo al ingreso reveló una imagen intraparenquimatoso hiperdensa en el área frontal (sustancia blanca profunda frontal bilateral que cruza línea media a través de rodilla anterior del cuerpo calloso) derecha, cingular anterior y periventricular derecha, con borramiento de surcos adyacentes y volcado ventricular bilateral hasta el IV ventrículo. (B) TC de control a los 21 días, se visualizan múltiples áreas de hipodensas, siendo la de mayor volumen la que se encuentra en zona del sangrado previo (frontal derecho), de aspecto de secuela.



ANGIOGRAFÍA: (C y D) La angiografía digital cerebral mostró una malformación arteriovenosa (MAV) del cuerpo calloso/coroidea, clasificada como Spetzler-Martin 4, localizada en rostro, rodete, cuerpo y parte anterior del rodete, con aferencia por ambas arterias cerebrales anteriores y drenaje venoso por venas frontales, mediales, vena de Galeno y venas estriadas inferiores.



RESONANCIA: (E: FLAIR, F: AXIAL T2, G: GRE y H: T1) Estudio realizado a los cuatro meses del ingreso. Extenso nido vascular a nivel cuerpo y rodilla anterior y posterior del cuerpo calloso con conexión con seno venoso longitudinal a través de al menos dos vasos venosos de gran calibre. El nido mide aproximadamente 53 mm de longitud. Múltiples y extensas áreas de encefalomalacia a nivel cortico-subcortical fronto-parietal bilateral.



**Discusión:** Las malformaciones arteriovenosas (MAV) cerebrales son una patología caracterizada por una comunicación anómala entre arterias y venas sin lecho capilar interpuesto. Su forma de presentación más frecuente es la hemorrágica, representando el 38% de las hemorragias cerebrales en pacientes de 15 a 45 años. La clasificación de Spetzler-Martin, que evalúa el tamaño de la MAV, la localización en áreas elocuentes del cerebro y el patrón de drenaje venoso es crucial para planificar el tratamiento.

En este caso, el paciente tiene una MAV Spetzler-Martin 4, lo que indica una MAV de gran tamaño, en una localización crítica y con drenaje venoso profundo. Los tratamientos posibles incluyen embolización endovascular, radiocirugía, cirugía abierta y terapia combinada. Debido a la gravedad del estado general, se decide aguardar evolución y, al ser positiva, a los 15 días se decide embolización endovascular y eventual cirugía.

El diagnóstico por imágenes desempeña un papel fundamental en la evaluación inicial y el manejo de las malformaciones arteriovenosas cerebrales. La colaboración estrecha entre radiólogos, neurocirujanos y neurólogos es esencial para diseñar un plan de tratamiento integral que maximice la eficacia terapéutica y minimice los riesgos para el paciente. El seguimiento regular con imágenes también es crucial para evaluar la respuesta al tratamiento y ajustar las intervenciones según sea necesario para mejorar el pronóstico a largo plazo del paciente.

#### 40 - CASO CLÍNICO

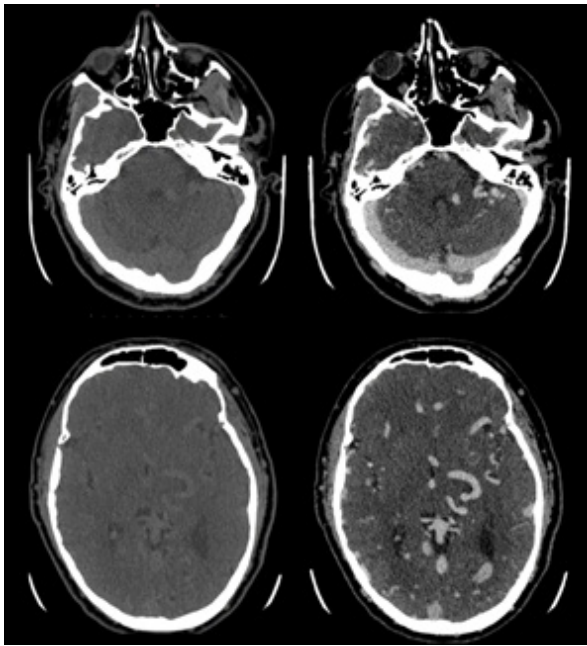
##### **Presentación avanzada de paciente con fístula arterio-venosa dural.**

*Cena, K.; Villalba Lettieri, M.; Baliño, F.; Cayo Pary, J., Veloso, S.; De Majo, M.*

Presentación de caso: Paciente masculino de 30 años, con antecedente de diabetes tipo 2, no insulino-requiriente. El motivo de consulta son náuseas y vómitos de 24 horas de evolución, que aparejaba amnesia, bradipsiquia, desorientación, hace una semana, y sumado a empeoramiento de alteraciones visuales y cefalea pulsátil de dos años de evolución.

**TOMOGRAFÍA DE ENCÉFALO CON CONTRASTE:** Marcada dilatación del sistema vascular en múltiples territorios de tipo arterial como así también del sistema venoso supra e infratentorial a predominio del tercio posterior del seno longitudinal superior, inferior, recto y transversal sin la presencia de interposición de nido entre ambas. Dicho hallazgo podría vincularse a malformaciones arterio-venosas durales múltiples. No se identifican alteraciones densitométricas del encéfalo de carácter agudo, así como tampoco colecciones hemáticas al momento del examen.





**ANGIOGRAFÍA CEREBRAL Y DE VASOS DE CUELLO:** Fístula Dural 2A + B del seno longitudinal superior con aferencia por arterias carótidas externas bilateral, arterias etmoidales anteriores bilaterales, arteria meníngea posterior y arteria de Davidoff.

Las FAVD se definen como comunicaciones vasculares anómalas localizadas en la duramadre, son una entidad consistente en una conexión patológica entre las arterias meníngeas y las venas corticales o senos venosos.

Causas: generalmente adquiridas, idiopáticas pero gran parte se producen a partir de una neovascularización inducida por un seno venoso dural previamente trombosado (angiogénesis aberrante). Otras causas incluyen traumatismo y craneotomía previa. La clasificación de Cognard se basa en la dirección del drenaje del seno dural, la presencia o ausencia de ECV y la arquitectura del flujo de salida venoso (venas corticales no ectásicas, venas corticales ectasias o venas perimedulares espinales).

Clasificación de Cognard de las DAVF			
TIPO	DRENAJE VENOSO	PATRON DE FLUJO EN LOS SENOS NASALES	PATRON DE FLUJO EN LOS SENOS NASALES
"BENIGNO"			
I	Seno dural	Anterógrado	No
Ila	Seno dural	Retrógrado	No
"AGRESIVO"			
Ilb	Seno dural	Anterógrado	Si
Ila+b	Seno dural	Retrógrado	Si
III	Vena Cortical		Si
IV	Vena Cortical		Si + ectasia venosa
V	Vena Cortical con drenaje perimedular espinal		Si

En este caso, la fístula de tipo Ila + b drena retrógradamente en un seno dural con ECV.

En TC sin contraste es de difícil visualización, a menos que haya focos hemorrágicos o signos de edema. (En pacientes con drenaje venoso leptomeníngeo retrógrado, el edema está presente en aproximadamente la mitad de los pacientes)

Los hallazgos que pueden ser evidentes en angiografía TC incluyen:

Vasos anormalmente agrandados y tortuosos en el espacio subaracnoideo, correspondientes a la vena cortical dilatada, una arteria carótida externa agrandada o vasos transóseos agrandado, senos venosos duros anormales, incluida la arterialización de la fase de contraste en el seno afectado debido a una derivación arteriovenosa.

El patrón pseudoflebítico es un patrón característico, poco frecuente, de drenaje venoso de las FAV, como expresión del desarrollo múltiples venas tortuosas intraparenquimatosas (debido a la congestión venosa crónica grave).

Es típica su localización en línea media (seno sagital superior, seno recto y vena de Galeno), y su asociación con manifestaciones neurológicas no hemorrágicas (crisis epilépticas, etc.)

El patrón más común de hemorragia intracraneal en FAVD rota es intraparenquimatoso, generalmente lobar. La hemorragia subaracnoidea (HSA) se observa con menos frecuencia y se asocia con mayor frecuencia a FAVD con ECV leptomeníngeo o pura.

Este tipo de lesiones son consideradas dinámicas ya que pueden retroceder o progresar espontáneamente, por lo que es importante prestar mucha atención a cualquier cambio en los síntomas porque esto puede significar un cambio en el tipo de patrón de drenaje venoso. Además, ayuda a estratificar el riesgo de estos (es fundamental iniciar el tratamiento para todas las FAVD con ECV o síntomas intolerables).

La evaluación de imágenes no invasivas puede proporcionar información útil para el diagnóstico, la clasificación y la planificación del tratamiento, pero el criterio estándar para las imágenes de DAVF sigue siendo DSA. Las decisiones de manejo deben ser abordadas por un equipo multidisciplinario que considere las distintas opciones y posibilidades terapéuticas.

## 41 - CASO CLÍNICO

**Malformación arteriovenosa uterina: presentación de caso en una entidad poco frecuente en la práctica clínica.**

Zoppi, V.; Heredia, C.; Matute, C.; Magnoni, C.; Olmedo, P.; Seró, B.

Paciente de 32 años, G3P2AB1, antecedente de aborto gemelar en agosto 2024.

-22/10/24 Ingresa a HCANK derivada de Hospital Z.G.A. de San Vicente Dr. Ramon Carrillo por SUA más síndrome anémico severo. Laboratorio: HTO 15, HB 4,9, SUB B HCG negativa. Ecografía ginecológica TV: Útero en A.V.F de ecorrespuesta miometrial heterogénea, mioma intramural en muro anterior de 17x10mm. Histerometría: 88x55x61mm. Espesor endometrial de 5mm. Transfusión de 4 unidades de GR, tratamiento con ácido tranexámico y progestágenos con respuesta satisfactoria.

-24/10/24 Paciente cursando 48hs sin pérdidas por GE, alta hospitalaria, se cita para programar histeroscopia.

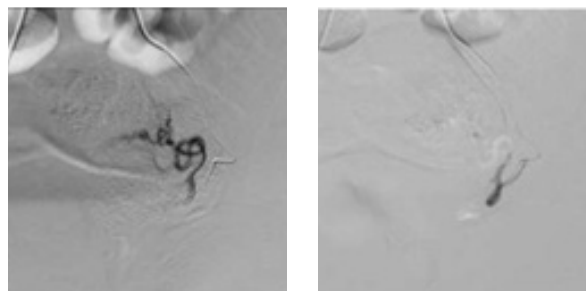
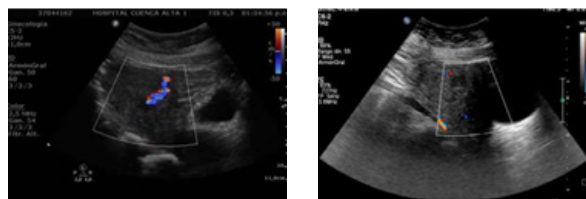
-28/10/24 Segundo ingreso por episodio de SUA. Laboratorio: HTO 23, HB 7,4. Transfusión de 1 UGR, hierro carboximaltosa EV y tratamiento con ácido tranexámico sin respuesta.

-30/10/24 Ecografía ginecológica + Doppler: pared miometrial anterior y endometrio subyacente marcada señal Doppler color en escala de 50+ de tipo mixto (arterial y venoso) sugerente de MAVU en primer término.

