

# MEDICINA CRÍTICA

COLEGIO MEXICANO DE MEDICINA CRÍTICA, A.C.



**COMMEC**  
Colegio Mexicano  
de Medicina Crítica, A.C.

**25 DE SEPTIEMBRE 2023 VOLUMEN 37, NÚMERO 6**

## EDITORIAL

Las decisiones médicas en condiciones de apremio

## RESEÑA SIMPOSIO 50 ANIVERSARIO COMMEC

Pasado, presente y futuro.  
Simposio 50 años del Colegio Mexicano de Medicina Crítica.  
Academia Nacional de Medicina de México

## RESEÑA REVISTA MEDICINA CRÍTICA

La primera revista de terapia intensiva en México.  
A 48 años de su publicación

## RESÚMENES DEL I CONGRESO COMMEC 2023

Resúmenes de Trabajos para el Concurso  
Académico «Dr. Mario Shapiro» 2023

Resúmenes de Trabajos Libres

Resúmenes Casos Clínicos



Indizada e incluida en:

Medigraphic: Literatura Biomédica · PERIODICA: Índice de Revistas Latinoamericanas en Ciencias, UNAM · LATINDEX: Sistema Regional de Información en Línea para Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal · Biblioteca Virtual en Salud (BVS, Brasil) · Universitätsbibliothek Regensburg, Alemania · Biblioteca de la Universidad Federal de São Paulo, Brasil · Biblioteca del Instituto de Investigaciones Biomédicas, UNAM · Biblioteca del Instituto de Biotecnología, UNAM · Biblioteca de la Universidad Norte de Paraná, Brasil · Biblioteca Médica Estatal del Ministerio de Patrimonio y Cultura, Italia · Universidad de Laussane, Suiza · Fundación Ginebrina para la Formación y la Investigación Médica, Suiza · Asociación Italiana de Bibliotecas (AIB) · Google Académico · SciELO.

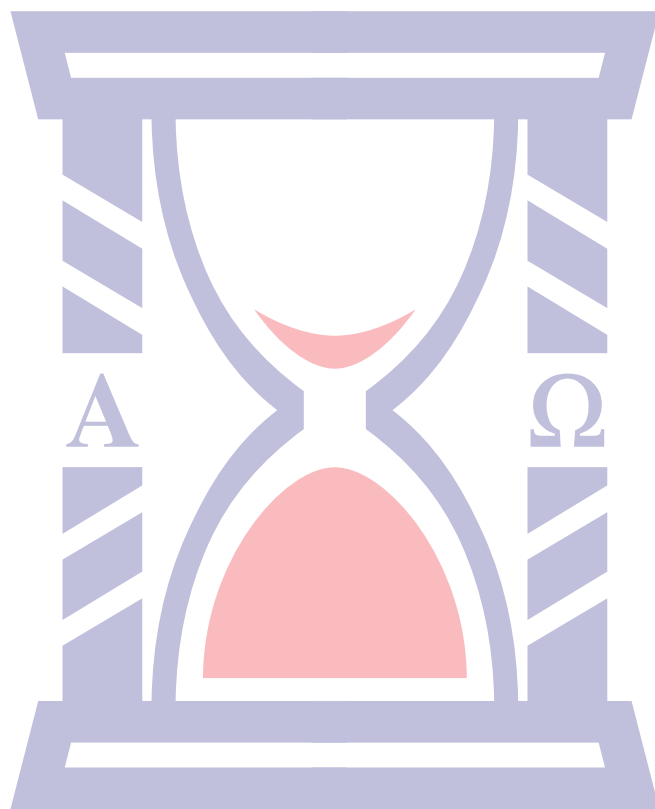


# MEDICINA CRÍTICA

COLEGIO MEXICANO DE MEDICINA CRÍTICA, A.C.



25 DE SEPTIEMBRE 2023 VOLUMEN 37, NÚMERO 6



Indizada e incluida en:

Medigraphic: Literatura Biomédica • PERIODICA: Índice de Revistas Latinoamericanas en Ciencias, UNAM • LATINDEX: Sistema Regional de Información en Línea para Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal • Biblioteca Virtual en Salud (BVS, Brasil) • Universitätsbibliothek Regensburg, Alemania • Biblioteca de la Universidad Federal de São Paulo, Brasil • Biblioteca del Instituto de Investigaciones Biomédicas, UNAM • Biblioteca del Instituto de Biotecnología, UNAM • Biblioteca de la Universidad Norte de Paraná, Brasil • Biblioteca Médica Estatal del Ministerio de Patrimonio y Cultura, Italia • Universidad de Laussane, Suiza • Fundación Ginebrina para la Formación y la Investigación Médica, Suiza • Asociación Italiana de Bibliotecas (AIB) • Google Académico • SciELO.

# MEDICINA CRÍTICA

COLEGIO MEXICANO DE MEDICINA CRÍTICA, A.C.

Antes Revista de la Asociación Mexicana de Medicina Crítica y Terapia Intensiva

Órgano Oficial del Colegio Mexicano de Medicina Crítica, A. C.  
(antes Asociación Mexicana de Medicina Crítica y Terapia Intensiva, A. C.)

*Official Journal of the Mexican College of Critical Care Medicine, A. C.*  
(former Mexican Association of Critical and Intensive Care Medicine, A. C.)

## Cuerpo Editorial

### Editor en Jefe

Dr. Fernando Molinar Ramos

### Editores asociados

Dra. Janet Silvia Aguirre Sánchez  
Acad. Dr. Pablo Álvarez Maldonado  
Dr. Ángel Carlos Bassols Ricardez  
Acad. Dr. Raúl Carrillo Esper  
Dr. Franklin V. Villegas Játiva

### Editores honorarios

Dr. Guillermo Díaz Mejía<sup>†</sup>  
Dr. Juan Pescina Casas<sup>†</sup>  
Dr. Ignacio Morales Camporredondo  
Dr. Jesús Martínez Sánchez  
Dr. Javier Ramírez Acosta  
Dr. Elpidio Cruz Martínez<sup>†</sup>  
Acad. Dr. Manuel Antonio Díaz de León Ponce  
Acad. Dr. José J. Elizalde González

## Comité Editorial Nacional

Dr. Héctor Javier Alfaro Rodríguez  
Dra. Yazmín Fabiola Borquez López  
Acad. Dr. Jesús Carlos Briones Garduño  
Dr. Ricardo Campos Cerda  
Dra. Reyna Carbajal Serrano  
Dr. Guillermo Castorena Arellano  
Dr. Ulises Wilfrido Cerón Díaz  
Dra. María Chacón Gómez  
Dr. Carlos Eduardo Chávez Pérez  
Dr. César Cruz Lozano  
Dra. Vanessa Fuchs Tarlovsky  
Dra. Guadalupe Gómez García  
Dra. Ma. Natalia Gómez González  
Dra. Yazmín Guillén Dolores  
Dra. Carmen M. Hernández Cárdenas  
Dr. José Antonio Hernández Pacheco  
Dra. Braulia Aurelia Martínez Díaz  
Dr. Ricardo Martínez Zubieta

Dr. Julio César Mijangos Méndez  
Dr. Enrique Monares Zepeda  
Dr. Marco Antonio Montes de Oca Sandoval  
Dra. María del Rosario Muñoz Ramírez  
Dr. Miguel Ángel Nares Tórices  
Dr. Víctor Manuel Sánchez Nava  
Dr. Paul Palacios Moguel  
Dr. Axel Pedraza Montenegro  
Dr. César Alejandro Rojas Gómez  
Dra. Cecilia Rodríguez Zárate  
Dra. Andrea Rugerio Cabrera  
Dr. Giovanni Sanabria Trujillo  
Dr. Jorge R. Sánchez Medina  
Dr. Raúl Soriano Orozco  
Dr. Otoniel Toledo Salinas  
Dr. Juan Pablo Vázquez Mathieu  
Dr. Armando Vázquez Rangel  
Dr. Jesús Zúñiga Sedano

## Comité Internacional

Dr. Jhon Jairo Botello Jaimes (Colombia)



Colegio Mexicano de Medicina Crítica, A.C.

## Consejo Directivo 2023-2024

### Presidente

Dr. José Javier Elizalde González

### Vicepresidente

Dra. Martha Susana Pérez Cornejo

### Primer Secretario Propietario

Dr. José Antonio Luviano García

### Primer Secretario Suplente

Dra. María Chacón Gómez

### Segundo Secretario Propietario

Dra. Dulce María D'Éctor Lira

### Segundo Secretario Suplente

Dra. Claudia Ivette Olvera Guzmán

### Tesorero

Dra. María del Rosario Muñoz Ramírez

### Subtesorero

Dr. Enrique Monares Zepeda

### Comisiones

---

#### Comisión de Gestión y Calidad

#### Comisión de Educación

#### Comisión de Relaciones Internacionales

#### Comisión Editorial

#### Comisión de Ética

#### Comisión de Honor y Justicia

#### Comisión de Planificación

#### Comisión de Página Web y Medios Electrónicos

#### Comisión de Credenciales/Membresías

#### Comisión de Filiales

Coordinador: Dr Enrique Olivares Durán

#### Sesiones mensuales

Coordinador: Dr. César Alejandro Rojas Gómez

**Medicina Crítica**, Vol. 37, No. 6, 25 de Septiembre 2023, es una publicación sesquimensual (ocho números al año), editada y distribuida por el Colegio Mexicano de Medicina Crítica, A.C. Cincinnati 40, Col. Noche Buena, 03720, Alcaldía Benito Juárez, Ciudad de México, México. Tel: 55 5611-2585, contacto@commc.org.mx. Editor responsable: Dr. Fernando Molinar Ramos. Certificado de Reserva de Derechos al Uso Exclusivo No. 04-2016-101119141500-102, ISSN 2448-8909, ambos otorgados por el Instituto Nacional del Derecho de Autor. Certificado de Licitud de Título y de Contenido No. 17495, otorgado por la Comisión Calificadora de Publicaciones y Revistas Ilustradas de la Secretaría de Gobernación. Arte, diseño, composición tipográfica, pre-prensa e impresión por **Graphimedic, SA de CV**, Coquimbo 936, Col. Lindavista, 07300, Alcaldía Gustavo A. Madero, Ciudad de México, México. Tels: 55 8589-8527 al 32. Correo electrónico: graphimedic@medigraphic.com. Este número se terminó de imprimir el 25 de Septiembre de 2023, con un tiraje de 3,000 ejemplares. El contenido de los artículos, así como las fotografías son responsabilidad exclusiva de los autores. La reproducción parcial o total sólo podrá hacerse previa autorización del editor de la revista. Toda correspondencia debe ser dirigida al editor responsable.

Suscripciones: En México \$ 2,200.00. En el extranjero \$ 110.00 USD Disponible en versión completa en <http://www.medigraphic.com/medicinacritica>

## EDITORIAL / EDITORIAL / EDITORIAL

### 453 **Las decisiones médicas en condiciones de apremio**

Medical decisions under duress conditions

*Decisões médicas em situações de pressão*

Alberto Lifshitz, Fernando Molinar Ramos

## RESEÑA SIMPOSIO 50 ANIVERSARIO COMMEC / COMMEC 50TH ANNIVERSARY SYMPOSIUM REVIEW / SINOPSE DO SIMPÓSIO DO 50º ANIVERSÁRIO DA COMMEC

### 455 **Pasado, presente y futuro.**

**Simposio 50 años del Colegio Mexicano de Medicina Crítica.**

**Academia Nacional de Medicina de México**

Past, present and future.

50 years of the Mexican College of Critical Care Medicine Symposium.

National Academy of Medicine of Mexico

*Passado, presente e futuro.*

*Simpósio 50 anos Faculdade Mexicana de Medicina*

*Intensiva. Academia Nacional de Medicina*

José Antonio Luviano García

## RESEÑA REVISTA MEDICINA CRÍTICA / CRITICAL MEDICINE JOURNAL REVIEW / SINOPSE DA REVISTA MEDICINA INTENSIVA

### 458 **La primera revista de terapia intensiva en México. A 48 años de su publicación**

The first magazine of intensive therapy in Mexico. 48 years after its publication

*A primeira revista de terapia intensiva do México. 48 anos após sua publicação*

Acad. Dr. Raúl Carrillo Esper, Acad. Dr. Manuel Antonio Díaz de León Ponce

## RESÚMENES DEL L CONGRESO COMMEC 2023 / ABSTRACTS THE L CONGRESS COMMEC 2023 / RESUMO DO L CONGRESSO COMMEC 2023

### 462 **Resúmenes de Trabajos para el Concurso Académico «Dr. Mario Shapiro» 2023**

Abstracts of Papers of the Academic Contest «Dr. Mario Shapiro» 2023

*Resumos dos Trabalhos do Concurso Acadêmico «Dr. Mario Shapiro» 2023*

### 476 **Resúmenes de Trabajos Libres**

Free Papers Abstracts

*Resumos dos Trabalhos Livres*

### 488 **Resúmenes Casos Clínicos**

Abstracts - Clinic Cases

*Resumos dos Casos Clínicos*



## Las decisiones médicas en condiciones de apremio

Medical decisions under duress conditions

*Decisões médicas em situações de pressão*

Alberto Lifshitz,\* Fernando Molinar Ramos\*

La práctica de la medicina es un universo vasto y complejo, que a menudo nos impulsa a quienes hemos hecho de él nuestro camino y destino profesional; nos enfrentamos a escenarios en donde cada decisión es crítica y el tiempo un recurso invaluable, estos atributos son aplicables frecuentemente en el ejercicio de la medicina crítica.

En una situación como ésta, el médico enfrenta no sólo la presión inmediata que supone ser protagonista en esta escena, sino también la de tener a su cargo una responsabilidad trascendente: tomar decisiones, que pueden implicar o no, la continuidad de la vida de un ser humano, de su paciente. Por ello, la toma de decisiones se convierte en un ejercicio de experiencia técnica y percepción moral, especialmente cuando no se puede obtener el consentimiento informado y la vida está en juego.

Los médicos somos primordialmente tomadores de decisiones. El mejor médico no es el más erudito, el más hábil, el más humanitario, el más comprensivo sino el que mejores decisiones toma en el momento oportuno, aunque todas las demás cualidades son, sin duda, valiosísimas. El mejor cirujano no es el más diestro con las manos, ni el más rápido, sino el que sabe tomar una decisión ante situaciones inesperadas.

A pesar de que la característica más apreciada de los médicos es la capacidad de tomar decisiones, hay que reconocer que en el proceso formativo no se cultiva esta habilidad, no se enseña en su justa dimensión, y muchos tienen que aprender por el método más ineficiente que es el del ensayo y el error. Y ello a pesar de que existen dos teorías aplicables a la didáctica de la decisión que bien podrían instrumentarse en las etapas formativas: la teoría de las decisiones, que nos dice los pasos para tomar una buena decisión, y la ciencia cognitiva, que nos ilustra cómo es que los expertos toman sus decisiones.

Profundizar en los dilemas de la toma de decisiones médicas en situaciones críticas es un viaje a la naturaleza y corazón de la medicina crítica, donde se cruzan las capacidades técnicas, la responsabilidad humana

y los imperativos éticos. Las preguntas se multiplican: ¿cómo actuar?, ¿cuándo cada segundo cuenta? y ¿cómo asumir la responsabilidad que recae en manos de los médicos cuando está en juego la vida del paciente y no hay tiempo para obtener más información, e incluso el consentimiento informado?

Muy pocas de las decisiones médicas se toman en condiciones de certeza, es decir, con toda la información necesaria para elegir la mejor alternativa. La mayoría se tienen que tomar en condiciones de incertidumbre o, en el mejor de los casos, en condiciones de riesgo. La incertidumbre es el principal obstáculo, pero los médicos tenemos que saber contender con ella. Las condiciones de riesgo suponen una estimación probabilística de los desenlaces, con base en estudios clínicos controlados sobre condiciones parecidas a las que se están viviendo; en la incertidumbre, ni siquiera esa información existe y se manejan probabilidades condicionales, hipótesis, especulaciones o derivaciones intelectuales.

Pero quien tiene en sus manos la necesidad de tomar decisiones rápidas, con información incompleta porque las condiciones significan riesgos enormes para el paciente, tiene dificultades adicionales. La parsimonia de una decisión pausada, reflexionada, sometida a contrastaciones varias es un lujo que no pueden darse quienes se ven obligados a actuar rápido. Los sesgos y desviaciones pueden conducir a decisiones reflejas (que no reflexivas) o algorítmicas (que no alternativas). Se ironiza que muchas de las decisiones en las unidades de cuidados intensivos, por ejemplo, son automáticas: «si algo se sube, hay que bajarlo; si algo se baja, hay que subirlo». Pero la designación como medicina crítica no sólo alude a las condiciones de crisis en las que hay que decidir sino en la conveniencia de una postura autocrítica permanente.

Reflexión sobre la autonomía médica ante decisiones de apremio y sus implicaciones éticas. La bioética proporciona un marco poderoso para navegar en las turbulentas aguas de la toma de decisiones médicas en situaciones extremas. Los principios de autonomía, benevolencia, no maleficencia y justicia, aunque ideales, se ven desafiados en la práctica por la urgencia de tomar medidas para proteger la vida. Los médicos estamos obligados, al cobijo de nuestra autonomía profesional, a actuar, a veces solos, incluso en ausencia

\* Saint Luke. Escuela de Medicina.

de consentimiento informado, y nuestras decisiones se deben fortalecer en estos principios éticos.

La toma de decisiones médicas en situaciones críticas refleja una de las dimensiones más desafiantes y éticamente complejas de la medicina. Incluso en las situaciones más adversas y exigentes, la educación y la reflexión ética continua son fundamentales para dotar a los médicos de las herramientas necesarias para enfrentar estos dilemas, actuar con integridad y colocar a la humanidad en el centro de nuestra práctica. También, es fundamental fomentar una cultura de diálogo interdisciplinario y reflexión colectiva que permita un escrutinio continuo y crítico de la práctica médica y la toma de decisiones, mejorando así nuestro desempeño profesional y la calidad de la atención.

¿Entonces cómo proceder? Tal vez existan algunos lineamientos en la toma crítica de decisiones:

1. Priorizar la información para seleccionar la más importante y hacer a un lado la menos trascendente. Esta habilidad requiere entrenamiento y conocimiento profundo.
2. Enfocarse hacia el desenlace más valioso, y no tanto a los secundarios o subordinados. Dar valor a los distintos desenlaces también implica un adiestramiento y una capacidad analítica y axiológica.
3. Superar el miedo a decidir; en otras palabras, decidir aún con miedo.
4. Asumir la responsabilidad de equivocarse y sus consecuencias.

*Correspondencia:*

**Fernando Molinar Ramos**

**E-mail:** fermol@prodigy.net.mx





## Pasado, presente y futuro. Simposio 50 años del Colegio Mexicano de Medicina Crítica. Academia Nacional de Medicina de México

Past, present and future.

50 years of the Mexican College of Critical Care Medicine Symposium. National Academy of Medicine of Mexico

*Passado, presente e futuro.*

*Simpósio 50 anos Faculdade Mexicana de Medicina Intensiva. Academia Nacional de Medicina*

José Antonio Luviano García\*

En conmemoración de los 50 años de la creación del Colegio Mexicano de Medicina Crítica, se llevó a cabo una ceremonia en la Academia Nacional de Medicina de México, misma que relato a continuación.

Presidiendo el vicepresidente de la Academia Nacional de Medicina, el Dr. Raúl Carrillo Esper dio la palabra al Dr. José Elizalde González presidente del Colegio Mexicano de Medicina Crítica, quien primeramente agradeció a los médicos que fundaron la Asociación Mexicana de Medicina Crítica y Terapia Intensiva (AMMCTI, ahora Colegio) por su visión y compromiso, los cuales dejaron una huella indeleble en la historia de la medicina crítica mexicana, se mencionó la primera mesa directiva cuyo presidente, el Dr. Alberto Villazón Sahagún tuvo de invitado de honor al Dr. Peter Safar, creador de la primera Unidad de Cuidados Intensivos a nivel mundial.

El Dr. Elizalde destacó como «fechas de oro» a los diferentes acontecimientos que surgieron a partir de la fundación en ese entonces de la AMMCTI, que empezó en el año de 1979 con la realización del Primer Congreso Iberoamericano, donde se dio origen a la Federación Panamericana e Ibérica de Medicina Crítica y Terapia Intensiva (FEPIMCYTI), posteriormente se fundó la Federación Mundial, en 1977, en 1975 se creó la Revista Mexicana de Anestesiología y Medicina Crítica, que se independizó en 1979 y cambió su nombre a la actual Revista Mexicana de Medicina Crítica. En 1976 la división de estudios de postgrado de la UNAM acepta a la especialidad de medicina del enfermo en estado crítico ahora sólo Medicina Crítica como especialidad.

Otra fecha de oro es la fundación de la Asociación Mexicana de enfermeras especialistas en medicina crítica, la AMEEMCTI en el año de 1977, hay que recordar a la Lic. Virginia Madrigal Siller como primera presidenta, en 1986 se fundó el Consejo Mexicano de Medicina Crítica para la certificación y recertificación de los intensivistas, y en 1984 la Asociación Mexicana de Medicina Crítica Pediátrica. Todo esto será recordado en el Libro Conmemorativo del cincuentenario.

El Dr. Gilberto Vázquez De Anda intensivista y médico de la academia de ciencias abordó el tema de la ciencia en la medicina crítica mexicana, al destacar que el futuro de la medicina crítica girara en torno a la inteligencia artificial y la automatización de procesos.

A continuación se le dio la palabra al Dr. Carlos Briones, quién abordó el tema de la Medicina Crítica Obstétrica y mencionó los trabajos pioneros del Dr. Díaz de León, esta especialidad tiene sus orígenes en 1973, en el Hospital de Ginecobstetricia No. 2 del Centro Médico Nacional, de 1997 a 2005 se creó el diplomado y para 2006 se inició por la Facultad de Medicina del Estado de México la Especialidad en Medicina Crítica Obstétrica, posteriormente avalada por la UNAM, ya en el año 2012 con sede en el Hospital General de México. Un aspecto que reafirmar es la creación e implementación del Código Mater salvador de múltiples vidas, y la creación del primer Libro en Medicina Crítica Obstétrica acreedor al primer lugar en el concurso de obras médicas.

El Dr. Alfredo Sierra Unzueta, toda una autoridad en el Colegio, tocó el tema «Inicios y desarrollo de la medicina intensiva en México». Mencionó la Historia del logo del Colegio con el alfa y omega al que proyecta en la imagen a la que da vuelta para hacer referencia sobre que el médico intensivista trata de revertir el proceso de la vida representado por las letras. El Dr. Sierra relató la interesante historia de cómo se fundó la AMMCTI. El Dr. Alberto Villazón Sahagún, visionario espléndido, impartía cursos de medicina intensiva en el Hospital Español desde 1971, lo llamativo de sus cursos es que los invitados eran grandes médicos intensivistas de nivel

\* Secretario del COMMEC.

Recibido: 15/10/2023. Aceptado: 17/10/2023.

Citar como: Luviano GJA. Pasado, presente y futuro. 50 años del Colegio Mexicano de Medicina Crítica. Academia Nacional de Medicina de México. Med Crit. 2023;37(6):455-457. <https://dx.doi.org/10.35366/113100>

mundial, como el Dr. Loius del Guercio, Dr. Max Harry Weill, Dr. Peter Safar o el Dr. William Shoemaker, ellos con sus ideas dieron pie a la necesidad de la creación de sociedades que tenían en común la atención de pacientes graves que unieran a líderes de las múltiples disciplinas que intervienen. Ocurrieron hechos relevantes en ese tiempo como el libro «Cuidados Intensivos en el paciente grave» que se publicó antes de la fundación de la AMMCTI, siendo en ese entonces el Dr. Paras Chavero y el Grupo de Cardiólogos del Hospital Español líderes en la atención de enfermos graves.

En 1954, se creó la UCI postquirúrgica del Instituto Nacional de Cardiología «Ignacio Chávez». En 1967, se fundó la UCI en el Hospital español y después varias más. El Dr. Villazón invitó a los jefes de estas unidades a participar en la fundación la AMMCTI, la cual se creó el 09 de agosto de 1973 con 28 especialistas.

La visión del Dr. Villazón no quedó en el ámbito nacional al fundar la AMMCTI, viajó junto con delegados de la AMMCTI al Segundo Congreso Mundial de la especialidad en París, Francia, solicitando la realización del Congreso Mundial en México; sin embargo, no fructificaron sus esfuerzos por cuestiones políticas y a México se le concedió realizar un evento panamericano gracias al cual, el 12 de septiembre de 1980, dio paso a la creación de la Federación Panamericana e Ibérica de Medicina Crítica y Terapia Intensiva FEPIMCYTI, durante el Congreso Panamericano.

Los esfuerzos del Dr. Villazón no terminaron allí, otra fecha de oro para la Medicina Crítica fue que, a partir de reuniones realizadas en Taxco, Guerrero, se escribieron los estatutos de la Federación Mundial de Medicina Crítica con varias personalidades médicas de talla mundial, creándose la Federación Mundial, de la cual el Dr. Villazón fue su primer presidente, «Alfredo tenemos más trabajo» fueron las palabras del Dr. Villazón al Dr. Alfredo Sierra al darle la noticia, lo que mostró la responsabilidad y exigencia del Dr. Villazón, quien va a trascender a nivel nacional y mundial en la Medicina Crítica.

