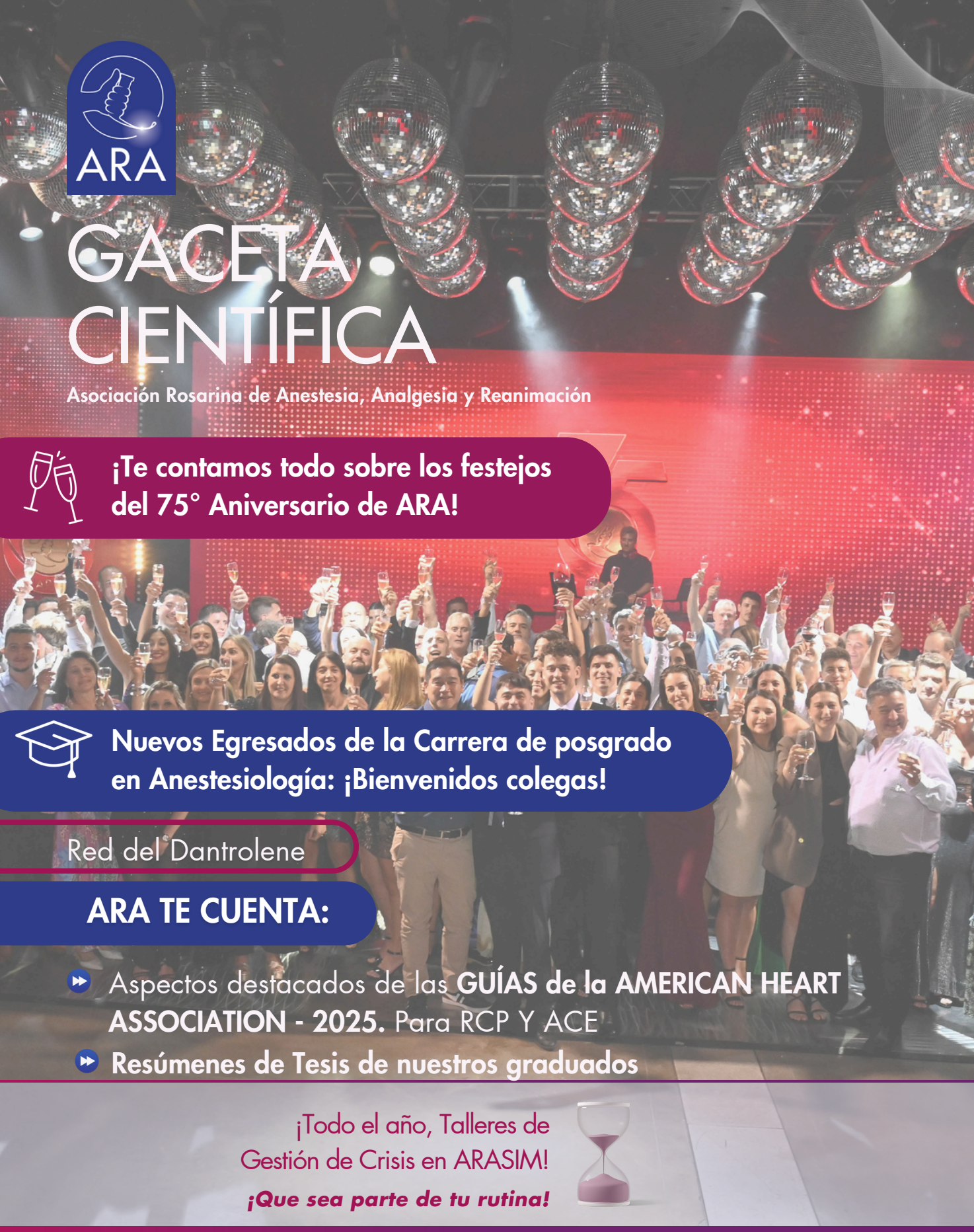


# GACETA CIENTÍFICA

Asociación Rosarina de Anestesia, Analgesia y Reanimación

## ¡Te contamos todo sobre los festejos del 75° Aniversario de ARA!

## Nuevos Egresados de la Carrera de posgrado en Anestesiología: ¡Bienvenidos colegas!

Red del Dantrolene

## ARA TE CUENTA:

- Aspectos destacados de las **GUÍAS de la AMERICAN HEART ASSOCIATION - 2025.** Para RCP Y ACE
- **Resúmenes de Tesis de nuestros graduados**

¡Todo el año, Talleres de Gestión de Crisis en ARASIM!

***¡Que sea parte de tu rutina!***

# GACETA CIENTÍFICA


## COMISIÓN DIRECTIVA

**Presidente**
Dr. Bruno Di Mónaco

**Secretario General**
Dr. Luciano César Balboni

**Secretario de Hacienda**
Dr. Iván Ariel Groisman

**Secretario de Actas y Publicaciones**
Dr. Patricio Pablo Zubillaga

**Secretario de Relaciones Públicas**
Dr. Mauricio Ramonda

**Secretaria Científica**
Dra. Liliana Beatriz Vaula

**Secretario de Recursos Humanos**
Dr. Guillermo Domingo Reeves

**Subsecretario de Recursos Humanos**
Dr. Sebastián San Damaso

**Vocales Titulares**
Dr. Horacio Norberto Bonchini
Dra. Sandra Esther Miretto
Dr. Federico Manuel Vera
Dr. Luis Alberto Kazilari

**Vocal Suplente**
Dr. Pablo Alberto Labastie

**Titulares del Órgano de Fiscalización**
Dr. Darío Rubén Demaria
Dr. Nicolás Emanuel Basso
Dr. Martín Segalotti

**Suplente del Órgano de Fiscalización**
Dr. Fernando José Villayandre



**EDITORIAL**
Secretaría Científica de ARA

**CO-EDITORA**
Dra. María Eugenia Torrano

**DISEÑO Y DIAGRAMACIÓN**
Axyoma Global

administración@axyomaglobal.com
axyomaglobal.com


*Esta gaceta está destinada a ser distribuida entre los socios de la Asociación Rosarina de Anestesia, Analgesia y Reanimación.*


Asociación Rosarina de Anestesia, Analgesia y Reanimación

Tucumán 2801
cientifica@ararosario.com.ar
34106985068




# ÍNDICE

Diciembre 2025


| | |
|---|---|
| Editorial | 01 |
| Eventos Próximos ARA | 02 |
| ¿Qué sucesos ocurrieron en ARA? | 03 |
| Bienestar del Anestesiólogo | 09 |
| Noticias | 10 |
| ARA te cuenta | 20 |
| Novedades de ARASIM | 30 |
| Novedades FAAAAR y asociaciones vecinas | 32 |

# EDITORIAL

Cada cierre de año invita a mirar hacia atrás, a detenernos un instante y reconocer lo construido. En esta novena edición de la Gaceta Científica celebramos no solo actividades, cursos y proyectos, sino algo mucho más profundo: la consolidación de una comunidad que se acompaña, se forma y se cuida.

ARA continúa creciendo y transformándose, impulsada por equipos comprometidos, residentes curiosos, instructores y colegas incansables que creen en el valor de la educación continua. ARASIM se volvió un punto de encuentro, un espacio donde entrenamos no solo técnicas, sino también decisiones, miradas y modos de trabajar juntos.

Cada jornada, cada simulación, cada curso y cada proyecto institucional fueron dando forma a un año intenso, lleno de desafíos, aprendizajes y logros compartidos.

Hoy los invitamos a recorrer estas páginas como un pequeño mapa de ese camino. Un camino que construimos entre todos y que sigue avanzando hacia una anestesia más segura, más humana y más colaborativa.

Porque, al final del día, lo que nos define es simple y profundo: ***Nuestra esencia es cuidar.***



**Dra. Liliana Vaula**
Secretaria Científica ARA



**Dr. Bruno Di Mónaco**
Presidente ARA

# EVENTOS PRÓXIMOS **ARA**

## Como parte de nuestro compromiso con una formación continua, te acercamos una encuesta breve.

Si te tomás 5 minutos para completarla, nos ayudás a  a seguir mejorando y a planificar de manera participativa la **agenda científica ARA 2026.**

**Tu opinión es clave para construir una ARA más conectada, moderna y orientada a la calidad.**

LINK al formulario acá

# ¿Qué sucesos ocurrieron en *ARA*?

## Entrenamiento en Vía Aérea: Estrategias de Intervención en Obesos

Entre septiembre y noviembre se desarrolló este curso de profundo valor educativo, con un formato híbrido e interactivo, centrado en los desafíos del manejo de la vía aérea en el paciente obeso.