-01/11/24 Angiografía + embolización de arteria uterina izquierda: formación a nivel distal de ramas espiraladas ectásicas con zona hipervascularizada con distorsión de la arquitectura vascular compatible con MAVU. Embolización selectiva con partículas de contour 700-1000 micras hasta lograr stop de flujo en la malformación.

-03/11/24 Ecografía ginecológica + Doppler control: no se visualiza presencia de vascularización uterina de interpretación anómala.

-04/11/24 Paciente en buena evolución, alta hospitalaria, control por consultorios externos en 7 días.



La MAVU es una condición rara que puede tener consecuencias graves debido a la dificultad en el control de la hemorragia uterina. En este caso, se logró un manejo exitoso de la MAVU a través de un tratamiento conservador con embolización selectiva, evitando así una cirugía invasiva. Este abordaje demuestra la efectividad de un tratamiento conservador en un entorno hospitalario de alta complejidad, ofreciendo una alternativa menos invasiva y con mejores resultados.

## 42 - CASO CLÍNICO

**Lesión traqueal por trauma cervical cerrado.****A propósito de un caso.**

Díaz, N.

Paciente masculino de 23, sin antecedentes de relevancia que ingresa derivado de institución de menor complejidad, con sospecha de lesión traqueal secundaria a traumatismo cervical cerrado (moto contra alambrado a baja velocidad). Ingresa con IOT y AVM sin requerimiento de vasoactivos con TET N° 8 progresado hasta 27 cm. Se realiza TAC (FIG 1 Y 2) con enfisema subcutáneo con extensión desde región facial hasta región inguinal y escroto.

Se decide conducta quirúrgica con colocación de avestruz pleural bilateral de urgencia.

A las 48hs se realiza fibro-broncoscopia en la que se constata lesión traqueal, se decide realizar cervicotomía exploradora con hallazgo de colección cervical profunda y lesión traqueal a la altura del primer anillo.

Se toma muestra para cultivo y se drena colección. Se reseca parcialmente lóbulo tiroideo izquierdo de aspecto necrótico. Se dan puntos latero-traqueales y se confecciona traqueostomía a la altura de la lesión.

Paciente evoluciona favorablemente, se logra decanulación a los 17 días postquirúrgico.

En la lesión traqueobronquial el enfisema subcutáneo es el hallazgo más frecuente. La presencia de neumotórax es variable (17 y el 70% de los casos). El aire también puede discurrir hasta generar neumomediastino. El manejo conservador está asociado a mayor índice de mortalidad. De elegirse se deberían respetar como requisitos: laceraciones menores de 2 cm, el balón del TET inflado distal a la lesión, adecuada ventilación a bajos volúmenes corrientes, ausencia de signos de infección y resolución del neumotórax con avenamiento pleural. El manejo quirúrgico tiene como objetivos cerrar el defecto aéreo, prevenir la mediastinitis y evitar la curación espontánea que puede llevar a estenosis.

#### 43 - CASO CLÍNICO

### **Tumor desmoplásico de células pequeñas y redondas con expresión de wt1 en un adolescente: reporte de caso y revisión de literatura.**

*Pitalua, M.; Amarilla, C.; Romagnoli, A.; Giovanoli, H.; Mechura, G.; Baliño, F.; Barciocco, C.; Correger, E.*

#### **Resumen**

El tumor desmoplásico de células pequeñas y redondas (DSRCT, por sus siglas en inglés) es una neoplasia maligna poco común y de alta agresividad, caracterizada por la translocación cromosómica t(11;22) (p13;q12), que genera la fusión de los genes EWSR1 y WT1. Esta entidad afecta principalmente a varones jóvenes y presenta una progresión rápida, manifestándose comúnmente con enfermedad abdominal o retroperitoneal avanzada, lo cual complica su diagnóstico temprano y manejo adecuado. El diagnóstico de DSRCT requiere un enfoque multidisciplinario, incluyendo histopatología e inmunohistoquímica, con énfasis en la detección de marcadores como la proteína WT1 y técnicas genéticas para confirmar la translocación característica.

Presentamos el caso de un paciente masculino de 17 años con DSRCT abdominal y diseminación peritoneal difusa, con hallazgos histológicos e inmunohistoquímicos consistentes, incluyendo positividad para la proteína WT1. Este caso enfatiza la complejidad diagnóstica y la limitada respuesta a los tratamientos convencionales, que incluyen quimioterapia, cirugía citorreductora y radioterapia. A pesar del manejo multimodal, el pronóstico de los pacientes con DSRCT sigue siendo desfavorable, con una baja tasa de supervivencia a largo plazo.

Este reporte subraya la importancia de incluir al DSRCT en el diagnóstico diferencial de tumores abdominales en jóvenes y resalta la necesidad de desarrollar

terapias dirigidas que puedan mejorar el pronóstico. Asimismo, se discuten los desafíos actuales en el tratamiento del DSRCT y se revisan las perspectivas futuras en inmunoterapia y terapias moleculares.

#### **Palabras clave**

Tumor desmoplásico de células pequeñas y redondas, DSRCT, WT1, translocación t(11;22), tratamiento multimodal, tumor abdominal en adolescentes.

#### **Introducción**

El Tumor Desmoplásico de Células Pequeñas y Redondas (DSRCT, por sus siglas en inglés) es una neoplasia maligna rara y altamente agresiva que afecta predominantemente a adolescentes y adultos jóvenes, con una marcada predilección por el sexo masculino. Este tumor se clasifica dentro de las neoplasias de células pequeñas y redondas y se caracteriza por una densa reacción desmoplásica en el estroma y una particular translocación genética t(11;22) (p13;q12) que resulta en la fusión de los genes EWSR1 y WT1. Este cambio genético es un marcador distintivo de la DSRCT y permite su diferenciación de otras neoplasias de células pequeñas y redondas.

Clínicamente, el DSRCT suele localizarse en el abdomen o en la región retroperitoneal, aunque puede encontrarse en otros sitios, como el tórax y la pelvis. Su presentación suele ser tardía debido a la naturaleza inespecífica de los síntomas iniciales, que incluyen dolor abdominal, distensión y síntomas gastrointestinales inespecíficos, lo que dificulta su diagnóstico temprano. El diagnóstico definitivo generalmente se logra mediante estudios histopatológicos e inmunohistoquímicos, destacando la expresión del gen WT1, característico de esta neoplasia, así como marcadores de diferenciación epitelial, mesenquimal y neural. A pesar de los avances en los tratamientos oncológicos, el pronóstico para los pacientes con DSRCT sigue siendo desfavorable debido a su naturaleza altamente agresiva y su escasa respuesta a los tratamientos convencionales, como la quimioterapia y la cirugía. La supervivencia a cinco años es baja, y la falta de respuesta efectiva al tratamiento hace que el manejo de esta enfermedad sea un reto significativo.

En este trabajo, presentamos el caso de un adolescente con diagnóstico de DSRCT con expresión positiva para WT1 y analizamos las características clínicas, diagnósticas y terapéuticas de esta patología a través de una revisión de la literatura, subrayando la importancia de considerar esta entidad en el diagnóstico diferencial de tumores abdominales en pacientes jóvenes.

#### **Caso Clínico**

Presentamos el caso de un paciente masculino de 17 años que consultó por dolor abdominal difuso, distensión y pérdida de peso de aproximadamente tres

meses de evolución. Al ingreso, el examen físico reveló sensibilidad abdominal generalizada sin signos de peritonitis. No presentaba antecedentes familiares de cáncer ni comorbilidades relevantes.

### Hallazgos Diagnósticos

Los estudios de laboratorio iniciales no evidenciaron alteraciones significativas. Sin embargo, ante la persistencia y progresión de los síntomas, se realizó una tomografía computarizada (TC) de abdomen y pelvis, que mostró múltiples masas heterogéneas en la cavidad abdominal, predominantemente en el peritoneo y el epiplón, con signos de invasión local a estructuras adyacentes. Los hallazgos de imagen sugerían un tumor abdominal de comportamiento agresivo y extendido. Para confirmar el diagnóstico, se realizó una biopsia por laparoscopia de una de las masas abdominales. El estudio histopatológico reveló un tumor compuesto por células pequeñas y redondas, con un estroma desmoplásico prominente. Las células neoplásicas presentaban un patrón de crecimiento en nidos y cordones, típico de los tumores desmoplásicos de células pequeñas y redondas (DSRCT). La evaluación inmunohistoquímica mostró positividad para la proteína 1 del tumor de Wilms (WT1), vimentina, desmina y citoqueratinas, hallazgos compatibles con la coexpresión de marcadores epiteliales, mesenquimales y neurales, característicos del DSRCT. La detección de WT1 en el núcleo de las células neoplásicas fue confirmada mediante tinción inmunohistoquímica y es altamente sugestiva de la translocación t(11;22) (p13;q12), que implica una fusión entre los genes EWSR1 y WT1.

### Tratamiento y Evolución

Dada la naturaleza agresiva del tumor y la extensión de la enfermedad al momento del diagnóstico, el paciente fue sometido a un enfoque terapéutico multimodal. Se iniciaron ciclos de quimioterapia de alta intensidad, basados en el protocolo P6 del Memorial Sloan Kettering Cancer Center, que incluye agentes como la ifosfamida, doxorubicina y etopósido. El paciente también fue considerado para cirugía citorreductora, aunque debido a la invasión extensa del peritoneo y órganos abdominales, se optó inicialmente por continuar con quimioterapia para reducir la carga tumoral antes de considerar una intervención quirúrgica.

A pesar del tratamiento, el paciente mostró una respuesta clínica limitada, con reducción parcial de las masas tumorales, pero sin una remisión completa. En las evaluaciones de seguimiento, se observó una progresión de la enfermedad, y el paciente experimentó complicaciones asociadas al tratamiento, incluyendo neutropenia febril y toxicidad gastrointestinal.

### Discusión

El tumor desmoplásico de células pequeñas y redon-

das (DSRCT) es una neoplasia extremadamente rara y agresiva, con una incidencia anual estimada en menos de 0.3 casos por millón de personas. Este tumor pertenece al grupo de los sarcomas de tejidos blandos y se caracteriza por la translocación cromosómica t(11;22) (p13;q12), que produce la fusión de los genes EWSR1 y WT1. Este evento genético es crítico para la patogénesis del DSRCT y lo diferencia de otros sarcomas de células pequeñas y redondas, como el sarcoma de Ewing, el rabdomiosarcoma alveolar y el neuroblastoma, que también presentan características morfológicas y clínicas similares, pero tienen diferentes perfiles moleculares y pronósticos.

### Diagnóstico Diferencial

El diagnóstico de DSRCT en adolescentes y adultos jóvenes puede ser complejo debido a su presentación clínica inespecífica y a la similitud histológica con otros tumores de células pequeñas. La inmunohistoquímica es fundamental para distinguir el DSRCT de otras neoplasias, ya que estos tumores expresan una combinación de marcadores epiteliales (citoqueratinas), mesenquimales (vimentina y desmina) y, en algunos casos, neurales. La positividad para la proteína WT1, en un patrón nuclear, es particularmente relevante y altamente indicativa de DSRCT debido a su asociación con la translocación t(11;22). La detección de esta translocación mediante técnicas moleculares, como la hibridación fluorescente in situ (FISH) o la reacción en cadena de la polimerasa (PCR), es crucial para confirmar el diagnóstico y excluir otros sarcomas de células pequeñas.