El Dr. Javier Ramírez Acosta habla del impacto de la AMMCTI en la medicina crítica, menciona un evento de suma importancia que influyó en la especialidad, la epidemia de polio, particularmente en Dinamarca. Parte de la formación del Dr. Ramírez se realizó en Europa, siendo su maestro el Dr. Ibsen Björn, pionero del manejo de la vía aérea, ventilación mecánica y cuidados respiratorios en Dinamarca, y publicó sus resultados en 1954, en *Annals of Surgery*. Con estas ideas y con la lectura de este artículo el Dr. Clemente Robles Castillo creó la primer UCI postquirúrgica cardíaca en el Instituto Nacional de Cardiología. El Dr. Luis Martín Abreu instauró la UCI en el Hospital 20 de Noviembre del ISSSTE, en 1964. En el Instituto Nacional de Nutrición, en 1965, se crea la UCI de cuidados especiales y de recuperación. El

Dr. Fernando Rodríguez de la Fuente, con formación en Francia, implementó varios aspectos del paciente grave en el Hospital de la mujer. A partir de 1974 se realiza la Reunión Nacional de Medicina Intensiva, siendo la primera en Morelia, Michoacán.

El Dr. Ignacio Morales Camporredondo relató cómo fueron sus inicios en el mundo de la medicina crítica, en el año de 1964 conoció al Dr. Alberto Villazón en el Hospital Español, junto con él leían libros sobre choque y reanimación. Para 1969, en el Hospital español se formó la UCI, siendo él uno de los médicos adscritos. Fundó la UTI del Hospital Colonia de los ferrocarrileros. Posteriormente fue coordinador de los Hospitales del Departamento. Las reuniones para fundar las bases de los conocimientos que debería de tener un intensivista fueron en el Hospital ABC, al realizarse el plan de estudios y, en 1978, se formalizó ante la UNAM el programa. Junto con el Dr. Mario Shapiro fundó la revista de Medicina Crítica en unión con la Asociación de Anestesiología, sin recibir remuneración alguna.

La maestra Nexielli González de la Paz presidenta de la Asociación Mexicana de Enfermeras Especializadas en Medicina Crítica y Terapia Intensiva, presentó cómo las enfermeras son un pilar en la atención de los pacientes críticos, y cómo Florence Nightingale, en 1854, en la Guerra de Crimea, separó a los soldados graves de los no graves. Resalta la relación médico-enfermera en la evolución del paciente crítico. La enfermera es administradora, jefa y líder de las UCI. La asociación de enfermeras de México es la más grande de Latinoamérica, fundada el 18 octubre 1977, su fundadora fue la enferma Virginia Madrigal con el propósito de fomentar el estudio de la atención de la enfermera en el paciente crítico.

La bioética de la Medicina Crítica es el tópico a cargo del Dr. Rafael Álvarez Cordero, formador de la UCI del Hospital General de México, inicialmente en el sexto piso con dos camas y que poco a poco se fue haciendo de los diferentes aparatos de una UCI, gracias al Dr. Villazón se pudo implementar lo visto en Francia con las prácticas europeas en pacientes graves. Referente a la bioética en UCI mencionó cómo la ética está en todas las acciones del médico intensivista.

La Dra. Rosario Muñoz Ramírez relató la evolución de los programas universitarios de Medicina Crítica, los cuales iniciaron en 1976 en el Hospital ABC, Hospital Mocel y Hospital Español en la Ciudad de México, actualmente hay 67 sedes de formación de residentes en la República Mexicana.

El Dr. Manuel Antonio Díaz de León Ponce relató la historia de la revista del Colegio, realizada inicialmente con la Sociedad Mexicana de Anestesiología, hizo referencia a los primeros volúmenes y la evolución del nombre a Revista de Medicina Crítica.

El Dr. César Cruz Lozano relató sus inicios en la terapia intensiva en el Instituto de Nutrición, Centro Médico Nacional (CMN) y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), abordando su plática sobre la Medicina Crítica en provincia, mencionó cómo formaron tanto médicos como enfermeras intensivistas en la ciudad de Tampico, Madero, de 1988 a 2006, al reestructurar las unidades de cuidados intensivos de la región y fundar, en 1995, la Asociación de Medicina Crítica y Terapia intensiva de Tamaulipas. Destaca la realización, en 2001, de Quo Vadis en Taxco que sienta las bases de cómo debe ser el futuro de la asociación, y la cual se actualiza cada cuatro años. En Nuevo León, en 1983, el Dr. Manuel Díaz Rodríguez impartió los primeros cursos de Neumología y Terapia Intensiva, para 1989 se fundó la Asociación de Medicina Crítica y Terapia Intensiva del Noreste (AMCYTINE) por el Dr. Pedro Gutiérrez Lizardi, donde se han realizado hasta la fecha tres Congresos Nacionales en el estado de Nuevo León.

Equidad e inclusión en Medicina Crítica es el tópico de la Dra. Susana Pérez Cornejo en este Cincuentenario. Principalmente menciona los resultados de la encuesta de equidad, de donde se concluye que sí se percibe discriminación de género, así como que es necesario avanzar en equidad en los cargos de las asociaciones y colegios nacional e internacional.

El Dr. Enrique Olivares Durán hizo referencia a la unificación de la Medicina Crítica y de la estabilidad del Colegio en su cumpleaños 50, «En su cincuentenario COMMEC luce y se siente fuerte, activo, productivo y maduro... muy bien dirigido... con fuerza, distinción y elegancia» son los adjetivos del Dr. Olivares para COMMEC.

La Dra. Nancy Allin Canedo Castillo relató la evolución del Consejo Mexicano de Medicina Crítica. Refirió que hay un desconocimiento de lo que es el Consejo para los intensivistas. El Dr. Villazón, en octubre de 1986, se reunió con 286 miembros de la AMMCYTI y fundó el Consejo Mexicano de Medicina Crítica, que es el facultado para validar competencias profesionales y el cual tiene personalidad jurídica mediante un examen con metodología. Se cuenta con una plataforma digital para obtener datos sobre los médicos intensivistas. Se tiene idoneidad y certificación del instrumento de evaluación.

El Dr. Guillermo Castorena Arellano abordó los cuidados paliativos en la UCI, recalcó la necesidad de dar atención a su enfermedad, pero también de liberar del sufrimiento a los pacientes, aliviar el dolor, el sueño y la angustia; reflexionó sobre que es necesario cambiar de enfoque a si es mejor tener un paliativista o de forma integral el intensivista lo puede hacer, o bien de manera

mixta. Se requiere de entrenamiento en este tópico para los intensivistas.

El peritaje fue abordado por el Dr. Ricardo Martínez Zubieta, quien señaló el proceso de peritaje y los requisitos para ser peritos, de acuerdo con el Consejo de la Judicatura, y mediante la participación de una convocatoria; sin embargo, se concluye que se requiere tener leyes más claras para la designación y actuación de peritos formalizando todo el proceso en los diferentes estados de la república.

El Dr. Julio Mijangos Méndez, nuevo Council de la Federación Mundial de Cuidados Intensivos y Críticos, mencionó la relación de COMMEC con la Federación, desde la creación con el Dr. Villazón, así como los participantes en el Council, COMMEC ha realizado trabajos colaborativos mediante congresos virtuales con temas como la pandemia de COVID-19, al igual que en sepsis con el maratón sepsis, mencionó a los profesores de COMMEC que han participado en los congresos de la Federación. A futuro el propósito de COMMEC sigue siendo realizar el Congreso Mundial en México en los siguientes años.

El Dr. Jorge Sánchez Medina, vicepresidente de la FEPIMCTI, nos mencionó la relación de COMMEC con esta Federación, la cuál además de ser artífice en su fundación ha participado en los diferentes congresos, labor que culminará en 2026, donde se ha obtenido para México la realización del Congreso Panamericano en Guadalajara, Jalisco.

Finalmente, el futuro del Colegio y la Medicina Crítica, en la voz del Dr. Elizalde, va dirigido a actualizar el plan estratégico, mejorar las finanzas, afianzar las filiales, incrementar sedes de cursos, avanzar en la equidad de género, adquirir una sede, fortalecer la revista y tener proyección internacional. La Medicina Crítica cambiará en los siguientes años, los pacientes serán de mayor edad, con una nueva realidad de padecimientos, habrá nuevas estrategias de ventilación mecánica, nuevos gérmes, nuevas pandemias, se incrementarán los trasplantes, la colocación de chips, se incrementarán los pacientes con prótesis, así como casos más complejos surgirán. Nuestra misión será preparar a las nuevas generaciones de intensivistas para este cambio.

Les conmino a recordar siempre la historia para aprender de nuestros errores.

El Dr. Elizalde finalizó con estas palabras la reunión del Cincuentenario de COMMEC en la Academia Nacional de Medicina de México «Festejemos nuestros primeros 50 años. Larga vida para el Colegio Mexicano de Medicina Crítica».

*Correspondencia:*

**Dr. José Antonio Luviano García**

**E-mail:** [luvianomex@gmail.com](mailto:luvianomex@gmail.com)



## La primera revista de terapia intensiva en México. A 48 años de su publicación

The first magazine of intensive therapy in Mexico. 48 years after its publication

A primeira revista de terapia intensiva do México. 48 anos após sua publicação

Acad. Dr. Raúl Carrillo Esper,\* Acad. Dr. Manuel Antonio Díaz de León Ponce\*

### RESUMEN

La revista Medicina Crítica, antes Revista de la Asociación Mexicana de Medicina Crítica y Terapia Intensiva (AMMCTI), es el Órgano Oficial de Divulgación Científica del Colegio Mexicano de Medicina Crítica. Al poco tiempo de fundada la AMMCTI en el año de 1973, los integrantes de esta agrupación consideraron la necesidad de contar con una revista especializada en terapia intensiva. Mediante una alianza estratégica con la Revista Mexicana de Anestesiología se publicó el primer número de una revista médica especializada en terapia intensiva en marzo de 1975, con el nombre de Revista Mexicana de Anestesiología y Terapia Intensiva. El objetivo de este trabajo es hacer un análisis histórico de la primera revista de terapia intensiva en México y reconocer a quienes la hicieron posible, a 48 años de su publicación.

**Palabras clave:** revista, terapia intensiva, anestesiología.

### ABSTRACT

The Critical Medicine journal, formerly the Journal of the Mexican Association of Critical Care Medicine and Intensive Care (AMMCTI), is the Official Organ for Scientific Divulgation of the Mexican College of Critical Medicine. Shortly after the AMMCTI was founded in 1973 the members of this group considered the need to have a journal specialized in intensive care. With a strategic alliance with the Mexican Journal of Anesthesiology, the first issue of a medical journal specialized in intensive care was published in March 1975, with the name of Revista Mexicana de Anestesiología y Terapia Intensiva. The objective of this work is to make a historical analysis of the first intensive care journal in México and to recognize those who made it possible, 48 years after its publication.

**Keywords:** journal, intensive care, anesthesiology.

### RESUMO

A revista Medicina Crítica, antiga Revista da Associação Mexicana de Medicina Crítica e Terapia Intensiva (AMMCTI), é o Órgão Oficial de Divulgação Científica da Associação Mexicana de Terapia Intensiva. Pouco depois de ser fundada AMMCTI em 1973, os integrantes deste grupo consideraram a necessidade de ter uma revista especializada em Terapia Intensiva. Através de uma aliança estratégica com a Revista Mexicana de Anestesiologia, foi publicado em março de 1975, o primeiro número de uma revista médica especializada em terapia intensiva, com o nome de Revista Mexicana de Anestesiologia e Terapia Intensiva. O objetivo deste trabalho é fazer uma análise histórica da primeira revista de Terapia Intensiva no México e reconhecer aqueles que a fizeram possível, 48 anos após sua publicação.

**Palavras-chave:** revista, terapia intensiva, anestesiologia.

## INTRODUCCIÓN

Corrían los años 70 del siglo XX, tiempos en los que la Medicina Intensiva se diferenciaba y consolidaba poco a poco como una nueva rama de la medicina. Las unidades de cuidados intensivos tuvieron como prece-

dente las salas de reanimación y cuidados postanestésicos, en las que médicos de diferentes especialidades, de las que destacaron la anestesiología, cirugía, cardiología y medicina interna, entre otras, sumaban sus conocimientos, habilidades y experiencia para la atención de pacientes graves. Es así como al paso del tiempo, y con gran esfuerzo, dedicación y trabajo multidisciplinario se organizaron las primeras unidades de cuidados intensivos, en las que no pocas ocasiones, con sólo unas cuantas camas y precariedad de recursos un puñado de entusiastas dedicaba su vida a la atención y estudio del paciente críticamente enfermo. Conforme se consolidaba como especialidad y en base a los conocimientos derivados de la investigación básica clínica y desarrollo tecnológico, la medicina intensiva ha alcanzado una elevada calidad científica y tecnológica, que se refleja en el día a día con el gran número de vidas salvadas, basta recordar la complicada época de pandemia de COVID-19.

Los médicos tendemos a ser gremiales, buscamos la agrupación en colectivos que tienen diferentes denominaciones, como son las Asociaciones, Sociedades y ahora por la legislación vigente, por lo menos en nuestro país, Colegios. Los objetivos de estos colectivos son varios, pero sin duda alguna los prioritarios son la difusión del conocimiento y el intercambio entre pares de los avances más recientes de lo referente a la especialidad, de los que destacan las revistas y otros documentos científicos. Estas actividades son la base de la capacitación y actualización médica continuas que son obligadas para asegurar la calidad y seguridad de atención de nuestro ejercicio.

El objetivo de este trabajo es dar a conocer el devenir histórico que culminó con la publicación de la primera revista de cuidados intensivos en México y una de las primeras a nivel mundial.

## LOS PRIMEROS PASOS

La Asociación Mexicana de Medicina Crítica y Terapia Intensiva (AMMCTI), hoy Colegio Mexicano de Medicina Crítica, se fundó en el año de 1973 del siglo pasado, el Acta Constitutiva se firmó el día 24 de octubre de 1973, de esta nueva Asociación con la figura legal de Asociación Civil. Acorde a lo publicado en una edi-

\* Academia Nacional de Medicina de México. Expresidente del Colegio Mexicano de Medicina Crítica.

Academia Nacional de Medicina de México. México.

Recibido: 24/04/2023. Aceptado: 10/10/2023.

**Citar como:** Carrillo ER, Díaz de León PMA. La primera revista de terapia intensiva en México. A 48 años de su publicación. Med Crit. 2023;37(6):458-461. <https://dx.doi.org/10.35366/113101>

torial por el doctor y académico Manuel Antonio Díaz de León Ponce, expresidente de nuestro Colegio, en su momento AMMCTI, y exeditor de nuestro órgano de difusión científica, fue en el año de 1972 cuando se inició con la planeación del proyecto que daría origen a la AMMCTI, año en que en la casa del Dr. Manuel López Portillo se reunieron con él los doctores Manuel Díaz de León Ponce, Regino Ronces Vivero y Rodolfo Zurita Carrillo, quienes sentaron las bases de la primigenia Asociación en ciernes. De ésta y otras reuniones se convocó a 12 distinguidos médicos interesados y dedicados a la medicina intensiva que vale la pena mencionar por su trascendencia en la fundación y consolidación de nuestra corporación, para que las nuevas generaciones los reconozcan como los fundadores no sólo de nuestra agrupación sino también de las unidades de cuidados intensivos, de la Especialidad de Medicina del Enfermo en Estado Crítico y de las primeras escuelas y centros de enseñanza de la Medicina Intensiva en nuestro país y de esta manera evitar en lo posible que el polvo del tiempo los cubra y los deje en el olvido. Todos ellos distinguidos médicos pertenecientes a diferentes instituciones públicas y privadas y de variadas especialidades, destacando la medicina interna, cirugía, cardiología y anestesiología. Se enumeran a continuación por orden alfabético a los Dres. Rafael Álvarez Cordero, Manuel Antonio Díaz de León Ponce, Carlos Gaos Schmidt, Daniel Hernández López, Enrique Paras Chavero, Víctor Pureco Reyes, Sergio Rangel Carrillo, Regino Ronces Vivero, Fernando Rodríguez de la Fuente, Eduardo Salazar Dávila, Mario Shapiro, Alberto Villazón Sahagún y Rodolfo Zurita Carrillo, a los que posteriormente se agregaron otros colegas.<sup>1</sup>

### NACE UNA NUEVA REVISTA

Pasan los meses y entre los integrantes de esta Asociación primigenia nace la idea de que se debería contar con un Órgano de Divulgación Científica, o sea, una revista, con el objetivo de difundir los avances de esta nueva especialidad y las contribuciones científicas derivadas de la investigación de sus miembros y dar a conocer, con base en resúmenes, las aportaciones de publicaciones internacionales, debido a que en esa época no se contaba con suficiente información bibliográfica al alcance de todos, para las nuevas generaciones recordarles que no había internet ni se tenía acceso a libros y revistas como ahora.

Llega el año de 1975 y asume la presidencia de la AMMCTI el doctor y maestro Alberto Villazón Sahagún, quien cristaliza el proyecto de contar con una Revista de la Especialidad. Su mesa directiva estaba integrada por el Dr. Fernando Rodríguez de la Fuente como presidente honorario, vicepresidente el Dr. José Luis Bravo

Llamosa, secretario el Dr. Alfredo Sierra Unzueta, tesorero el Dr. Manuel López Portillo y secretario de actas el Dr. Carlos Gaos Schmidt.

La tarea no fue fácil, se requería de contar con recursos económicos, las revistas cuestan, una plataforma editorial, organizar un Consejo Editorial con un Editor en Jefe a la cabeza, un corrector de estilo y, por supuesto, material para publicar. Para hacerlo más fácil se llevó a cabo una alianza estratégica con la Revista Mexicana de Anestesiología, Órgano Oficial de Divulgación Científica, en ese tiempo, de la Sociedad Mexicana de Anestesiología y de la Federación de Sociedades de Anestesiología de la República Mexicana, A.C., tiempo en el que el presidente de la Federación de Sociedades de Anestesiología era el Dr. Rubén Osorio Báez y los Dres. Gastón Esquerro Madrigal y Leonel Canto Sánchez, que jugaron un papel clave para lograr el objetivo de publicar una revista conjunta.

La negociación y acuerdos se llevaron varios meses en los que de manera fraternal se sentaron los convenios interinstitucionales y las bases de una revista que además de temas de anestesiología, incluyera una sección dedicada a tópicos de medicina intensiva. De esta manera en el mes de marzo de 1975 se publicó en conjunto con la Revista Mexicana de Anestesiología en el Número 1, Volumen 24, la primera Revista de Terapia Intensiva de México y Latinoamérica y una de las primeras del mundo, con el nombre de: **Revista Mexicana de Anestesiología y Terapia Intensiva**, de esta manera se dio el primer gran paso en los anales de las publicaciones científicas mexicanas e internacionales en materia de medicina intensiva. En este número, la revista se divide en dos secciones, la de Anestesia y la de Terapia Intensiva, dando así lugar a tres años de fecundo y armonioso trabajo.

La primera editorial de la sección de Terapia Intensiva fue escrita por el Dr. Villazón. Cierra su editorial con el siguiente párrafo en el que refrenda y sella la alianza estratégica y compromiso entre ambas organizaciones para dar paso a una nueva Revista...

... «La Revista Mexicana de Anestesiología y Terapia Intensiva, abre con este número las puertas a los compañeros de la Asociación Mexicana de Medicina Crítica y Terapia Intensiva y les da a través del Comité Ejecutivo de la Federación en que me honro presidir, la más cordial bienvenida, estando seguros que esta asociación Editorial será fructífera en todos los terrenos para beneficio de la Medicina Mexicana...»

### CONTENIDO

El Comité Editorial de la Sección de Terapia Intensiva de este primer número quedó integrado de la siguiente manera (*Figura 1*):

**Director General y Editor:**

Dr. Guillermo S. Díaz Mejía

**Jefe de Redacción:**

Dr. José Antonio Aguilar Guerrero

**Consejo Editorial:**

Dr. Hugo A. Campos Franco

Dr. Bonifacio Muñoz Bojalil

Dr. Héctor M. Ponce de León

Dr. Eduardo J. Ortiz Rodríguez

Acorde al diseño editorial de la Sección de Terapia Intensiva de esta nueva revista en su índice se incluyeron cuatro secciones: Editorial, Trabajos libres, Revisión de tema y Resúmenes bibliográficos. Su contenido quedó integrado de la siguiente manera (Figura 2):

**Editorial:**

Dr. Alberto Villazón Sahagún

Figura 1:

Portada y contenido de la primera revista de Terapia Intensiva, antecedente de la actual Medicina Crítica.

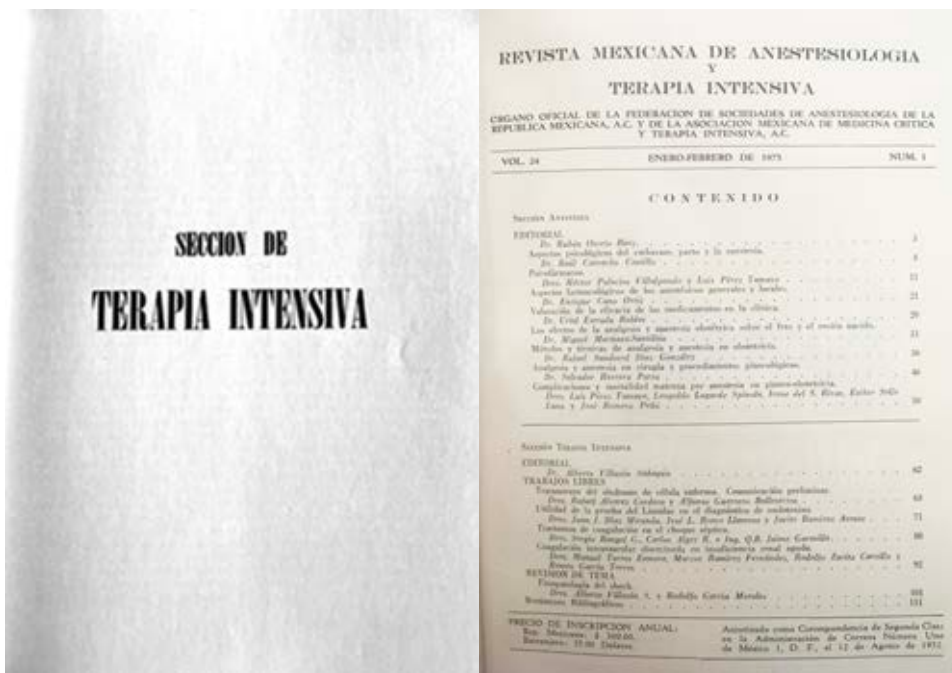
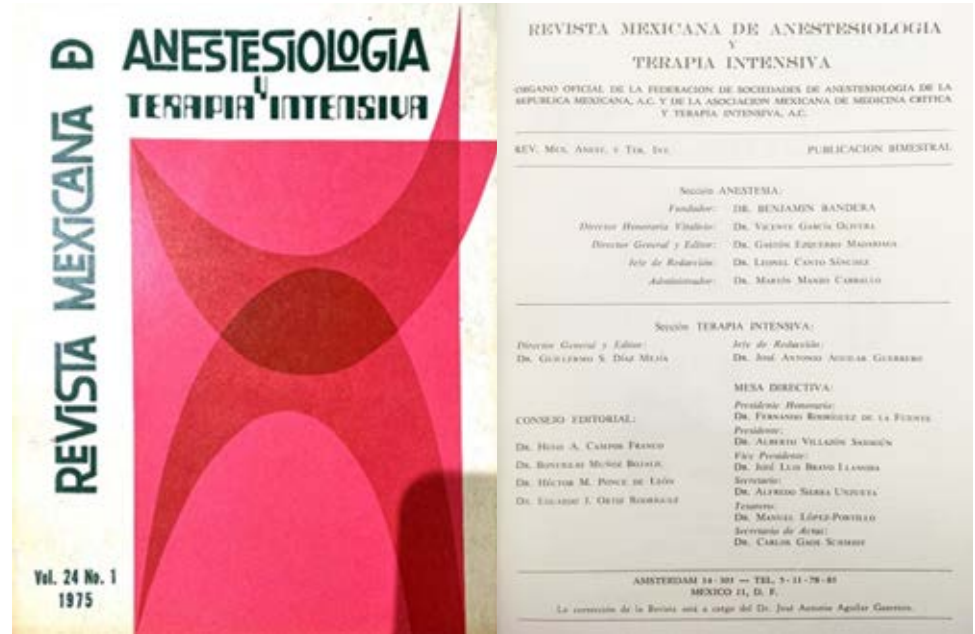


Figura 2:

Índice de la sección de Terapia Intensiva de la primera Revista Mexicana de Anestesiología y Terapia Intensiva.