Las clases virtuales brindaron contenido teórico actualizado, mientras que el workshop presencial en el Auditorio COEX del Sanatorio Británico y la jornada de simulación de alta fidelidad en ARASIM permitieron entrenar habilidades críticas en escenarios clínicos complejos.

Una propuesta que reafirmó la importancia de la formación continua en seguridad de la vía aérea y el compromiso de ARA con la excelencia académica.

Queremos expresar un **agradecimiento especial** al director del curso, Dr. Germán Soto y a todo el equipo docente, cuyo profesionalismo y entrega hicieron posible este proyecto. Nuestro reconocimiento también para el **Grupo VAeROS**, que aportó su mirada experta y su vocación de mejora continua en el manejo avanzado de la Vía Aérea, y para los **instructores de ARASIM**, que con dedicación y trabajo sostenido garantizan experiencias formativas de altísimo nivel.

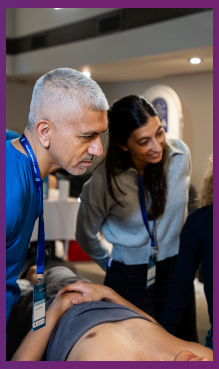
El encuentro tuvo además un momento destacado: una **conexión en vivo desde el Congreso Mundial de Vía Aérea (WAMM), en Florencia, Italia,** donde el **Dr. Guillermo Navarro** compartió con los participantes las **nuevas Guías DAS,** aportando una perspectiva internacional en tiempo real y reforzando la integración de nuestro curso con las tendencias globales en manejo avanzado de la vía aérea.

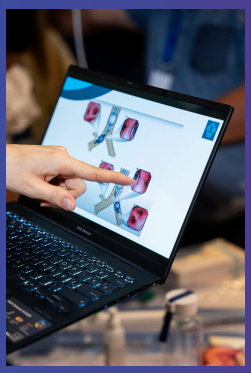
Fundamentalmente, gracias a todos los participantes: con cupo completo y la presencia de más del 10 % de nuestros asociados, el encuentro superó ampliamente las expectativas en términos de interacción, compromiso e interés, poniendo de manifiesto un alto nivel de involucramiento que jerarquiza cada una de nuestras actividades formativas.









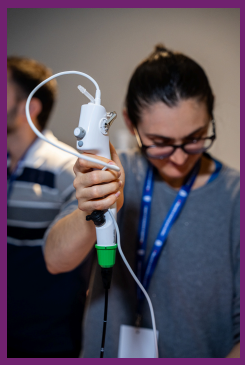




















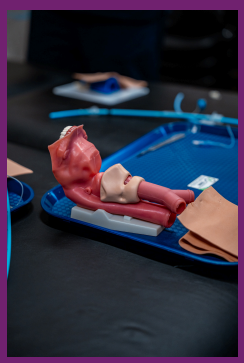

















# Curso PALS – Pediatric Advanced Life Support

ARA recibió por primera vez el **Programa oficial PALS (AHA)**, dictado por instructores certificados de la Asociación Rosarina de Pediatría.
Los participantes se entrenaron en reanimación pediátrica avanzada a través de actividades prácticas, estaciones de simulación y evaluación de habilidades, consolidando competencias esenciales para el manejo seguro de emergencias en pacientes pediátricos.

Una instancia formativa de **altísimo valor** para nuestra comunidad, que fortalece la preparación de los equipos de salud frente a situaciones críticas.

Con esta incorporación, ARA suma **dos cursos de certificación internacional** dentro de su programa de desarrollo profesional continuo, con la expectativa de **sostener y repetir anualmente** esta oferta educativa de excelencia.

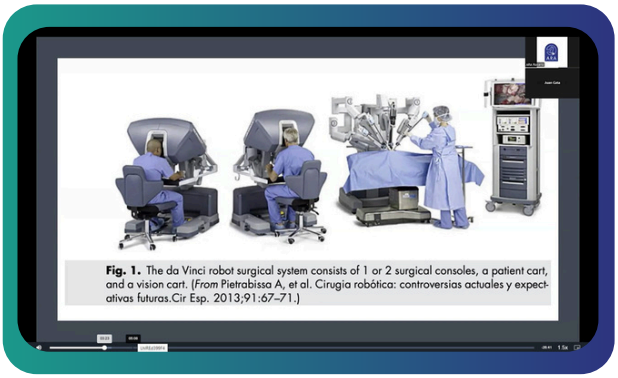


# Curso de Anestesia en Cirugía Robótica

Con la llegada de los sistemas **Da Vinci** a nuestra ciudad, ARA impulsó este curso **100% virtual**, orientado a brindar herramientas para enfrentar los nuevos desafíos anestésicos de la cirugía robótica.

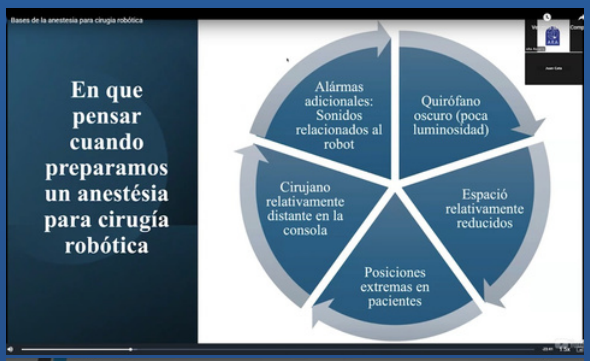
La actividad contó con la participación de docentes nacionales e internacionales y abordó desde fundamentos fisiológicos hasta escenarios clínicos específicos, ofreciendo una visión integral de esta nueva modalidad quirúrgica que ya forma parte del presente.

Queremos expresar un **agradecimiento especial** al Dr. **Luis Kazilari,** director del curso, y al Dr. **Adrián Lowenstein,** docente de nuestra casa, por su compromiso, su generosidad y su visión para acercarnos esta capacitación de vanguardia.

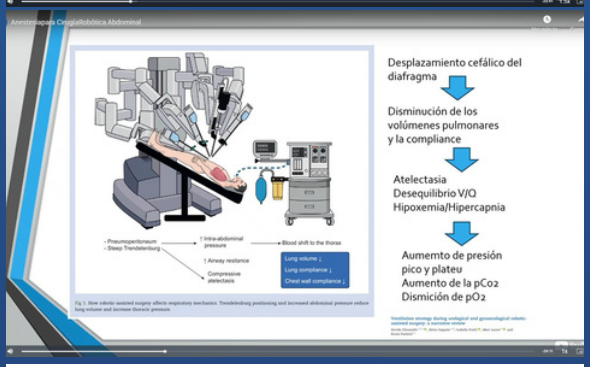


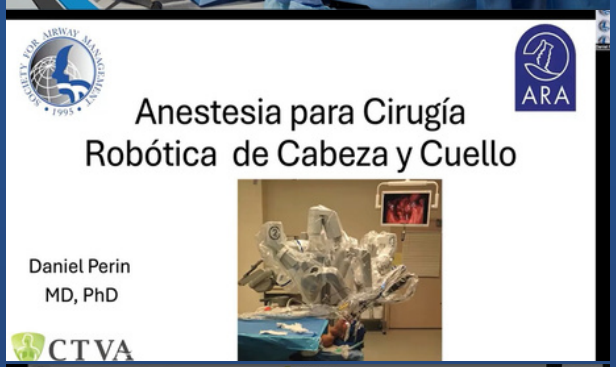

El Dr. Lowenstein es, además, **uno de los primeros anestesiólogos rosarinos en brindar anestesia para cirugía robótica** en nuestra ciudad, en el **Sanatorio Parque**, un hito que destaca su trayectoria y su rol pionero en la implementación de estas técnicas.

Su labor conjunta permitió abrirnos las puertas a un futuro que ya llegó a Rosario para quedarse, consolidando una propuesta académica que posiciona a ARA a la altura de los grandes centros formadores.