El pronóstico del DSRCT es desfavorable, con una tasa de supervivencia global a cinco años que varía entre el 10% y el 15%. La agresividad de la enfermedad se atribuye a su alta capacidad de invasión y su tendencia a la diseminación peritoneal y metástasis a distancia. En una revisión de la literatura, Subbiah et al. (2018) destacan que la supervivencia media de los pacientes con DSRCT es de aproximadamente 17 meses, a pesar del tratamiento multimodal. La mayoría de los pacientes presentan enfermedad avanzada al momento del diagnóstico, como en el caso descrito, lo cual limita significativamente las opciones terapéuticas y reduce las probabilidades de éxito en la intervención quirúrgica. Enfoque Terapéutico Multimodal Dada la naturaleza altamente agresiva del DSRCT, el tratamiento generalmente implica un enfoque multimodal que combina quimioterapia de alta intensidad, cirugía citorreductora y, en algunos casos, radioterapia. El régimen de quimioterapia más comúnmente empleado es el protocolo P6 del Memorial Sloan Kettering Cancer Center, que incluye ifosfamida, doxorubicina y etopósido. Sin embargo, la respuesta a la quimioterapia es generalmente limitada y transitoria. Kushner et al. (1996) demostraron que, aunque el tratamiento con quimioterapia intensiva

puede reducir la carga tumoral, raramente logra una remisión completa, y la mayoría de los pacientes experimentan progresión de la enfermedad.

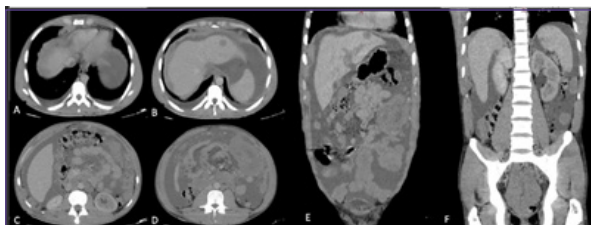
La cirugía puede ofrecer un beneficio en términos de control sintomático y mejora de la calidad de vida, pero su éxito depende de la posibilidad de resección completa, algo que es difícil de lograr debido a la extensa diseminación peritoneal característica del DSRCT. La evidencia sugiere que los pacientes que logran una resección macroscópica completa tienen una mejor supervivencia que aquellos con resección incompleta o enfermedad no resecable.

### Nuevas Terapias y Tratamiento

Dado el pronóstico sombrío con los tratamientos convencionales, se están explorando nuevas estrategias terapéuticas, incluyendo inmunoterapia y terapia dirigida. Estudios recientes han investigado el uso de inhibidores de la tirosina quinasa, como pazopanib, en pacientes con DSRCT, reportando algunos beneficios en términos de control de la enfermedad. Además, la terapia de mantenimiento con anticuerpos monoclonales dirigidos contra el factor de crecimiento endotelial vascular (VEGF) y otros blancos moleculares específicos ha mostrado resultados promisorios en ensayos preclínicos, aunque su efectividad clínica aún no está completamente establecida.

### Importancia del Diagnóstico Temprano y Monitoreo de Biomarcadores

El caso presentado enfatiza la importancia de considerar el DSRCT en el diagnóstico diferencial de tumores abdominales en pacientes jóvenes, especialmente cuando se presenta con síntomas inespecíficos como dolor abdominal y pérdida de peso. La detección temprana de biomarcadores como la proteína WT1 en tejido tumoral y la identificación de la translocación t(11;22) mediante estudios genéticos pueden acelerar el diagnóstico y permitir un abordaje terapéutico oportuno. La monitorización de biomarcadores también puede tener un papel en el seguimiento de la respuesta al tratamiento y la detección temprana de recidivas.



**Tomografía:** (A) conglomerado ganglionar en el mediastino anterior, asociado a derrame pleural bilateral. (B,E) Hepatomegalia (DL: 18cm), presenta en ambos lóbulos imágenes focales que realzan post contraste endovenoso, sólidas, la mayor en LHI de 23.3mm. (C,D,E,F) Líquido ascítico acentuado, con presencia de áreas densas (implantes peritoneales focales y en banda) y adenomegalias mesentéricas e intrapelvianas. (E) Conglomerado de gran tamaño en flanco izquierdo (proceso linfoproliferativo).

### Conclusión

Este caso clínico destaca la agresividad del DSRCT y la necesidad de un enfoque terapéutico integral que incluya técnicas diagnósticas avanzadas y terapias multimodales. A medida que se desarrollan nuevas terapias, es esencial que los profesionales médicos continúen explorando y documentando opciones de tratamiento para mejorar los resultados en esta enfermedad devastadora. La investigación futura debería centrarse en el desarrollo de tratamientos dirigidos y en estudios clínicos que exploren la efectividad de combinaciones de quimioterapia e inmunoterapia, con el objetivo de mejorar la supervivencia y la calidad de vida de los pacientes afectados por esta rara neoplasia.

### 45 - CASO CLÍNICO

#### Procedimiento aplicado al estudio de la población gestante para prevenir enfermedad hemolítica feto neonatal.

*Acosta, J.; Proh, M.*

La Enfermedad Hemolítica Feto-Neonatal, también llamada Eritroblastosis fetal, se caracteriza por la destrucción de eritrocitos fetales en el útero o después del nacimiento. Su mecanismo es mediado por anticuerpos maternos que cruzan la barrera placentaria y producen hemólisis de los eritrocitos fetales portadores del antígeno blanco, estos últimos heredados del padre e incompatibles con la madre.

La principal causa de EHFN es producida por el Sistema ABO, que generalmente ocurre en madres de grupo O y en recién nacidos de grupo A/B. Los anticuerpos causantes son A1 y B inmunes de clase Inmunoglobulina G, perteneciente a la subclase IgG2, la cual demuestra una baja eficacia para fagocitosis y una inexistente capacidad para activar complemento y que su formación no está relacionada con estímulos eritrocitarios. Generalmente, su clínica lleva a cuadros leves y poco frecuentes de hiperbilirrubinemia e ictericia neonatal sin anemia, mediados por hemólisis extravascular.

#### Anticuerpos clínicamente significativos

El Antígeno Rh (D) es el inmunógeno eritrocitario más potente. Al estar involucradas las subclases de IgG1 e IgG3, suelen desencadenar hemólisis extravascular (fagocitosis de eritrocitos fetales por macrófagos esplénicos). Su clínica va desde cuadros leves autolimitados hasta severos, que incluyen la hidropesía fetal, secuelas neurológicas graves y muerte intrauterina o neonatal.

El Antígeno Rh (c) comparte el mismo mecanismo fisiopatológico con el Rh D, solo que el anticuerpo correspondiente (Anti-c) pertenece a la subclase IgG1.

El Anti K1, a diferencia del Anti-Rh D, produce una supresión de la eritropoyesis fetal además de hemólisis. Esto se debe a que el Antígeno K1 está presente en los precursores eritrocitarios tempranos. De esta manera, no esperaríamos encontrar ni altos niveles de bilirrubina en el recién nacido ni ictericia, ya que se destruyen las células precursoras antes de que el eritrocito tenga la oportunidad de sintetizar hemoglobina. En este sistema predominan las subclases IgG1 e IgG3.

La Inmunoglobulina anti-Rh D está disponible en nuestro país en dosis de 300 ug para evitar la aloinmunización al Antígeno D únicamente. El riesgo de que una madre D-negativa se inmunice por un feto D-positivo se puede reducir aproximadamente de 16% a menos de 0,1% mediante la administración adecuada.

**Indicaciones de Inmunoprofilaxis Anti-D**

- Embarazo o parto de hijo Rh D positivo en gestantes Rh D negativo
- Aborto o amenaza de aborto
- Embarazo ectópico o mola hidatídica
- Procedimiento invasivo (amniocentesis, toma de muestra de vellosidades coriónicas)
- Trauma abdominal
- Aloinmunización que no sea al Antígeno D del Sistema RhHr (c, C, E, e, K)

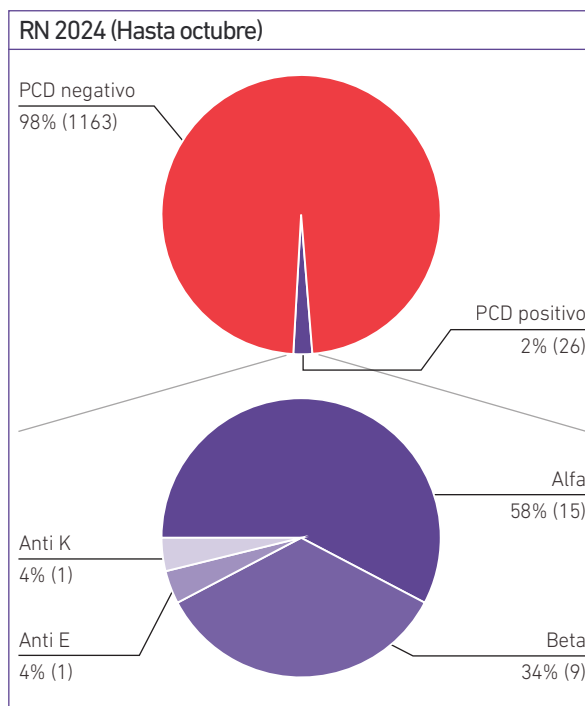
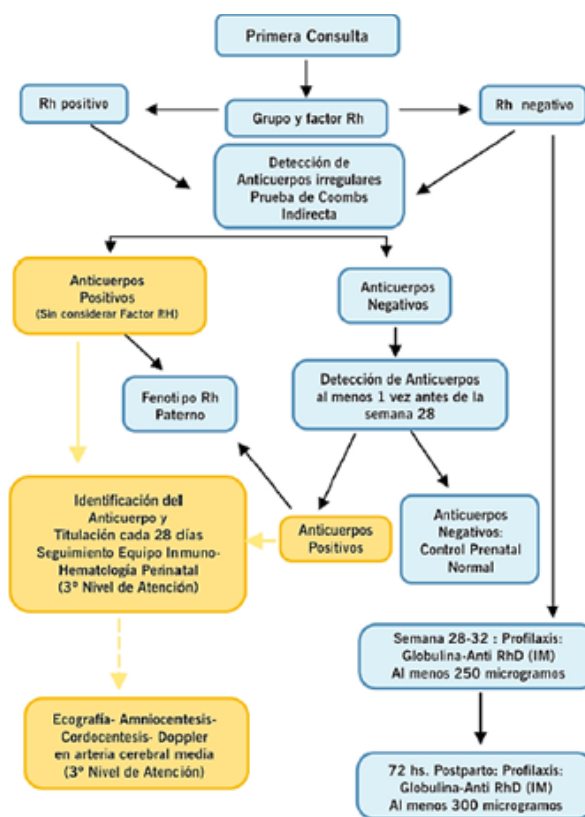
**Como influyen las características de los Anticuerpos Antieritrocitarios en el desarrollo de la Enfermedad Hemolítica Feto Neonatal**

- Especificidad y Título (score)
- Rango Térmico
- Clase y subclases (Monocapa de Monocitos)
- Capacidad de activar el Sistema Complemento

**Factores a tener en cuenta:**

- Algoritmo de inmunohematología en gestante y recién nacidos
- Prueba de Coombs Directa del recién nacido
- Compatibilidad Conyugal
- Seguimiento inmunohematológico por el Servicio de Medicina Transfusional, por sensibilización hacia otros antígenos diferentes al Sistema RhHr y Kell
- Indicación y seguimiento de aplicación de Gammaglobulina Anti-D

Sistema	Ac
Rhesus	D, c
Kell	Kell (k l)



El estudio y el seguimiento inmunohematológico en etapas iniciales del embarazo de la persona gestante es de fundamental importancia para la detección y tratamiento precoz de la Enfermedad Hemolítica Feto Neonatal por incompatibilidad Rh D, por aloinmunización al Antígeno K1 y otros antígenos de diferen-

tes sistemas eritrocitarios. También para informar las incompatibilidades ABO a través de la Prueba de Coombs Directa en el recién nacido.