**Trabajos libres:**

Tratamiento del síndrome de célula enferma.  
Comunicación preliminar

*Dres. Rafael Álvarez Cordero y Alfonso Guerrero Ballesteros*

Utilidad de la Prueba del Limulus en el diagnóstico de endotoxemia

*Dres. Juan J. Díaz Miranda, José L. Bravo Llamasa y Javier Ramírez Acosta*

Trastornos de coagulación en choque séptico

*Dres. Sergio Rangel G., Carlos Alger R., e Ing. Jaime Garmilla*

Coagulación intravascular diseminada en insuficiencia renal aguda

*Dres. Manuel Torres Zamora, Marcos Ramírez Fernández, Rodolfo Zúrita Carrillo y Romero García Torres*

**Revisión de tema:**

Fisiopatología del shock

*Dres. Alberto Villazón S. y Rodolfo García Morales*

**Resúmenes bibliográficos.**

Es importante enfatizar en que este número primigenio de la revista no sólo fue el primero de México, sino también de América Latina y a nivel mundial. Solo antecedida por dos años por la de la Sociedad Americana de Terapia Intensiva (SCCM), publicada en el mismo mes y año (marzo de 1975) que la de la Sociedad Europea de Terapia Intensiva (*Intensive Care Medicine Society*) y un año antes de la Revista Medicina Intensiva, Órgano Oficial de la Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias y de la Federación Panamericana e Ibérica de Sociedades de Medicina Crítica y Terapia Intensiva (su primer número se publicó en 1976), por mencionar a algunas.

La Revista Mexicana de Anestesiología y Medicina Crítica, se publicó conjuntamente por tres años, de

1975 a 1977, a partir de este último año se independizó con gran agradecimiento a su hermana, la Revista Mexicana de Anestesiología, que le dio cobijo cuando inició con sus primeros pasos y durante tres años, dejó el nido para echar a volar y continuar con su camino y rumbo por sí sola. El camino no fue fácil, con altibajos, pero prevaleció a pesar de viento y marea, hasta llegar a lo que es hoy, «Medicina Crítica», el muy honroso Órgano Oficial de Divulgación Científica del Colegio Mexicano de Medicina Crítica.<sup>2</sup>

**CONCLUSIÓN**

La primera revista especializada en Medicina Intensiva de México y Órgano Oficial de Divulgación Científica de nuestra Asociación, ahora Colegio, no apareció por generación espontánea, fue el resultado de una minuciosa planeación estratégica y de un gran esfuerzo colectivo y transdisciplinario que acrisoló el entusiasmo y compromiso de un buen número de médicos de gran visión que se adelantaron a su tiempo y de una colaboración intergremial como pocas. Al paso de los años y diferentes épocas maduró y se consolidó. Sirva este trabajo para honrar y recordar a quienes la iniciaron y dedicaron su tiempo y esfuerzo para el engrandecimiento de la Medicina Intensiva mexicana.

**REFERENCIAS**

1. Díaz de León Ponce MA. La historia no conocida (Nacimiento de la AMMCTI). *Rev Asoc Med Crit Ter Int.* 2012;3:108-109.
2. Díaz de León Ponce MA. Historia de la Revista del Colegio de Medicina Crítica y Terapia Intensiva. *Rev Asoc Med Crit Ter Int.* 2014;1:6-7.

*Correspondencia:*

**Dr. Raúl Carrillo Esper**

**E-mail:** raulcarrilloesper@gmail.com



# Resúmenes de Trabajos para el Concurso Académico «Dr. Mario Shapiro» 2023

Abstracts of Papers of the Academic Contest «Dr. Mario Shapiro» 2023

Resumos dos Trabalhos do Concurso Acadêmico «Dr. Mario Shapiro» 2023

## ACOPLAMIENTO NERVO-VASULAR COMO PRONOSTICO DE MORTALIDAD DEL PACIENTE CON SEPSIS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

Marcos Del Rosario Trinidad; Jorge López Fermín; Jorge Samuel Cortes Román; Juan Marcelo Huanca Pacaje  
Hospital de Alta Especialidad ISSSTE Veracruz.

**Introducción:** El acoplamiento nervio-vascular es una propuesta que involucra índices de disfunción del sistema nervioso autónomo, en el paciente con sepsis y choque séptico hay una activación excesiva del sistema nervioso simpático con un aumento en niveles de catecolaminas endógenas circulantes, incrementando la estimulación de los receptores adrenérgicos llevando a la desensibilización. La estimulación tiene efecto cronotrópico e inotrópico negativo, puede modificar la presión arterial como efecto secundario de la regulación del gasto cardíaco. **Objetivo:** Determinar la utilidad del acoplamiento neuro-vascular como pronóstico de mortalidad en pacientes con sepsis en unidad de cuidados intensivos. **Material y métodos:** tipo de estudio retrospectivo, descriptivo, observacional y longitudinal. **Resultados:** Se realizó una prueba de exactitud de los índices propuestos de acoplamiento nervio-vascular asociados a disfunción de las cuales se encontró ACU 0.67 para distensibilidad aortica y se realizaron validez de prueba S 0.88, E 0.55 (p 0.02). Variabilidad de onda ACU 0.70 S 0.96, E 0.51 (p <0.05). Varianza de frecuencia cardiaca ACU 0.73 S 0.72, E 0.69 (p <0.05). Prueba de ventilación máxima ACU 0.93, S 0.88 E 0.89 (p <0.05). El análisis por curva de supervivencia global donde se observa que al no presentar incremento en la distensibilidad aortica como indicador de disfunción nervio-vascular a 15 días de estancia hospitalaria respecto al ingreso a la unidad de cuidados intensivos la sobrevida se estima poco más del 60%. **Conclusiones:** La evaluación de la disfunción del sistema nervioso autónomo con índices de acoplamiento nervio-vascular es una propuesta factible de monitorización en el paciente con sepsis y choque séptico en la unidad de cuidados intensivos.

## ALTERACIONES ÁCIDO BASE EN PACIENTES CON SÍNDROME DE DISTRÉS RESPIRATORIO AGUDO SECUNDARIO A COVID-19

Jorge Hilarino Sánchez Cepeda; Jesús Salvador Sánchez Díaz; Karla Gabriela Peniche Moguel; José Manuel Reyes Ruiz; Lizbeth Arroyo Álvarez; María Verónica Calyeca Sánchez

Hospital de Especialidades No. 14, CMN "Adolfo Ruiz Cortines" IMSS, Veracruz, México.

**Introducción:** La enfermedad COVID 19 se puede presentar de una forma severa, y causar neumonía con síndrome de distrés respiratoria aguda (SDRA). Entre las alteraciones causadas durante el COVID-19 se sabe que se producen cambios en el equilibrio ácido base. **Objetivo:** Determinar la alteración ácido base primaria con mayor incidencia en pacientes con SDRA por COVID-19 y su asociación con el desenlace. **Material y métodos:** Estudio cohorte, retrospectivo, descriptivo, analítico. Incluyó pacientes con COVID-19 y SDRA por definición de Berlín 2012, ingresados a la unidad de cuidados intensivos (UCI) entre el 1ro de agosto de 2020 al 31 de diciembre de 2022. A los pacientes incluidos se realizó una gasometría arterial posterior al inicio de ventilación mecánica, se registraron variables de equilibrio ácido base y de oxigenación, y se observó el desenlace. **Resultados:** Se reclutaron 101 pacientes, un 63% (64 pacientes) fueron hombres, con media de edad de 65 años, índice de masa corporal (IMC) de 32 kg/m<sup>2</sup>, con una mortalidad general de 55%. La alteración ácido base

más frecuente fue la acidosis respiratoria (41.5%), seguido de la acidosis metabólica con 21.7%. Las alteraciones ácido base primarios no tuvieron relación con el desenlace de los pacientes. Destaca la PaO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub> con OR de 1.9 para mortalidad (IC 95% 0.970 9.996) p= 0.009.

**Conclusión:** La acidosis respiratoria aguda es la principal alteración ácido base en los pacientes con SDRA grave por COVID-19 que se encuentran con ventilación mecánica invasiva.

## ALTO ÍNDICE DE PULSATILIDAD DE LA VENA PORTA COMO FACTOR DE RIESGO PARA LESIÓN RENAL AGUDA EN PACIENTES CON CHOQUE SÉPTICO QUE INGRESARON AL ÁREA DE TERAPIA DEL CENTRO MÉDICO ABC

Brenda Del Mazo Montero; Alejandra Esquivel Pineda; Lilian Jovana Herrera Parra; Janet Silvia Aguirre Sánchez; Braulia Martínez Díaz; Yazmin Fabiola Borquez López  
Centro Médico ABC.

**Introducción:** La Lesión Renal Aguda (LRA) es una enfermedad heterogénea que afecta la morbilidad y la mortalidad, además del pronóstico a largo plazo. Se presenta frecuentemente en pacientes con choque séptico, un estado en donde la piedra angular del tratamiento es la reanimación con líquidos intravenosos. En estos pacientes la congestión venosa secundaria a la reanimación hídrica se conoce como causa precipitante de la LRA, es por eso que la identificación de un marcador de congestión venosa que permita intervenciones precisas y precoces, es de importancia para reducir el riesgo de LRA en esta población. **Objetivo:** Conocer si el Índice de Pulsatilidad de la Vena Porta (IPVP) mayor al 30% es un factor de riesgo para el desarrollo de LRA en pacientes con choque séptico. **Material y métodos:** Se trata de una cohorte retrospectiva, observacional y longitudinal que se realizó en pacientes mayores de 18 años ingresados en la Unidad de Terapia Intensiva en el Centro Médico ABC, en pacientes con diagnóstico de choque séptico, donde se determinó la relación entre IPVP >30% y riesgo de LRA, durante un periodo comprendido entre marzo de 2023 a agosto de 2023. **Resultados:** Se analizaron 47 pacientes. El 53.2% fueron mujeres. El 42.6% (N =20) presentó LRA a su ingreso y el 38% (N =18) a las 48 horas. De la población que ingresó sin lesión renal, el 66% (n=18) presentó lesión renal aguda a las 48 horas. El 20% de los pacientes requirieron manejo avanzado de la vía aérea. A las 48 horas el balance era positivo en el 48.9% de los pacientes y de estos, el 28.3% tuvieron un IPVP >30%. Se dividió a la población en dos grupos, uno sin lesión renal aguda (n= 27) y otro con lesión renal aguda (n=20). En el análisis multivariado se observó un OR 11.4, (1.272 – 103.57), con p 0.030 para el IPVP >30%. En el análisis bivariado, en el grupo sin LRA al ingreso, el IPVP > 30% (OR 13.3, IC 1.7-103.7, p =0.013) se asoció al desenlace final. **Conclusión:** Se encontró una relación entre el grupo de pacientes con choque séptico que ingresaron sin lesión renal aguda y el IPVP >30% como un factor de riesgo para desarrollo de lesión renal aguda a las 48 horas, sin embargo, estos resultados no se deben aplicar a otros pacientes críticos, ya que se debe estudiar más a fondo en estudios posteriores, la relación que existe entre estas dos variables.

## ASOCIACIÓN DE LOS GRADOS DE QUEMOSIS CON EL BALANCE DE LÍQUIDOS EN PACIENTES CRÍTICOS

Marcos Vidals-Sánchez; José Carlos Gasca-Aldama; Nancy Verónica Alva-Arroyo; Ivonne Eleno Guijosa; Marcos Antonio Amezcua-Gutiérrez; Karen Harumi López-Rodríguez  
Hospital Juárez de México, Secretaría de Salud/ Hospital Ángeles Mocol/ Hospital General de México, Secretaría de Salud.



La unidad de cuidados intensivos (UCI) puede ser un entorno peligroso para los ojos. Las complicaciones oftalmológicas son frecuentemente encontradas en los pacientes en la UCI, sin embargo, el cuidado ocular es a menudo pasado por alto ya que el manejo se centra en las fallas orgánicas. Los problemas oculares más comunes son la queratopatía (3.6%-60%), quemosis (9%-80%) y queratitis microbiana. Durante la pandemia por SARS-CoV2 se realizó un estudio que describió que todos los pacientes en la UCI tuvieron quemosis e hiperemia conjuntival debido a sobrecarga hídrica. Actualmente aún se encuentran pacientes con sobrecarga de fluidos en un porcentaje importante; se ha propuesto que la quemosis pudiese resultar en un signo objetivo para su identificación temprana. Haciendo énfasis en que la sobrecarga no debe considerarse meramente como una consecuencia esperada de la reanimación, sino debe como un mediador de resultados adversos, específicamente con mortalidad. Se evaluó el grado de quemosis con el balance hídrico acumulado, relacionando los mililitros del balance con el grado de quemosis y la relación con Godet, encontrando que los pacientes que presentan quemosis (grado 2 y 3) tienen un riesgo hasta de 2.3 veces de tener un balance de 8000 ml, pero hasta 3.7 veces de tenerlo más de 8000 ml, así como 2.5 veces de tener Godet +++ y 4.4 veces de tener Godet +++++, representando una asociación fuerte. Hasta el momento es el único estudio que analiza el grado de quemosis con la sobrecarga hídrica. Debido a ello se podría predecir sobrecarga a volumen aun incluso antes de presentar cambios medibles con ultrasonografía.

#### ASOCIACIÓN DEL ÍNDICE LACTATO/ALBÚMINA Y LA MORTALIDAD EN PACIENTES CON CHOQUE SÉPTICO EN LA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA

José Ángel Ramírez-Alfaro; Ulises Wilfrido Cerón-Díaz  
Hospital Español, CDMX.

**Introducción:** El índice lactato/albúmina (I-L/A) se ha propuesto como herramienta útil y sencilla para predecir la mortalidad en los pacientes con choque séptico. **Objetivo:** Determinar la capacidad predictiva de mortalidad del I-L/A en pacientes con choque séptico. **Métodos:** Se realizó un estudio de cohorte retrospectivo de enfermos ingresados a la Unidad de Terapia Intensiva (UTI) con el diagnóstico de choque séptico. La información se obtuvo de la base de datos de la UTI. Se analizó el rendimiento pronóstico del índice lactato/albúmina en comparación con SAPS III y SOFA. **Resultados:** Se incluyeron 334 pacientes con el diagnóstico de choque séptico, 190 (56.9%) pacientes masculinos, con una media de edad de 69.6 ( $\pm 14.1$ ) años. Se encontró un AUC para el I-L/A de 0.790 (CI 95%, 0.742-0.838), SOFA 0.742 (CI 95%, 0.690-0.795) y SAPS III 0.669 (CI 95%, 0.611-0.727). El mejor punto de corte para el I-L/A fue de 0.79, con una sensibilidad del 80 % y una especificidad del 68%. **Conclusiones:** El I-L/A es una herramienta con capacidad discriminativa buena para predecir mortalidad en los pacientes con choque séptico.

#### ASOCIACIÓN DEL ÍNDICE TAPSE/PSAP Y MORTALIDAD EN PACIENTES INGRESADOS A LA TERAPIA INTENSIVA CON DISFUNCIÓN VENTRICULAR DERECHA TRATADOS CON LEVOSIMENDÁN

Pablo Núñez González; Cristhian Gaytán García;  
QFB Omar González Marcos; Pablo Mora Ruiz;  
Janet Silvia Aguirre Sánchez; Braulia Martínez Díaz  
Centro Médico ABC.

**Introducción:** Para evaluar la disfunción ventricular derecha, se utilizan medidas como el TAPSE y la PSAP, cuya relación (TAPSE/PSAP) puede ser predictores de mortalidad hospitalaria. Por otro lado, el levosimendán es un fármaco que se usa comúnmente en la insuficiencia cardíaca izquierda, y que también puede ser efectivo en el tratamiento de la insuficiencia ventricular derecha. Sin embargo, la evidencia disponible es contradictoria respecto a la asociación entre el uso de levosimendán, los parámetros de disfunción ventricular derecha y la mortalidad hospitalaria. **Objetivo:** Evaluar la asociación del

índice TAPSE/PSAP  $\leq 0.31$  mm/mmHg y la mortalidad en pacientes que ingresan a la Unidad de Medicina Crítica con disfunción ventricular derecha que recibieron levosimendán. **Material y métodos:** cohorte retrospectiva, una muestra consecutiva de pacientes mayores de edad, hasta alcanzar el tamaño de muestra de 54, con diagnóstico de falla cardíaca derecha aguda por cualquier etiología que hayan sido ingresados a la Unidad de Medicina Crítica, que recibieron por lo menos una dosis de levosimendán con ecocardiograma (TAPSE, PSAP). Se asoció TAPSE/PSAP con la mortalidad hospitalaria. **Resultados:** Incluimos a 78 pacientes de los cuáles la mayoría (43, 55.1%) eran hombres, mediana de 73 años (18-95), comorbilidades más comunes: diabetes (25.6%) e hipertensión arterial (55.1%), la sepsis (43, 55.1%) fue el diagnóstico más común. El índice TAPSE/PSAP fue  $\leq 0.31$  en la mayoría de los pacientes (69.2%), mediana de 0.32 (rango 0.107-0.771). Veinticuatro pacientes (30.8%) fallecieron. Las mediciones del TAPSE, el índice TAPSE/PSAP, SOFA, los días de levosimendán fueron similares entre los pacientes que fallecieron y vivieron. **Conclusiones:** Este estudio evaluó la utilidad del índice TAPSE/PSAP  $< 0.31$  mm/mmHg como predictor de mortalidad en pacientes en la Unidad de Cuidados Intensivos con disfunción ventricular derecha que recibieron tratamiento con Levosimendán, este índice no es un marcador fiable para predecir el riesgo de mortalidad en esta población (OR 0.921, IC 95% 0.333 – 2.544,  $r^2$  0.0).

#### ASOCIACIÓN ENTRE DISNATREMIAS Y MORTALIDAD EN PACIENTES CON VENTILACIÓN MECÁNICA INVASIVA POR SDR A SECUNDARIO A COVID-19

Jorge Lozano García; Jesús Salvador Sánchez Díaz;  
Karla Gabriela Peniche Moguel; Erik Canseco Gonzalez;  
Diego Escarramán Martínez; María Verónica Calyeca Sánchez  
Hospital de Especialidades No. 14, CMN "Adolfo  
Ruiz Cortines" IMSS, Veracruz, México.

**Introducción:** La hiponatremia prevalece hasta en un 44 % de los pacientes con enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19), variando los niveles según la gravedad de la enfermedad. En el síndrome de distrés respiratorio agudo (SDRA) por SARS-CoV-2 (severe acute respiratory syndrome coronavirus 2) los niveles elevados de IL-6 favorecen la secreción no osmótica de vasopresina, esto puede ocasionar que coexista hiponatremia siendo un marcador de mal pronóstico. **Objetivo:** Evaluar la asociación entre disnatremias y mortalidad en los pacientes con ventilación mecánica invasiva (VMI) por SDR a secundario a COVID-19. **Material y métodos:** Estudio cohorte, retrospectivo, observacional y analítico. Se realizó en la unidad de cuidados intensivos (UCI) entre el 1 de mayo del 2020 al 31 de diciembre del 2022. Consistió en la revisión de expedientes médicos de los pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión. Se clasificaron de acuerdo al desenlace: sobreviviente y no sobreviviente. **Resultados:** Se incluyó a 92 pacientes; el grupo sobrevivientes incluyó a 40 pacientes y 52 pacientes no sobrevivientes. La media de SAPS II fue de 72 y 80 puntos ( $p = 0.004$ ) para el grupo de sobrevivientes y no sobrevivientes respectivamente. Se calculó el OR de los trastornos del sodio, destacando la hiponatremia como factor de riesgo para mortalidad OR 4.35 (IC95% 1.10 - 17.09) con  $p=0.03$  con AUC 0.86 (IC 95% 0.79 - 0.93;  $p = 0.001$ ). **Conclusión:** La hiponatremia al ingreso a UCI es un factor de riesgo independiente para mortalidad en los pacientes con VMI por SDR a secundario a COVID-19.

#### ASOCIACIÓN ENTRE EL GROSOR DEL CUÁDRICEPS FEMORAL MEDIDO POR SONOGRAFÍA, ÁNGULO DE FASE POR BIOIMPEDANCIA Y PARÁMETROS BIOQUÍMICOS CONVENCIONALES PARA VALORAR EL ESTADO NUTRICIONAL DE LOS PACIENTES CRÍTICAMENTE ENFERMOS

Hector Alyhek Hernandez Cordova;  
Carlos Mauricio González Ponce;  
Víctor Manuel Sánchez Nava; Carlos Chavez  
Hospital Zambrano-Hellion Instituto Tecnológico y  
de Estudios Superiores de Monterrey.

**Objetivo:** Determinar la asociación entre los parámetros bioquímicos de nutrición convencionales con el grosor del cuádriceps femoral medido por ultrasonografía y el ángulo de fase por bioimpedancia en el paciente crítico. **Métodos:** Estudio prospectivo, observacional, comparativo, (analítico) longitudinal, de tipo cohorte. Se incluyeron a los pacientes a partir de su ingreso a la Unidad de Terapia Intensiva Adultos. Se realizó la medición del grosor del cuádriceps femoral por ultrasonido en cada extremidad del paciente al lado de la cama, así como el ángulo de fase por bioimpedancia eléctrica. Dichas mediciones se repitieron los días 1 y 7. **Resultados:** Se incluyeron 21 pacientes, con una mediana de edad de 75 (55-81.5), de los cuales 10 (47.6%) fueron mujeres y 11 (52.4%) hombres. Los pacientes tuvieron una mediana de puntaje de APACHE II, SOFA y NUTRIC de 12, 4 y 4 puntos, respectivamente. La mediana de grosor de cuádriceps AP y LL en el día 1 fue de 0.64 cm y 2.5 cm, respectivamente. En el día 7, fue de 0.58 cm y 2.1 cm, respectivamente. La mediana de ángulo de fase al día 1 y 7 fue de 3° y 2.9°, respectivamente. Al día 1, se encontró una asociación negativa moderada entre el grosor de cuádriceps AP y el puntaje de SOFA ( $r = -0.436$ ,  $P=0.048$ ) y el balance nitrogenado ( $r=-0.536$ ,  $P=0.018$ ), así como una asociación moderada positiva entre la transferrina ( $r=0.409$ ,  $P=0.074$ ) y prealbúmina ( $r=0.466$ ,  $P=0.038$ ) con el grosor de cuádriceps AP. Al séptimo día de estancia en UCIA encontramos solamente una correlación negativa moderada entre el grosor del cuádriceps femoral AP y la estancia hospitalaria global. Del total de los pacientes, la mediana de estancia hospitalaria fue de 9 (8-19) días. 10 pacientes (47.6%) requirieron ventilación mecánica. Se presentó sepsis en 9 (42.9%) y lesión renal aguda en 3 (14.3%). La mortalidad fue en un paciente 1 (4.8%). **Conclusión:** En nuestro estudio, concluimos que al primer día de evaluación el puntaje de SOFA y el balance nitrogenado tuvieron una correlación moderada negativa con el grosor AP del músculo cuádriceps, mientras que este mismo diámetro se asoció positivamente de forma moderada con los niveles de transferrina y prealbúmina del paciente. Además, al séptimo día, hubo una correlación moderada negativa entre el grosor del cuádriceps femoral en su diámetro AP, y los días de estancia hospitalaria.

#### ASOCIACIÓN ENTRE EL NIVEL DE FRAGILIDAD PREVIO AL INGRESO A LA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA CON LA MORTALIDAD AL EGRESO HOSPITALARIO EN EL PACIENTE EN ESTADO CRÍTICO

Concepción García Morán; Laura Ichelle Muralla Sil; Ulises Wilfrido Cerón Díaz  
Hospital Español.

**Introducción:** La fragilidad previa al ingreso a las unidades de cuidado crítico, medida con la Escala Clínica de Fragilidad (CFS), se asocia con la mortalidad. **Objetivos:** Determinar la asociación entre el puntaje de CFS previo al ingreso a la unidad de terapia intensiva (UTI) y la mortalidad al egreso hospitalario en el paciente en estado crítico en un hospital privado de tercer nivel. **Material y métodos:** Se realizó un estudio observacional, longitudinal, prospectivo. Incluyó a todos los pacientes ingresados a la UTI del 01 de marzo al 30 de junio de 2023. **Resultados:** 116 pacientes con una media de edad de  $64.2 \pm 17.8$  años, 45.7% fueron mujeres. La mortalidad global fue del 18.1%, y fue mayor en los pacientes con puntaje  $\geq 4$  de la CFS ( $p = 0.003$ ). El análisis univariado encontró que los enfermos que fallecieron tuvieron como factores asociados el puntaje de SASP 3 ( $p < 0.001$ ), SOFA ( $p < 0.001$ ), horas de ventilación mecánica ( $p = 0.004$ ) y el puntaje de CFS ( $p = 0.003$ ). En el análisis multivariado, a través de regresión logística, se encontró que los días de estancia hospitalaria ( $p = 0.001$ ), el puntaje de SOFA ( $p < 0.001$ ) las horas de ventilación mecánica ( $p = 0.015$ ) y el puntaje de CFS ( $p = 0.003$ ) fueron variables que se asociaron de manera independiente a la mortalidad. **Conclusiones:** La CFS es una variable que se asocia de manera independiente con la mortalidad al egreso hospitalario y puede ser utilizada por su practicidad para estimar el impacto de la condición previa al ingreso a la UTI en el pronóstico de los pacientes críticos.

#### COMPARACIÓN DE DOS PRUEBAS DE VENTILACIÓN ESPONTÁNEA: "PIEZA EN T" VERSUS "CPAP 0 / PRESIÓN SOPORTE 0" PARA EL RETIRO DE LA VENTILACIÓN MECÁNICA INVASIVA, EN PACIENTES POST-OPERADOS DE CIRUGÍA CARDIACA

Mara Hernández Martínez; Yazmin Guillén Dolores; Carlos Alberto Delgado Quintana; Alberto Hilarión de la Vega Bravo  
Centro Médico Nacional 20 de Noviembre, ISSSTE.