Bases de la anestesia para cirugía robótica
En que pensar cuando preparamos un anestésia para cirugía robótica
Alármas adicionales: Sonidos relacionados al robot
Quirófano oscuro (poca luminosidad)
Espació relativamente reducidos
Posiciones extremas en pacientes
Cirujano relativamente distante en la consola


MINIMAL INVASIVE
MAXIMUM CARDIO PULMONAR STRESS


Desplazamiento cefálico del diafragma
Disminución de los volúmenes pulmonares y la compliance
Atelectasia
Desequilibrio V/Q
Hipoxemia/Hipercapnia
Aumento de presión pico y plateu
Aumento de la pCo2
Dismición de pO2


Anestesia para Cirugía Robótica de Cabeza y Cuello
Daniel Perin
MD, PhD
CTVA
ARA


COMPLICACIONES NEUROLÓGICAS RELACIONADAS CON EL POSICIONAMIENTO EN CIRUGÍA ROBÓTICA
MÁRCIO PINHO TSA/SBA-RJ
Coordinador e instructor del Curso CVA/SBA
Miembro del Comité de Reanimación y Atención al Paciente Politraumatizado SBA
Coordinador e Instructor del Curso EVA Latinoamérica: Brasil


anestesia para cirugía robótica de paciente urologico
Dr Juan de Domini
Medico anestesiologo
Servicio de anestesia
Hospital Italiano


Anestesia en cirugía robótica.
¡De 0 a 100!
Dr. Adrián Lowenstein
Sanatorio Parque - Grupo Oroño

# Bienestar del Anestesiólogo

## Beneficios para compras en comercios adheridos

**Presentando el DNI y comentando que sos socio de ARA, accedes a los siguientes beneficios!**

**Ajo Arriero**
20% de descuento los jueves




**SanCor Seguros**
Descuento especial en seguro automotor + 40% de descuento en todo riesgo para tu computadora.

**ROS TOWER**
15 % de descuento en Servicios del Spa. Incluye Días de Spa y tratamientos.
HOSPEDAJE precios corporativos

**DISTINCIÓN**
20% de descuento con cualquier medio de pago

**CATALUNYA VINS**
10% de descuento en pagos en efectivo
Acceso a la lista de precios mayorista

**COCO WEAR**
10% de descuento con cualquier medio de pago

**EDITORIAL LA LETRA**
10% de descuento en pagos en efectivo

**AL FUEGO TIENDA DE CARNES**
10% de descuento en pago en efectivo

**MASTER MATES**
10% de descuento en pagos en efectivo

# Noticias

## Septiembre: Mes de la Seguridad del Paciente

Durante septiembre se realizaron diversas actividades en mundo en el marco del **Día Internacional de la Seguridad del Paciente,** impulsado por la OMS.

El Equipo de Seguridad de ARA, junto a los residentes, llevó adelante acciones de sensibilización e intervenciones institucionales orientadas a fortalecer la cultura de seguridad perioperatoria.

Como parte de esta campaña, los residentes de 1° año de los tres hospitales formadores produjeron videos sobre la implementación de los **10 postulados de Helsinki**, que marcaron el inicio del nuevo Programa Institucional de Seguridad del Paciente.

**Nuestra esencia es cuidar.**

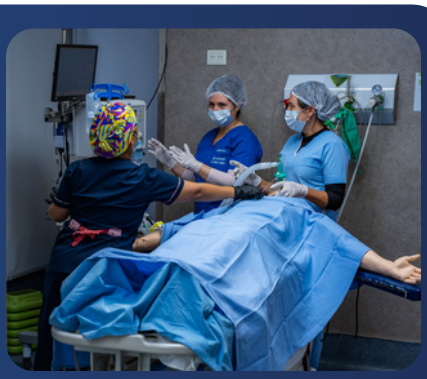
**¡Gracias también a todo el Grupo de Estudio de Hipertermia Maligna de ARA por su invaluable trabajo y compromiso!**



LINK *a* Video



LINK *a* Video



LINK *a* Video






# Cena de Fin de Año – 75° Aniversario

ARA celebró sus **75 años de historia** con una Cena de Fin de Año que reunió a colegas, residentes y amigos de la asociación.
Fue una noche emotiva y festiva, en la que se reconoció el camino recorrido, se valoró el crecimiento de la comunidad anestesiológica rosarina y se brindó por los proyectos que vienen.
En un clima de cercanía y gran sentido de pertenencia, volvió a aflorar esa profunda convicción que nos ha guiado desde nuestros albores: que nuestra verdadera fortaleza radica en la unidad, en esa comunidad que se acompaña, se apoya y crece junta. La historia de ARA se construyó así: con generaciones de anestesiólogos que trabajaron codo a codo, sosteniendo valores compartidos y una visión de progreso, calificación y compromiso con una Anestesia humana y de calidad.

***Una celebración que honró el pasado, abrazó el presente y reafirmó el compromiso colectivo de seguir avanzando unidos hacia el futuro.***
***ARA, somos todos.***

**LINK** a Video





























# Campaña de donación para las Maternidades públicas de Rosario:

Este año, además, la celebración volvió a tender un puente solidario hacia nuestra comunidad.

Así como en 2024 se invitó a colaborar con juguetes para los servicios de pediatría de Rosario, en esta oportunidad convocamos a los asistentes a aportar donaciones para maternidades de nuestra ciudad.

Durante la cena y en las dos semanas siguientes, ARA recibió cochecitos, pañales, óleo calcáreo, mantas, chupetes y artículos esenciales para acompañar a madres y recién nacidos que más lo necesitan.

Durante el mes de diciembre, todas estas donaciones serán entregadas a diversas maternidades de hospitales rosarinos, reafirmando nuestro compromiso social y nuestra voluntad de estar presentes más allá del quirófano.

LINK *a Video*



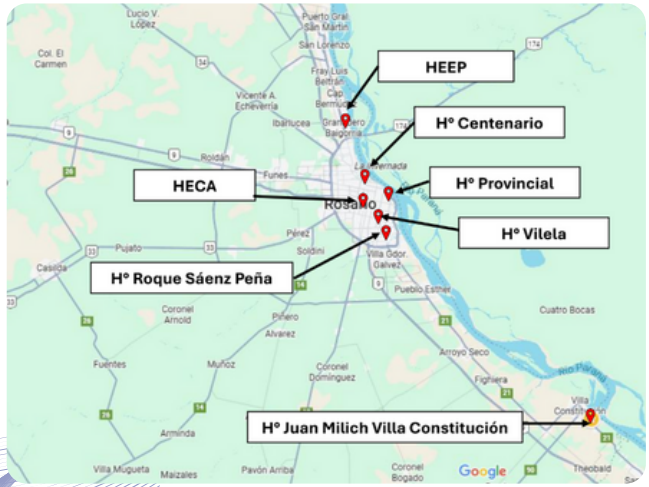

# Continuamos trabajando en la Red del Dantrolene

**ARA continúa avanzando en la consolidación de la Red del Dantrolene**, una estrategia clave para mejorar la disponibilidad del fármaco y asegurar una respuesta eficaz ante emergencias de Hipertermia Maligna (HTM).

El jueves 30 de octubre, representantes de la asociación visitaron el Hospital Provincial del Centenario, fueron recibidos en un ambiente de trabajo abierto, generoso y profundamente orientado a la mejora de la seguridad del paciente. Agradecemos especialmente al Dr. Eduardo Pérez, la Dra. Verónica Tetamantti, la Dra. Carla Hernández y a todo el Servicio de Anestesiología por haber organizado una verdadera capacitación interdisciplinaria junto a representantes de Farmacia, Laboratorio, Dirección y otros servicios involucrados en el manejo integral de esta crisis poco frecuente pero potencialmente letal. En esta oportunidad se hizo entrega de la última caja que integra la fase inicial de la Red del Dantrolene, un hito fundamental para la seguridad del paciente en nuestra región.

Continuamos trabajando en la organización logística, los circuitos de activación y los mecanismos de formalización de esta red, que esperamos, pronto quede plenamente operativa.