Con este algoritmo diseñado se quiere establecer todos los puntos de aloimmunización eritrocitaria para el abordaje terapéutico precoz en el embarazo y el tratamiento efectivo al nacimiento mediante la Prueba de Coombs Directa efectuada de rutina a todos los recién nacidos.

#### 46 - TRABAJO LIBRE

### **Desarrollo y validación de una QPCR multiplex para la rápida detección de 3 mecanismos de resistencia a antimicrobianos, NDM, KPC Y OXA-48LIKE (Método IVD In House).**

*Cabrerizo, R.; Jaime Hernández, M.L.; Yaunguzian, M.F.; Serra, C.; Negro, M.L.; Hollman, L.; Guzmán, G.; Yacono, M.L.; Gil, M.F.*

La resistencia a los antimicrobianos es una de las 10 principales amenazas de salud pública a las que se enfrenta la humanidad<sup>1</sup>. Las enterobacterias resistentes a los carbapenemes (ERC), se encuentran en la lista de «patógenos prioritarios» según la OMS. Según el estudio RECAPT-AR2, en Argentina el 97,3% de las ERC son productoras de carbapenemasas, siendo NDM, KPC y OXA-48like las mayoritarias.

Las técnicas fenotípicas y las moleculares, son capaces de identificar estos mecanismos de resistencia. Los métodos moleculares son más rápidos, sensibles y específicos, siendo los desarrollados in-house menos costosos que los kits comerciales.

Desarrollar y validar una PCR real time multiplex (qPCR) para la detección de NDM, KPC y OXA-48like.

Se diseñó un esquema de trabajo dividido en fases: Fase de desarrollo: consistió en la elección bibliográfica<sup>3,4</sup> de cebadores y sondas para la detección de NDM, KPC y OXA-48like y el gen 16S como gen bacteriano común. Se tuvo en cuenta el tamaño de las secuencias targets amplificadas; la inclusión de la variante OXA-163 frecuente en nuestra población; el tipo de fluoróforo y la longitud de los cebadores y sondas. Para optimizar el ensayo se probaron diferentes temperaturas de anelamiento y concentraciones<sup>5</sup>.

Fase de validación: consistió en la optimización de la qPCR; cálculo de la eficiencia; linealidad; límite de detección (LOD) y cutoff value (CV). Se trabajó con un pool positivo de material genético de cepas ATCC y diluciones seriadas 1/10, desde ADN obtenido a partir de  $6 \times 10^8$  células/mL hasta  $6 \times 10^2$  células/mL.

Se definió LOD o sensibilidad analítica como la menor concentración de ADN (en equivalentes de genoma por reacción) que se detecta de forma reproducible con una probabilidad del 95%.

Se definió el CV como el umbral por encima del cual el resultado de la prueba se considera negativo y por debajo del cual, se considera positivo. Su valor se calculó como  $X+2SD$ . "La amplificación se llevó a cabo en el equipo CFX96-BIO-RAD, con 5  $\mu$ l de ADN molde en un volumen final de 20  $\mu$ l (Tabla 1). El análisis de los resultados se realizó en los canales FAM, ROX, HEX y Cy5.

Para el cálculo de la eficiencia, se construyó una curva estándar con 8 puntos. Se representó gráficamente el valor de Ct vs. LOG10 de la concentración del ADN y los puntos de la curva se ajustaron a una recta mediante regresión lineal. Se definió Eficiencia =  $10(-1/\text{pendiente})$  y el coeficiente de correlación R2 se utilizó para determinar la linealidad del ensayo. Los resultados arrojaron eficiencia de 98,25% para NDM; 97,77% para KPC; 90,17% para OXA-48like y 100% para 16S.

El análisis del LOD quedó establecido en la dilución de  $6 \times 10^4$  células/mL para los genes KPC, NDM y 16S y en  $6 \times 10^5$  células/mL para el gen OXA-48like, obteniéndose un CV de Ct32 para KPC; Ct34 para NDM; Ct33 para OXA-48like y Ct28 para 16S (Tabla 2).

Se ha optimizado y validado una PCR real time multiplex para la detección NDM, KPC y OXA-48like, con elevada sensibilidad y un LOD muy bajo. La eficiencia y linealidad del método fueron adecuadas.

#### 47 - CASO CLÍNICO

### **Enfermedad hemolítica peri-natal por anticuerpos Anti K1.**

*Acosta, J.; Proh, M.*

La enfermedad hemolítica causada por el anticuerpo anti K1 tiene diferentes aspectos a tener presente: en este caso la relevancia se encuentra en el antígeno que tiene como característica de ser el precursor en la aparición temprana en el reticulocito y el hematíe. Su poder inmunógeno (antigenicidad), la clase de anticuerpo de tipo IgG y tipo de subclase (IgG1 e IgG3 como predominantes en este sistema) que fijan complemento.

El anticuerpo Anti K1 está involucrado en la enfermedad hemolítica feto neonatal severa, con menor frecuencia al anticuerpo Anti-D y Anti-c del sistema RhHr.

Por esto es importante el algoritmo de Inmunoematología de la gestante y su seguimiento durante el embarazo.

Presentación del caso: Puérpera de 30 años con antecedentes de G4 P2 A2, sin antecedentes transfusionales, es derivada a nuestra institución para seguimiento, control obstétrico e inmunohematológico.

### Estudios Inmunoematológicos

Madre: Grupo ABO: 0; Inversa: A1 / B; Prueba de Coombs Directa: Negativa; RhD: Negativo; Fenotipo más probable: r' r (C+ c + E- e+); Antígeno K1: Negativo, Detección de Anticuerpos Irregulares: I Positivo (1+) II Negativo; Panel Identificador: Anti K1; Panel Identificador con Enzimas: Anti K1 + Anti Lea; Título: 1/512 Score: 200

Recién nacido: Grupo ABO: A; Prueba de Coombs Directa: Positiva (3+); RhD: Positivo; Fenotipo más probable: R1r (C+ c+ E- e+); Antígeno K1: Positivo; Eluido: Reactivo; Alfa: Positivo (2+); Beta: Negativo; Detección de Anticuerpos Irregulares: I Positivo (1+) II Negativo; Panel Identificador (eluato): Anti K1

La elución consiste en liberar los anticuerpos pegados en la membrana del hematíe, permitiendo su estudio e identificación. Ya sea por calor, congelamiento y descongelamiento o mediante reactivos de elución ácida.

Contexto clínico del recién nacido a los 5 días de nacimiento, laboratorio: Hto 46 %, Hb 16.6 g/dl, Plaquetas 150x10<sup>3</sup>/uL, Bilirrubina Directa 2,3 mg/dl, Bilirrubina Total 17,0 mg/dl, Seguimiento cada 8 hs con dosaje de Bilirrubina, Tratamiento con luminoterapia.

La reactividad de la Prueba de Coombs directa en los Recién nacidos cobra importancia ya que nos permite la detección e identificación de anticuerpos que pueden provocar EHFN.

Conocer el significado clínico del Anticuerpo K1 como productor de hemólisis/anemia fetal y neonatal.

Si bien en el caso citado no tuvo requerimiento transfusional ya que la anemia se autolimitó, se indicó luminoterapia como tratamiento secundario a la hemólisis.

Se da informe inmunohematológico a la madre, se dan pautas de alarma ante futuras gestas y eventual requerimiento transfusional.

49 - TRABAJO LIBRE

### **El Hospital Cuenca Alta Néstor Kirchner, referente nacional en higiene y seguridad y en gestión de residuos.**

*Salinas, E.; Abdo, A.; Arana, E.; Esquivel, F.; Julio, A.*

El hospital se posicionó como referente a nivel Nacional en Higiene y Seguridad y en Gestión de Residuos a través de la implementación de un marco para los procedimientos.

Actualmente, el hospital enfrenta el reto de fortalecer su modelo de gestión integral ante el proceso de mejora continua y la necesidad de mantener estándares de calidad, seguridad y sostenibilidad a largo plazo, asegurando que las mejoras implementadas sigan siendo efectivas y replicables en otros establecimientos de Salud.

Este proceso promovió un entorno seguro y saludable para el personal y los pacientes, a la vez que permitió la optimización de recursos en concordancia con los principios de sostenibilidad ambiental, logrando el reconocimiento por parte del Ministerio de Salud. Describir y analizar el proceso de implementación de matrices ponderadas del Ministerio, protocolos de higiene, seguridad y gestión de residuos, y su impacto en la certificación ministerial y posicionamiento como referente en el sector.

Se utilizó un enfoque de gestión por procesos para la optimización de protocolos de higiene, seguridad y gestión de residuos. A través de la identificación de riesgos laborales, se establecieron procedimientos específicos para su mitigación, utilizando herramientas de medición y control. Se realizaron auditorías internas periódicas, simulacros de evacuación y capacitaciones continuas al personal.

Además, se optimizó la gestión de los indicadores clave para la gestión de residuos.

La implementación de un sistema de gestión consolidado, basado en la identificación y control de riesgos, y en la optimización de la gestión de residuos, permitió alcanzar un entorno laboral seguro y mejorar la eficiencia en el manejo de residuos. Mediante la obtención de un resultado satisfactorio en las herramientas proporcionadas, se logró la obtención del reconocimiento como referentes por parte del Ministerio de Salud.

El proceso de integración de medidas permitió establecer un modelo de gestión que no solo garantizó la seguridad de los trabajadores y la eficiencia en el manejo de residuos, sino que también le permitió ob-



tener el reconocimiento ministerial. Este enfoque integral se ha consolidado como un modelo exitoso que puede ser replicado en otras instituciones del sector salud, consolidando al hospital como referente en la gestión de seguridad y sostenibilidad.

#### 50 - TRABAJO LIBRE

### **Evaluación ecográfica de la congestión esplácnico-renal en pacientes con sospecha de insuficiencia cardíaca en el servicio de emergencias del HCANK: protocolo Vexus.**

*Gotelli, M.; Larralde, J.; Aoad, M.; Vilca, M.*

La disnea y la insuficiencia respiratoria son un motivo de consulta común en los servicios de Emergencias, y si bien el diagnóstico de insuficiencia cardíaca congestiva es esencialmente clínico, en ocasiones la presencia de cuadros infecciosos u otros diagnósticos diferenciales dificultan el diagnóstico y obligan a recurrir a métodos complementarios para lograr un grado de certeza y orientar el tratamiento hacia el balance hídrico negativo. El protocolo VeXus propone un score ecográfico para determinar el grado de congestión venosa esplácnico-renal evaluando de manera sencilla y bedside parámetros como el diámetro de la vena cava y los patrones Doppler de circulación venosa a nivel de las venas hepáticas, renales y vena porta. Se erige, así como una herramienta útil en el diagnóstico ante la sospecha de un cuadro de sobrecarga hídrica secundario a insuficiencia cardíaca. Evaluar la utilidad del protocolo ecográfico VeXus en pacientes con sospecha de insuficiencia cardíaca en relación con otros estudios complementarios como el dosaje de BNP y la ecografía pulmonar.