**Introducción:** Entre las causas de fracaso a la extubación se encuentra el incremento en el trabajo sistólico miocárdico, la American Thoracic Surgeons sugiere realizar prueba de ventilación espontánea (PVE) con presión de 5-8 cmH2O en lugar de pieza en T. **Objetivo:** Comparar dos PVE (Pieza en T vs PEEP 0/SopORTE 0) en el retiro de la ventilación meca? Nica en pacientes post-operados de cirugía cardiaca. **Material y métodos:** Cohorte retrospectiva en adultos sometidos a cirugía cardiaca con circulación extracorpórea sometidos a destete de la ventilación mecánica programada, se calculó un tamaño de muestra de 60 pacientes (poder del 80% y un error alfa del 5%), datos obtenidos de hojas de registro de cada paciente. Se consideraron variables hemodinámicas, gasométricas y proBNP. **Resultados y Discusión:** Total 84 pacientes, 50 con PEEP/SopORTE0 (60%) y 34 con pieza T (40%), no hubo diferencia en edad, peso, talla, género, comorbilidades, FEVI, SAPS II, tiempo para la PVE, proBNP, signos vitales o parámetros gasométricos, falla extubación: 53.8% en 0/0 y 46.2 en pieza T,  $p=0.47$ . En el estudio Burns hubo mayor éxito a la extubación con uso de presión soporte con evidencia baja, en este estudio el fracaso a la extubación no mostró diferencia, ambas técnicas fueron seguras.

#### CORRELACIÓN DE LA FUNCIÓN DIAFRAGMÁTICA MEDIDA POR ULTRASONIDO EN COMPARACIÓN CON LA FUERZA INSPIRATORIA NEGATIVA, COMO PREDICTORES DE DESTETE VENTILATORIO EN PACIENTES CRÍTICAMENTE ENFERMOS

Jesús Ciro Cristóbal Landeros Yáñez

**Introducción:** El diafragma es el principal músculo respiratorio y su disfunción en el enfermo en estado crítico favorece el desarrollo de complicaciones respiratorias, incrementando con ello los días de ventilación mecánica. **Objetivo:** Determinar la correlación de la función diafrágica medida por ultrasonido en comparación con la fuerza inspiratoria negativa, como predictores de destete ventilatorio en pacientes críticamente enfermos de la Unidad de Cuidados Intensivos. **Material y métodos:** Estudio comparativo de precisión diagnóstica, observacional, longitudinal, prospectivo, se midió con ultrasonido la excursión diafrágica al ingreso y diariamente hasta lograr el retiro de la ventilación mecánica, adicionalmente se midió tiempo para llegar a la TPIA y NIF. Se consideró éxito en el retiro al no requerir nuevamente soporte ventilatorio durante un lapso de 48 horas. **Resultados:** Se incluyeron 50 pacientes, Neurológicos quirúrgicos y no quirúrgicos 23(46%), paciente post quirúrgico no cardiorácico 11/50 (22%), infecciosos 9/50 (15%), paciente post quirúrgico cardiorácico 5/50 (10%) y trastornos primarios respiratorios 2/50(4%). Se realizó prueba ventilatoria espontanea Pieza en T y CPAP/PS. El éxito al retiro se reportó en 44/50 (88%) pacientes. Medición de excursión diafrágica previo a la extubación, AUC de 0.8 ( $p = 0.009$ ), punto de corte para predecir extubación exitosa fue de 1.09, sensibilidad de 97.7%, especificidad de 83.3%, TPIA, AUC 0.79, punto de corte 0.81 segundos,  $p=0.002$ , sensibilidad de 79.5% y especificidad 83.3%. NIF, AUC 0.48, punto de corte -23.5,  $p = (0.9)$ , sensibilidad de 27.3%, especificidad 33.3; e índice de Tobin/Yang, AUC de 0.32, punto de corte 79,  $p=(0.2)$ , sensibilidad 18%, especificidad 66.7%. Coeficiente de correlación de excursión diafrágica de ingreso de 0.23,  $p= 0.1$ , excursión diafrágica a las 48 horas de 0.81,  $p= 0.001$ , TPIA de 0.9,  $p= 0.001$ . **Conclusión:** Tanto la excursión diafrágica como el tiempo para llegar a la amplitud inspiratoria pico del diafragma, medidos por ultrasonido, presentan una adecuada sensibilidad y especificidad para predecir extubación exitosa en el paciente críticamente enfermo en comparación con la fuerza inspiratoria negativa.

## EFECTO DE LA MUSICOTERAPIA EN EL ÍNDICE ANALGESIA-NOCICEPCIÓN EN PACIENTES CON VENTILACIÓN MECÁNICA

Gustavo Huerta Arellano; Faustino Javier Rentería Díaz; Ulises Wilfrido Cerón Díaz

Hospital Español.

**Introducción:** El índice de analgesia-nocicepción (ANI) evalúa el equilibrio de la respuesta del sistema nervioso autónomo ante los estímulos y se perfila como una herramienta para evaluar el efecto de la musicoterapia en los enfermos críticos. **Objetivo:** Evaluar el efecto de la música en el valor de ANI en pacientes con ventilación mecánica invasiva. **Material y métodos:** Estudio prospectivo y analítico en enfermos con ventilación mecánica y RASS de -3 a -1, sometidos a musicoterapia a través de audífonos, por un periodo de 30 minutos. Se midió el valor de ANI (promedio de 240 segundos) antes de la intervención musical, a los 5 y 30 minutos. **Resultados:** Se realizaron 33 mediciones en 11 pacientes, observando un descenso del nivel de ANI a los 5 minutos de -14.4 puntos (RIQ -20.5 a -5.5;  $p = 0.091$ ), y de -0.55 (RIQ -15.5 a 5;  $p = 0.962$ ) a los 30 minutos, con una correlación positiva ( $r = 0.371$ ). **Conclusiones:** La musicoterapia no demostró una diferencia significativa en la variación del valor de ANI. Se necesitan más estudios, con una mayor población para demostrar el potencial beneficio en pacientes críticos.

## EFECTO DEL CO<sub>2</sub> SOBRE LA MORTALIDAD EN PACIENTES CON SDRA POR COVID-19

América Alejandrina González Arce; Jesús Salvador Sánchez Díaz; Karla Gabriela Peniche Moguel; Abraham Argenis Suárez Rosas; José Manuel Reyes-Ruiz; María Verónica Calyeca Sánchez

Hospital de Especialidades No. 14, Centro Médico Nacional "Adolfo Ruiz Cortines", IMSS, Veracruz, México.

**Introducción:** La neumonía grave por SARS-CoV-2 (severe acute respiratory syndrome coronavirus 2) incrementó la incidencia de SDRA (síndrome de distrés respiratorio agudo). La ventilación protectora disminuye la mortalidad en pacientes con SDRA, dicha estrategia ventilatoria basada en el uso de volumen corriente bajo podría ocasionar hipercapnia. Las alteraciones del CO<sub>2</sub> (dióxido de carbono) son tan importantes como las de oxigenación en el SDRA. **Objetivo:** Evaluar el efecto del CO<sub>2</sub> sobre la mortalidad en pacientes con SDRA por COVID-19 con ventilación mecánica invasiva (VMI). **Material y métodos:** Estudio cohorte, retrospectivo, observacional, longitudinal. Se realizó en la unidad de cuidados intensivos (UCI) entre 1º de junio de 2020 al 31 de diciembre de 2022. Estudio de no intervención. **Resultados:** Se incluyeron 115 pacientes, 61.7% hombres. Se clasificaron en 3 grupos de acuerdo al valor de PaCO<sub>2</sub> de ingreso a UCI: Grupo 1 (hipocapnia): PaCO<sub>2</sub> < 35 mmHg, Grupo 2 (normocapnia): PaCO<sub>2</sub> 35 – 45 mmHg, Grupo 3 (hipercapnia): PaCO<sub>2</sub> > 45 mmHg. La mortalidad global fue del 53%. El grupo 1 presentó OR 0.640 (IC95% 0.181-2.265)  $p = 0.488$ , grupo 2 OR 1.66 (IC 95% 0.673-4.130)  $p = 0.270$  y grupo 3 OR 0.992 (IC 95% 0.396-2.489)  $p = 0.98$ , otras variables como eficiencia ventilatoria (EV) y frecuencia respiratoria (FR) presentaron relación inversa a mortalidad con valor de 1.4 y 24 respectivamente. **Conclusión:** La PaCO<sub>2</sub> no es un factor de riesgo para predecir mortalidad en los pacientes con SDRA secundario a COVID-19 con VMI. Otras variables como la EV y la FR son mediciones pronósticas en nuestra población.

## EL USO DE QUETIAPINA COMO ADYUVANTE PARA EL CONTROL DEL DELIRIUM EN EL DESTETE DE SEDACIÓN EN PACIENTES CON VENTILACIÓN MECÁNICA INVASIVA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

Lillian Jovana Herrera Parra; José Eduardo Etulain González; Alejandra Esquivel Pineda; Brenda Del Mazo Montero; Janet Silvia Aguirre Sánchez; Braulia Aurelia Martínez Díaz

Centro Médico ABC.

**Introducción:** El delirium es la manifestación más común de disfunción cerebral en el paciente crítico, esta es una manifestación comúnmen-

te poco identificada y desatendida en la UCI. El control del delirium es uno de los objetivos terapéuticos dentro de las UCI; sin embargo, establecer el tiempo de inicio de un determinado fármaco aún no se conoce. Los antipsicóticos atípicos están comenzando a reemplazar a los agentes neurolepticos como el haloperidol para el tratamiento de condiciones psiquiátricas como resultado de su perfil de seguridad más favorable. **Métodos:** El estudio incluyó 80 pacientes con ventilación mecánica invasiva por más de 24 horas y CAM ICU positivo. El objetivo principal fue analizar la eficacia del uso de quetiapina como adyuvante farmacológico para el control del delirium, durante el destete de la sedación. Como objetivos secundarios se evaluó la duración del delirium, uso de sedoanalgesia y tiempo para destete de VMI. **Resultados:** El 83.8% ( $n = 67$ ) de los pacientes tuvieron un adecuado control del delirium. Se observó que los pacientes que recibieron quetiapina tuvieron una razón de momios de 1.42 (IC 95% 0.38, 5.22) para control del delirium. El 75% ( $n = 60$ ) de los pacientes con VMI recibió tratamiento coadyuvante con quetiapina durante su estancia en la UCI. No hubo diferencias significativas en el uso de quetiapina en relación con el sexo, edad, motivo de ingreso, antecedente quirúrgico, PREDELIRIC, días de sedoanalgesia, ni días de VMI. **Conclusión:** Los hallazgos sugirieron que la quetiapina es eficaz para el manejo del delirium en pacientes de UCI bajo VMI, pero no superior a otras medidas farmacológicas y no farmacológicas utilizadas en nuestra unidad.

## ESCALA QUICK COVID-19 SEVERITY INDEX Y NATIONAL EARLY WARNING SCORE 2 EN PACIENTES COVID-19 EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

Lugo Ramirez Guillermo; Morales Muñoz Gustavo; García Jimenez Rigoberto; Reyes Bautista Miguel Ángel; Avalos Diaz Cleopatra; Granados Villalpando Jesus Maximiliano

Hospital Regional, PEMEX, Villahermosa, Tabasco, México.

**Introducción:** El uso de diferentes escalas pronosticas de mortalidad y severidad proporcionan una manera rápida, sencilla y fiable para identificar pacientes que requieren atención intrahospitalario, predecir mortalidad y severidad como la National Early Warning Score 2 (NEWS 2); han surgido nuevas escalas clínicas a consecuencia de la pandemia como la Quick COVID-19 Severity Index que pueden implementarse en la atención de los pacientes para mejorar la toma de decisiones desde el primer contacto en el servicio de urgencias. **Objetivo:** Comparar la escala Quick COVID-19 Severity Index y NEWS2 para predecir la mortalidad y estancia hospitalaria en pacientes con COVID-19 atendidos en el servicio de urgencias. **Métodos:** Se utilizó un intervalo de confianza al 95% y un significado  $p > 0.05$ . Se calculó la medida de riesgo OR para la mortalidad y sitio de hospitalización. De igual manera se calculó la sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo y negativo de las escalas. **Resultados:** qCSI presentó una sensibilidad del 83% y especificidad del 42% en comparación de la escala NEWS 2 con un 63% y 25% respectivamente, por lo que tiene una mayor probabilidad de que el paciente con infección por COVID-19 sea estratificado correctamente como grave y necesidad de ingreso hospitalario. **Conclusiones:** Los médicos de primer contacto de urgencias deben contar con herramientas validadas para predecir mortalidad y días de hospitalización en los pacientes con COVID-19. Con lo cual se espera generar un impacto positivo en la planificación y uso efectivo de los recursos humanos y materiales para la atención de estos pacientes.

## ESTANDARIZACIÓN DE LA PRESIÓN ARTERIAL DE OXÍGENO PARA LA PRESIÓN PARCIAL DE DIÓXIDO DE CARBONO EN LA RELACIÓN PRESIÓN ARTERIAL DE OXÍGENO / FRACCIÓN INSPIRADA DE OXÍGENO COMO PREDICTOR DE MORTALIDAD HOSPITALARIA EN PACIENTES CON POSICIÓN PRONO E INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA SECUNDARIO A COVID-19

Claudia Berenice Márquez Torres; Ma. Natalia Gómez González; Hugo Eduardo Guerrero Topete; Carlos Jiménez Correa; Carlos Eduardo Rodríguez Cázares; Gabriel Moreno Romero

IMSS. UMAE No. 1, CMN del Bajío. León, Guanajuato, México.

**Introducción:** En 2019, se dio a conocer de manera universal el síndrome respiratorio agudo severo (SARS-CoV-2), causado por el coronavirus (COVID-19) el cual puede manifestarse desde formas asintomáticas o hasta estadios clínicos caracterizados por insuficiencia respiratoria aguda, neumonía, choque séptico e insuficiencia multiorgánica, los cuales precisan requerimientos de ventilación mecánica. Los marcadores de predicción de mortalidad son útiles para priorizar a los pacientes con mayor riesgo, mejorando la atención de estos pacientes. **Objetivo:** Evaluar la estandarización de la  $\text{PaO}_2$  para la  $\text{PaCO}_2$  en la relación  $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2$  como predictor de mortalidad hospitalaria en pacientes pronados bajo ventilación mecánica invasiva con insuficiencia respiratoria aguda por COVID-19. **Material y métodos:** cohorte observacional, retrospectiva, analítica de pacientes que ingresaron al servicio de la Unidad de Cuidados Intensivos en el período de abril a septiembre del 2020. Se incluyeron aquellos con infección por SARS-CoV-2 confirmada por laboratorio; presencia de consolidación y/u opacidades en vidrio esmerilado en la radiografía de tórax y/o en la tomografía computarizada pulmonar y presencia de insuficiencia respiratoria aguda, que requirieran ventilación mecánica invasiva. Se consideró que había insuficiencia respiratoria aguda cuando la  $\text{PaO}_2$  era  $<60$  mmHg con  $\text{FiO}_2$  0.21, se excluyeron aquellos en quienes no se contó con los registros de la gasometría arterial antes y después de colocados en posición prono. Se registraron datos demográficos, clínicos y gasométricos para obtener el valor de la  $\text{PaO}_2$  estandarizada para la  $\text{PaCO}_2$  (ST $\text{PaO}_2$ ), así como la mortalidad y días de ventilación mecánica en la unidad. **Resultados:** Se analizaron un total de 74 pacientes, con una edad promedio de  $53.50 \pm 12.77$  años, con un predominio de hombres 63%, la mayoría de los pacientes se ubicó en los grupos de obesidad leve y moderada de acuerdo a su IMC  $31 \pm 4.71$  kg/m<sup>2</sup>. Con respecto a los parámetros gasométricos antes de la posición prona, se registró una  $\text{PaO}_2$  de  $81.94 \pm 29.11$  y  $\text{PaCO}_2$  de  $44.62 \pm 10.51$  vs  $97.37 \pm 44.50$  mmHg y  $40.45 \pm 8.51$  mmHg respectivamente después de colocados en la posición. La ST $\text{PaO}_2$  reportada previa a la posición fue de  $89.62 \pm 39.77$  vs  $98.11 \pm 45.02$  posterior al prono. La mortalidad en esta cohorte fue de 44.6%. Luego, se dividió a la población en dos grupos (sobrevivientes vs no sobrevivientes), donde en ninguno de los parámetros gasométricos se encontró diferencia significativa entre ambos grupos. Posterior a la colocación de los pacientes en posición prono y de la toma del control de gasometría arterial, sólo para la  $\text{FiO}_2$  y la relación  $\text{SpO}_2/\text{FiO}_2$  se encontró una diferencia significativa entre los sobrevivientes y no sobrevivientes ( $p = 0.03$  para ambas variables). En el análisis ROC la  $\text{FiO}_2$  obtuvo un AUC 0.644 (IC95% 0.517-772)  $p = 0.034$  para predecir mortalidad y la  $\text{SpO}_2/\text{FiO}_2$  AUC 0.647 (IC95% 0.520-0.775) con un valor de  $p = 0.03$  para predecir supervivencia, en el periodo postprono; la ST $\text{PaO}_2$  no obtuvo AUC con valores de  $p < 0.05$  ni antes ni después del cambio de posición para discriminar mortalidad. **Conclusión:** Si bien los resultados en este estudio no favorecen la estandarización de la  $\text{PaO}_2$  para la  $\text{PaCO}_2$  en la relación  $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2$ , si se sugiere el uso de la  $\text{FiO}_2$  y la relación  $\text{SpO}_2/\text{FiO}_2$  como predictores de mortalidad, específicamente en aquellos pacientes que desarrollaron insuficiencia respiratoria bajo ventilación mecánica invasiva por COVID-19.

#### EVALUACIÓN DEL ÍNDICE RESISTIVO ESPLÉNICO, COMO MARCADOR DE HIPOPERFUSIÓN; COMPARADO CON LACTATO, DELTA $\text{CO}_2$ , LLENADO CAPILAR E ÍNDICE RESISTIVO RENAL EN PACIENTES CON ESTADO DE SHOCK

Karen Harumi López Rodríguez; José Carlos Gasca Aldama; Nancy Verónica Alva Arroyo; Marcos Vidal Sánchez; Marcos Antonio Amezcua Gutiérrez; Mario Arturo Carrasco Flores  
Hospital Juárez de México CDMX.

**Introducción:** El bazo en su anatomía es un órgano intraabdominal, de origen embriológico, se ubica en el flanco lateral izquierdo, posterior al estómago, y baja a los riñones; habitualmente debe estar en esa posición anatómica y normalmente debe haber un solo bazo, aunque en ocasiones existen bazos accesorios. El análisis de la vasculatura esplénica, se evalúa mediante el índice de resistencia esplénica

(SRI), está estrechamente relacionado con la función cardiovascular y puede usarse para evaluar la reserva de precarga; una reducción  $> 9\%$  es un parámetro de respuesta de volumen con una especificidad del 100%, y una reducción  $> 4\%$  se asocia con una mejora de la circulación esplénica y una disminución de la resistencia vascular sistémica. Esto ha sido confirmado por su correlación con cambios en el lactato sérico. Por tanto, el índice de resistencia esplénica en el contexto de un estado de shock puede modificarse de forma similar a otros marcadores de hipoperfusión. **Objetivos:** Comparar el índice resistivo esplénico con marcadores clínicos, bioquímicos y ultrasonográficos de hipoperfusión en un paciente en estado de shock al ingreso a Unidad de Cuidados Intensivos. **Métodos:** Este análisis fue diseñado como un estudio descriptivo, prospectivo y transversal. En la unidad de cuidados intensivos del Hospital Juárez de México del 1 de marzo de 2022 al 1 de marzo de 2023. Evaluando al paciente al ingreso a la unidad de cuidados intensivos, en estado de shock sin importar la causa, se evaluó y midió el SRI mediante un médico con experiencia en esta técnica, a través de la velocidad del flujo sanguíneo diastólico y sistólico. Tomando como referencia una elevación del índice resistivo esplénico superior a 0,6. Utilizando lactato sérico como marcadores bioquímicos con referencia de elevación mayor a 6, llenado capilar mayor a 3 segundos como marcador clínico e índice resistivo renal como marcador ultrasonográfico mayor a 0.7 del estado sistémico de hipoperfusión. **Resultados:** El índice resistivo esplénico (IRE) es un marcador de hipoperfusión tisular realizado por ultrasonografía que tiene significancia estadística en correlación con las variables de mortalidad SOFA, APACHE II, SAPS II con una  $p = 0.016$ , el llenado capilar  $>3$  segundos y  $< 3$  segundos, con una  $p = 0.020$ , el índice resistivo renal con una  $p = 0.045$ . Durante la regresión lineal se obtuvo a el IRE de  $0.67$  con un Delta de  $\text{CO}_2 > 6$  el OR de 2.6 (IC 95%  $0.30-85$ ,  $p = 0.008$ ), el llenado capilar  $>3$  con un IRE  $\geq 1$ , se asocia un OR 1.15. Con similitud evidente en utilidad para la evaluación de hipoperfusión en estado de shock.

#### EVALUACIÓN DEL RIESGO DE DISFAGIA OROFARÍNGEA EN TERAPIA INTENSIVA

Víctor Alfonso Martha Mayoral; Alejandro Castro Serrano; Amparo Sumano Goto  
Centro Médico ABC.

**Introducción:** Disfagia se define como la alteración para deglutir o comer que puede ocurrir en cualquiera de sus fases (oral, faríngea, esofágica), se puede presentar como un retraso en el tiempo del paso del alimento sólido o líquido desde la cavidad oral hasta el estómago, incrementando el riesgo de presentar complicaciones que van desde reintubación, neumonitis y neumonía por broncoaspiración hasta la insuficiencia respiratoria grave. El propósito del estudio fue la generación de una escala predictiva de riesgo de disfagia orofaríngea en pacientes extubados durante su estancia en terapia intensiva. **Materiales y métodos:** Se realizó un estudio descriptivo, de cohorte, observacional, retrospectivo, multivariado. Se analizaron los datos de pacientes ingresados entre el 2016 al 2023 que hayan estado intubados más de 24 horas y posteriormente hayan recibido una evaluación fibroendoscópica de la deglución. Los factores analizados fueron edad, sexo, puntuación APACHE II, SAPS II y NUTRIC de ingreso, presencia de comorbilidades, días de estancia en UCI, días de intubación orotraqueal, motivo intubación por SIRPA, uso de corticosteroides e infusión de cisatracurio y necesidad de reintubación. **Resultados:** Después de excluir pacientes con antecedente de disfagia, nuestra población estudiada fue de 118 pacientes. Mediante uso de tablas cruzadas se determinó el OR de presentar disfagia con base en factores analizados y se encontró que la edad  $>65$  años, antecedente de cáncer, motivo de intubación por SIRPA, días de intubación  $>14$ , necesidad de reintubación, presencia de cánula de traqueostomía, uso de esteroides e infusión de bloqueador neuromuscular resultaron significativos. Se propone la escala de riesgo para presentar disfagia orofaríngea postextubación en terapia intensiva. **Conclusiones:** Se propone el uso de la escala de riesgo para presentar disfagia en

terapia intensiva para pacientes extubados, con el objetivo de instauración de recomendaciones para evitar complicaciones vinculadas a alteraciones de la deglución.

### EXCESO DE BASE ALÁCTICO: PREDICTOR DE LESIÓN RENAL AGUDA EN PACIENTES CON SHOCK SÉPTICO

Carlos Humberto González Velázquez;

Alicia Gabriela Pérez Rodríguez

Hospital "Dr. Agustín O'Horan". Mérida, Yucatán.

La sepsis y su presentación más grave, el shock séptico, continúa siendo una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en toda unidad de Terapia Intensiva, como causa de ingreso o factor agregado durante su estancia, con alto impacto en la macro y micro-circulación. El exceso de base aláctico (EBa) es un biomarcador recientemente presentado por Gattinoni (2019), definido como la suma del lactato y el exceso de base estándar (EBE). El EBA representa la capacidad renal de manejar alteraciones ácido-base en sepsis. En este estudio se investiga el EBA como predictor temprano de lesión renal aguda (LRA) y factor pronóstico de mortalidad en pacientes con shock séptico. **Métodos:** Estudio observacional, retrospectivo. Incluyendo pacientes ingresados con diagnóstico de shock séptico, que no contaban con diagnóstico de LRA a su ingreso, durante los años 2020 a 2022. El tamaño de la población de estudio durante estos tres años fue de 202 pacientes. **Resultados:** De los 202 pacientes estudiados, 181 tuvieron diagnóstico de lesión renal aguda en los primeros 7 días posteriores a su ingreso a la Unidad de terapia intensiva, de los 181 pacientes con LRA, 146 presentaron EBA negativos ( $\leq 3$  mmol/L) en la clasificación por sextilos propuesta por Gattinoni. Además, se valoró la relación entre las escalas pronósticas de mortalidad al ingreso (SOFA y SAPS) con los valores de EBA al ingreso; la mortalidad fue de 106 pacientes, de los cuales 99 presentaban EBA negativos a su ingreso. **Conclusiones:** Existe una relación lineal entre un valor negativo inicial del EBA como biomarcador temprano de LRA y factor pronóstico individual de mortalidad. Se concluye que el EBA negativo ( $\leq 3$  mmol/L) al ingreso constituye un biomarcador pronóstico independiente de LRA y mortalidad, en pacientes ingresados con diagnóstico de shock séptico.

### FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A MORTALIDAD EN PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGÍA CARDIACA

Emmanuel Castañeda Orduña; Alejandro Trejo Arteaga;

Ulises W. Cerón Díaz

Hospital Español.

**Introducción:** Las enfermedades cardíacas representan la principal causa de muerte. A pesar de los avances en cirugía de mínima invasión y procedimientos percutáneos, la cirugía cardíaca continúa siendo una opción en los casos más complejos aun cuando tiene altas probabilidades de morbimortalidad, hay múltiples factores preoperatorios, transoperatorios y postoperatorios inmediatos asociados a malos desenlaces. **Objetivo:** Determinar los factores que están asociados a mortalidad en pacientes sometidos a cirugía cardíaca y construir un modelo predictivo. **Material y métodos:** Estudio retrolectivo, transversal y analítico en pacientes ingresados a unidad de terapia intensiva (UTI) posterior a cirugía cardíaca con circulación extracorpórea durante 01 enero 2017 a 31 agosto 2023. **Resultados:** Se analizaron datos de 70 pacientes, se determinó una mortalidad de 8.57%, la edad media  $60.6 \pm 11.5$  años y 78.5% fueron del género masculino. El procedimiento más frecuente fue la cirugía de revascularización coronaria (64.3%). En el análisis univariado mostró asociación a mortalidad principalmente con días de ventilación mecánica (0.12 vs 1.12,  $p=0.01$ ), días de estancia intrahospitalaria (13.82 vs 2.86,  $p=0.01$ ), poder cardíaco (0.87 vs 0.55,  $p=0.01$ ), índice de volumen latido (55.8 vs 29.3,  $p=0.001$ ), lactato (2.25 vs 7.5,  $p\leq 0.0001$ ), troponina I (77.8 vs 1381.1,  $p=0.01$ ), reporte de complicación transoperatoria (7.1% vs 50%,  $p=0.001$ ) e infusión de inotrópicos y vasopresores (44.3% vs 100%,  $p=0.015$ ). Una regresión logística binaria demostró que solo

el lactato (OR 2.476, IC 95% [1.25 - 4.88]) y Troponina I (OR 1.00003, IC 95% [1.000 - 1.001]) tienen una asociación independiente a mortalidad. Se desarrolló un modelo predictivo de mortalidad y se realizó análisis COR con una AUR 0.969 [0.920-1.017]. **Conclusiones:** Existen distintos factores que se asocian a mortalidad, en nuestro caso después de un análisis de regresión logística solo el lactato y troponina I se asociaron de manera independiente. Nuestro modelo predictivo es sencillo y podría suponer una herramienta predictora de mortalidad en el abordaje inicial.

### FACTORES MAS COMUNES DE RESISTENCIA BACTERIANA Y SU RELACION CON LA MORTALIDAD

Mari Carmen Beranbé Damián

Hospital General La Villa.

**Introducción:** Los procesos infecciosos agudos son de los principales padecimientos en la Unidad de Cuidados Intensivos. La infección de vías respiratorias, abdominales, de heridas quirúrgicas, de vías urinarias, de tejidos blandos, óseos, y otros sitios, son desencadenantes de un mal pronóstico en pacientes complicados con choque séptico y falla orgánica múltiple, por esta razón es necesario el diagnóstico y tratamiento oportuno con el esquema antimicrobiano más eficiente, reduciendo de esta forma la resistencia bacteriana. **Objetivos:** Describir los factores más comunes de resistencia bacteriana y su asociación con la mortalidad en pacientes ingresados a la unidad de cuidados intensivos del Hospital General La Villa. **Resultados:** El total de expedientes clínicos estudiados fueron 99. Las mujeres representaron 72.7% ( $n=72$ ). La edad promedio registrada fue de  $42 \pm 15.1$  años. La presencia de una o más comorbilidades se registró en 55 (55.6%) pacientes. La mayoría de pacientes ( $n=55$ ; 55.6%) procedía del servicio de urgencias. Los diagnósticos de ingreso más frecuentes fueron choque séptico ( $n=30$ ; 30.3%) y TCE ( $n=11$ ; 11.1%). Los antibióticos más utilizados fueron imipenem ( $n=37$ ; 37.3%) y ceftiaxona ( $n=25$ ; 25.2%). La totalidad de pacientes contó con hemocultivo, siendo negativo en 12 (12.1%); de los resultados positivos 8 (9.2%) fueron multidrogosresistentes, 22 (25.3%) resistentes y 57 (65.5%) sensibles. La mortalidad se asoció significativamente con la ventilación mecánica ( $p=0.001$ ) al registrarse en 42 pacientes a los que se administró. La asociación del grupo etario ( $p=0.006$ ) y el sexo ( $p=0.001$ ) con el resultado del hemocultivo fue estadísticamente significativa. La multidrogosresistencia se presentó principalmente en el grupo de 20-40 años ( $n=5$ ). Asimismo, las mujeres fueron quienes presentaron la totalidad de casos de multidrogosresistencia. El diagnóstico de ingreso más frecuente fue choque séptico ( $n=30$ ; 30.3%), y de este diagnóstico el sitio más frecuente fue de origen abdominal ( $n=17$ ); pulmonar ( $n=7$ ), urinario ( $n=4$ ), tejidos blandos ( $n=2$ ). **Conclusión:** La inadecuada administración y uso excesivo de antibióticos se asocia con mayor resistencia bacteriana y, por ende, a un incremento el riesgo de mortalidad. El choque séptico de origen pulmonar se asoció con mayor resistencia y mayor mortalidad.

### FRACCIÓN DE ENGROSAMIENTO DE MÚSCULOS PARAESTERNALES INTERCOSTALES Y ENGROSAMIENTO DIAFRAGMÁTICO COMO PREDICTORES DE FRACASO DE LA PRUEBA DE VENTILACIÓN ESPONTÁNEA

Alejandra Estefanía Reyes Vidal; Santa López Márquez;

Erick Rolando Vidal Andrade; Ulises W. Cerón Díaz

Hospital Español.

**Introducción:** En los pacientes críticos con falla respiratoria que requieren ventilación mecánica se ha descrito el daño muscular diafragmático que condiciona fracaso de la desconexión del ventilador. Durante la ventilación mecánica se ejerce un efecto de reclutamiento de la musculatura accesoria. El ultrasonido es un método de bajo costo y fácilmente reproducible, que se puede utilizar para evaluar la actividad del diafragma y la musculatura accesoria para predecir el riesgo de fracaso de la desconexión de la ventilación. **Objetivo:** De-

terminar el valor predictivo de la fracción de engrosamiento diafragmático (Tfdi) y paraesternal intercostal (Tfic) para el fracaso o éxito de la prueba de ventilación espontánea (PVE). **Material y métodos:** Estudio transversal, observacional, prospectivo en pacientes mayores de 18 años bajo ventilación mecánica invasiva en quienes se realizó PVE y se realizó la medición de fracción de Tfdi y Tfic mediante ultrasonografía. **Resultados:** Se reclutaron 32 pacientes, con PVE exitosa en el 93.7%, la mediana de horas de ventilación mecánica fue de 90.5 horas (IQR 40.7-164.2). Se encontró una mediana de Tfic de 7.54% (IQR 3.8-9.3). La mediana de Tfdi fue de 32.7% (IQR 24.1-40.9). La correlación entre la Tfdi y la Tfic fue nula ( $r=0.076$ ). Se identificaron cuatro grupos de pacientes con distintos patrones de engrosamiento intercostal y diafragmático. Se encontró una correlación negativa entre la fracción de engrosamiento diafragmático y el índice de masa corporal ( $r=0.32$ ), y una correlación positiva baja entre horas de ventilación mecánica y la fracción de engrosamiento intercostal ( $r=0.28$ ). No se encontró una diferencia estadísticamente significativa entre los pacientes con PVE exitosa y fallida, tanto para la Tfdi ( $p=0.52$ ) como para la Tfic ( $p=0.79$ ). **Conclusión:** No podemos concluir respecto a la capacidad predictiva de éxito en la PVE del engrosamiento intercostal y diafragmático por la escasa cantidad de pacientes que fracasaron en la PVE. El análisis de la correlación entre fracciones de engrosamiento, sugiere 4 grupos de pacientes, en los que ambas fracciones de engrosamiento identifican patrones distintos de reserva muscular respiratoria.

#### ÍNDICE DE NEUTROFILOS/LINFOCITOS COMO FACTOR PREDICTIVO TEMPRANO VS CREATININA EN LA APARICIÓN DE LESIÓN RENAL AGUDA EN SEPSIS

Karol de la Cruz Simón

Hospital General La Villa, SSA. CDMX.

**Introducción:** En la unidad de cuidados intensivos, la aparición de lesión renal aguda es muy común, se presenta hasta el 20-60% de los enfermos en estado crítico con una mortalidad hasta del 46% en aquellos que requieren terapia de sustitución renal. En los últimos años, debido a las limitaciones de la creatinina como marcador de disfunción renal, se estudió la posibilidad de contar con algún otro biomarcador que pudiera superar estas barreras. Se han descrito algunos; como, la lipocalina de neutrófilos asociada con la gelatina (NGAL), la cistatina C (Cys C), el inhibidor tisular de la metaloproteínasa-2 (TIMP2) y la proteína de unión al factor de crecimiento similar a insulina 7 (IGFBP7). Sin embargo, todavía es necesario contar con evidencia más sólida que apoye su uso en la práctica clínica cotidiana. Además, por ahora, son métodos costosos y con poca disponibilidad en el entorno clínico. Por lo tanto, el presente estudio pretende correlacionar la relación que existe entre un marcador de inflamación: el índice neutrófilos/linfocitos y la aparición de lesión renal aguda en sepsis. **Material y métodos:** Se realizó un estudio observacional, descriptivo, longitudinal, ambispectivo y analítico, la cual se recabó 63 pacientes con diagnóstico en los servicios de terapia intensiva de Hospital General La Villa. Se evaluaron mediante estadística descriptiva las variables demográficas, edad, género, índice de neutrófilos/linfocitos comparados con creatinina en pacientes con sepsis al ingreso de UCI y 72 horas posterior de hospitalización. Análisis estadístico se emplearon pruebas de estadística diferencial: T de Student y prueba de Chi<sup>2</sup>, correlación de Pearson y/o Spearman de acuerdo a las características de las variables estudiadas, con respectivos índices de determinación y significancia estadística. Se empleó el programa estadístico SPSS versión 22.0. **Resultados:** El género masculino predominó en un 55.56% ( $n=35$ ), el femenino 44.4% ( $n=28$ ). En relación a la clasificación que KDIGO 24 horas tenemos que la clasificación KDIGO 1 se registraron 16 pacientes con un 25.4%, KDIGO 2 con 13 pacientes representando 20.63%, a las 72 horas se pudo apreciar una evolución en la clasificación de la lesión renal aguda calificada mediante criterios KDIGO1 con 15 pacientes lo cual representó un 23.81%, KDIGO 2 con 13 pacientes lo cual representó el 20.63%.

#### ÍNDICE DE RESISTENCIA RENAL COMO PREDICTOR TEMPRANO DE LESIÓN RENAL AGUDA EN PACIENTES CON RABDOMIOLISIS

Jesús Alberto Gutiérrez Maldonado; Martín Mendoza Rodríguez

Hospital General La Villa, Secretaría de salud de la Ciudad de México.

**Introducción:** El impacto de la lesión renal aguda es del 13-50%, reportándose una tasa de mortalidad del 59% en pacientes críticos en comparación con otras patologías asociadas. Por tanto, se necesitan nuevas herramientas de evaluación de la función renal que sean accesibles, reproducibles y rentables para detectar esta entidad de forma temprana. **Objetivo:** Demostrar que el índice de resistencia renal (IRR) es útil como predictor temprano de lesión renal aguda en pacientes con rabdomiólisis. **Métodos:** Estudio observacional, prospectivo y analítico. Se inscribieron pacientes en estado crítico con diagnóstico de rabdomiólisis y se les realizó mediciones de IRR, índice urinario y creatinina al ingreso y 24 horas. **Resultados:** 42 pacientes representaron 88.1% de hombre, y 11.9% mujeres. La etiología traumática fue más frecuente 71.4%. Se registró asociación significativa del IRR al ingreso ( $p = 0.0089$ ), IRR a las 24 horas ( $p = 0.026$ ); Los valores al ingreso mostraron una ABC de 0.957 ( $p = 0.001$ ); punto de corte de 0.64; con una sensibilidad en éste de 92.85% y especificidad 10.71%. **Discusión:** En este grupo de pacientes los resultados encontrados muestran que el índice de resistencia renal es útil como predictor temprano de lesión renal aguda en pacientes con rabdomiólisis.

#### ÍNDICE MITOCONDRIAL PULMONAR COMO PREDICTOR DE MORTALIDAD EN SÍNDROME DE DISTRES RESPIRATORIO AGUDO POR COVID-19

Erik Canseco González; Fernando Raúl Martínez Aguilar;

Jesús Salvador Sánchez Díaz; Karla Gabriela Peniche Moguel;

Diego Escarramán Martínez; María Verónica Calyeca Sánchez

Hospital de Especialidades No. 14, CMN "Adolfo Ruiz

Cortines", IMSS, Veracruz, México/Hospital de Especialidades

CMN "La Raza", IMSS. Ciudad de México, México.

**Introducción:** El Síndrome de Distrés Respiratorio Agudo (SDRA) por COVID-19 es la forma severa de la infección. El Índice Mitochondrial Pulmonar (IMP) definido como la Diferencia de lactato arteriovenoso tiene como valor normal  $<0$  mmol/L, en presencia de patología pulmonar puede volverse positivo y pudiera ser un factor de riesgo para el desenlace en estos pacientes. **Objetivo:** Identificar si el IMP está asociado a mortalidad. **Material y métodos:** Estudio de cohorte, retrospectivo, observacional, longitudinal, analítico y unicéntrico, realizado entre el 1 de mayo del 2020 al 31 de diciembre del 2022, se incluyeron pacientes admitidos en la unidad de cuidados intensivos (UCI) con SDRA por COVID-19 y ventilación mecánica invasiva. **Resultados:** Se incluyeron 91 pacientes, se dividieron: grupo 1 sobrevivientes ( $n= 46$ ) y grupo 2 no sobrevivientes ( $n= 45$ ). La media de lactato arterial y venoso fue 1.61 ( $\pm 0.73$ ) y 1.69 ( $\pm 0.76$ ) respectivamente, con mortalidad general del 50.5%. El IMP presentó un OR 1.78 (IC95% 1.00 - 3.20)  $p = 0.04$ . El IMP positivo tuvo un AUC de 0.65 con sensibilidad 75 % y especificidad 65 % para predecir mortalidad. La curva de Kaplan-Meier mostró que las tasas de supervivencia eran significativamente menores en los pacientes con IMP positivo. **Conclusión:** El IMP Positivo es un factor de riesgo para mortalidad.

#### ÍNDICE PCT/PCR COMO PREDICTOR DE MORTALIDAD DE CHOQUE SÉPTICO EN TERAPIA INTENSIVA

Víctor Alfonso Martha Mayoral; Cecilia Zárate Rodríguez;

Armando Sánchez Calzada; Braulia Aurelia Martínez Díaz;

Janet Silvia Aguirre Sánchez

Centro Médico ABC.

**Introducción:** Se define sepsis como el síndrome comprendido por anomalías patológicas y bioquímicas inducidas por un proceso infeccioso, las cuales provocan una respuesta inflamatoria sistémica

del huésped que llega a causar disfunción orgánica, conocida como sepsis grave; dicha alteración puede culminar en choque séptico cuando es causada por hipotensión refractaria a la reanimación con líquidos, lo que tiene un impacto directo en la perfusión tisular y provoca elevación de lactato sérico. La relación directa entre elevación de biomarcadores como proteína C reactiva y procalcitonina con la mortalidad es controvertida. El objetivo de este estudio es relacionar el índice PCR/PCT con la mortalidad observada en pacientes con choque séptico. **Material y métodos:** Se realizó un estudio observacional, retrospectivo que incluyó a los pacientes que ingresaron a UCI entre enero del 2022 y marzo del 2023 con diagnóstico de choque séptico. Se analizaron variables como edad, sexo, comorbilidades, niveles de leucocitos, lactato sérico, creatinina, proteína C reactiva, procalcitonina y con base en ellos se calculó el cociente PCR/PCT. Aplicamos el modelo estadístico de chi cuadrada para la relación de variables. **Resultados:** Fueron incluidos al estudio 142 pacientes, en los cuales se observó una mortalidad del 20.4%, el foco infeccioso más predominante fue respiratorio y urinario, la proteína C reactiva promedio fue de 15.42 (rango intercuartil 5.55, 23), medianas de procalcitonina de 1.86 (0.44, 17.6), mediana de índice PCR/PCT en 3.64 (0.98, 21.13). Un índice PCR/PCT menor a 3.64 se relaciona a mayor mortalidad (OR 2.22, IC 95% 0.95 - 5.21). **Conclusiones:** Se observó una relación entre disminución del índice PCR/PCT con aumento de la mortalidad en pacientes con choque séptico, lo que sugiere que podría ser utilizada como herramienta para predicción de mortalidad al ingreso del paciente a terapia intensiva.

#### ÍNDICE RESISTIVO RENAL PREDICCIÓN DE LESIÓN RENAL AGUDA EN PACIENTES NEUROCRÍTICOS CON SOLUCIÓN SALINA HIPERTÓNICA

Javier Fuentes Gómez; Cecilia Rodríguez Zárate;  
Elizabeth Mendoza Portillo

Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía  
Manuel Suárez/ Centro Médico ABC.

**Introducción:** Una de las estrategias más utilizadas en el manejo de los pacientes con hipertensión intracraneal (HIC) son soluciones hipertónicas, buscando efecto osmolar y de forma secundaria mejore la perfusión cerebral, limitando el daño neurológico. El presente estudio se enfocó en evaluar si existe una relación entre un índice resistivo renal (IRR) alterado y el desarrollo de lesión renal aguda (LRA) en paciente neurocríticos que reciben terapia hiperosmolar con diferentes concentraciones de solución salina hipertónica. **Material y métodos:** Estudio observacional, analítico, prospectivo, de cohortes. Se compararon 2 grupos de pacientes, el primero con HIC expuestos a soluciones hiperosmolares. El segundo grupo también con patología neurológica, sin ser expuestos a tratamiento con osmótico. Se analizó la proporción de pacientes que desarrollaron LRA en ambos grupos. **Resultados:** 66 pacientes, 33 en cada brazo. La edad >60 años se asoció con riesgo para LRA ( $p=0.05$ ), así como la presencia de hipertensión arterial sistémica ( $p=0.003$ ). La concentración de salina 7.5% demostró ser factor de riesgo para LRA ( $p=0.009$ ), lo mismo que la hipercloremia ( $p=0.005$ ). IRR. **Conclusiones:** El aporte del presente estudio es la identificación de un IRR >0.7 como marcador de posible progresión a daño renal.

#### MANEJO DE LA HIPERTENSIÓN INTRACRANEANA CON SOLUCIÓN SALINA HIPERTÓNICA AL 7.5% VERSUS 3% DEL PACIENTE NEUROCRÍTICO

Elsa Guadalupe Pimentel Arce; Josué Jair Ramírez Rangel;  
Ma. Natalia Gómez González; Carlos Jiménez Correa;  
Pedro Luis González Carrillo

UMAE Centro Médico Nacional Bajío No. 1. IMSS. León Guanajuato, México.

**Introducción:** La lesión cerebral aguda es un padecimiento potencialmente mortal, que puede asociarse a distintas disfunciones. Acorde a BTF (Brain Trauma Foundation por sus siglas en inglés) se considera hipertensión intracraneal (HIC) todo valor >22 mmHg. El control de la

presión intracraneal (PIC) es la piedra angular el paciente neurocrítico, un adecuado tratamiento reduce la lesión secundaria, por ello el mantener un monitoreo estrecho. El doppler transcraneal (DTC) tiene la característica de ser continuo y dinámico, otorga la medición del índice de pulsatilidad (IP) que se correlaciona con aumento de PIC. Dentro de las medidas anti edema en un paciente con HIC se ha evaluado el efecto de solución salina a diferentes concentraciones, sin referir una superioridad, por lo cual el presente protocolo evalúa el efecto significativo en la velocidad y el índice de pulsatilidad de la arteria cerebral media (ACM) y la medición de la vaina del nervio óptico (VNO) en los pacientes que reciben solución salina hipertónica (HTS) al 7.5% versus 3% para el manejo de la HIC. **Material y métodos:** Estudio de cohorte, comparativo, prospectivo, analítico, ingresando 42 pacientes, ambos géneros, mayores de 18 años con datos de HIC, eliminando aquellos que fallecieron posterior administración de solución hiperosmolar, mala ventana sonográfica para toma de mediciones de DTC, quienes no se les administró la solución hiperosmolar en tiempo y forma. Muestreo no probabilístico por disponibilidad de casos, aleatorizado para recibir HTS al 3% o al 7.5% como tratamiento para la HIC, calculada a 2ml/kg de peso, administrada para 20 minutos, vía intravenosa y con un lapso de 30 minutos para toma de nueva medición. El objetivo primario fue determinar el efecto de la terapia con solución hipertónica al 3% versus al 7.5% como tratamiento para HIC valorando con velocidades de la ACM y VNO. **Resultados:** Se incluyeron 42 pacientes, ambos géneros con edad media de  $44.57 \pm 14.3$  años, en la relación del grupo con HTS 7.5% demostró mayor eficacia con una p de 0.028 y en la comparativa de las velocidades ACM se obtuvo mayor varianza en el grupo HTS al 7.5% con una p de 0.04, ambos grupos tuvieron un cambio global de la PIC con una p de 0.062. La presión de perfusión cerebral (PPC) tuvo mayor cambio en el grupo de HTS 7.5% con un AUC de 0.89, p de 0.07 y una diferencia entre áreas de 0.0009. **Conclusiones:** La solución salina hipertónica al 7.5%, presentó mayor relevancia en el tratamiento para pacientes neurocríticos.

#### MONITOREO HEMODINÁMICO DE BAJOS RECURSOS USANDO GASOMETRÍAS: ¿CUÁL ES LA REALIDAD?

Alexis Calva Rojas; Mijail Frías Abrahamov Raulovich;  
Christian Youngjin Lee Ahn; Carlos Alfredo Galindo Martín;  
Alberto Valles Guerrero

Hospital San Angel Inn Universidad. CDMX/ Hospital Regional de Especialidades N°30. IMSS. Mexicali, BC.

**Introducción:** El uso de gasometrías y/o ecografía se ha observado como una práctica común para el monitoreo hemodinámico. El primero ha sido propuesto como una forma de bajos recursos. El objetivo del presente estudio es evaluar la respuesta sobre intervenciones médicas en dos casos de choque, analizando inicialmente gases sanguíneos y posteriormente ecografía, evaluando la diferencia de dichas respuestas entre ambos análisis. **Métodos:** Se realizó una encuesta constando de 2 casos clínicos de choque 1) cardiogénico 2) distributivo, mostrando inicialmente datos de gasometría y posteriormente ecografía. Entre ambos datos se hicieron las mismas preguntas asociadas a intervenciones con volumen, vasopresores e inotrópico. Se presentaron los resultados de manera descriptiva. **Resultados:** Se obtuvo un total de 156 respuestas, la mayoría de respondedores provenientes de hospitales públicos y residentes de urgencias y medicina crítica mayoritariamente. Referente al uso de volumen en ambos casos se vio reforzado al evaluar los datos ecocardiográficos. Las intervenciones con vasopresores mostraron respuestas heterogéneas, aunque con tendencia a medidas más conservadoras posterior a evaluar los datos ecocardiográficos. **Conclusión:** El uso de la ecocardiografía con el fin de toma de decisiones para el manejo de choque, podría reforzar las decisiones iniciales tomadas con la gasometría en relación a la reanimación hídrica y al de uso inotrópico. Sin embargo, referente a las intervenciones con vasopresores se observa tendencia a opiniones opuestas entre el análisis gasométrico y ecográfico. Si el uso de gasometría para la toma de decisiones fuera suficiente, el uso de ecografía no llevaría a cambios de decisiones.

## MORBI – MORTALIDAD EN PACIENTES CON SHOCK HEMORRÁGICO TRAUMÁTICO CON ÍNDICE DE SHOCK MAYOR A 1.0, INGRESADOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

Jessica Juve Gallardo Ramírez; Lidia Gutiérrez Hernández;

José Luis Julio Pérez Mejía; Sergio Moreno García

Hospital General Pachuca, Hidalgo.