No obstante, en enero de 2026 la asociación adquirirá tres nuevas cajas de Dantrolene, con fechas de vencimiento extendidas, que quedarán bajo la tutela del Servicio de Anestesiología del Hospital Víctor J Vilela, como históricamente se hizo.







| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | Leandro N. Alem 1450<br>Rosario | **Dr. Federico Buscaglia** | **341 370-5520 (Federico Buscaglia)**<br>**341 213-4126 (Tel. del Servicio)**<br>**341 581-4664 (Victoria Taverna)** | **Enero 2026** |
| | Urquiza 3101<br>Rosario | **Dr. Eduardo Pérez**<br>**Dra. Verónica Tettamanti** | **341 540-7170 (Eduardo Pérez)**<br>**341 509-8992 (Verónica Tettamati)**<br>**341 692-2964 (Carla Hernández)** | **Enero 2026** |
| | Av. San MartíN 1645<br>Granadero Baigorria | **Dra. Beatriz Torruella** | **341 656-0209 (Beatriz Torruella)**<br>**341 649-7037 (Tel. del Servicio)**<br>**341 227-3278 (Tomás Degratti, Jefe resid.)** | **Enero 2026** |
| | Virasoro 1855<br>Rosario | **Dr. Hernán Colman** | **341 694-9298 (Hernán Colman)**<br>**341 562-0557 (Miren Madariaga)** | **Enero 2026** |
| | Laprida 5381<br>Rosario | **Dra. Violeta Marcuzzi** | **341 5406678 (Violeta Marcuzzi)**<br>**341 307-8333 (Mauricio Ramonda)**<br>**341 675-9196 (Lucio Gioiella)** | **Enero 2026** |
| as<br>z | Av. Pellegrini 3205<br>Rosario | **Dr. Germán Botta** | **341 643-8381 (Germán Botta)**<br>**341 562-4059 (Julia Pigatto)**<br>**336 451-5509 (Eugenia Biasoli)** | **Enero 2026** |

ARA

## ALGORITMO
## RED DEL DANTROLENE

ARASIM

1. **En la urgencia pedir DANTROLENE al centro más cercano.**
2. **En segunda instancia pedir DANTROLENE a los centros con fechas de vencimiento más próximas a vencerse.**
3. **Para manejo programado de Pacientes Susceptibles pedir DANTROLENE al H° Vilela, único centro con 2 cajas.**
4. **Activar la devolución inmediata de DANTROLENE desde el efector propio a aquéllos que**

# Nuevos Egresados – Promoción 2025

ARA celebró con orgullo la incorporación de nuevos especialistas, quienes finalizaron su formación con brillante desempeño.

En la sección “ARA te cuenta” de esta edición acercamos los resúmenes de sus tesis, que reflejan el compromiso académico, la investigación aplicada y el crecimiento constante de nuestra comunidad formadora.



# ❤️ Campaña “La Vida en Tus Manos”

En el marco de la campaña La Vida en Tus Manos, ARA continuó a lo largo del año con su compromiso sostenido de acercar herramientas de RCP y primeros auxilios a la comunidad rosarina. Con la convicción profunda de que contar con más primeros respondientes salva vidas, seguimos trabajando para fortalecer el primer eslabón de la cadena de supervivencia, empoderando a vecinos, docentes y jóvenes para actuar con seguridad ante una emergencia.

### 🚶‍♀️🚴‍♂️ Calle Recreativa y Parque Independencia

Como cada segundo domingo de mes, volvimos a instalarnos en la Calle Recreativa y también en el Parque Independencia, donde cientos de personas pudieron acercarse a practicar maniobras de RCP, aprender a reconocer una emergencia y entrenar compresiones en maniquíes.

La respuesta de la comunidad volvió a ser enorme: familias, deportistas, docentes y transeúntes se sumaron con interés, compromiso y entusiasmo.

Seguimos convencidos de que una ciudad con más personas capacitadas es una ciudad más segura.

## Acciones en instituciones educativas de Rosario

### 📍 Colegio Boneo – Jueves 16 de octubre

Concretamos una jornada de formación destinada a los cursos de 5º año del Colegio Boneo de Rosario, donde capacitamos a alrededor de 100 jóvenes. Fue un encuentro marcado por la participación activa, preguntas genuinas y un interés enorme por aprender a actuar ante una situación de paro cardiorrespiratorio.

### 📍 Jardín N° 262 – Jueves 30 de octubre

Visitamos el Jardín Nº 262, donde se realizó una capacitación especialmente dirigida a docentes y equipo educativo.

Además de las maniobras básicas de RCP, el taller incluyó el manejo de la obstrucción de la vía aérea, con énfasis en población pediátrica.

Un espacio de aprendizaje muy valioso para quienes están a cargo de los más pequeños.

### 📍 Escuela Castelli – Miércoles 19 de noviembre

El equipo también se hizo presente en la Escuela Castelli (Mendoza 5823, Rosario), donde se brindó formación en RCP a los alumnos.

Los chicos participaron con muchísimo interés y entusiasmo, consolidando una experiencia que refuerza la importancia de iniciar la educación en primeros auxilios desde edades tempranas.

### 🎙️ Difusión en medios: participación en Radiofónica – Viernes 14 de noviembre

Como parte del trabajo de concientización, también estuvimos en **Radiofónica** el viernes 14 de noviembre, donde participamos de una entrevista para hablar sobre la importancia del RCP en la comunidad.

En el estudio realizamos **una pequeña demostración** —adaptada al espacio del streaming — y compartimos **tips básicos de RCP** para que los oyentes pudieran comprender cómo actuar ante una emergencia.

Agradecemos a **Juan Junco por recibirnos en su programa “Escenario mercenario" y a todo el equipo de Radiofónica** por la calidez, la difusión y la oportunidad de llevar este mensaje tan importante a más rosarinos.

👉 Aquí dejamos el link al video del streaming

**LINK** *a Video*




ARA
RCP
LA VIDA EN TUS MANOS

# Un enorme gracias al equipo de RCP para la Comunidad

Nada de esto sería posible sin el compromiso, la energía y la entrega de quienes conforman el Equipo de RCP para la Comunidad de ARA, integrado por colegas y residentes que sostienen esta campaña con un nivel de pasión y dedicación únicos.

- **Amanda Berron**
- **Cristian Borrelli**
- **Bruno Di Paolo**
- **Sergio Guiano**
- **Clari Giustozzi**
- **Delfina Carné**
- **Eliseo Rodríguez**
- **Emanuel Melian Salerno**
- **Esteban Sandoval**
- **Florencia Doddi**
- **Joaquín Olalde**
- **Juan Manuel Duran**
- **León Marquéz Vallari**
- **Marco Turich**
- **Marisa Méndez**
- **Nicolás Lagrutta**
- **Santiago Navarro**
- **Sol Aguiar**
- **Tomás Colovini**
- **Tomás Degratti**
- **Virginia Montenegro**
- **Rodrigo Corones**





**Literalmente, de todo CORAZÓN, a todos ustedes GRACIAS!!!**

# ARA te cuenta

## Actualización 2025 de las guías AHA de RCP y Soporte Cardiovascular de Emergencia

(Basado en "Aspectos destacados de las Guías de la AHA 2025 para RCP y ACE")

***Las nuevas Guías AHA 2025 representan una actualización mayor en reanimación, incorporando cambios relevantes en RCP, manejo de la vía aérea, ventilación, equipos de respuesta, algoritmos pediátricos, sistemas de atención y ética.***

**Aquí te acercamos este resúmen con los puntos más relevantes para el anestesiólogo, el ámbito perioperatorio y los equipos docentes de simulación. Y te adjuntamos el archivo original**

### Principales modificaciones 2025:

## Soporte Vital Neonatal – ¿Qué cambió en 2025?

- La cadena de atención neonatal ahora se entiende como un continuo: del control prenatal al seguimiento posnatal, no solo "sala de partos".
- En RN a término y prematuros que NO requieren reanimación inmediata, se refuerza el pinzamiento tardío del cordón ≥60 s (mejor hierro, menor mortalidad en prematuros).
- En RN "faltos de vigor" ≥35 semanas y prematuros tardíos, se incorpora como opción el "ordeño" del cordón intacto frente al pinzamiento inmediato.
- La ventilación eficaz sigue siendo la prioridad absoluta:
- Presiones iniciales recomendadas: 20–30 $cmH_2O$
- Frecuencia: 30–60 ventilaciones/minuto
- Si la máscara facial no logra buena ventilación en RN ≥34 semanas, se refuerza el uso de máscara laríngea como alternativa (incluso como interfaz principal en algunos casos).
- La videolaringoscopía se reconoce como herramienta útil para mejorar la tasa de éxito de la intubación.
- Se recomienda colocar el pulsioxímetro lo antes posible en todo RN que reciba oxígeno o ayuda respiratoria.
- Compresiones: en el tercio inferior del esternón, evitando el apéndice xifoides (menos probabilidad de lesiones hepáticas), y cambiando de reanimador cada 2–5 minutos para sostener la calidad.