Se realizó ecografía de vena cava y Doppler de vena porta, venas hepáticas y renales según protocolo VeXus a todos los pacientes internados en el Servicio de Emergencias los lunes entre los meses de diciembre 2023 hasta mayo 2024. Se solicitó ecografía pulmonar y dosaje de BNP a todos los pacientes. Se contrastaron dichos hallazgos con la evolución clínica posterior y la respuesta al balance hídrico negativo.

Fueron evaluados seis pacientes que cursaban internación con sospecha de insuficiencia cardíaca. Ninguno presentaba antecedente de diagnóstico de IC, tres pacientes presentaron valores de VeXus score mayor a 3, los cuales fueron tratados con balance hídrico negativo con buena respuesta clínica. En la ecografía pulmonar presentaban líneas B y los valores de BNP fluctuaban entre 213 y 1250. Otros tres pacientes presentaron valores de 0 o 1 en el score de Vexus, con valores de BNP que fluctuaban entre 141 y 2584. No presentaban líneas B en la ecografía pul-

monar y en todos se suspendió el balance negativo. Posteriormente se realizó diagnóstico de sepsis en un caso, de EPOC en otro y de intersticiopatía en otro.

Los resultados del estudio son sugestivos de una buena relación entre el score VeXus y el diagnóstico de certeza de insuficiencia cardíaca congestiva, superior a otras determinaciones usadas, aunque el acotado número de pacientes evaluados obliga a realizar estudios más amplios para llegar a conclusiones con un grado de certeza más alto.

#### 51 - CASO CLÍNICO

### **Demencia rápidamente progresiva en un paciente joven: un caso de enfermedad de Creutzfeldt-Jakob variante de Heidenhain.**

*Pitalua, M.; Amarilla, C.; Romagnoli, A.; Correger, E.*

#### **Resumen**

La enfermedad de Creutzfeldt-Jakob (ECJ) es una patología neurodegenerativa poco común y fatal que afecta el sistema nervioso central, caracterizada por la acumulación anormal de priones que causan degeneración cerebral rápida y una rápida progresión de síntomas como demencia, deterioro cognitivo, problemas de coordinación y trastornos del sueño. Presentamos el caso de un paciente de 26 años que ingresó con demencia progresiva rápidamente. Los síntomas comenzaron con trastornos amnésicos y evolucionaron hacia alteraciones conductuales, mutismo, mioclonías y alucinaciones. Tras múltiples estudios, incluyendo RMN y análisis del LCR con detección de proteína 14-3-3, se concluyó un diagnóstico probable de ECJ esporádica. Este caso resalta la importancia de considerar la ECJ en jóvenes con demencia progresiva cuando otras etiologías han sido descartadas.

#### **Palabras clave**

Enfermedad de Creutzfeldt-Jakob, demencia progresiva, priones, neurodegeneración, ECJ esporádica.

#### **Introducción**

La enfermedad de Creutzfeldt-Jakob (ECJ) es una rara y fatal encefalopatía espongiiforme transmisible, perteneciente al grupo de enfermedades priónicas, que se caracteriza por la acumulación anormal de proteínas priónicas en el sistema nervioso central. Esta acumulación desencadena una rápida neurodegeneración, que suele manifestarse clínicamente con una progresión acelerada de demencia, mioclonías, alteraciones en el comportamiento, trastornos del movimiento y cambios cognitivos severos. Aunque la ECJ puede presentarse en cualquier etapa de la vida, su aparición en individuos jóvenes es inusual, y presenta un reto diagnóstico significativo dada la varie-

dad de manifestaciones clínicas y la rapidez con la que evolucionan los síntomas.

El diagnóstico de ECJ es complejo y generalmente requiere un enfoque multidisciplinario que combina la historia clínica, pruebas de neuroimagen, estudios electrofisiológicos y análisis de biomarcadores específicos, como la detección de la proteína 14-3-3 en el líquido cefalorraquídeo (LCR). Sin embargo, el diagnóstico definitivo solo puede confirmarse mediante examen neuropatológico post mortem. La ECJ esporádica (sCJD) es la forma más común de esta enfermedad, aunque existen variantes menos frecuentes, como la forma familiar y la variante asociada a transmisión iatrogénica.

En este artículo, presentamos el caso de un paciente joven que desarrolló una demencia rápidamente progresiva, acompañada de alteraciones motoras y neuropsiquiátricas, en el contexto de un cuadro clínico compatible con sCJD. A través de la revisión del caso, discutimos la importancia de considerar esta enfermedad en el diagnóstico diferencial de las demencias de rápida progresión en jóvenes, especialmente cuando otras etiologías han sido descartadas. Además, abordamos los desafíos diagnósticos y terapéuticos asociados a esta condición, subrayando la necesidad de un diagnóstico temprano y preciso para ofrecer un manejo adecuado de los síntomas y apoyar a los familiares en el proceso de la enfermedad.

### Caso clínico

Presentamos el caso de un paciente masculino de 26 años con diagnóstico de demencia de rápida progresión. Los síntomas iniciales aparecieron en noviembre de 2022, caracterizados por trastornos amnésicos. Con el tiempo, la presentación clínica evolucionó a incluir alteraciones conductuales, episodios de excitación psicomotora, depresión, trastornos de la marcha y, en el mes previo a la consulta, mutismo, movimientos anormales compatibles con mioclonías, alucinaciones visuales y auditivas, y trastornos del sueño (insomnio).

El paciente fue sometido a una serie de estudios diagnósticos exhaustivos para descartar posibles causas secundarias de su cuadro clínico. Los análisis de laboratorio incluyeron dosajes de metales pesados como plomo y cobre en sangre, así como serologías para HIV, VDRL, hepatitis B (HBV) y hepatitis C (HCV), todos los cuales resultaron negativos.

La resonancia magnética de encéfalo reveló alteraciones significativas con cambios de señal a nivel de la cabeza del núcleo caudado y el segmento anterior del putamen izquierdo, además de hiperintensidad en las secuencias Flair y Difusión. También se observó hiperintensidad en la corteza insular temporo-occipital, parieto-occipital y en la corteza fronto-basal izquierda.

El electroencefalograma (EEG) mostró un trazado dentro de límites fisiológicos, sin actividad epileptiforme.

Ante la sospecha de un proceso inmunomediado, se instauró un tratamiento inicial con pulsos de metilprednisolona seguido de mantenimiento con corticoesteroides. Adicionalmente, se administró tratamiento sintomático con ácido valproico. La detección de proteína 14-3-3 en líquido cefalorraquídeo (LCR) fue positiva, lo que, en conjunto con la clínica, el tiempo de evolución y los hallazgos en imágenes, sustentó el diagnóstico de probable enfermedad de Creutzfeldt-Jakob esporádica (sCJD).

Actualmente, el paciente permanece vigil, pero no lúcido, sin respuesta a órdenes simples, estable en lo hemodinámico y alimentado a través de sonda nasogástrica.

Este caso resalta la necesidad de considerar el diagnóstico de sCJD en pacientes jóvenes que presentan demencia de rápida progresión, una vez que se han descartado otras etiologías posibles.

### Discusión

La enfermedad de Creutzfeldt-Jakob (ECJ) es una patología neurodegenerativa de evolución rápida y letal que representa uno de los desafíos más complejos en el diagnóstico diferencial de las demencias de progresión acelerada. Este caso de un paciente joven con demencia rápidamente progresiva y diagnóstico probable de ECJ esporádica (sCJD) subraya la importancia de incluir esta enfermedad en el espectro diagnóstico diferencial, especialmente en casos atípicos o de inicio en individuos jóvenes, ya que esta presentación es inusual y puede confundirse con otros trastornos neuropsiquiátricos.

La ECJ esporádica es la variante más común de esta enfermedad priónica, representando aproximadamente el 85% de los casos de ECJ. Su incidencia anual es de 1-2 casos por millón de personas, y su presentación clínica típica incluye deterioro cognitivo acelerado, mioclonías, trastornos de la marcha y alteraciones en el comportamiento (Brown et al., 2020). La aparición de esta condición en pacientes menores de 30 años es rara, lo cual plantea una complejidad diagnóstica importante, dado que los síntomas pueden solaparse con otros trastornos neurodegenerativos o psiquiátricos, como encefalitis autoinmune, encefalopatía tóxica, o incluso trastornos afectivos graves (Zerr et al., 2009; Geschwind, 2015).

### Diagnóstico y Biomarcadores

El diagnóstico de ECJ sigue siendo un desafío debido a la ausencia de una prueba diagnóstica definitiva durante la vida del paciente. En este caso, el diagnóstico se sustentó en los hallazgos clínicos, de neuroimagen y la detección de proteína 14-3-3 en el líquido cefalorraquídeo (LCR). La proteína 14-3-3 es un biomar-

cadador que se ha asociado con alta especificidad para ECJ, aunque su sensibilidad y especificidad no son absolutas y pueden variar (Geschwind et al., 2003). Un estudio realizado por Otto et al. (2004) demostró que la proteína 14-3-3 tiene una sensibilidad de hasta el 92% y una especificidad del 80% en el diagnóstico de ECJ, lo que respalda su utilidad en el contexto clínico adecuado, aunque no es completamente confirmatoria. Los hallazgos de resonancia magnética en este caso, que mostraron hiperintensidad en el núcleo caudado, putamen y en la corteza cerebral en secuencias Flair y Difusión, son característicos de la ECJ y han sido documentados en múltiples estudios como hallazgos radiológicos típicos (Shiga et al., 2004). La resonancia magnética cerebral es una herramienta fundamental para apoyar el diagnóstico de ECJ, ya que permite identificar cambios en la sustancia gris cortical y ganglios basales que pueden ser específicos en esta patología, y que ayudan a diferenciarla de otras demencias rápidamente progresivas (Vitali et al., 2011).

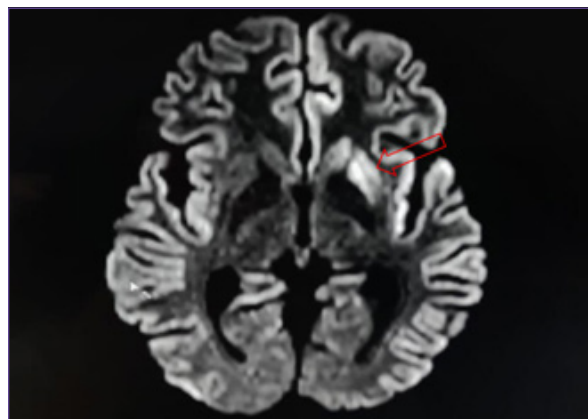
#### Comparación con otras Etiologías de Demencia Rápida

Existen otras causas de demencia rápidamente progresiva, tales como encefalitis autoinmune, para neoplasias, encefalitis infecciosa, y patologías metabólicas, que deben considerarse en el diagnóstico diferencial (Geschwind et al., 2008). En el presente caso, el diagnóstico diferencial se abordó de manera exhaustiva, incluyendo pruebas para metales pesados, serologías para VIH y otras infecciones virales, las cuales resultaron negativas. Este enfoque exhaustivo es esencial, ya que algunos trastornos como la encefalitis autoinmune responden a tratamientos inmunomoduladores, y una intervención temprana puede modificar el pronóstico de manera significativa. La respuesta inicial al tratamiento inmunomodulador con metilprednisolona, aunque fue infructuosa en este caso, es consistente con el protocolo seguido en pacientes en los que se sospechan enfermedades autoinmunes. Según Graus et al. (2016), la administración de inmunoterapia en casos de encefalitis autoinmune puede mejorar el pronóstico; sin embargo, la falta de respuesta en este paciente refuerza el diagnóstico de ECJ, ya que las enfermedades priónicas no responden a este tipo de tratamientos.