**Objetivo:** Determinar la morbilidad y mortalidad del shock hemorrágico en pacientes traumatizados a través de la capacidad de predicción del Índice de shock (IS) mayor a 1.0. Diseño: Cohorte retrospectiva. Atención Médica especializada en la Unidad de Cuidados intensivos de un Hospital de segundo nivel. Pacientes politraumatizados (injury severity score (ISS) > 15, ingresados a la Unidad de Cuidados intensivos en el período comprendido del 01 de enero del 2020 al 31 de diciembre del 2022. **Material y métodos:** Estudio de revisión, descriptivo, retroelectivo, analítico, transversal, unicéntrico, donde se obtuvo información del sistema de expedientes electrónicos de los pacientes con el diagnóstico de shock hemorrágico. Se calculó el IS a su ingreso, elevado mayor a 1.0, se evaluó los días de estancia hospitalaria, días de ventilación mecánica, transfusión sanguínea, necesidad de tratamiento quirúrgico y mortalidad. Utilizando el programa estadístico informático (SPSS), con análisis de las variables cualitativas que expresen en frecuencia y porcentaje y las variables cuantitativas mediante promedios, el análisis bivariado se realizó mediante la correlación de Pearson. **Resultados:** Se incluyeron 140 pacientes, el 65 % (91) varones, 35 % (49) mujeres, edad 16 a 60 años, mediante la correlación de Pearson una relación directa muy fuerte entre el índice de shock y el grado de shock con un 81% (0.815) con una P significativa de 0.000. Con la de Spearman una relación negativa débil de 25% (-0.256) entre el IS y mortalidad con una P significativa de 0.002, relación positiva media entre el índice de shock y la necesidad de transfusión de concentrados eritrocitarios en las primeras 24 horas en un 67% (0.673) con una P significativa de 0.000. Relación negativa muy débil de 18% (-0.187) entre el IS y la necesidad de ventilación mecánica con una P significativa de 0.073. **Conclusiones:** El índice de Shock es un predictor de morbi – mortalidad de fácil aplicación para pacientes con Shock hemorrágico postraumático.

## MORTALIDAD CON USO DE PLASMAFÉRESIS DE ALTO VOLUMEN VS MANEJO CONVENCIONAL EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA HEPÁTICA AGUDA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

Jesús Enrique Castrejón-Sánchez; José Carlos Gasca-Aldama; Nancy Verónica Alva-Arroyo; Marcos Antonio Amezcua-Gutiérrez; Karen Harumi López-Rodríguez; Marcos Vidals-Sánchez

Hospital Juárez de México, Secretaría de Salud/Hospital Ángeles Mocol.

La insuficiencia hepática aguda es una patología poco común, sin embargo, cuando se presenta requiere de un manejo multidisciplinario y de ingreso a unidad de cuidados intensivos. La incidencia reportada llega a ser de no más de 2000 casos por año en los Estados Unidos, en México se desconoce la cifra exacta. Las causas más comunes son sobredosis de paracetamol e infección por virus hepatotropos. En los últimos años con el advenimiento de nuevas tecnologías y nueva evidencia, se han implementado estrategias de tratamiento de soporte hepático extracorpóreo para estos pacientes, como es la plasmaféresis de alto volumen, la cual se ha comparado contra la terapia convencional, reportando resultados con reducción de la mortalidad, menos días de estancia en la unidad de cuidados intensivos y mejores resultados en pacientes transplantados. En nuestra cohorte el grupo sobrevivientes utilizó en mayor porcentaje el soporte extracorpóreo con un 38.4%, en contraste con el grupo con mayor mortalidad en quienes solo se usó en el 14.3% (p .018). Deduciendo que los pacientes con mayor mortalidad no recibieron plasmaféresis y además la muerte ocurrió de manera temprana entre los días 1 a 3 (p.006). Dicha diferencia presenta significancia estadística en el análisis bivariado. Hasta el momento es el único estudio en unidad de cuidados intensivos en México que evalué la mortalidad en este grupo de pacientes utilizando el recambio plasmático de alto volumen como terapia extracorpórea versus tratamiento estándar.

## PREDICTORES DE ÉXITO EN EL DESTETE VENTILATORIO DE PACIENTES NEUROCRÍTICOS

Hugo Eduardo Guerreo Topete; Ma. Natalia Gómez González; Omar Alejandro García Pimentel; Fernando Santiago García; Carlos Jiménez Correa; Pedro Luis González Carrillo

IMSS, UMAE, Hospital de Especialidades No. 1, CMN del Bajío, León, Guanajuato, México.

**Introducción:** La información disponible acerca de los procesos de retiro de la ventilación mecánica luego de una lesión neurológica severa es escasa. Las estrategias empleadas han sido extrapoladas de investigaciones y protocolos obtenidos de poblaciones sin patología neurocrítica. **Objetivo:** identificar el mejor predictor asociado al resultado del destete ventilatorio en pacientes neurocríticos. Diseño. Se realizó un estudio observacional, analítico, longitudinal y ambispectivo, en un hospital del tercer nivel de atención, con una muestra total de 56 pacientes. Se realizaron pruebas de correlación, curvas ROC y un modelo de regresión lineal múltiple. **Ámbito:** Pacientes neurocríticos con VMI en la UCI. Intervención: se registró un protocolo de Weaning con las siguientes Variables de interés: resultado del destete (fracaso éxito), VISAGE, FOUR, NIF, P01, Pico flujo, Yang/Tobin. **Resultados:** 25 pacientes presentaron éxito al destete (44.64%) y 31 pacientes fracasaron (55.36%). Los días de ventilación mecánica tuvieron una correlación fuerte con el fracaso al destete (r 0.856 p <0.001). La valoración neurológica por escala FOUR al destete presentó una correlación negativa moderada (r -0.474 p<0.001). En la regresión lineal simple se obtuvo una R 0.474, la cual aumenta a R 0.938 con la suma de las otras variables predictoras. **Conclusiones:** De las pruebas predictoras de extubación, tiene mayor relevancia la Escala de VISAGE, prueba P0.1 y pico flujo, para obtener mayor resultado de éxito en el destete de paciente con afección neurológica con VMI que se someterán a un proceso de weaning.

## PRESIÓN DE PERFUSIÓN MEDIA VS CREATININA COMO PREDICTOR DE LESIÓN RENAL AGUDA EN PACIENTES CON CHOQUE SÉPTICO

Amairani Montserrat Garcia Uribe

Hospital General La Villa, Secretaría de Salud. CDMX.

**Introducción:** La lesión renal aguda es una de las complicaciones más frecuentes en los pacientes críticamente enfermos que afecta al 50-60% de los pacientes ingresados en la UCI entre los cuales una de las causas más comunes se encuentra el choque séptico. Determinar la presión de perfusión media con la medición de la presión arterial media y la presión venosa central evalúa indirectamente la presión de perfusión renal. **Objetivo general:** Demostrar que la presión de perfusión media es útil como predictor de progresión y lesión renal aguda antes que la creatinina en pacientes con choque séptico. **Hipótesis:** La presión de perfusión media disminuida se asocia como predictor y progresión de lesión renal aguda antes que la creatinina en pacientes con choque séptico. **Material y métodos:** Estudio observacional, descriptivo, ambispectivo y longitudinal. El universo fueron los pacientes que ingresaron a la UCI del Hospital General La Villa del 1 de enero del 2021 al 30 de junio de 2023. Durante la investigación se seleccionaron a pacientes con ingreso a la UCI con diagnóstico de choque séptico que cumplieron con los criterios de selección. Se recolectó información referente a la presión arterial media, presión venosa central y creatinina al ingreso y a las 6 horas para el cálculo de la presión de perfusión media, así como el género, edad, comorbilidades, días de estancia y motivo de egreso. Una vez concluida la recolección de datos, se concentraron en una hoja de cálculo de Microsoft Excel para posteriormente ser analizados a través del software estadístico SPSS IBM 25. **Resultados:** Se evaluaron un total de 91 pacientes. La media de edad fue de 49 (DE 14.5), el género masculino fueron 63% (n=54), la mediana de días de estancia 4.0 (rango 2-7.25), entre las comorbilidades 40 pacientes (44%) no presentaron, conti-



nuando la diabetes mellitus en 24.2 %. La media de PPM al ingreso fue de 62.9 (DE 10.9), la PPM posterior 69.2 (DE 8.5), los pacientes que desarrollaron lesión renal aguda fueron 73.6% (n=67), de los cuales 36.3%, resolvió la lesión renal aguda es decir un 50% de los afectados. La mortalidad fue de 47.6% (n=46). **Conclusión:** La presión de perfusión media igual o menor de 60mmHg es útil como predictor de progresión y lesión renal aguda en pacientes con choque séptico.

### PRESION INTRACRANEAL POR CATETER INTRAPARENQUIMATOSO VERSUS DIAMETRO DE LA VAINA DEL NERVIÓ OPTICO POR ULTRASONIDO

Alan Abdala Ruiz Ortega; Felipe De Jesús Montelongo; Jonathan Galindo Ayala; Nancy Verónica Alva Arroyo; Rafael Tapia Velasco; Erick Josué Lázaro Montes de Oca  
Hospital General de Ecatepec "Las Américas" ISEM/ Hospital Ángeles Mocel.

**Introducción:** La hipertensión intracraneal es un síndrome caracterizado por aumento sostenido durante >5-10 minutos de la presión intracraneal por arriba de 20 milímetros de mercurio. Son necesarias las herramientas que miden la presión intracraneal para dar un tratamiento oportuno y mejorar los días de estancia en la unidad de cuidados intensivos además de la mortalidad. **Objetivo:** Correlacionar el diámetro de la vaina del nervio óptico medido ecográficamente, contra el método estándar; el catéter intraparenquimatoso cerebral, como predictores de hipertensión intracraneal. **Material y métodos:** Estudio prospectivo, longitudinal, experimental y analítico, en pacientes mayores de 16 años de ambos sexos, que ingresaron a la neurointensiva. Se realizaron mediciones de la vaina del nervio óptico y se les colocó catéter intraparenquimatoso cerebral por intensivistas a 8 pacientes, realizándose mediciones cada 4 horas, teniendo en total 181 mediciones. **Resultados:** Se realizó una correlación por el método estándar, entre el diámetro de la vaina del nervio óptico versus presión intracraneal, con gráfico de dispersión, donde se obtuvo ( $R^2=0.89$ ,  $p < .0001$ ), siendo una correlación fuerte. Para finalizar se graficó un Bland Altman Plot para comparar el método a prueba con el estándar de referencia, obteniendo un Bias (diferencia de medias)  $-0.188 (\pm .53)$ , límite inferior  $-1.231$  límite superior  $0.8537$ , mostrando una correlación fuerte. **Conclusiones:** La medición de la vaina del nervio óptico es equitativa con la medición de la presión intracraneal mediante el uso de catéter intraparenquimatoso cerebral por lo tanto podemos disponer de ambos métodos para medir la presión intracraneal y guiar nuestro manejo médico.

### PROCALCITONINA VS DÍMERO D COMO PREDICTORES DE MORTALIDAD EN SEPSIS

Angélica Guzmán Herrera  
Hospital General La Villa de la SSCDMX.

**Introducción:** Se considera que hasta un 50% de las camas en UCI son ocupadas por pacientes con sepsis. La sepsis es la causa más común de muertes intrahospitalarias y cuesta más de 24 mil millones de dólares al año a nivel mundial. Objetivo general: Demostrar que el dímero D es mejor que la procalcitonina para predecir la mortalidad en pacientes con sepsis. Hipótesis: La procalcitonina es mejor que el Dímero D para predecir la mortalidad en pacientes con sepsis. **Material y métodos:** Estudio observacional, descriptivo, longitudinal, ambispectivo, comparativo y analítico. Población de estudio. Pacientes que ingresen a la Unidad de Cuidados Intensivos Adultos, del Hospital General La Villa de la SSCDMX. Periodo de estudio es de abril 2022 a junio 2023. **Resultados:** Se revisaron 250 expedientes de los cuales se seleccionaron 66 pacientes, de los cuales la media de edad fue de 50 años con una ( $\pm 15.3$ ), el género masculino fue (54.5% n=36), la mediana de días de estancia intrahospitalaria fue de 4 (rango 2-7.25), la mediana de procalcitonina inicial 7.4 ng/ml (rango 3.3-43.3), la mediana de procalcitonina a las 24 horas 11.3 ng/ml (rango 5.8-51.8), la mediana de Dímero D inicial 2400  $\mu\text{m}/\text{ml}$  (rango 1487-3772), la mediana de Dímero D a las 24 h, 3175  $\mu\text{m}/\text{ml}$

(rango 1665-4554). Entre las comorbilidades, la DM (33.3% n=22), HAS (27.3% n=18), Hepatopatía (6.1% n=4), ERC 4.5% n=3), ningún paciente con EPOC, Embarazo (4.5% n=3), neoplasias (1.5% n=1), cardiopatía (1.5% n=1), la mortalidad en este estudio fue de 37.9%. Se realizó un análisis multivariado de riesgo, con gráfico de supervivencia Kaplan Meier y se observó procalcitonina inicial OR 1.71 (IC 95% 1.43-3.19,  $p < .045$ ), procalcitonina a las 24 horas, un OR .53 (IC 95% .620-2.37,  $p < .063$ ); el Dímero D inicial mayor de 500 obtuvo un OR 1.40 (IC 95% 1.27-2.72,  $p < .030$ ), el Dímero D a las 24 h que continuó elevado mayor de 500 obtuvo un OR 2.0 (IC 95% 1.62-2.36,  $p < .004$ ). **Conclusiones:** La procalcitonina tiene mayor impacto en la mortalidad que el dímero D. El dímero D tiene igual impacto que la procalcitonina en la mortalidad a las 24 horas.

### PUNTAJE APP (Age, PaO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub>, Plateau) PREDICE MORTALIDAD EN CHOQUE SÉPTICO DE ETIOLOGÍA PULMONAR

Job Torres García, Jesús Salvador Sánchez Díaz; Karla Gabriela Peniche Moguel; José Manuel Reyes-Ruiz; Guadalupe Maricela Solís Casas; María Verónica Calyeca Sánchez  
Hospital de Especialidades No. 14, Centro Médico Nacional "Adolfo Ruiz Cortines", IMSS, Veracruz, México.

**Introducción:** Cerca del 70 % de pacientes con choque séptico requerirá ventilación mecánica (VM), siendo el principal sitio de infección el pulmonar. Las escalas pronósticas ayudan en la toma de decisiones, por lo que deben ser fáciles, reproducibles y particulares de cada patología. El puntaje APP (Age, PaO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub>, Plateau) es un instrumento que nos puede ayudar a clasificar de manera individual la mortalidad. **Objetivo:** Evaluar la utilidad del puntaje APP para predecir mortalidad en choque séptico pulmonar. **Material y métodos:** Estudio de cohorte, retrospectivo, observacional, analítico. Se realizó en la unidad de cuidados intensivos (UCI) en el periodo comprendido entre el 5 de mayo del 2015 al 31 de diciembre del 2019. Consistió en la revisión de expedientes médicos. Se clasificó a la población en grupo 1 puntaje APP  $\leq 6$  puntos y grupo 2 puntaje APP  $> 6$  puntos, se dio seguimiento al desenlace en UCI. **Resultados:** Se incluyeron 35 pacientes, el grupo 1 incluyó 18 pacientes y 17 pacientes para el grupo 2. La mortalidad en el grupo 1 fue de 39% y del 59% para el grupo 2  $p=0.86$ . El puntaje APP  $> 6$  puntos presento OR 1.12 (IC95% 1.06 – 4.24)  $p=0.04$  para mortalidad. El PM (poder mecánico)  $> 22$  j/min reporto AUC 0.77,  $p=0.02$ . **Conclusión:** En choque séptico pulmonar presentar un puntaje APP  $> 6$  puntos incrementan la mortalidad. Debemos determinar el pronóstico de los pacientes de manera individual, basándonos en el principal órgano involucrado, de otra manera, podríamos subestimar la mortalidad al utilizar escalas pronosticas generales.

### RATIO VENTILATORIO COMO ÍNDICE PREDICTOR DE FRACASO AL RETIRO DE LA VENTILACIÓN MECÁNICA INVASIVA EN EL PACIENTE CRÍTICAMENTE ENFERMO

Alejandra Esquivel Pineda; Lillian Jovana Herrera Parra; Brenda del Mazo Montero; Cristhian Josué Gaytán García; Braulia Aurelia Martínez Díaz; Janet Silvia Aguirre  
Centro Médico ABC.

**Introducción:** el destete de la ventilación mecánica invasiva (VMI) es un elemento esencial en la atención de pacientes críticamente enfermos. A pesar de esto, la incidencia de falla al retiro de la VMI no es nada despreciable, aun teniendo buenos predictores de éxito a la extubación. Se ha descrito al ratio ventilatorio (RV) como una herramienta fácilmente aplicable a pie de cama, para evaluar el deterioro ventilatorio del paciente. Su valor refleja la capacidad de los pulmones para eliminar CO<sub>2</sub>. En diversos estudios se ha descrito al RV elevado como predictor independiente de mortalidad en pacientes con síndrome de distrés respiratorio agudo (SDRA); sin embargo, al momento no existen estudios que avalen su uso como herramienta para determinar la probabilidad de fracaso al retiro de la VMI. Obje-

tivo general: Evaluar la utilidad del RV para predecir fracaso al retiro de la VMI en el paciente críticamente enfermo. **Material y métodos:** estudio retrospectivo, cohorte histórica, en pacientes en la unidad de cuidados intensivos (UCI) del Centro Médico ABC de agosto de 2021 a agosto de 2023. Se evaluaron pacientes con VMI en protocolo de destete ventilatorio. Se calculó el RV con la fórmula  $RV = VE \text{ medido} \times PaCO_2 \text{ medida} / VE \text{ predicho} \times PaCO_2 \text{ ideal}$ . Se realizó un análisis de curva ROC y área bajo la curva para determinar el mejor rendimiento predictivo del RV para el fracaso al retiro de la VMI. Se establecieron los puntos de corte de 1, 1.2, 1.4, 1.6 y se calculó sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo y valor predictivo negativo a cada uno. Así mismo, se estimó el coeficiente de regresión para cada punto de corte a través de modelos de regresión logística. Para todas las determinaciones se estimó el intervalo de confianza al 95% y se consideró un valor  $p < 0.05$  como estadísticamente significativo. **Resultados:** el punto de corte con mejor rendimiento para predecir falla a la extubación fue un  $RV > 1.4$  con S 82.6%, E 56.4%, VPP 52.8% y VPN 84.6%. Así mismo, el RV se asoció positivamente con la mortalidad de pacientes en la unidad de terapia intensiva. Para este respecto, el mejor punto de corte fue  $RV > 1.6$  con S 72.7%, E 76.5%, VPP 40.0% y VPN 92.9%. **Conclusiones:** El  $RV > 1.4$  es una nueva herramienta para predecir falla al retiro de la VMI.

### RESPUESTA A VOLUMEN CON ELEVACION PASIVA DE PIERNAS, GASTO CARDIACO POR ECOCARDIOGRAFIA TRANSTORACICA Y TERMODILUCIÓN

Margarito Cortés Meza; Felipe de Jesús Montelongo;  
Erick Josué Lázaro Montes de Oca; Nancy Verónica Alva Arroyo;  
Gerardo Tipacamu Rocha

Hospital General "Las Américas" ISEM. México/ Hospital "Ángeles Mocoel".  
México/ Hospital Gilberto Gómez Maza. Instituto de Salud de Chiapas. México.

**Introducción:** Es de gran importancia determinar a los pacientes respondedores y no respondedores a la precarga de líquidos, ya que es el tratamiento más común en la unidad de cuidados intensivos y es la elevación pasiva de piernas la que nos ayuda a determinar la respuesta la cual depende de la reserva cardíaca y su función sistólica, mismos que corroboramos al observar el comportamiento en la curva de Frank-Starling. Por lo que es imprescindible contar con una maniobra como prueba dinámica, para evaluar los cambios en el gasto cardíaco y en ese sentido se puede utilizar al catéter de Swan-Ganz como estándar de referencia y a la ecocardiografía transtorácica. **Material y métodos:** Se trata de un estudio prospectivo, correlacional, ciego y longitudinal. Realizado en la unidad de cuidados intensivos del Hospital General de Ecatepec Las Américas, a los pacientes mayores de 16 años a los que se les realizó monitoreo hemodinámico invasivo con toma de gasto cardíaco por termodilución y gasto cardíaco por ecocardiografía transtorácica point of care antes y después de elevarle las piernas. Entre el 01 de junio de 2022 y 31 de mayo de 2023. **Resultados:** se obtuvo una correlación de moderada a fuerte entre GC por EcoTT versus por TD, donde se obtuvo ( $R^2=0.73$ ,  $p < .001$ ), la variación del GC tras la maniobra de EPP se determinó en porcentaje, la media de la variación del GC por EcoTT fue 14.8 % ( $\pm 2.1$ ) y por TD fue de 15.04 % ( $\pm 2.1$ ). **Conclusiones:** La monitorización hemodinámica de la respuesta a volumen mediante ecocardiografía point of care es una técnica precisa que cuenta con una correlación de moderada a fuerte y concordante al ser comparada con la termodilución.

### RIESGO NUTRICIONAL ASOCIADO AL INICIO DE TERAPIA DE REEMPLAZO RENAL Y LA MORTALIDAD

Diana Beatriz Escamilla Sarmiento; Martín Mendoza Rodríguez  
Hospital General de la Villa, SSA.

**Introducción:** La lesión renal aguda es una complicación común en pacientes en estado crítico siendo una de las principales complicaciones asociada a diferentes patologías tanto traumáticas como no traumáticas, generando como complicación el daño renal el cual ame-

ritando terapia de reemplazo renal continua asociándose con mayor incremento de la mortalidad, mayor incremento en la estancia intrahospitalaria, por lo tanto incrementando en los ítems tomados en cuenta como parte de la escala NUTRIC SCORE modificada por lo que incrementa puntaje en la misma generando incremento del riesgo nutricional. **Objetivo:** Demostrar que existe un riesgo nutricional mediante el uso de la escala NUTRIC SCORE modificada y su asociación con la terapia de reemplazo renal y la mortalidad. Hipótesis: No aplica en este estudio. **Material y métodos:** Se realizó un estudio observacional, descriptivo, retrospectivo y analítico, donde se procede a la recolección de datos a todos los pacientes que ingresen a la unidad de terapia intensiva se registraron los resultados de NUTRIC SCORE modificada en los pacientes con terapia de reemplazo renal continua desde el 1 de marzo del 2022 hasta el 31 de junio del 2023. **Resultados:** Se identificó que la escala NUTRIC SCORE modificada con un puntaje mayor de 5 puntos se relaciona a riesgo de nutrición alto observándose que la mayoría de los pacientes los cuales tuvieron lesión renal aguda y contaron con terapia de reemplazo renal se encontraron en este grupo de estudio. Los valores obtenidos se observaron que la escala de NUTRIC SCORE modificada daba un valor positivo en los pacientes con lesión renal aguda que requirieron de terapia de reemplazo renal. **Conclusiones:** mayor incremento del puntaje de la escala de NUTRIC SCORE modificada en relación con los pacientes que durante su estancia en la unidad de cuidados intensivos se diagnosticaron con lesión renal aguda su probabilidad de el requerimiento de terapia de reemplazo renal continua durante su estancia fue mayor a comparación con los pacientes con un puntaje menor de la escala de NUTRIC SCORE modificada con bajo riesgo nutricional.

### SEGURIDAD DE LA COLOCACIÓN DE ACCESOS VASCULARES CENTRALES GUIADOS POR ULTRASONIDO EN PACIENTES OBSTETRICAS CÓDIGO MATER, EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

Yuliana Lopez Téllez; Felipe de Jesús Montelongo;  
Nadia Paola Payan Santos; Víctor Eduardo García Orozco;  
Rafael Tapia Velasco; Nancy Verónica Alva Arroyo

Hospital General Las Américas ISEM.

**Introducción:** El empleo del ultrasonido (USG) en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) para guiar la punción y cateterización de estructuras vasculares se ha convertido en un procedimiento que ofrece muchas ventajas y que promete hacer de la instalación de accesos vasculares una técnica más precisa y sobre todo más segura, con una reducción significativa de complicaciones y el tiempo de inserción, sin embargo, esta técnica no se ha estudiado en la población de pacientes obstétricas graves y al ser considerada una técnica superior a la técnica por referencias anatómicas, podría impactar en la calidad de atención de la pacientes y directamente en la mortalidad y morbilidad materna. **Objetivo:** Presentar los resultados obtenidos de la colocación de accesos vasculares guiados por ultrasonido en la atención de las pacientes obstétricas graves código mater. **Material y métodos:** Se realizó un estudio retrospectivo, en un periodo comprendido del 1 de enero del 2015 al 30 de mayo del 2023. Se incluyeron todas las mujeres obstétricas graves que ingresaron a la UCI que se les activo código mater y a la cuales se les colocó catéter venoso central (CVC) con técnica guiada por USG, el resto de los datos, en la cual se registraron la presencia de complicaciones atribuible directamente al procedimiento, el tiempo de colocación desde la punción venosa hasta la colocación de la guía metálica, así como el número de intentos de punción al vaso, así como se obtuvieron del expediente clínico datos demográficos y se registraron en una hoja de recolección de datos. **Resultados:** Se incluyeron un total de 121 pacientes obstétricas graves códigos mater. El éxito de colocación de CVC por técnica guiada por USG fue del 100%, en 112 pacientes (92.6%) no se presentaron complicaciones y solo 9 pacientes (7.4%) si las presentaron, siendo la más frecuente la punción arterial 6 (5%). La media de tiempo de colocación fue de 10.2 segundos ( $\pm 1.9$ ), y el número de intentos fue de 1 en 105 pacientes (86.8%), 2 intentos en 15 pacientes (12.4%) y

3 intentos en 1 paciente (0.8%). **Discusión:** La colocación de CVC guiada por USG en pacientes obstétricas graves es segura y disminuye la frecuencia de complicaciones, en comparación con la colocación por referencias anatómicas, ya que con esta técnica en la literatura se reporta desde 5 hasta el 19% de complicaciones que incluso pueden ser fatales, en nuestro estudio se demuestra la superioridad de la técnica guiada por USG. Nuestro estudio es el primero en reportar estos hallazgos en pacientes obstétricas en las que se activó código mater incrementando el nivel de seguridad en los procedimientos asociados a los cuidados de la salud. **Conclusiones:** El uso de USG para la colocación de CVC en pacientes obstétricas graves es seguro proporcionando a las pacientes seguridad y calidad de atención, impactando directamente en la morbilidad y mortalidad materna. Se requieren realizar estudios multicéntricos y con mayor número de pacientes para ser concluyentes.