**LINK A TEXTO COMPLETO:**

https://resources.wfsahq.org/wp-content/uploads/WHO-WFSA-Standards_Spanish.pdf

# Soporte Vital Pediátrico – "de la falla respiratoria al paro"

- La mayoría de los paros pediátricos siguen siendo secundarios a falla respiratoria o shock, no cardiopatía primaria. Por eso, la clave es reconocer temprano al niño crítico y actuar antes del paro

- Se vuelve a insistir en la RCP de alta calidad:
- Pausas en compresiones < 10 segundos.

- En lactantes, cambian las manos:
- Se recomienda una mano sobre el esternón o técnica de 2 pulgares rodeando el tórax.
- ❌ La técnica de 2 dedos deja de recomendarse (no logra la profundidad adecuada).

- En paro con ritmo no desfibrilable, se resalta la importancia de dar adrenalina lo antes posible (ideal <3 minutos).

- Durante la RCP:
- $ETCO_2$ puede ayudar a valorar la calidad, pero no se usa un valor aislado para decidir suspender maniobras.
- Si hay PA invasiva: objetivo de PAD ≥25 mmHg en lactantes y ≥30 mmHg en niños ≥1 año.

- Obstrucción VA pediátrica:
- Niños: ciclos de 5 golpes en la espalda + 5 compresiones abdominales hasta expulsar el cuerpo extraño o que deje de responder. RCP
- Lactantes: ciclos de 5 golpes en la espalda + 5 presiones en el pecho (no abdominales).
- ❗ Las maniobras abdominales en lactantes no se recomiendan por riesgo de lesión visceral.

# Soporte Vital Básico en Adultos

- Lo que más impacta en los resultados neurológicos y vitales sigue siendo lo mismo:
- RCP precoz de alta calidad
- Desfibrilación rápida

- En trauma cráneo–cervical, si la vía aérea NO se abre solo con tracción mandibular, se acepta **extensión de cabeza + elevación de mentón**: mejor una vía aérea permeable que una vía aérea "protegida" pero cerrada.

- Ventilación:
- En paro respiratorio: 1 ventilación cada 6 segundos (10/min), siempre con elevación visible del tórax.
- Se recalca evitar tanto la hipo como la hiperventilación.

- En adultos con obesidad, las maniobras de RCP son las mismas que en no obesos (no se recomiendan cambios técnicos específicos).

- Dispositivos mecánicos de RCP:
- No para uso rutinario.
- Solo considerar en contextos muy puntuales donde las compresiones manuales de calidad sean difíciles o peligrosas.

- Obstrucción VA en adultos:

- Obstrucción grave: ciclos de 5 golpes en la espalda + 5 compresiones abdominales hasta expulsar el objeto o que el paciente deje de responder. RCP

- Después del paro:
- Evitar la hipotensión: mantener PAM ≥65 mmHg.
- Se considera razonable usar TAC de cabeza a pelvis y eco/POCUS para buscar la causa y complicaciones de la reanimación.

# Resúmenes de las tesis de nuestros últimos egresados 2025

**Con enorme orgullo compartimos las conclusiones de los ensayos clínicos realizados por nuestros egresados 2025.**

Estos trabajos representan la dedicación y el compromiso con la investigación que caracterizan a nuestra comunidad.

Los invitamos a leer el texto completo, donde encontrarán no solo los resultados, sino también las reflexiones y aportes que nuestros egresados dejan como legado académico para las nuevas camadas.

## Torrano, Juan Martin.

Hospital Provincial del Centenario, Rosario, Santa Fe, Argentina

**Comparación entre índice de variabilidad pletismográfica y Doppler carotídeo para identificar pacientes respondedores a fluidos.**

### RESUMEN

La euvolemia en pacientes intubados es importante para su manejo. Como alternativa a las mediciones clásicas invasivas para determinar el volumen sistólico (VS), se planteó la ecografía carotídea. El índice de variabilidad pletismográfica (IVP) es un parámetro ya validado para identificar los requerimientos de fluidos del paciente. Se estudiaron 60 pacientes que se sometieron a anestesia general en cirugía electiva videolaparoscópica en el que se comparó Doppler de la arteria carótida medidos por ultrasonografía con el IVP como predictor de respuesta a fluidos. Los hallazgos de este estudio sugieren una fuerte y significativa correlación entre el IVP y la velocidad de flujo pico de la arteria carótida (ΔVpeak) como herramientas dinámicas para predecir la respuesta a la administración de fluidos. A su vez, el tiempo de flujo corregido de la arteria carótida (FTc) mostró limitaciones a la hora de predecir o identificar a un paciente respondedor a fluidos (FR).

**LINK A TEXTO COMPLETO:**

https://resources.wfsahq.org/wp-content/uploads/WHO-WFSA-Standards_Spanish.pdf

## Taborda, Diego Jose.

Hospital Provincial de Rosario, Santa Fe, Argentina. **Comparación del uso de videolaringoscopio Airtraq vs máscara laríngea I-gel para la intubación orotraqueal con fibrobroncoscopio.**

### RESUMEN

El control de la vía aérea es una competencia esencial del médico anestesiólogo. Ante una intubación traqueal (IT) difícil no prevista, mantener la oxigenación es esencial, siendo los videolaringoscopios (VL), las máscaras laríngeas (ML) y el fibrobroncoscopio (FBC) algunas de las herramientas que permiten lograrlo. La combinación de dispositivos ha surgido como una estrategia que podría aumentar la eficacia de la IT.

El objetivo de este trabajo fue comparar la tasa de éxito de IT al primer intento entre VL Airtraq® con FBC y ML Igel® con FBC en pacientes sin predictores de vía aérea difícil (VAD) bajo anestesia general. Como objetivos secundarios se evaluaron el tiempo final de IT, la incidencia de desaturación, la respuesta hemodinámica y la visión glótica a través de ML con FBC.

# Resúmenes de las tesis de nuestros últimos egresados 2025

**Material y métodos:** Se realizó un estudio experimental, prospectivo y aleatorizado en el Hospital Provincial de Rosario, Argentina, entre enero y abril de 2025. Se incluyeron 80 pacientes adultos ASA I–II, sometidos a cirugías electivas bajo anestesia general. Se excluyeron pacientes con predictores de vía aérea difícil, alergias a fármacos utilizados o bajo tratamiento con betabloqueantes. Los pacientes fueron asignados en forma aleatoria a dos grupos: Grupo VL y Grupo ML.
Todas las intubaciones fueron realizadas por residentes de cuarto año previamente entrenados. Se registraron variables demográficas, tiempo de intubación, saturación de oxígeno y parámetros hemodinámicos. El análisis estadístico incluyó pruebas paramétricas y no paramétricas según la distribución de los datos, considerando significativo un valor $p < 0,05$.

**Resultados:** Las características demográficas fueron comparables entre grupos. En el Grupo VL, todos los pacientes fueron intubados en un solo intento; en el Grupo ML, un paciente requirió dos intentos. El tiempo de intubación fue significativamente menor en el Grupo VL en comparación con el Grupo ML (mediana 45,3 s vs 61,4 s; $p < 0,0012$). En el Grupo ML, el 75% de los pacientes obtuvo grado 4 en la escala de Brimacombe, lo que indicó óptima visualización glótica.
No se observaron episodios de desaturación en ninguno de los grupos. En el Grupo ML se registró un caso de bradicardia y en ambos grupos se observaron tres episodios de hipotensión. No se evidenciaron casos de hipertensión ni taquicardia. La respuesta hemodinámica global fue similar en ambas técnicas y se mantuvo dentro de parámetros seguros.

**Conclusión:** La combinación de VL con FBC permite una IT más rápida que la combinación de ML con FBC, manteniendo tasas de éxito y seguridad equivalentes. Estas técnicas representarían estrategias complementarias útiles para la resolución de la vía aérea difícil prevista o no, y su integración en la práctica clínica puede facilitar el procedimiento, incluso en manos de operadores con menor experiencia.

**LINK A TEXTO COMPLETO:**

https://resources.wfsahq.org/wp-content/uploads/WHO-WFSA-Standards_Spanish.pdf

## Sciarra, Leonardo Gabriel.

Hospital Provincial del Centenario, Rosario, Santa Fe, Argentina.