#### Relevancia del Caso y Desafíos para el Diagnóstico en Pacientes Jóvenes

Este caso resalta una presentación inusual de ECJ esporádica en un paciente joven, lo cual es relevante debido a la rareza de la enfermedad en este grupo etario. Estudios previos indican que la edad media de inicio de la sCJD es de alrededor de los 65 años (Parchi et al., 1999); sin embargo, la aparición en personas más jóvenes puede llevar a un diagnóstico tardío, con la consiguiente dificultad en el manejo adecuado de

los síntomas y el apoyo a los familiares. La literatura actual muestra que, aunque la ECJ es poco común en pacientes jóvenes, es vital considerarla en casos de demencia rápida después de haber descartado otras etiologías reversibles o tratables (Mead et al., 2017).



RMN: En difusión se observan cambios de señal a nivel de la cabeza del núcleo caudado y sector anterior del putamen izquierdo.

La enfermedad de Creutzfeldt-Jakob sigue siendo un diagnóstico que desafía a los médicos debido a su rareza y a la rápida progresión clínica. Este caso destaca la necesidad de un enfoque diagnóstico integral y multidisciplinario para los pacientes que presentan demencia rápidamente progresiva, particularmente en poblaciones jóvenes. La incorporación de biomarcadores como la proteína 14-3-3 en el LCR y los hallazgos de resonancia magnética son de gran utilidad para fortalecer el diagnóstico clínico de ECJ en vida. Además, subraya la importancia de un diagnóstico temprano para evitar tratamientos innecesarios y proporcionar un mejor manejo sintomático.

#### 52 - TRABAJO LIBRE

##### **Impacto internacional del curso y libro "Formación integral en Cuidados Intensivos para Enfermería" de la editorial Océano Medicina.**

*Paz, Y.; Balderrama, D.; Córdoba, D.*

El libro *Formación Integral en Cuidados Intensivos para Enfermería*, publicado por la Editorial Océano Medicina, se presenta como una herramienta fundamental para la formación del personal de enfermería en el ámbito de los cuidados intensivos. Este texto aborda los aspectos más relevantes y especializados de la atención en unidades de cuidados intensivos (UCI), proporcionando a los profesionales de enfermería una visión integral y actualizada de las competencias necesarias en este entorno crítico.

La obra está dirigida tanto a enfermeros/as en formación como a aquellos con experiencia que deseen profundizar y actualizar sus conocimientos en esta área tan exigente de la salud. Este informe tiene como objetivo analizar y presentar los contenidos clave del libro, así como su aplicabilidad en la práctica profesional hospitalaria.

Ofrecer una formación integral a los enfermeros que trabajan en las unidades de cuidados intensivos, abarcando desde los fundamentos teóricos hasta las técnicas más avanzadas de intervención y cuidado. Mejorar la calidad del cuidado brindado a los pacientes críticos, optimizando los resultados y reduciendo las complicaciones.

El libro Formación Integral en Cuidados Intensivos para Enfermería de la Editorial Océano Medicina es una obra esencial para la formación y actualización de enfermeros en el ámbito de los cuidados intensivos. Su enfoque integral y su estructura bien organizada lo convierten en una herramienta valiosa tanto para enfermeros en formación como para aquellos con experiencia en la UCI. A través de su contenido, se fomenta una atención más humana, profesional y efectiva a los pacientes críticos, contribuyendo a la mejora continua de la calidad asistencial en este entorno hospitalario tan desafiante.

#### 53 - CASO CLÍNICO

##### **Hipertensión pulmonar y embarazo (a propósito de un caso).**

*Grand, E.; Miranda, N.; Perez, M.; Aimone, D.; Zabalo, J.*

Paciente de 28 años g1p0 derivada de centro de atención primaria cursando embarazo de 21 semanas, covid + sospecha de rpm. Al ingreso como signo característico sv sat 02 86%. Se realizan exámenes complementarios ecocardiografía, ecografía obstétrica y ecocardiograma fetal dentro de límites normales ecg. Continúa control de manera interdisciplinaria donde interviene salud mental, servicio social, cardiología, se define internación para completar estudios y control clínico cardiológico. Desde lo obstétrico diagnóstico de emb 30 semanas cir 1 paciente con requerimiento de oxígeno por su compromiso respiratorio se realiza ateneo interdisciplinario con participación del servicio de neumología del hospital el cruce y restos de servicios del hcank se definen: conducta y se programa cesarea. rn sexo masculino 32 semanas 1410 que ingresa a uti neonatal.

Los datos publicados hasta el momento ofrecen información limitada debido a la baja incidencia y la alta mortalidad de la hipertensión pulmonar en el

embarazo, motivo por el cual el abordaje debe llevarse a cabo por un equipo multidisciplinario para optimizar los resultados maternos y perinatales.

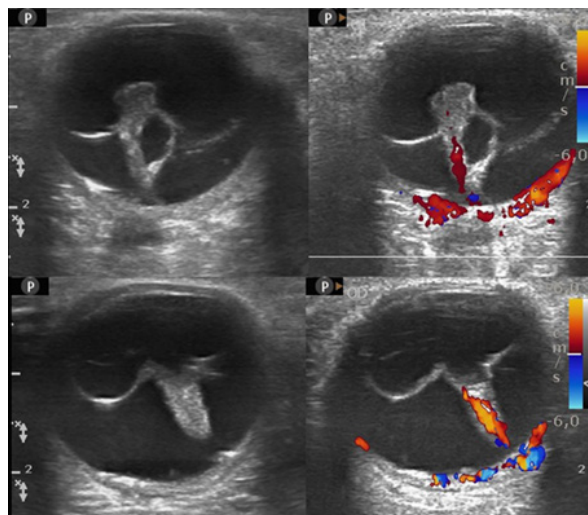
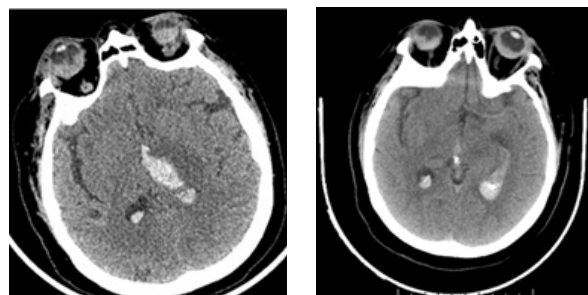
#### 54 - CASO CLÍNICO

##### **Presentación atípica del síndrome de terson.**

*Cayo Pary, J.; Iocco, G.; Baliño, F.; Cena, K.; Villalba, M.; De Majo, M.*

Paciente de sexo femenino, de 53 años, con antecedente de hipertensión arterial no controlada, presenta deterioro del sensorio, sin signos de foco motor agudo, ni meníngeos, que con el correr de las horas presenta mayor deterioro.

Examen físico: Glasgow 12/15 (O1, V5, M6), hipertensa 200/120mmhg TAM: 163, ventilación espontánea.



El presente caso de síndrome de Terson atípico, destaca la importancia de un enfoque diagnóstico integral. La ecografía ocular desempeña un papel crucial en la detección y evaluación de las hemorragias vítreas, confirmando el diagnóstico y facilitando la planificación del manejo clínico ya que puede ayudar a preservar la visión y evitar complicaciones.

Este caso subraya la necesidad de considerar presentaciones inusuales del síndrome de Terson y la uti-

alidad de la ecografía ocular como herramienta diagnóstica en pacientes con hemorragia intracraneal compleja y compromiso visual.

#### 55 - TRABAJO LIBRE

### **Garantizando derechos: atención de personas en situación de IVE/ILE en la articulación de municipios y HCANK.**

*Cipriano, A.; Crema, T.; Villanueva, C.; De Napoli, R.; Perez, M.; Sosa, A.; Zoppi, V.*

Este trabajo analiza la implementación de la interrupción voluntaria y legal del embarazo (IVE-ILE) en el contexto de la salud pública, haciendo énfasis en los protocolos, procedimientos, logros y desafíos que esto conlleva. Se busca ofrecer una visión integral que contribuya a la mejora del servicio brindado a las mujeres que deciden acceder a este procedimiento. El análisis incluye la descripción de los protocolos clínicos necesarios para realizar la IVE-ILE. Este proceso abarca varias etapas, que incluyen la evaluación médica inicial, la entrega de información clara y comprensible sobre el procedimiento, así como la realización del procedimiento en sí. Es extremadamente importante la realización de un seguimiento post-procedimiento para monitorear la salud física y emocional de las mujeres que han optado por esta opción.

Se identifican diversas barreras éticas, legales y logísticas que pueden obstaculizar una atención adecuada, incluyendo la falta de comprensión sobre la legalidad de la IVE-ILE en distintos contextos, el estigma relacionado con la interrupción del embarazo, y los prejuicios que pueden tener algunos profesionales de la salud, creando así un ambiente poco favorable para las pacientes.

Describir y analizar la implementación de la interrupción voluntaria y legal del embarazo, con un enfoque en los protocolos, desafíos y logros, a fin de proporcionar una relación basada en la experiencia, que contribuya a la comprensión y mejora de este servicio dentro del contexto de la salud pública.

Se llevó a cabo un estudio descriptivo, retrospectivo y transversal. Se recopilaban datos de las pacientes que accedieron a la IVE-ILE, lo que permitió revelar áreas específicas para mejorar la atención y los servicios ofrecidos.

Un 89,29% de las mujeres accedieron a la IVE-ILE antes de las 14 semanas de gestación, mientras que un 10,71% lo hizo después de dicho período. En cuanto a los métodos anticonceptivos seleccionados post-pro-

cedimiento, un 24,49% eligió un método reversible de larga duración, un 51,79% optó por métodos de corta duración, y un 9,18% se sometió a esterilización quirúrgica. Un 6,63% no utilizó ningún método anti-conceptivo, y el 7,91% no proporcionó información al respecto. Además, un 17,35% de las pacientes había tenido un aborto inducido previamente, y un 4,59% había experimentado dos abortos anteriores.

El acceso efectivo a un método anticonceptivo tras el aborto se asocia con mayores niveles de aceptación, satisfacción y continuidad en la atención, ayudando a evitar embarazos no planificados. Uno de los componentes clave de la atención es garantizar la consejería en salud sexual y reproductiva antes del procedimiento y asegurar el acceso a los métodos anticonceptivos elegidos por las pacientes. La implementación de la IVE-ILE requiere un enfoque integral que contemple tanto los logros como los desafíos en su ejecución. Es crucial llevar a cabo una evaluación continua de estos servicios para garantizar que se respeten el derecho a la salud y la autonomía de las mujeres, facilitando así una atención más equitativa y respetuosa en el ámbito de la salud reproductiva.