#### TECNICA DE MINISELLO, UNA NUEVA ALTERNATIVA DE ABORDAJE INTRAPLEURAL DE MINIMA INVASION

Nadia Paola Payán Santos; Felipe de Jesús Montelongo;  
Jonathan Galindo Ayala; Yuliana Téllez López;  
Miguel Trujillo Martínez; Rafael Tapia Velasco

Hospital General Las Américas, ISEM.

**Introducción:** Se ha discutido el uso de diferentes tratamientos para el neumotórax secundario con amplia información sobre el manejo del neumotórax traumático iatrogénico y no iatrogénico con uso de sondas de pleurostomía generalmente de gran calibre, siendo un procedimiento susceptible de complicaciones; sin embargo, no hay evidencia que respalde el uso de catéter de mini calibre. **Objetivo:** Describir la técnica y los resultados del minisello en el tratamiento del neumotórax secundario traumático. **Material y métodos:** Se realizó un estudio piloto y cuasiexperimental, con 41 pacientes que ameritaban manejo de neumotórax secundario a diferentes entidades. Se evaluó el éxito del procedimiento mediante el análisis comparativo de los casos exitosos y no exitosos, evaluando además el tiempo de colocación y complicaciones. **Resultados:** El éxito del procedimiento de minisello fue del 65.85%. Se obtuvo una media de 6 minutos desde la introducción del catéter hasta la evacuación total del neumotórax y 0% de complicaciones asociadas al procedimiento en 41 pacientes. En el análisis comparativo no se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas en ninguna variable con respecto de los procedimientos exitosos y no exitosos. **Discusión:** El manejo de los pacientes con neumotórax secundario traumático, en especial el asociado a los cuidados de la salud por acceso venoso subclavio, complicación relativamente frecuente en la unidad de cuidados intensivos, nos lleva a explorar nuevas alternativas que ofrezcan mejores ventajas que el abordaje rutinario con una sonda de pleurostomía de gran calibre. **Conclusiones:** La colocación de minisello es un método alternativo, exitoso y seguro para el paciente, con un corto periodo de tiempo de instalación y por el calibre del catéter probablemente mejor confort.

#### TOLERANCIA DE LA DIETA ENTERAL CONTINUA EN COMPARACIÓN CON DIETA ENTERAL INTERMITENTE EN PACIENTES CON CHOQUE Y USO DE VASOPRESOR

María Lucia Rodríguez Vargas; Juan Carlos Medina Barrios;  
Claudia Nelly Cruz Enríquez; Edgar Bravo Santibáñez

UMAE HE No. 1 CMN Bajío, IMSS. León Guanajuato.

**Introducción:** El estado de choque puede provocar alteraciones del flujo a nivel intestinal, en la mucosa y en la motilidad, en este estado, la norepinefrina es el vasopresor de primera elección. La nutrición enteral temprana ha demostrado mejorar la evolución clínica de los pacientes y se ha demostrado seguridad con el uso de vasopresores; sin embargo, existen diferentes modalidades de la nutrición enteral (aporte continuo y el aporte intermitente), al momento no se conoce cuál de las modalidades de aporte enteral tenga mejor tolerancia en pacientes con vasopresores. **Objetivo principal:** Establecer la diferencia en la tolerancia de la dieta enteral continua en comparación con

la dieta enteral intermitente en los pacientes con vasopresores. **Material y métodos:** Se incluyeron a todos los pacientes que ingresaban a terapia intensiva con requerimientos de norepinefrina a dosis de 0.1-0.3 mcg/kg/min y dieta enteral en las primeras 24 horas, los dos grupos del estudio fueron aquellos con nutrición continua y nutrición intermitente, a ambos grupos se dio seguimiento por 5 días observado datos de intolerancia a la dieta enteral. El análisis estadístico se realizó prueba de Chi cuadrada, análisis univariado con RR e IC al 95% y un análisis de regresión logística múltiple. **Resultados:** total de 58 pacientes analizados, entre los dos grupos no se observó diferencia en la tolerancia a la dieta enteral (24.1% vs 17.2%,  $p=0.520$ , RR 1.4 IC al 95% 0.50 – 3.9), el principal síntoma de intolerancia fue el residuo gástrico (75%), se reportó incremento en la mortalidad en los pacientes con intolerancia a la dieta enteral ( $p=.019$ , RR 3.84 IC al 95% 1.24 – 11.8), y el uso de doble vasopresor fue un factor de riesgo asociado a la intolerancia de la dieta enteral (OR 8.9, IC al 95% 2.20 – 12.14). **Conclusiones:** No existe diferencia en la tolerancia de la dieta enteral intermitente en comparación con la dieta enteral continua en pacientes con choque y uso de norepinefrina.

#### ULTRASONIDO DEL CUÁDRICEPS FEMORAL PARA MONITORIZAR LA NUTRICIÓN EN EL PACIENTE CRÍTICAMENTE ENFERMO

Clemente Carlos Gaitán Suárez, Juan Antonio Pérez Amador;  
Héctor Alejandro Ramírez García; Víctor Manuel Sánchez Nava;  
Carlos Eduardo Chávez Pérez

Hospital San José y el Hospital Zambrano Hellion, Tec Salud / Hospital Metropolitano "Dr. Bernardo Sepúlveda", Secretaría de Salud.

**Introducción:** Los pacientes críticamente enfermos que ingresan a la unidad de cuidados intensivos experimentan una pérdida acelerada de su masa muscular, la cual puede monitorizarse por ultrasonido de cuádriceps femoral. **Objetivo:** Definir la existencia de cambios en el grosor del cuádriceps femoral y su correlación con el déficit calórico del paciente críticamente enfermo como un medio de evaluación nutricional. **Material y métodos:** Estudio observacional, prospectivo y unicéntrico de evaluación por ultrasonido del grosor del cuádriceps femoral comparado entre los días 3, 7 y 10 de estancia hospitalaria, el déficit calórico total, y los desenlaces de mortalidad. **Resultados:** De los 50 pacientes evaluados, se incluyeron 30 en total con edad promedio de 49.6 años, siendo 60% de sexo femenino. Se identificó una disminución gradual del grosor del músculo cuádriceps femoral para el día 10 ( $p=0.01$ ) lo cual tuvo correlación con el déficit calórico identificado desde el quinto día de estancia hospitalaria ( $p=0.013$ ,  $r^2=-0.54$ ). Las medidas no se correlacionaron con la mortalidad ( $p=0.35$ ), ni los días de estancia hospitalaria ( $p=0.99$ ,  $r^2=-0.0$ ). **Conclusión:** La medición del recto femoral por ultrasonido es una herramienta útil para la evaluación nutricional del paciente críticamente enfermo, aún al no presentar correlación con los desenlaces de mortalidad o días de estancia hospitalaria.

#### UN LEGADO DE 50 AÑOS; SATURACIÓN VENOSA CENTRAL DE OXIGENO SU UTILIDAD EN EL ABORDAJE DEL CHOQUE SÉPTICO

Álvaro Flores Romero; Jorge López Fermín;  
Jorge Samuel Cortes Román; Juan Marcelo Huanca Pacajá

Hospital de Alta Especialidad ISSSTE Veracruz.

**Introducción:** El choque séptico es una entidad frecuente en áreas críticas, durante el abordaje nos enfrentaremos a una toma de decisiones, que en gran porcentaje de los casos estaremos condenados e errar, la determinación clínica puede ser el primer paso, los marcadores de perfusión tisular global, como la SvcO<sub>2</sub> descrita en los años 70s, nos brindaron un reconocimiento temprano de un estado de perfusión inadecuada, las intervenciones deben ser objetivas para mejora del curso, pronóstico y desenlace en la unidad de cuidados intensivos. **Objetivo:** Analizar la asociación que existe entre la saturación venosa central de oxígeno (SvcO<sub>2</sub>) como un factor de riesgo de des-

enlace por mortalidad en una muestra de 120 pacientes con diagnóstico de choque séptico en la unidad de cuidados intensivos. **Material y métodos:** Tipo de estudio Descriptivo, Transversal, Observacional y retrospectivo. **Resultados:** Se clasificaron como estado de choque normodinámico (SvcO<sub>2</sub> < 80%) (n=9) y como hiperdinámico (SvcO<sub>2</sub> ≥ 80%) (n=111). Se evaluaron índices de perfusión por un análisis multivariado (lactato (p=0.13) 5.6 ± 1.1, delta de CO<sub>2</sub> (p=0.92) 9.2 ± 3.8, Índice mitocondrial (p≤0.001) 1.99 ± 0.40; la mortalidad global 59.2% (n=71) de los pacientes con choque séptico normodinámico, 40% tuvieron un desenlace por defunción, mientras que, en el grupo de choque séptico de los pacientes hiperdinámicos, fueron 59% (p = 0.046). La regresión logística ajustada de la saturación venosa central de oxígeno; por cada 1% por arriba de 80% incrementa el riesgo asociado a muerte 16 veces más en comparación menor de 80%. **Conclusión:** La alteración del flujo sanguíneo micro circulatorio y la presencia de anaerobiosis son comunes en pacientes con estado de choque séptico y están asociados a un incremento en la mortalidad, la evaluación de la saturación venosa central de oxígeno y los índices de perfusión tisular podrían ser una ruta factible.

### UN MÉTODO ESTÁNDAR PARA LA ENTREGA DEL INFORME MÉDICO INCREMENTA LA SATISFACCIÓN CON LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

José Manuel Albisua Aguilar; Sergio Reyes Inurrigarro; Luis Rubén Lara Torres

Hospital Regional ISSSTE Puebla.

**Introducción:** La entrega de informes médicos a familiares de pacientes hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos (UCI) es crucial para una adecuada relación médico-paciente-familiar, toma de decisiones informada y salud mental de los familiares. En este estudio se implementó un método estandarizado de entrega de informes para mejorar la calidad de la información. **Objetivo:** Evaluar el efecto de una metodología estandarizada para la entrega del informe médico a familiares de pacientes hospitalizados en la UCI en el grado de satisfacción y calidad de la atención. **Material y métodos:** Se realizó un estudio intervencional, monocéntrico, con diseño *cross-over*. En una primera fase, se entregó el informe médico de manera tradicional y, posteriormente, se implementó una metodología para la entrega del mismo. La satisfacción y la calidad de la atención se evaluaron mediante un instrumento autoaplicado. **Resultados:** La implementación de una metodología estandarizada para la entrega del informe médico a familiares mejoró la satisfacción y la percepción en la calidad de la atención médica de los familiares de pacientes admitidos en la UCI. **Conclusiones:** La entrega de reportes médicos con un enfoque centrado en el paciente y la familia tiene efectos positivos en la satisfacción probablemente relacionado con la mayor claridad de la información proporcionada.

### UNA HERRAMIENTA MÁS ACCESIBLE... BIOMARCADORES SANGUÍNEOS EN LA EVALUACIÓN DE DESNUTRICIÓN EN PACIENTES CRÍTICAMENTE ENFERMOS

Diana Vianey Ortega Domínguez; Hugo Eduardo Guerrero Topete; Ma. Natalia Gómez González; Wilber Acoltzi Pérez; Pedro Luis González Carrillo

IMSS, UMAE HE No. 1 CMN del Bajío, León, Guanajuato, México.

**Introducción:** La prevalencia de la desnutrición en UCI es de 30-70%, la evaluación nutricional representa un determinante en el factor pronóstico del paciente crítico, con impacto directo en la mortalidad, duración de estancia hospitalaria, días de ventilación mecánica invasiva y frecuencia de infecciones. Además del ultrasonido muscular, algunos biomarcadores han demostrado ser útiles en la valoración nutricional, dentro de los cuales los niveles de fibrinógeno parecer ser el más prometedor para este fin, al igual que otros biomarcadores sanguíneos, sin embargo su utilidad no queda del todo clara en la valoración de pacientes críticamente enfermos, por lo que contar con una evaluación del proceso nutricional evaluada por ultrasonido y

biomarcadores, representa una herramienta accesible en la mayoría de las unidades de cuidados intensivos. **Material y métodos:** estudio observacional, analítico y longitudinal, se realizó en una Unidad de Cuidados Intensivos de tercer nivel, en un periodo comprendido del 1° de mayo 2022 al 15 de agosto 2023, con una muestra total de 70 pacientes, incluyendo: mayores de 18 años, estancia en UCI mayor a 72 horas, con falla orgánica por SOFA y APACHE II; Se excluyeron: pacientes con nutrición parenteral, mayores de 65 años; amputación de extremidades inferiores. Se realizó valoración sonográfica y se tomó muestra de sangre venosa al ingreso y a las 72 horas, dentro de los biomarcadores incluidos se determinaron valores de linfocitos, hematocrito, albúmina, fibrinógeno, PCR, triglicéridos y colesterol; se midió peso, talla, índice de masa corporal, superficie corporal; la medición por ultrasonido se realizó por escala de Heckmatt asignando graduación, y la medición del diámetro Antero posterior y latero lateral del músculo recto femoral. **Resultados:** La edad mediana registrada fue 41.5 RIC 28, se reportaron 28 hombres (40%) y 42 mujeres (60%). Al ingreso 10 pacientes (14.28%) presentaron sarcopenia; evolutivamente 14 presentaron sarcopenia; La edad presentó una correlación estadísticamente significativa con la presencia y el desarrollo de sarcopenia – desnutrición (Correlación Pearson), valorada al ingreso y a los 3 días de estancia en UCI, tanto para la escala de Heckmatt como para la medición del grosor del músculo recto femoral en la porción AP y LL. En la valoración al día 3 de estancia en UCI, de la escala de Heckmatt, se obtuvo una correlación negativa con la medición del Us. Mus RF-LL (r -0.313 p 0.008) y correlación positiva con el índice albúmina /fibrinógeno (r 0.246 p 0.04. Del análisis ROC la comparación de Heckmatt al ingreso el biomarcador que mejor AUC la escala de Heckmatt al día 3 con el resto de las variables del mismo día, la PCR fue la más representativa (AUC 0.753 p <0.001). Del resultado del Análisis ROC del US. Mus RF AP del día 3, el cociente albúmina/fibrinógeno obtuvo una AUC de 0.553. Los puntos de corte encontrados como predictores de sarcopenia-desnutrición fueron: para Us. Mus RF LL 1.56 (sensibilidad 84%, Especificidad 82%), del IAF fue de 3.8 (S 84.6%, E 70.2%) y de PCR 6.25 (S 92.3%, E 77.2%). Del resultado del modelo de regresión lineal múltiple por entrada forzada tomando las variables del día 3 de estancia, se demostró que no existe sesgo entre la sarcopenia-desnutrición y las demás variables incluidas (biomarcadores y Us. RF), demostrando asociación en el resultado principal (sarcopenia), contribuyendo en conjunto hasta en un 31.9%, siendo estadísticamente significativo determinado por la comparación entre variables del análisis ANOVA con un valor de p 0.03. **Conclusiones:** La valoración nutricional a pie de cama mediante ultrasonido resulta útil, al igual que la valoración por medio de biomarcadores de los cuales el cociente albúmina fibrinógeno y la PCR representaron mejores resultados. La medición del recto femoral en la porción latero lateral, el índice albúmina/fibrinógeno y niveles de PCR, resultan fiables para predecir sarcopenia-desnutrición en pacientes críticamente enfermos.

### USO TEMPRANO DE HIDROCORTISONA PARA LA DISMINUCIÓN DE MORTALIDAD EN PACIENTES CON CHOQUE SÉPTICO

Pablo Mora Ruiz; Pablo Núñez González; Cecilia Rodríguez Zárate; Reyna Carbajal Serrano; Braulia Aurelia Martínez Díaz; Janet Aguirre Sánchez

Centro Médico ABC.

**Introducción:** El choque séptico es la complicación más grave de sepsis con una alta mortalidad alcanzando en algunos estudios hasta el 50%. El tratamiento para los pacientes con choque séptico incluye el uso multimodal de cristaloides, vasopresores, antibióticos y esteroides. La evidencia sobre el uso de esteroides en esta población continúa siendo controversial debido a la falta de estandarización sobre el inicio de este fármaco en el contexto de choque séptico. El inicio de esta terapia como complemento fue expuesto desde el 2016 en las guías de la Campaña de Surviving Sepsis. En la última actualización sobre sepsis la recomendación sobre el inicio de hidrocortisona se realiza cuando a pesar de la terapia hídrica y vasopresora no son

capaces de restaurar la estabilidad hemodinámica. La dosis óptima, el tiempo de inicio y la duración del uso de esteroides sigue siendo incierto. Lo expuesto en los estudios es cuando no se logra mantener por más de 4 o 6 horas una presión arterial media mayor a 60 mmHg. Esto no condiciona un uso temprano ya que en el contexto de choque esto podría ocurrir después de las primeras 24 horas. Por lo anterior, se decidió realizar este estudio observacional para determinar la mortalidad en pacientes con uso temprano de esteroides en la unidad de cuidados intensivos. **Objetivo:** Determinar si el uso de hidrocortisona en menos de 12 horas en pacientes con choque séptico disminuye la mortalidad hospitalaria y a los 28 días. **Material y métodos:** Se realizó un estudio retrospectivo, analítico, retroprospectivo y longitudinal. Cohorte histórica. Se ingresaron pacientes con diagnóstico de choque séptico de cualquier etiología. Se dividieron en grupos de acuerdo al tiempo de inicio de esteroides. Menos de 12 horas o mayor de 12 horas. Los datos se recabaron del expediente electrónico. Para analizar los datos se empleó el sistema SPSS de IBM, versión 29. Los datos recolectados fueron ordenados y descritos en términos de estadística descriptiva, las variables nominales y ordinales se describieron mediante número absoluto y porcentaje; las variables numéricas se describieron, dependiendo del tipo de distribución, con intervalo, media y desviación estándar, o con intervalo, mediana y percentiles, para el análisis bivariado Efecto de las maniobras periféricas con el desenlace se utilizó  $\chi^2$  o prueba exacta de Fisher y el análisis multivariado se analizará la asociación entre Uso de hidrocortisona temprano (definido menos de 12 hrs) en pacientes con Choque séptico, se ajustó por las variables del estado basal, variables periféricas; a través de riesgos proporcionales de Cox, con sus HR y sus respectivos intervalos de confianza al 95% en su defecto se aplicará prueba de regresión logística. **Resultados:** Se evaluó la información de 70 pacientes con diagnóstico de choque séptico y uso temprano de hidrocortisona, < a 12 horas vs > a 12 horas, en la unidad de cuidados intensivos del Centro Médico ABC durante el periodo comprendido entre el 1ro de marzo de 2022 al 31 de agosto de 2023. La muestra estuvo conformada en el 51.4% (N= 36) y por 48.6% de pacientes del sexo masculino (N= 34). La edad mostró una mediana de 70.41 años (IQR 62.7,83.25) con un rango entre 18 y 84 años. Dentro del origen de choque séptico se encontró que la causa del choque séptico se debía a proceso abdominales (38.6%) y pulmonares (34.6%) principalmente seguida de procesos urinarios (21.4%). La mortalidad en el grupo de uso de hidrocortisona menor a 12 horas fue de 14 de los 37 pacientes (37.8%) y en el grupo de uso de hidrocortisona mayor a 12 horas fue de 5 de los 14 pacientes seleccionados en este grupo (35.7%) sin que existiera significancia estadística para mortalidad en la comparación de ambos grupos (P 0.92, IC 0.7-1.3).

#### VARIABILIDAD DE LA FRECUENCIA CARDIACA COMO PREDICTOR TEMPRANO DE MORTALIDAD EN PACIENTES CON SEPSIS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

Diana Gabriela Ángeles Carreón; Karen Sarai Martínez Romero; Christian Ramírez Barba; Luz Ma. Adriana Balderas Peña

Hospital de especialidades del Centro Médico Nacional de Occidente, Guadalajara, Jalisco.

**Introducción:** El índice LF/HF se ha relacionado con disminución en severidad de la enfermedad y mortalidad en pacientes con sepsis.

La variabilidad de la frecuencia cardiaca podría identificar de manera temprana al paciente con riesgo de deterioro. **Material y métodos:** Estudio observacional de casos y controles con cálculo del riesgo de mortalidad. Se estableció el punto de corte de la variabilidad como predictor de mortalidad. **Resultados:** Determinamos la relación LF/HF utilizando un punto de corte de 1.7 como estimador de riesgo de mortalidad con un OR de 32.3 (IC 95% = 1.1 a 914; p=0.042). Se estableció con una curva COR un punto de corte de 1.08, sensibilidad del 100% y una especificidad 68%. El análisis de la variabilidad con puntos de corte entre 1.08 y 1.4, valores mayores apuntan a un OR de 0.43 (IC 95% = 0.26 a 0.7; p< 0.001) y OR de 0.45 (IC 95% = 0.29 a 0.72; p< 0.001). **Discusión:** Nuestros hallazgos concuerdan con la evidencia, demostrando una relación de este índice como estimador de riesgo de mortalidad, incluso a 30 días. **Conclusión:** Existe una asociación entre la pérdida de la variabilidad de la frecuencia cardiaca como factor predictor de mortalidad en sepsis.

#### CORRELACION DE LA NUEVA ESCALA DE LOS REFLEJOS OSTEOTENDINOSOS EN PACIENTES CON PREECLAMPSIA CON LA ESCALA NATIONAL INSTITUTE OF NEUROLOGICAL DISORDERS AND STROKE EN PACIENTES CODIGO MATER

Diana María Espinosa Romero;

Felipe de Jesús Montelongo; Nancy Ortiz Chávez;

Jonathan Galindo Ayala; María Magdalena Reyes Pérez;

Miguel Trujillo Martínez

Hospital General Ecatepec Las Américas. ISEM.

**Introducción:** Las complicaciones neurológicas en pacientes embarazadas con preeclampsia con criterios de severidad representan una alta morbilidad y mortalidad en nuestro país y el mundo, lo que puede evitarse mediante el control clínico de los reflejos osteotendinosos profundos, recientemente ha sido creada una escala que evalué los reflejos osteotendinosos en las pacientes con preeclampsia, por lo que proponemos evaluar la correlación y concordancia con la escala de referencia NINDS Myotatic Reflex Scale. **Material y métodos:** Estudio prospectivo, analítico y longitudinal Realizado en 54 pacientes código mater por preeclampsia con criterios de severidad que ingresaron a la unidad de cuidados intensivos a las cuales se exploraron reflejos osteotendinosos con la escala del Hospital General Las Américas y la escala National Institute of Neurological Disorders and Stroke (NINDS Myotatic Reflex Scale) al ingreso, a las 24, 48 y 72 horas. El presente estudio se realizó en el periodo comprendido de diciembre del 2022 a agosto del 2023. Se evaluó la correlación con Sperman. **Resultados:** Se compararon un total de 224 exploraciones (4 mediciones por paciente) las cuales se estadihicaron de acuerdo a las escalas previamente mencionadas donde se encontró un coeficiente de correlación de 0.88 al ingreso, 0.90 a las 24 horas, con un valor de p < 0.0001; siendo estadísticamente significativo. **Conclusiones:** Existe correlación significativa entre la estadihificación de los reflejos osteotendinosos valorados mediante la escala NINDS de referencia y la escala de Las Américas, considerándose esta última una escala confiable para la valoración de la hiperreflexia con la particularidad de se aplique a pacientes obstétricas pudiendo además monitorizar el riesgo de complicaciones como eclampsia siendo un método clínico para valorar la continuación o suspensión de sulfato de magnesio.



## Resúmenes de Trabajos Libres

Free Papers Abstracts

Resumos dos Trabalhos Livres

### ACCESO VENOSO CENTRAL SUBCLAVIO POR ABORDAJE SUPRACLAVICULAR GUIADO POR ULTRASONIDO

Julissa Ramírez Toral; Felipe de Jesús Montelongo; Rafael Tapia Velasco; Jonathan Galindo Ayala; Mauricio Rodríguez Vera

Instituto de Salud del Estado de México. Hospital General "Las Américas".

**Introducción:** Ante las complicaciones de accesos vasculares centrales, se propone el abordaje supraclavicular guiado por ultrasonido como una alternativa segura en pacientes críticos, en los procedimientos más utilizados en cuidados de la salud. **Objetivo:** Evidenciar la utilidad y las complicaciones del abordaje venoso subclavio supraclavicular con ultrasonido como alternativa al acceso subclavio infraclavicular estándar. **Material y métodos:** Estudio prospectivo y analítico en pacientes de la unidad de terapia intensiva del hospital General "Las Américas". Se utilizó un ultrasonido siemens acuson freestyle inalámbrico con transductor lineal y catéter venoso central trilumen de 7 French de 20 centímetros. Se registraron número de punciones, tiempo de instalación y complicaciones. **Resultados:** En un total de 12 pacientes, con una media de edad de 31 años y 9 masculinos. Se realizaron un promedio de 1 punción, con un tiempo medio de 67 segundos, con porcentaje de complicaciones del 8% el cual la punción arterial fue la única complicación presentada. **Discusión:** La integración del ultrasonido en accesos vasculares es un avance en la seguridad en la actualidad como se muestra en nuestro estudio, con menos punciones incidentales, rápido y complicaciones relacionados a la técnica que se solucionaron al ajustar la punción más distal al tronco braquiocefálico.