**Predicción de respuesta a fluidos con ultrasonografía Doppler de arteria radial utilizando el índice de variabilidad pletismográfica**

## RESUMEN

La administración de fluidos se considera clave para tratar hipotensión y optimizar el gasto cardíaco, aunque una sobrecarga puede resultar deletérea. Se planteó evaluar si el tiempo de flujo corregido (FTc) y la variación respirofásica del pico de velocidad (ΔVpeak) de la arteria radial, medidos por Doppler, pueden predecir la respuesta a fluidos utilizando al índice de variabilidad pletismográfica (IVP) como método clasificador

Se realizó un estudio experimental, prospectivo y comparativo. Se incluyeron 60 pacientes ASA I–II (18–65 años; IMC <30 kg/m²) programados para colecistectomía videolaparoscópica bajo anestesia general y ventilación mecánica. Se definieron tres momentos de medición: T1 (5 min postintubación), T2 (2 min tras carga de Ringer lactato 5 mL/kg en 5 min) y T3 (tras estabilizar el neumoperitoneo). En cada tiempo se registraron FTc, ΔVpeak e IVP, además de variables hemodinámicas estándar.

La condición "respondedor/no respondedor" se estableció usando el valor del IVP en T1 de 14 % como umbral. Se construyeron curvas ROC y se determinó el punto de corte óptimo por índice de Youden. En T1, IVP clasificó 48 respondedores (80 %) y 12 no respondedores (20 %). Tras la carga de fluidos (T2), ΔVpeak disminuyó en todos los casos (variación media −18,2 %) y FTc aumentó (variación media +4,3 %), en concordancia con incremento de precarga.

En T1, ΔVpeak mostró AUC 0,85 y punto de corte 14,5 %, con sensibilidad 0,79 y especificidad 0,83; FTc presentó AUC 0,74 y punto de corte 344 ms, con sensibilidad 0,750 y especificidad 0,667. Con esos umbrales, la asociación frente al estatus por IVP fue significativa. Para ΔVpeak 14,5 % se obtuvo VPP 95 % (p=0,0001) y para FTc 344 ms, VPP 90 % (p=0,0135). En colecistectomía videolaparoscópica bajo anestesia general, ΔVpeak radial mostró mejor capacidad diagnóstica que FTc para identificar respondedores a fluidos respecto de IVP. Un ΔVpeak ≥14,5 % puede emplearse como criterio práctico para evaluar una alta probabilidad de respuesta, mientras que, por otro lado, FTc aporta información complementaria con menor poder discriminativo.

**LINK A TEXTO COMPLETO:**

https://resources.wfsahq.org/wp-content/uploads/WHO-WFSA-Standards_Spanish.pdf

## Olalde, Joaquin.

Hospital Escuela Eva Perón, Granadero Baigorria, Santa Fe, Argentina

**Macintosh con Eschmann vs King Vision con bougie flexible: Comparación de la tasa de éxito de intubación al primer intento**

## RESUMEN

Introducción: La intubación orotraqueal en el primer intento se asocia con menor riesgo de complicaciones. Tradicionalmente, la técnica más empleada ha sido la laringoscopía directa con hoja Macintosh. Sin embargo, la introducción de la videolaringoscopia ha ofrecido mejoras, destacándose su rol en el manejo de la vía aérea por la literatura. Ambos dispositivos pueden presentar una limitación durante la maniobra, relacionada con la disociación entre la imagen visualizada por el operador y la trayectoria del tubo endotraqueal.

Esto ha impulsado el empleo de coadyuvantes, denominados bougies, que facilitan la introducción del mismo a través de las cuerdas vocales. En el presente estudio, se comparó el rendimiento del videolaringoscopio King Vision con canal utilizando bougie flexible frente a Macintosh asociado a guía Eschmann.

**Objetivos**: Primario: Comparar la tasa de éxito de intubación orotraqueal al primer intento entre ambos dispositivos con sus respectivos coadyuvantes, en pacientes sin predictores de vía aérea dificultosa.

**Secundario:** Evaluar número de intentos requeridos, tiempo de intubación, necesidad de rescate ventilatorio y complicaciones. Adicionalmente, comparar variables hemodinámicas y saturación periférica de oxígeno al minuto 1 y 5 posterior a la intubación orotraqueal.

**Materiales y métodos:** Se realizó un estudio prospectivo, aleatorizado y controlado en 80 pacientes ASA I–II, de 18 a 65 años, sin predictores de vía aérea dificultosa. Se asignaron dos grupos: Grupo K utilizó King Vision con canal asociado a bougie flexible (n = 40) y Grupo M utilizó laringoscopía directa de Macintosh con guía Eschmann (n = 40). Se registró el éxito al primer intento, número de intentos, tiempo de intubación, necesidad de rescate ventilatorio y complicaciones asociadas. Las variables hemodinámicas y saturación periférica de oxígeno se registraron de forma basal, al minuto 1 y 5 de la intubación.

**Resultados:** En el Grupo K, todos los pacientes se intubaron en el primer intento, mientras que en el Grupo M, tres casos requirieron una segunda maniobra, sin diferencia significativa. El tiempo de intubación fue menor en el Grupo M ($p < 0,001$). No se requirió rescate ventilatorio; se registró una complicación (lesión de mucosa orofaríngea) 2 en el Grupo K. La presión arterial media al minuto 1 disminuyó en ambos grupos respecto al valor basal, siendo significativamente menor en el Grupo M ($p < 0,001$). A los 5 minutos, no hubo diferencia significativa ($p = 0,88$). La frecuencia cardíaca no presentó variaciones relevantes al minuto 1 ($p = 0,32$) y 5 ($p = 0,44$). La saturación periférica de oxígeno al minuto 1 fue menor en el Grupo K ($p = 0,018$), sin diferencias significativas al minuto 5 ($p = 0,38$).

**Conclusión:** Ambos métodos demostraron ser seguros y eficaces para lograr la intubación al primer intento, sin evidenciarse superioridad entre ambos. A pesar de que al minuto 1 se observó una presión arterial media menor con Macintosh y una saturación periférica de oxígeno menor con King Vision, dichas diferencias carecen de relevancia clínica. No obstante, Macintosh utilizando Eschmann es un método más rápido que King Vision con canal y bougie flexible, lo cual podría tener implicancias en situaciones críticas.

**LINK A TEXTO COMPLETO:**

https://resources.wfsahq.org/wp-content/uploads/WHO-WFSA-Standards_Spanish.pdf

## Melian Salerno, Emanuel.

Hospital Escuela Eva Perón, Rosario, Santa Fe, Argentina

**Comparación de la tasa de éxito en la intubación orotraqueal con Laringoscopio Macintosh más guía de Eschmann vs. Videolaringoscopio Airtraq®**

## RESUMEN

**Introducción:** la intubación orotraqueal (IOT) es un procedimiento fundamental para garantizar una vía aérea segura durante la anestesia general. Este estudio comparó el desempeño del videolaringoscopio Airtraq® con el de la laringoscopia directa (LD) con pala Macintosh asistida por guía de Eschmann, en términos de éxito al primer intento, tiempo de intubación y modificación de variables hemodinámicas.

**Métodos:** se realizó un estudio prospectivo, aleatorizado y controlado en 80 pacientes adultos ASA I–II, sin predictores de vía aérea difícil, sometidos a cirugía electiva bajo anestesia general. Los pacientes fueron asignados a intubación con Airtraq® (n = 40) o con Macintosh + guía de Eschmann (n = 40). Se evaluaron éxito al primer intento, tiempo total de intubación, número de intentos, frecuencia cardíaca (FC), presión arterial media (PAM), saturación de oxígeno ($SpO_2$) y presencia de complicaciones.

**Resultados:** la tasa de éxito al primer intento fue del 100 % en el grupo Airtraq® y del 92,5 % en el grupo Macintosh (p = 0,077). Los 3 fallos ocurrieron con LD. El tiempo de intubación fue significativamente menor en el grupo Airtraq® (35,0 ±5,0 s) que en el grupo Macintosh (39,5 ±5,3 s) (p < 0,0001). No se requirieron dispositivos de rescate ni se registraron complicaciones. Si bien se observaron diferencias estadísticas en el IMC, FC y $SpO_2$ basal entre grupos, todas carecieron de relevancia clínica.