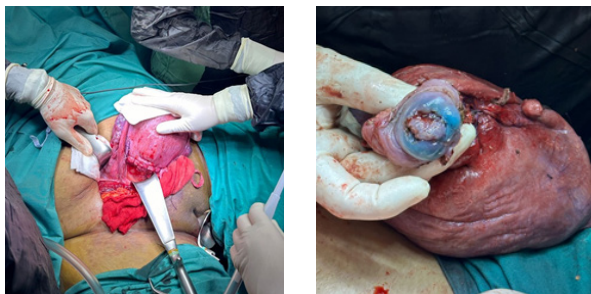
#### 56 - CASO CLÍNICO

### **Embarazo y cáncer de cuello uterino en una paciente con neuromielitis óptica, un desafío complejo para la salud materna.**

*Heredia, C.; Zoppi, V.; Staringer, J.; Perez, M.*

Se presenta el caso de una paciente de 35 años, que en enero de 2023 se diagnostica Neuromielitis Óptica. Con inicio de síntomas en el 2022, recibió Rituximab en julio y agosto de 2023, en plan de tercera dosis en febrero 2024, que se retrasa por falta de llegada de la medicación. En abril del 2024 se confirma embarazo no planificado con FUM el 08/12/2023. Se suspende Rituximab por posible riesgo teratogénico. Realizó todo el seguimiento de su embarazo de alto riesgo en el servicio de obstetricia del HCANK. El 10 de abril del 2024 la primera ecografía obstétrica confirmó embarazo con feto único de 17.5 semanas, que coincide con la FUM, peso, placenta y líquido amniótico adecuados. En junio del 2024, se realiza Pap de tamizaje durante el embarazo, con resultado positivo para carcinoma pavimentoso. En julio del 2024, fue valorada por ginecología oncológica, con el resultado de anatomía patológica y se realiza especuloscopia que describe en cuello uterino una lesión central de 2 cm, por lo que mediante ateneo con obstetricia se decide programar operación cesárea e histerectomía radical, cuando el embarazo llegue a término. El 02 de septiembre del 2024 con un embarazo de 39 semanas, se realizó cesárea abdominal + histerectomía

radical + anexectomía izquierda + salpingectomía derecha + apendicectomía. Con un recién nacido sano de sexo femenino, APGAR 9/10 y 3230 gr de peso. En la actualidad con la lactancia instaurada se valora la continuidad del tratamiento con Rituximab para la neuromielitis óptica, con previos resultados de estudios de laboratorio e imagen para control.



En este caso de neuromielitis óptica y cáncer de cuello uterino en el embarazo, siendo ambos diagnósticos graves e infrecuentes, la prioridad del manejo fue la toma de conducta para la resolución quirúrgica del carcinoma de células pavimentosas, diagnosticada mediante el pap de tamizaje durante el embarazo y aunque la mayoría de las guías sugieren la toma de biopsia para determinar el diagnóstico concreto y la posterior conducta terapéutica, se plantearon las posibles consecuencias de la toma de biopsia durante el embarazo, siendo la principal el riesgo de sangrado de difícil control, además en el caso de nuestra paciente y con paridad satisfecha se planteó la histerectomía radical en el embarazo a término, como la mejor alternativa. En la actualidad se plantea la continuidad de la dosis restante de rituximab para la neuromielitis óptica, que se encuentra disponible en el HCANK, siendo este fármaco compatible con la lactancia.

57 - TRABAJO LIBRE

### **Características epidemiológicas de pacientes internados en sala de traumatología de un hospital público.**

*Rodríguez, W.; Ramírez, M.; Oranias, J.; García Urrutia, J.; Puzzo, F.*

El trauma se define como una lesión o daño físico que ha sido causado por una fuerza externa, su gravedad puede variar ampliamente, desde lesiones menores que pueden tratarse con cuidados básicos hasta aquellos potencialmente mortales que requieren intervención médica urgente. (1) De acuerdo a la Clasificación Internacional de Enfermedades, los traumatismos constituyen un apartado donde se clasifica a los mismos en diferentes categorías, dentro de ellas se encuentran los de causa externas, las relacionadas a lesión de partes blandas y los de causa

no determinada como las enfermedades degenerativas. En base a esto se estima que los traumatismos con necesidad de internación son aquellos que deben tener una estadía de uno o algunos días en el hospital para recibir tratamientos y, en caso de ser necesaria, alguna intervención quirúrgica. (2)

El trauma constituye un problema creciente de salud pública en todo el mundo. Se estima que cada año mueren cerca de 5 millones de personas por lesiones ocasionadas por accidentes de tránsito, caídas, violencia interpersonal, quemaduras y ahogamientos, las cuales se incluyen dentro de lo que se denomina causas externas (CE). (3)

En Argentina, según los datos que se reportaron del Ministerio de Salud de la Nación durante el año 2018, las CE fueron la tercera causa de mortalidad con una tasa del 47%. Del cual los accidentes de transporte ocasionaron el mayor número de fallecimientos. (3)

En el territorio de la Provincia de Buenos Aires en el año 2019 fallecieron 137.993 personas, dentro de las cuales, 6.494 muertes corresponden a CE siendo la mayoría casos por traumatismos accidentales y eventos de intención no determinada. (2)

El Hospital de alta complejidad Cuenca Alta Néstor Kirchner (HCANK) de Cañuelas por su ubicación geográfica entre las intersecciones de autopistas y rutas en su entorno, recibe un amplio número de pacientes traumatizados.

Debido a la escasez de datos acerca del motivo y número de ingresos de los pacientes que fueron atendidos conjuntamente por los servicios de traumatología y de kinesiología en sala de internación, el objetivo de este estudio es describir las características epidemiológicas de los pacientes internados por traumatismos en la sala de internación del HCANK.

Describir las características epidemiológicas de los pacientes internados en la sala de traumatología del HCANK.

### **Materiales y Métodos**

Se realizó un estudio descriptivo, prospectivo y transversal entre los meses de septiembre de 2023 hasta marzo de 2024 en sala de cuidados generales y terapia intermedia del HCANK. Se incluyeron todos los pacientes mayores de 18 años que ingresaron a la unidad de cuidados generales y unidad de terapia intermedia, que fueron atendidos conjuntamente por los servicios de traumatología y kinesiología y rehabilitación del HCANK. Se excluirán aquellos pacientes que presentaron datos incompletos de las variables de resultados

Las variables analizadas fueron: variables sociodemográficas (edad, sexo, antecedentes, localidad de origen), características de las lesiones (tipo, mecanismo, politraumatismos), severidad del trauma, días de internación, tipo de resolución quirúrgica, tipo de material utilizado, complicaciones, continuidad por consultorio de rehabilitación kinésica y desenlace al alta.

Un total de 226 pacientes fueron incluidos. Las características de la muestra se observan en la tabla 1 y las características del abordaje traumatológico se presentan en la tabla 2. La mediana de edad de 44 años (rango intercuartílico: 29-63 años). El 66.4% de los pacientes fueron hombres y el 33.6% mujeres. En cuanto a la cobertura de salud, el 60.2% no tenía cobertura, mientras que el 19.9% tenía PAMI. La principal causa de ingreso fue el accidente vehicular (23.9%), seguido por infecciones de partes blandas (14.6%) y procesos degenerativos (12.4%). La mayoría de los pacientes fueron atendidos por cirugía programada (40.3%). Respecto a las lesiones, el 46.9% sufrió traumatismos, y el 25.7% presentó infecciones. En cuanto a antecedentes patológicos el 23.5% tenía hipertensión arterial, el 21.2% padecía enfermedades traumatológicas, y el 15.9% era fumador. En relación con el tratamiento, la mayoría de los pacientes (91.6%) recibió tratamiento quirúrgico, siendo la osteosíntesis el procedimiento más frecuente (37.2%). Los materiales más utilizados fueron las placas con tornillos (18.6%) y los clavos endomedulares (10.6%). La atención kinésica fue brindada al 79.6% de los pacientes, con una mediana de 5 días de tratamiento (rango intercuartílico: 1-12 días). Al alta, el 90.7% de los pacientes regresó a su domicilio, mientras que el 1.8% falleció. El 18.6% continuó con rehabilitación en consultorio externo.

El Hospital Cuenca Alta Néstor Kirchner (HCANK) atiende una amplia variedad de pacientes traumatológicos, con un predominio de accidentes vehiculares como principal causa de ingreso. La mayoría de los pacientes provienen de la red de atención ambulatoria, lo que resalta la importancia de este centro para la población local.

**Tabla 1. Características de la muestra**

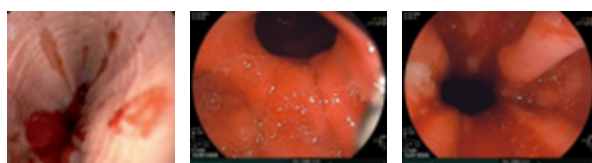
	Total (n = 226)
<b>Edad en años. Md [P25 - P75]</b>	44 [29 - 63]
<b>Género. n (%)</b>	
Hombre	150 (66.4%)
Mujer	76 (33.6%)
<b>Cobertura de Salud. n (%)</b>	
PAMI	45 (19.9%)
IOMA	13 (5.8%)
OSPL	3 (1.3%)
OSPRERA	3 (1.3%)
Otros	25 (11.1%)
No posee	136 (60.2%)
<b>Distribución en la Red. n (%)</b>	
Red HCANK	124 (54.9%)
No pertenece a la red	102 (45.1%)
<b>Motivo de ingreso. n (%)</b>	
Cirugía programada	91 (40.3%)
Derivado	70 (31%)
Demanda espontanea	63 (27.9%)
<b>Mecanismo de Lesión. n (%)</b>	
Accidente vehicular	54 (23.9%)
Infección de partes blandas	33 (14.6%)
Proceso degenerativo	28 (12.45%)
Infección de sitio quirúrgico	18 (8%)
Caída de propia altura	17 (7.5%)
Caída de altura	10 (4.4%)
Herida de arma de fuego	6 (2.7%)
Accidente ecuestre	6 (2.7%)
Otros	54 (23.9%)
<b>Lesión. n (%)</b>	
Traumatismo	106 (46.9%)
Infección	58 (25.7%)
Degenerativo	30 (13.3%)
Canal Estrecho	14 (6.2%)
Afecciones vasculares	9 (4.0%)
Otros	9 (4.0%)
<b>Antecedentes patológicos. n (%)</b>	
Hipertensión arterial	53 (23.5%)
Enfermedad traumatologica	48 (21.2%)
Antecedente de trauma con requerimiento quirúrgico	45 (19.9%)
Tabaquismo	36 (15.9%)
Diabetes	30 (13.3%)
Obesidad	14 (6.2%)
Enfermedad cardiovascular	12 (5.3%)
Enfermedad neurologica	12 (5.3%)
Enfermedad pulmonar	6 (2.7%)
Otros	53 (23.5%)
<b>Días de internación. Md [P25 - P75]</b>	6 [2 - 15]

58 - CASO CLÍNICO

**Esofagitis por cáusticos-nuestra experiencia servicio de gastroenterología HCANK.**

*Ocampo, J.; Chio, U.; De La Huerta Segura, S.*

La ingesta de cáusticos es un grave problema médico con posibles daños y consecuencias devastadoras e irreversibles sobre el tubo digestivo superior. Los ácidos causan necrosis; se forma una escara, que limita el daño. Los álcalis provocan una necrosis por licuefacción rápida; no forman escaras y el daño continúa. Los niños (80%), alcohólicos y adultos con perturbaciones mentales constituyen las poblaciones más vulnerables.



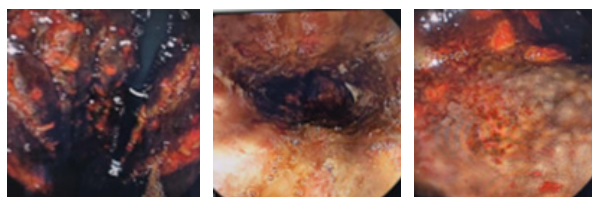
Grado	Hallazgo endoscópico	Extensión de la lesión
0	Sin lesiones	
I	Eritema	
Ila	Pseudomembrana	No circunferencial
Ilb	Ulceración y/o necrosis	No circunferencial
Illa	Pseudomembranas	Circunferencial

Pronóstico.