**Conclusión:** el videolaringoscopio Airtraq® demostró ser estadísticamente tan efectivo como la LD asistida, con la ventaja de una intubación más rápida y sin fallos al primer intento en la muestra evaluada. Su uso podría representar una herramienta eficiente y segura en el manejo de la vía aérea, especialmente en contextos de formación. Se sugiere ampliar la muestra en estudios futuros para consolidar estos hallazgos.

**LINK A TEXTO COMPLETO:**

Link a texto completo:
https://fundanest.org.ar/project/comparacion-de-la-tasa-de-exito-en-la-intubacion-orotraqueal-con-laringoscopio-macintosh-mas-guia-de-eschmann-vs-videolaringoscopio-airtraq/

## Ingledew, Kevin Daniel.

Hospital Provincial de Rosario, Santa Fe, Argentina

**Tasa de éxito de intubación orotraqueal con máscara laríngea I-gel vs videolaringoscopio KingVision como guías de broncofibroscopio**

## RESUMEN

Los médicos anestesiólogos manipulan diariamente la vía aérea de diversos tipos de pacientes en un amplio rango de procedimientos. Por lo tanto, es fundamental que cuenten con todas las herramientas necesarias para enfrentar los desafíos que puedan surgir en la práctica cotidiana

Para ello, se dispone de una amplia gama de dispositivos, como el videolaringoscopio (VL), el broncofibroscopio (BFC) y la máscara laríngea (ML), entre otros. En los últimos años, la combinación de estos dispositivos se incorporó como una alternativa para abordar tanto una vía aérea dificultosa (VAD) prevista como para el rescate ante una VAD no prevista. Este estudio tuvo como objetivo comparar dos técnicas combinadas para la intubación orotraqueal (IOT) en pacientes sin VAD, utilizando la ML I-gel® o el VL KingVision® como guía para el BFC. Se realizó un estudio experimental, prospectivo, comparativo y aleatorizado de 80 pacientes ASA I – II, mayores de 18 años, en cirugías electivas bajo anestesia general. Se evaluó la tasa de éxito al primer intento, el tiempo de intubación, la estabilidad hemodinámica y la saturación de oxígeno de la hemoglobina durante el procedimiento. Los resultados no mostraron diferencias estadísticamente significativas en la tasa de éxito al primer intento (p=0,314), con una tasa del 100% en el Grupo VL y 97,5% en el Grupo ML.

Sin embargo, se identificó una diferencia significativa en el tiempo total del procedimiento (p<0,0001). El tiempo mediano de intubación fue menor en el Grupo VL (44,4 s) en comparación con el Grupo ML (61,4 s). No se registraron casos de desaturación ni diferencias significativas en la respuesta hemodinámica entre ambos grupos. En conclusión, tanto la IOT con VL y BFC, como con ML y BFC son técnicas efectivas y seguras. Los datos de este estudio sugieren que la combinación de VL y BFC podría ser superior en términos de la duración total del procedimiento.

**LINK A TEXTO COMPLETO:**

Link a texto completo:
https://fundanest.org.ar/project/comparacion-de-la-tasa-de-exito-en-la-intubacion-orotraqueal-con-laringoscopio-macintosh-mas-guia-de-eschmann-vs-videolaringoscopio-airtraq/

## Degrati, Tomas.

Hospital Escuela Eva Perón, Rosario, Santa Fe, Argentina

**Comparación de tasa de éxito en primer intento de intubación orotraqueal en laringoscopia convencional con bougie Eschmann vs. videolaringoscopio Emax®con Bougie Total Control Introducer®**

## RESUMEN

Introducción: la intubación orotraqueal es un procedimiento habitual y fundamental en la medicina para asegurar la vía aérea. El éxito en el primer intento es un indicador clave de seguridad y calidad, mientras que la no obtención en este hito se asocia a un mayor riesgo de complicaciones, algunas de gravedad.
Este estudio busca comparar dos técnicas para la intubación orotraqueal, el uso de laringoscopia convencional junto con bougie Eschmann (LD), y el uso de videolaringoscopia con videolaringoscopio Emax® con bougie Total Control Introducer ® (VL).

**Objetivo:** comparar la tasa de éxito en primer intento de intubación, las modificaciones hemodinámicas, y el tiempo de duración de la maniobra entre ambas técnicas.

**Materiales y Métodos**: se llevó a cabo un estudio experimental, prospectivo, aleatorizado y controlado con 80 pacientes programados para cirugía con anestesia general y requerimiento de intubación orotraqueal. Los pacientes fueron aleatorizados para recibir intubación con laringoscopia directa con bougie Eschmann o con videolaringoscopia Emax ® con bougie Total Control Introducer®.
La experiencia de los operadores con el bougie flexible era más limitada en comparación con la técnica convencional. Resultados: las características demográficas de los grupos fueron comparables. El éxito en el primer intento de intubación fue del 100% en el grupo VL, frente al 92,5% en el grupo LD, diferencia que si bien no fue estadísticamente significativa (p = 0,077), se considera clínicamente relevante. El tiempo de intubación fue significativamente menor en el grupo LD, el cual tuvo una media de 39,2 s, mientras que el grupo VL presentó una media de 51,8 s (p < 0,0001).

En cuanto a parámetros hemodinámicos, se detectaron diferencias estadísticamente significativas en la PAM y SpO2 basales y en la PAM al minuto 1, aunque estas se encontraron dentro de valores de variables fisiológicas normales, sin relevancia clínica.

**Discusión y Conclusión:** el estudio demuestra que ambas técnicas son seguras y altamente efectivas para la intubación orotraqueal.

La videolaringoscopia muestra una mayor tasa de éxito en el primer intento, hallazgo de gran importancia clínica, aunque la falta de significancia estadística marca la necesidad de estudios con mayor número de participantes. La laringoscopia directa demostró ser una técnica rápida, lo que podría estar relacionado con la experiencia de la técnica de laringoscopia directa con bougie Eschmann en comparación con la técnica de videolaringoscopia junto a bougie flexible, de menor familiaridad para anestesiólogos. Ambos métodos estudiados muestran importancia en la clínica, teniendo que considerar para la elección entre ellos la experiencia del operador y el contexto clínico del paciente.

**LINK A TEXTO COMPLETO:**

Link a texto completo:
https://fundanest.org.ar/project/comparacion-de-la-tasa-de-exito-en-la-intubacion-orotraqueal-con-laringoscopio-macintosh-mas-guia-de-eschmann-vs-videolaringoscopio-airtraq/


## Alonso, Leonela.

Hospital Provincial del Centenario, Rosario, Santa Fe, Argentina


**Ultrasonografía Doppler de la arteria braquial vs. índice de variabilidad pletismográfica como predictores de respuesta a fluidos**

## RESUMEN


**Introducción:** La evaluación precisa del estado hemodinámico de los pacientes quirúrgicos permite individualizar la toma de decisiones terapéuticas para reducir complicaciones postoperatorias, acortar la estadía hospitalaria y disminuir el gasto en salud. El soporte hemodinámico se basa principalmente en dos estrategias: la administración endovenosa de fluidos y la utilización de drogas vasoactivas e inotrópicas.
Diversos métodos, tanto invasivos como no invasivos, han sido desarrollados para orientar la toma de decisiones terapéuticas.
En escenarios quirúrgicos, la búsqueda de herramientas no invasivas, reproducibles, disponibles y aplicables a pie de cama ha cobrado especial relevancia.

Durante la anestesia general, la ventilación mecánica con presión positiva genera oscilaciones cíclicas en los volúmenes y presiones ventriculares, lo que permite utilizar estos cambios como marcadores de precarga-dependencia, entendiendo esta como la capacidad del corazón de modificar el volumen sistólico en respuesta a cambios en la precarga, aumentando el gasto cardíaco. Este comportamiento fisiológico es la base de técnicas diagnósticas no invasivas, como el índice de variabilidad pletismográfica (IVP) medido por cooximetría y la valoración ecográfica de la variación respirofásica del flujo máximo (ΔVpeak) y del tiempo de flujo corregido (FTc) en la arteria braquial.

**Objetivo:** Comparar la ΔVpeak y el FTc de la arteria braquial medidos por ultrasonografía con el IVP medido por cooximetría como predictores de respuesta a fluidos en pacientes mecánicamente ventilados sometidos a anestesia general en cirugías videolaparoscópicas.
Materiales y método: Se realizó un estudio de carácter experimental y prospectivo en pacientes sometidos a anestesia general para cirugía electiva videolaparoscópica. Se establecieron tres tiempos para el registro de las variables: el primer tiempo luego de la intubación orotraqueal, el segundo tiempo luego de administrar una carga controlada de fluidos y el tercer tiempo luego de la estabilización del neumoperitoneo.

Se registraron para cada tiempo las mediciones ecográficas de la arteria braquial determinando el ΔVpeak y el FTc. Se registró también para cada tiempo el IVP y variables hemodinámicas: frecuencia cardíaca, presión arterial sistólica, presión arterial diastólica y presión arterial media (FC, PAS, PAD y PAM). Resultados: Se analizaron 60 pacientes, de los cuales el 88,3 % fueron categorizados como respondedores a fluidos según el IVP. La evaluación ecográfica de la arteria braquial mediante el ΔVpeak y el FTc se correlacionó con el IVP. Se estableció un punto de corte óptimo de ΔVpeak de 11,5 % con una sensibilidad de 81 % y una especificidad de 100 %. Para FTc se estableció un punto de corte de 348 ms con una sensibilidad de 70 % y una especificidad de 86 %.

Luego de una carga de líquidos endovenosos, solamente el 5 % de los pacientes fue catalogado como respondedor a fluidos, y luego del establecimiento del neumoperitoneo, el 8,3 % de los pacientes fue catalogado como respondedor a fluidos. Conclusión: La evaluación ultrasonográfica de la arteria braquial a través del ΔVpeak y el FTc pudo predecir adecuadamente la respuesta a fluidos en pacientes mecánicamente ventilados de forma comparable a la predicción estimada por el IVP.

**LINK A TEXTO COMPLETO:**

Link a texto completo:
https://fundanest.org.ar/project/comparacion-de-la-tasa-de-exito-en-la-intubacion-orotraqueal-con-laringoscopio-macintosh-mas-guia-de-eschmann-vs-videolaringoscopio-airtraq/

# Novedades ARASIM

## Programa de Gestión de Eventos Críticos en ARASIM: "Simulación clínica como medio de entrenamiento en gestión de crisis"

En cada edición, el **Programa de Gestión de Eventos Críticos en ARASIM** se vuelve más desafiante: los escenarios suman complejidad, realismo y hasta un poco de suspenso, generando un entrenamiento que pone a prueba tanto las habilidades técnicas como las no técnicas de los participantes.

Como novedad, hemos incorporado una **instancia de práctica de destrezas técnicas** para aprovechar el tiempo entre escenarios, lo que permite mantener la concentración y seguir entrenando en un marco dinámico y estimulante.

La simulación clínica sigue siendo nuestra herramienta más valiosa para fortalecer competencias y, sobre todo, para reforzar un mensaje central: la seguridad del paciente comienza con un equipo preparado para responder eficazmente en situaciones críticas.

***¡No dejes pasar la oportunidad de venir a nuestro Centro de Simulación, que es tuyo! ¡Te esperamos!***

**Recordá que también sumando horas-sim se acreditan estos talleres prácticos en la bitácora del curso de Recertificación**

*La simulación a la vanguardia del desarrollo profesional continuo*











# Novedades ARASIM

## ATENCIÓN EQUIPO ARA

**¡Se viene algo MUY GRANDE!**
Después de meses de trabajo silencioso, reuniones, debates, evidencia, simulación y pura pasión por la seguridad del paciente…

💥 **TENEMOS UNA NOTICIA QUE NOS ENORGULLECE** 💥

Un grupo comprometido de colegas de ARA viene construyendo, de manera colaborativa, un proyecto único en Rosario:

➡️ PRÓXIMAMENTE…

⭐ **AYUDAS COGNITIVAS ARA** ⭐

Guías claras, prácticas y efectivas para el manejo de crisis en anestesia.
Diseñadas por anestesiólogos rosarinos, para acompañar a anestesiólogos rosarinos.
Para actuar mejor, más rápido y más seguros.

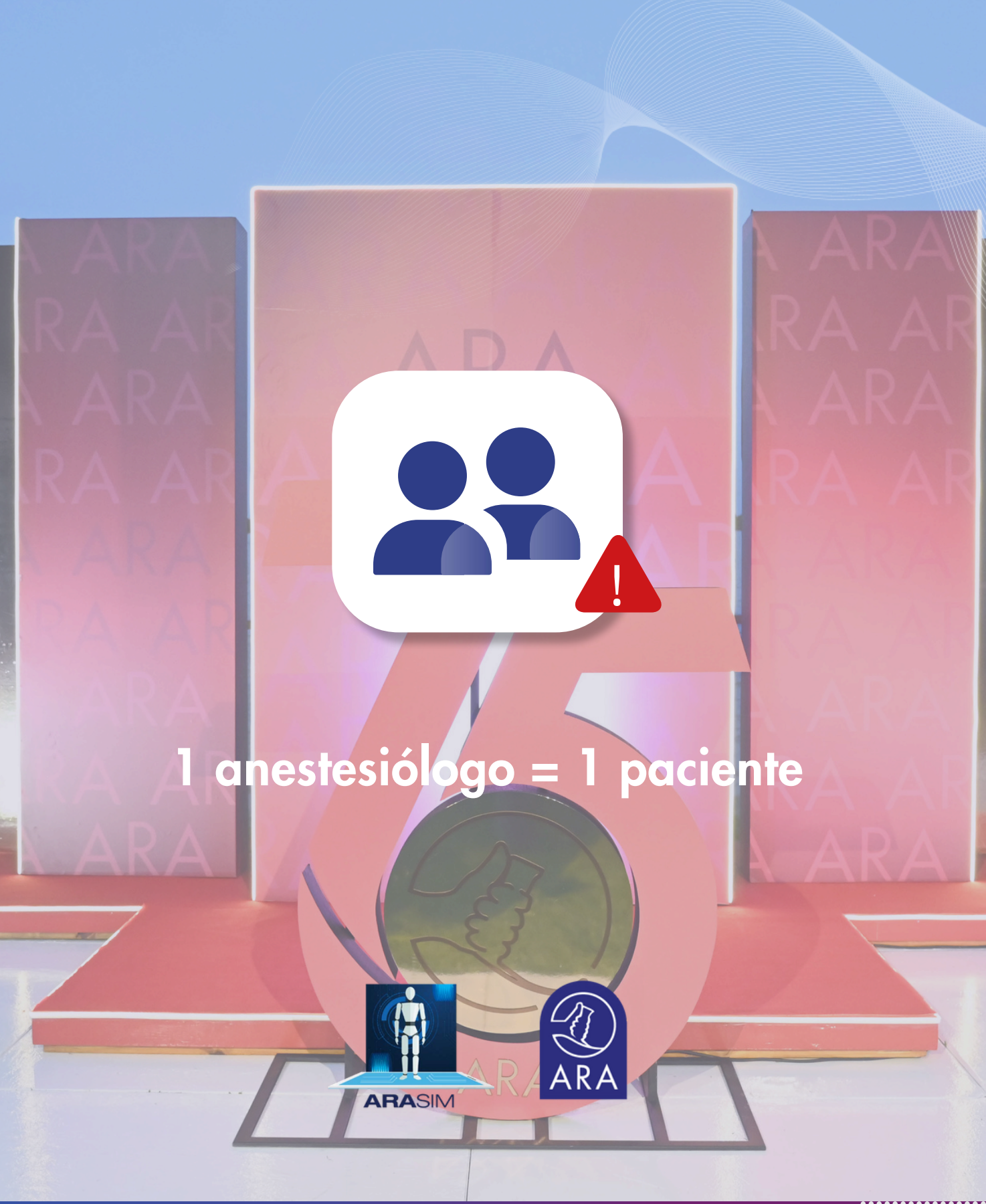
📍 Un antes y un después para la seguridad perioperatoria.
📍 Un nuevo estándar firmado por ARA.
🔥 Prepárense. Falta muy poco.

#SomosARA #SeguridadDelPaciente #CrisisChecklists #AnestesiaRosario

# Novedades FAAAAR y asociaciones vecinas

LINK a FAAAAR






Por tu seguridad, y la de tus pacientes, ***acércate a ARASIM***