Clasificación Endoscópica- Zargar

Para la correcta evaluación atención se recomienda realizar VEDA luego de las primeras 6hs y antes de las 24-36hs. Zargar y cols. Publicaron una clasificación cuya mejor utilidad es establecer un pronóstico y orientar el tratamiento

Durante el periodo nov 2023-nov 2024 se atendieron 3 pacientes en nuestro hospital siendo dos de ellos derivados de otras instituciones de la red. Se realizaron endoscopias dentro de la ventana para evaluar su pronóstico. Se clasificaron en 1 paciente Grado 1 y 2 pacientes Grado 3b. De los cuales uno de estos se continuo seguimiento y buena evolución con recuperación ad integrum. El otro paciente evolucionó con grandes estenosis y necesidad de otros tratamientos endoscópicos y quirúrgicos



Conclusión: La ingestión de cáusticos representa un problema de salud en los grupos de población más vulnerables. La endoscopia es el mejor método para establecer el diagnóstico, estadificar las lesiones y orientar el pronóstico, siendo determinante en el manejo clínico de esta patología.

59 - CASO CLÍNICO

**Impacto de simulador de bajo costo con alta fidelidad ecográfica, para el entrenamiento en canalización vascular.**

*Fernanda Oroz, M.; Zaracho, O.*

Introducción

La utilización de un prototipo como herramienta de capacitación simulada sustentable, permite al equipo de salud alcanzar una tasa elevada de éxito en canalizaciones periféricas por ultrasonido (A=A). La técnica de CaVE (Canalización vascular eco-guiada) puede ser aprendida por cualquier profesional que realice punciones venosas, ya que la curva de aprendizaje es de corto o mediano tiempo, según la expertis adquirida en la práctica simulada.

Objetivo General

- Introducir la práctica simulada con prototipos sustentables, para la formación de expertos en la CaVE en pacientes DIVAS.

Objetivos Específicos

- Replicar formadores idóneos en destreza eco-guiada.
- Estandarizar habilidades técnicas en prototipos, a fin de respetar la seguridad del paciente y del personal de salud.

Materiales y métodos

Se realizó una investigación descriptiva, mediante la recolección de datos observacionales, del cual arrojó que, de una muestra de 22 pacientes internados en el HCANK, el 68% llegaba al agotamiento vascular superficial, con intentos de múltiples punciones venosas (>4); siendo de exclusión pacientes No DIVAS (sin accesos vasculares dificultosos). Al momento del estudio, solo contábamos con N=2 operadores de CaVE, con una eficacia del 87% de efectividad; en base a ello, se realizó un taller de habilidades con un ecógrafo y un modelo simulador biológico sustentable a bajo costo (consta de pechuga de pollo, globos y sondas que replican venas colapsables y arterias pulsátiles); donde el profesional deberá reconocer el uso del equipo y sus funciones, realizar el mapeo del brazo en diferentes planos (RapeVa) y mediciones, para el entrenamiento de punción eco-guiada.



### Resultados

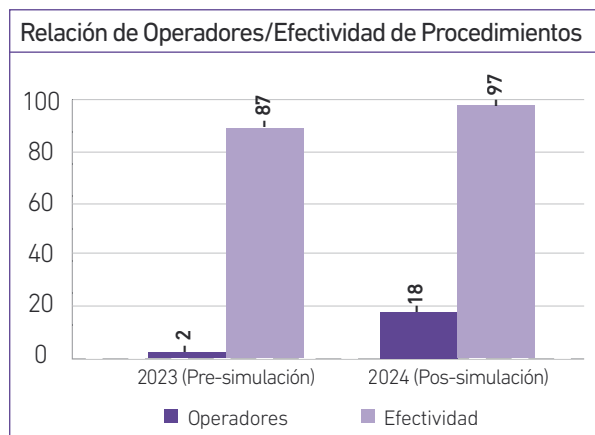
En base a lo observado, se obtuvieron resultados favorables para la educación simulada (sim zone 0/1) con Feedback en tiempo real; con un grado de satisfacción del 100% del participante, por la fidelidad de imagen ecográfica comparada con la anatomía real y por el acceso a múltiples punciones eco-guiadas (>10) en 3 horas de taller de habilidad, en un ambiente seguro.



Im. 1: Prototipo sustentable, 75% de insumos reutilizables.



Im. 2: Visión eco Doppler, identificación arterial pulsátil en prototipo.



### Discusión y/o conclusión

La muestra nos evidenció la necesidad de operadores experimentados en la CaVE. Se vislumbró en una N=117 una eficacia del procedimiento mayor al 97%, ante la réplica de profesionales pos-simulación (N=18), con menos intentos de punción (<2), sin impacto en el tiempo implementado con respecto a la técnica tradicional. Por lo tanto, se demostró que la simulación con prototipos a bajo costo y de alta fidelidad visual, crea un ambiente ideal para la educación de canalización eco-guiada, integrando actividades diseñadas para que sean estandarizadas, seguras y reproducibles favoreciendo a la calidad y seguridad del paciente.

### 60 - CASO CLÍNICO

#### Resolución de trauma de uretra por H.A.F.

##### Serie de casos.

Bustos, N.; Trujillo, D.; Bagnarelli, M.; Santarelli, M.; Blanco, F.; Nevado, G.

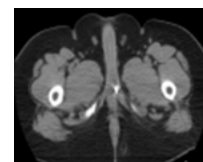
Las Las heridas urogenitales por arma de fuego (HAF) son poco frecuentes, representando cerca del 11% de todas las lesiones causadas por arma de fuego en pelvis. A pesar de su baja incidencia, estas lesiones son un desafío en términos de diagnóstico y tratamiento. Representando una emergencia urológica debido a importancia de proteger las funciones sexuales, endócrinas y reproductivas.

#### Caso Clínico

Se describen 3 pacientes masculinos que ingresan a urgencias por H.A.F. en pelvis con compromiso de uretra, hemodinámicamente estables.



Caso 1:  
a) Lesión uretral abierta  
b) Uretrografía postquirúrgica control posterior.



Caso 3: Proyectil paralelo a uretra.

	CASO 1	CASO 2	CASO 3
Conducta	Exploración quirúrgica Anastomosis uretra peneana termino terminal en agudo Rafia de cuerpos cavernosos Talla y Sonda vesical	Uretrografía Realineación primaria de uretra prostática Cistostomía suprapúbica Drenaje a espacio prevesical	TAC Abd y pelvis Cistostomía suprapúbica y seguimiento
Hallazgo	Lesión de cuerpos cavernosos, dehiscencia de uretra peneana	Lesión de uretra prostática	Proyectil alojado en base de pene, paralelo a uretra posterior.

#### Conclusión

En nuestra experiencia no encontramos un procedimiento estándar ajustado a todos los casos, más reportes de casos son necesarios para lograr consenso

61 - CASO CLÍNICO

**Infiltración vesical por leucemia linfocítica crónica. Reporte de caso.**

*Trujillo, D; Bustos, N.; Cepeda, A.; Santarelli, M.; Parra, L.*

**Introducción**

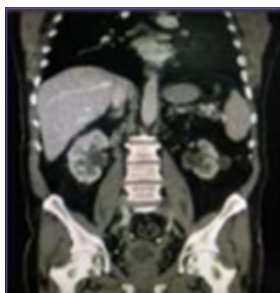
La leucemia es una enfermedad caracterizada por desarrollo anormal y proliferación de leucocitos y sus precursores. Según en INC (2023) que en la Argentina se diagnostican al menos 3200 casos por año, siendo 1000 de estos LLC. En estudios realizados mediante autopsias se demostró que alrededor de 52% de estos pacientes cursan con infiltración en el tracto urogenital, siendo el más frecuente testicular 70 %, renal 63%, próstata 1.2%, seguidos de uréter y vejiga respectivamente. Recalcando que el hallazgo de dicha patología pre mortem es mucho menos frecuente.

**Objetivo**

Describir la presentación y evolución clínica de un paciente con infiltración vesical por Leucemia Linfocítica Crónica en nuestro Hospital.

**Materiales y métodos**

Se presenta un paciente 61 años, diabético, hipertenso, quien debuta con itu complicada e insuficiencia renal aguda con requerimiento de diálisis trisemanal. En tomografía se evidencia engrosamiento de pared vesical por lo que se realiza cistoscopia, encontrando mucosa vesical congestiva de características patológicas en toda su superficie, se decide Rtu-v por mapeo vesical, con reporte anatomo patológico de cistitis crónica con infiltrado linfoplasmocitario, se toma pap de orina con resultado negativo. Es valorado por hematología que mediante citometría de flujo confirma LLC. Se solicita inmunohistoquímica con resultado compatible con Linfoma Linfocítico B de células pequeñas/ Leucemia Linfocítica crónica, Cd 5 y Cd 23 positivo.



Tomografía



Cistoscopia

**Conclusión**

La infiltración vesical en pacientes con diagnóstico de Leucemia es en extremo infrecuente, sin embargo, debe considerarse como parte de diagnóstico diferencial ante hematuria persistente o hallazgos patológicos en estudios de imagen.

62 - CASO CLÍNICO

**Extracción mínimamente invasiva de catéter doble J retenido .**

*Bustos, N.; Trujillo, D.; Bagnarelli, M.; Santarelli, M.; Blanco, F.*

**Introducción**

El catéter doble J calcificado es una complicación compleja de resolver, la realización de cirugías endoscópicas combinadas con acceso renal percutáneo y endoscópico retrogrado como la cirugía intrarrenal endoscópica combinada (ECIRS) permiten lograr cirugías mínimamente invasivas, efectivas y seguras. Sin embargo, existen casos complejos que pueden significar un desafío para el urólogo.

**Caso Clínico**

Paciente masculino de 42 años con catéter ureteral doble J izquierdo retenido hace 7 años (Fecal V). Se realizó (ECIRS) con el paciente en posición de Galdácano (o Valdivia modificada). A través de ureteroscopia flexible, se realiza fragmentación con láser Holmium de la litiasis adherida al catéter doble J. Posteriormente se extrae el extremo remanente del catéter a través del acceso percutáneo. Se coloca un nuevo catéter doble J y nefrostomía percutánea 18Fr.

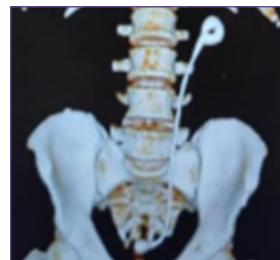


Figura 1. TC: Catéter doble J Fecal V.

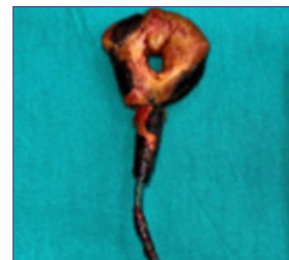


Figura 2. Catéter doble J extraído.

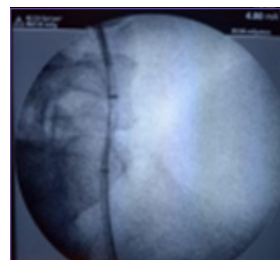


Figura 3. Doble acceso.



Figura 4. Radiografía (KUB) sin catéter.

**Conclusión**

La ECIRS es una cirugía mínimamente invasiva que ofrece ventajas importantes, es segura y útil en el tratamiento de la extracción de catéter doble J calcificado.