### ALGORITMO DE MANEJO DE VÍA AÉREA CON VIDEOLARINGOSCOPIA

Adrián Vázquez Lesso, Oscar Alonso Flores Flores, Yoselin Sánchez Sánchez, Oscar David León Fernández, Rodrigo Álvarez Calderón. Hospital General Regional No. 1 Dr. Carlos MacGregor Sánchez Navarro

Instituto Mexicano del Seguro Social. Ciudad de México.

**Objetivo:** Desarrollar un algoritmo de manejo de la vía aérea con Videolaringoscopia enfocado en el paciente crítico. **Material y métodos:** Se realizó una búsqueda sistematizada en bases de datos: PubMed, BMJ, Biblioteca Cochrane, palabras clave "Videolaringoscopia", "Airway difficult, critical ill patients", un total de 657 archivos entre revisiones sistematizadas, artículos originales y reportes de casos, seleccionando 62 artículos para la elaboración del algoritmo. **Resultados:** Se desarrolló un algoritmo optimizado para los videolaringoscopios, determinado 4 pilares críticos: oxigenación-ventilación, estado hemodinámico, ácido base y neuromonitoreo. La recomendación de un solo y único intento de intubación y según la evidencia siempre asistida por un bougie de intubación videolaringoscópica, la toma de decisiones de intubación con el paciente bajo secuencia de intubación rápida - retrasada o realizarse intubación del paciente despierto se determina en bajo el éxito de la oxigenación apnéica y las condiciones del paciente, se enfatiza siempre optimizar los 4 pilares y en caso de fallo realizar acceso quirúrgico de la vía aérea temprana. **Discusión:** un algoritmo de manejo realizado que cumpla con los parámetros actuales de garantizar la seguridad del paciente evitando siempre las complicaciones en el periodo de la periintubación debe ser lo ideal en todas las áreas críticas.

### ANÁLISIS DE SITIO WEB DE SEDES DE MEDICINA CRÍTICA

Efraín Águila Velázquez Martínez; Job Heriberto Rodríguez Guillén; Ángel Lee Aguirre; Paola Zamudio Cantellano

Hospital H+ Querétaro.

El proceso para realizar una especialidad médica en México se caracteriza por incertidumbre y poca información sobre las sedes disponibles. En el caso de las subespecialidades como Medicina Crítica, el proceso se vuelve más complejo ya que se centra en la sede o institución que convoca. Actualmente, no hay una estadística del número de aspirantes y plazas disponibles para realizar la subespecialización en medicina crítica en nuestro país. El presente trabajo evalúa la accesibilidad y el contenido de las páginas web oficiales de las sedes de medicina crítica en México para aspirantes a residencias médicas. **Material y métodos:** Se realizó una búsqueda dirigida a través de internet, páginas web oficiales de instituciones de salud y universidades de todo el país para realizar una base de datos con las sedes que ofrecen la especialidad en medicina crítica. Se encontró que en nuestro país existen 66 sedes para realizar la especialidad médica en medicina crítica, de las cuales el 35% (23 sedes) se concentran en la Ciudad de México, seguido por el Estado de México el 12% (8 sedes). Así como 9 sedes de institución privada. El porcentaje total de apego en la accesibilidad y contenido se los sitios Web fue del 20.49%. De los 14 rubros evaluados los principales con mayor apego fue página propia con el 85%, contacto 51%, aval universitario 49%; y los de menor apego fue la beca otorgada con el 2% y el rubro social ninguna página lo presentó en sus sitios web.

### ASOCIACIÓN DE LA DISMINUCIÓN DE LA FRACCIÓN DE ENGROSAMIENTO DIAFRAGMÁTICO CON RESULTADOS ADVERSOS EN PACIENTES BAJO VENTILACIÓN MECÁNICA INVASIVA

José Patricio Novelo Pérez; Saira Sanjuana Gómez Flores

Hospital de Especialidades, Centro Médico Nacional La Raza, IMSS.

**Antecedentes:** La disfunción diafragmática es un marcador de severidad en el paciente bajo ventilación mecánica y se asocia con mortalidad. La fracción de engrosamiento diafragmático (FED), medición realizada por ultrasonido, ha sido evaluada como predictor en el retiro de la ventilación mecánica, sin embargo, se desconoce su impacto en resultados adversos como la reintubación, realización de traqueostomía y mortalidad. **Objetivo:** Evaluar la asociación de la disminución de la fracción de engrosamiento diafragmático con resultados adversos en pacientes bajo ventilación mecánica invasiva. **Material y métodos:** Estudio de cohortes, prospectivo. Se incluyeron pacientes mayores de 18 años bajo ventilación mecánica. Se midió la FED al tercer día de inclusión, se siguieron hasta 14 días para determinar la asociación con reintubación, realización de traqueostomía y mortalidad. Se elaboró una curva ROC con la fracción de engrosamiento, se calculó el riesgo relativo para los resultados adversos con la fracción (menor a 25% y al porcentaje óptimo obtenido de la curva), con un intervalo de confianza del 95%. **Resultados:** Se analizaron 111 pacientes. 67 pacientes (74.37%) contaron con una FED normal y 44 pacientes (25.63%) contaron con una FED baja. En el grupo de FED baja se observaron 37 defunciones a 14 días (82.2%), 4 casos con traqueostomía (14.8%), 41 pacientes presentaron un evento adverso (56.2%) con una  $p < 0.001$  para ambos grupos. La curva ROC demostró un área bajo la curva de 0.852 para la FED de 25.5% (sensibilidad 89.4%, especificidad 82.2%). **Conclusiones:** La FED es un importante parámetro para la vigilancia y monitorización en pacientes bajo ventilación mecánica, así como para estimar la mortalidad.

## CALCIO SÉRICO, CARDIOPATÍA Y SEPSIS

Fernando Rodríguez Solana; Jorge Chávez Pacheco;  
Celso Enrique Aguilar Alvarado; Krysthell García de la Garza;  
Oswaldo Francisco García Parra

**Introducción:** El paciente con sepsis sufre alteraciones fisiológicas empeorando su morbilidad e incrementando la mortalidad. Contar con una herramienta accesible que reconozca la cardiopatía es vital. **Objetivo:** Determinar si el calcio sérico se relaciona como factor predictor de cardiopatía en pacientes con sepsis y choque séptico. **Material y métodos:** Estudio de cohorte retrospectivo en la unidad de terapia intensiva, mediante identificación de calcio sérico, ionizado y puntajes de gravedad. Muestreo no probabilístico y por conveniencia. Estadística descriptiva, pruebas de hipótesis, análisis de regresión logística y curva ROC. **Resultados:** Se evaluaron 50 pacientes. El calcio sérico tuvo una media de 7.4 mg/dL. El 22% presentó cardiopatía. Se encontró correlación significativa entre calcio y cardiopatía ( $p=0.05$ ) en TAPSE. La curva ROC indicó capacidad limitada del calcio para predecir cardiopatía, con un área bajo la curva de 0.6. **Discusión:** Aunque estudios previos han destacado la relación entre calcio ionizado (iCa) y enfermedades críticas como la sepsis, pocos han examinado esta correlación en neonatos de muy bajo peso al nacer (VLBW). Nuestros hallazgos refuerzan la importancia del calcio sérico en el contexto de sepsis y choque séptico, sugiriendo la necesidad de más investigaciones en poblaciones específicas.

## CALCIO VS LACTATO COMO PRONÓSTICO DE MORTALIDAD

Dora Patricia Brito Jiménez

Hospital General La Villa.

**Introducción:** El desarrollo de instrumentos como niveles de calcio iónico y depuración de lactato brindan elementos para una toma de decisiones terapéuticas, en relación a la sepsis. Sin embargo, no se cuenta con suficiente información referente a la capacidad pronóstica. **Objetivo:** Demostrar que los niveles de calcio iónico son mejores que la depuración de Lactato como marcador pronóstico de mortalidad en choque séptico. **Material y métodos:** Se utilizó estadística descriptiva e inferencial con las pruebas T de Student y/o U Mann Whitney, Chi Cuadrada y Curva de ROC con una confiabilidad de 95%. **Resultados:** Se revisaron 273 expedientes, de los cuales 57.1% fueron hombres. Predominando la edad de 41-60 años. Las comorbilidades se presentaron en 74.4% de los pacientes. Los valores de lactato al ingreso, 4, 8 y 12 horas registraron mejor desempeño predictivo de mortalidad que los valores de calcio iónico al ingreso, 4, 8 y 12 horas, así como depuración de lactato a las 4, 8 y 12 horas. **Discusión:** Se demostró que los niveles de calcio iónico no son mejores que la depuración de Lactato como marcadores pronósticos de mortalidad en choque séptico; y que la evaluación de Lactato puede brindar una adecuada capacidad pronóstica.

## CASUÍSTICA DE NEUMONÍA GRAVE: COVID O NO COVID

Erik Canseco González; Jesús Salvador Sánchez Díaz;  
Karla Gabriela Peniche Moguel; Alejandro Pérez Azuara;  
María Verónica Calyeca Sánchez

Hospital de Especialidades No. 14, Centro Médico Nacional  
"Adolfo Ruiz Cortines", IMSS, Veracruz, México.

**Introducción:** La neumonía grave (NG) es consecuencia de una respuesta inflamatoria del huésped hacia un patógeno determinado a nivel pulmonar. Las bacterias son los agentes etiológicos más comunes sin embargo los virus como la enfermedad de coronavirus-19 (COVID-19) es un agente contemporáneo. **Objetivo:** Comparar las características clínicas (CC), ventilatorias (CV) y gasométricas (CG) de los pacientes con NG por COVID-19 (grupo 1) y otras causas (grupo 2 No COVID-19). **Material y métodos:** Estudio retrospectivo, descriptivo, analítico. Se compararon las variables de interés. **Resultados:** Se incluyeron 251 pacientes de los cuales 112 (44.6%) pertenecen al grupo 1 y 139 (55.3%) al grupo 2. Las CC fueron equivalentes entre

ambos grupos; la mortalidad fue del 49.1% y 50.8% respectivamente. De las VR, la presión pico, meseta y driving pressure fue de 26 (RI 24-30), 22 (RI 20-25) y 14 (RI 12-16) consecutivamente para el grupo 1 y de 22 (RI 18-28), 17 (RI 14-22) y 10 (RI 8-12) para el grupo 2 consecutivamente  $p<0.05$ . De las VG destaca el poder mecánico de 14.8 (RI 12.3-18.4) y ratio ventilatorio de 1.15 (RI 1.00-1.40) respectivamente para el grupo 1 con  $p<0.005$ . **Conclusión:** La NG por COVID-19 y por otras causas (No COVID-19) tienen similar evolución clínica sin diferencia en el desenlace.

## CATETERISMO URETERAL DOBLE J EN MUJERES EMBARAZADAS

Juan Antonio Delgado Chávez; Guadalupe Aguirre Avalos;  
Iris Xochitl Ortiz Macías; Adriana Berenice Castañeda Marquez  
Hospital Civil de Guadalajara "Fray Antonio Alcalde".

**Introducción:** La etiología más frecuente de la hidronefrosis sintomática durante el embarazo incluye la obstrucción de los uréteres por el útero grávido o litiasis. Estas condiciones favorecen las infecciones del tracto urinario (ITU). La coexistencia de pielonefritis aguda (PA) más choque séptico (ChS), incrementa la morbilidad y mortalidad materno-fetal. El cateterismo doble J o la nefrostomía percutánea son estrategias para casos refractarios al tratamiento conservador. **Objetivo:** Describir los resultados terapéuticos de mujeres embarazadas (ME) en estado crítico con hidronefrosis y PA. **Métodos:** Estudio transversal de ME con PA durante el periodo de septiembre 2022 al 15 de septiembre 2023 en Terapia Intensiva del Hospital Civil de Guadalajara "Fray Antonio Alcalde". **Resultados:** Se analizaron 7 ME con PA y las siguientes características: edad 17-38 años, tercer trimestre 4, ITU de repetición 4, fiebre 7, ChS 6, procalcitonina + 5, esterase leucocitaria + 7, urocultivo + 3 y bacteremia en 1. Litiasis 2 y se cateterizan 3 doble J. Una presentó ruptura prematura de membrana con pérdida fetal y 6 continuaron con el embarazo. **Conclusiones:** El catéter doble J durante el embarazo es una estrategia terapéutica de control en hidronefrosis sintomática. La asociación con PA y ChS es frecuente.

## CAUSAS DE INGRESO Y DESENLACES EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS ENTRE ADULTOS MAYORES Y MENORES DE 65 AÑOS

Figueroa-Méndez Rodrigo; Namendys-Silva Silvio;  
Baltazar Torres José Angel; Vargas Velazco Susana Paola;  
Rivero Sigarroa Eduardo

Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán.

**Introducción:** A nivel mundial se ha observado un incremento en el ingreso de ancianos a la UCI con un impacto variable de los desenlaces. **Objetivo:** Comparar las causas de ingreso y desenlaces en la UCI entre paciente mayores y menores de 65 años. **Material y métodos:** Se realizó un estudio observacional y retrospectivo de los pacientes con ingreso a la UCI del 2012 al 2022. Se agruparon las principales causas de ingreso por origen de la enfermedad. Se midieron los principales desenlaces en la UCI. **Resultados:** Se obtuvo una muestra de 6645 pacientes, con una mediana de edad de 53 años, el 26.9% fueron mayores de 65 años y una mortalidad del 20.8%. La principal causa de ingreso fue de origen infeccioso. Los adultos jóvenes ingresaron principalmente por causas de origen gastrointestinal, renal, hematológico y reumatológico. Los ancianos ingresaron primordialmente por causas de origen cardiovascular, neurológico, asociado a cuidados post-quirúrgicos y oncológico. Hubo una tendencia a un menor egreso a hospitalización y una mayor mortalidad en el subgrupo de  $\geq 75$  años. **Discusión:** Existen diferencias en las causas de ingreso a la UCI, mortalidad y egreso a hospitalización entre adultos mayores y menores de 65 años.

## CHOQUE SÉPTICO ASOCIADO A EHRILICHIOSIS

Mirely-G- Casasús-Bustillo; Gustavo Morales Muñoz  
Hospital Regional Pemex, Villahermosa, Tabasco, México.

La *Ehrlichiosis Monocítica* y la *Anaplasmosis spp granulocítica Humana* son infecciones transmitidas por vector garrapatas raras en humanos y sobre todo en nuestro país, donde la epidemiología es muy baja. Pueden presentar manifestaciones generales: fiebre, malestar general mialgias, cefalea, manifestaciones gastrointestinales o hasta un choque séptico y falla multiorgánica y/o muerte en casos muy raros, la literatura reporta una mortalidad de hasta el 5% pero esto secundario a infecciones oportunistas. El diagnóstico se sospecha mediante un frotis de sangre periférica en el que se observan inclusiones azurófilas en el citoplasma de monocitos y neutrófilos, se confirma con serología, cultivos o detección molecular mediante técnicas de PCR. El tratamiento de elección es la doxiciclina con buena respuesta. Se reporta un caso clínico de choque séptico asociado a infección por *Ehrlichiosis Monocítica* y la *Anaplasmosis spp. granulocítica Humana* con resultados exitosos.

### COMPARACIÓN DE LA MEDICIÓN DE LA VAINA DEL NERVIÓ ÓPTICO POR TOMOGRAFÍA VS ULTRASONOGRAFÍA Y SU VARIABILIDAD INTEROBSERVADOR

Rocío Soto Juárez; Felipe de Jesús Montelongo; Araceli Suarez Suarez; Aurea Carmona Domínguez

Instituto de Salud del Estado de México. Hospital General "Las Américas".

**Introducción:** Para la medición de la vaina del nervio óptico (VNO), se requiere transductor lineal. La diferencia mínima de múltiples observadores (variabilidad interobservador) es de 0.40–1.1mm. **Objetivo:** Determinar la variabilidad interobservador en la medición por ultrasonido de la VNO derecha e izquierda y su correlación con tomografía (TAC) de cráneo. **Material y métodos:** Estudio prospectivo y correlacional en el periodo de abril a agosto del 2023, en residentes 1º, 2º año de medicina crítica y médicos adscritos, midieron VNOD y VNOI a todos los pacientes que tenían TAC en un tiempo no mayor a 30 minutos posterior a la misma. **Resultados:** Se analizaron a través del programa SPSS, desviación estándar y prueba de ANOVA, observando una variabilidad de .024 en VNOD y VNOI .12 en residentes de 1 año, VNOD .11 y VNOI .10. en 2 año y en adscritos VNOD .10 y VNOI de .11. **Discusión:** La variabilidad de nuestro centro se mantiene muy por debajo de margen de lo publicado a nivel internacional, explicado por la constante capacitación que se lleva en el servicio todo el año, con curvas de aprendizaje cortas. La capacitación de personal es importante para una adecuada medición del DVNO.

### COMPLICACIONES DE PICC EN LA UTI

Ricardo Botello Maraver; Braulia Aurelia Martínez Díaz; Janet Silvia Aguirre Sánchez; Roxana Trejo González

Centro Médico ABC.

**Introducción:** El uso de dispositivo PICC es cada vez más frecuente en las unidades de cuidados intensivos. Desde la década de 1980 han tenido un auge importante. Se han asociado con menor tasa de complicaciones respecto a dispositivos de inserción central. Siendo la más frecuente infección (16.4-28,8%), trombosis (13-91%) y complicaciones mecánicas (0-48%). **Objetivos:** 1. Clasificar las complicaciones asociadas a la colocación y permanencia de dispositivo PICC. 2. Comparar la incidencia de complicaciones en nuestra unidad con la literatura. **Material y métodos:** Se registraron las complicaciones asociadas a dispositivo PICC registradas del 1ro de enero del 2021 al 31 de diciembre del 2021. **Resultados:** Se obtuvo un total de 2254 catéteres instalados en ambas unidades de cuidados intensivos del Centro Médico ABC, siendo 1390 en campus Observatorio y 864 en campus Santa Fe. La complicación más frecuente fue retiro incidental del catéter con 24 eventos (1.064%), 13 (0.57%) con multi-punción, 6 (0.26%) con obstrucción, 4 (0.17%) trombosis y 1 (0.04%) con disfunción del catéter. Total de complicaciones de 48 (2.12%). **Discusión:** El uso de PICC se asocia a menores complicaciones en la UCI del hospital ABC comparado con lo reportado en la literatura, pero con mayor incidencia de retiro incidental.

### COMPLICACIONES DE TRAQUEOSTOMÍA PERCUTÁNEA EN UCI

Carlos Enrique López Rodríguez; José Carlos Gasca Aldama; Romina del Carmen Gutiérrez Góngora; Niyireth Loreny Novoa Santander; Jesús Enrique, Castrejón Sánchez  
Hospital Juárez de México.

**Introducción:** La traqueostomía percutánea es un procedimiento habitual en pacientes con uso de ventilación mecánica prolongada. Las complicaciones derivadas de su realización son numerosas y con diversos grados de severidad, por lo que no es una técnica libre de riesgos. **Objetivo:** Determinar las principales complicaciones en la realización de traqueostomía percutánea dentro de la Unidad de Cuidados Intensivos Adultos del Hospital Juárez de México. **Material y métodos:** estudio retrospectivo, descriptivo. Se integraron 125 pacientes en un periodo de 2 años, a los cuales, se les realizó traqueostomía percutánea con broncoscopia y se registraron las complicaciones derivadas del procedimiento. **Resultados:** Las complicaciones más frecuentes fueron sangrado de sitio quirúrgico (10%), barotrauma (5%), hipotensión (5%), hipoxemia (4%), falsa vía (1%), lateralización del estoma (1%). **Discusión y conclusiones:** La traqueostomía percutánea, es una de las técnicas más usuales en la Unidad de Cuidados Intensivos. Si bien su realización no está exenta de riesgos, sigue siendo una técnica segura y que mejora el pronóstico en pacientes con ventilación mecánica cuyo procedimiento está indicado.

### COMPLICACIONES NEUROVASCULARES DE FUSARIUM SOLANI

María Rosario Meza Geraldo, Hugo Benjamín Gurrola García, José Salvador Guzmán Casas, María Stephanie González Rodríguez, Elida Morán Guel  
IMSS, UMAE 71. Torreón Coahuila.

**Introducción:** En 2022 informaron de brote de meningitis aséptica (MA) con antecedente de anestesia espinal (AE) identificándose al agente *Fusarium solani* (FS). **Objetivos:** Describir la presencia de hemorragia subaracnoidea (HSA) de origen aneurismático como complicación de meningitis por fusarium. **Material y métodos:** Se presenta serie de casos de meningitis y HSA por aneurisma en arteria basilar (AAB) tras recibir AE para cesárea. Caso 1: Diagnosticada al día trece de recibir AE, seis meses después presenta cefalea occipital, náuseas y vómitos, tomografía evidencia hemorragia Fisher IV y angiografía concluyente de AAB fusiforme tratado con diversor de flujo. Caso 2: Diagnosticada al día tres de recibir AE, dos semanas después presenta crisis convulsivas, tomografía evidencia hemorragia Fisher II y angiografía concluyente con AAB roto tratado con diversor de flujo. Caso 3: Diagnosticada al mes de recibir AE, dos meses después presenta disminución del estado de alerta, tomografía evidencia hemorragia Fisher IV y angiografía concluyente con AAB tratado con ventriculostomía. **Resultados y discusión:** Cefalea, náuseas y vómitos apoyaron la sospecha clínica de MA, la prueba MALDI-TOF la confirmación diagnóstica y la angiografía la etiología aneurismática de las HSA ilustrando el potencial hemorrágico y angioinvasor de FS este reporte es relevante al ser el primero descrito en pacientes sin inmunocompromiso.

### CURVA DE GENERACIÓN DE TROMBINA EN SEPSIS

Toffy Teofilo Mustri Cassab, Erick Rolando Vidal Andrade; Jean Paul Vazquez Mathieu; Alfredo Sierra Unzueta; José Ignacio Amigo Pérez Martínez  
Hospital Ángeles Lomas.

**Introducción:** La curva de generación de trombina (CGT), información generada por la tromboelastografía, nos provee la posibilidad de investigar, alteraciones en la coagulación. Los enfermos con sepsis tienen estas alteraciones por lo que la CGT podría ser una buena herramienta para su abordaje. **Objetivo general:** Demostrar la asociación y principales alteraciones de los parámetros de las CGT



/ (MRTG, TMRT, TG), con las alteraciones en la coagulación en un grupo de pacientes sépticos en etapas tempranas. **Material y métodos:** Estudio de cohorte retrospectivo, analítico, comparativo, de enero 2022 a junio 2023. Se incluyeron pacientes con diagnóstico de sepsis con ingreso a la UTI en un hospital privado, se valoró el estado de coagulación mediante tromboelastografía. Criterios de exclusión: Pacientes con alguna alteración primaria o patología de la coagulación, sangrado no asociado a sepsis, Pacientes a los cuales se les haya administrado dosis de HBPM en 24 horas, pacientes embarazadas y menores de 18 años. **Resultados y discusión:** Se analizaron 24 pacientes, encontrando correlación significativa entre los valores CGT con TEG. No hay correlación significativa con los parámetros estándares de coagulación ni el número de plaquetas por lo que inferimos que se requiere más estudios prospectivos para encontrar el valor clínico de esta herramienta.

#### DEXAMETASONA EN PACIENTES CON SÍNDROME DE HELLP

Evelin Hernández Domínguez; Nora Mercedes Sánchez Parada; Sandra I. Alva Cuevas; Jessica Garduño López; Marcos Vidals Sánchez

Hospital Juárez de México.

**Introducción:** El síndrome de Hellp representa una causa importante de morbimortalidad por lo que el tratamiento adecuado es prioritario. En estudios clínicos se ha postulado el tratamiento con esteroides con mejoría clínica y disminución en la estancia hospitalaria. **Objetivo:** Determinar si existe diferencia en parámetros de hemólisis, conteo plaquetario y transaminasas en pacientes con síndrome de Hellp posterior a 24 horas de tratamiento con Dexametasona. **Material y métodos:** Estudio analítico, longitudinal, retrospectivo a partir de expedientes de pacientes que ingresaron a la UCI diagnosticadas con síndrome de Hellp y que recibieron tratamiento estándar más dexametasona 10 mg cada 12 horas, hasta recuento plaquetario mayor a 100mil y posterior 5 mg cada 12 hrs. **Resultados:** Se incluyeron 30 pacientes con síndrome de Hellp tratadas con Dexametasona más tratamiento estándar observando aumento promedio 20%,  $P < 0.05$  en la cuenta plaquetaria, disminución de transaminasas del 17.8%, estabilización de parámetros de hemólisis. En cambio, no se observó variaciones niveles de ácido úrico, creatinina, proteinuria. **Discusión:** Se demostró un impacto benéfico en las pacientes con síndrome de Hellp por lo que se considera que al no existir contraindicación para recibir tratamiento con esteroides se debería considerar como parte de la terapéutica en esta patología.

#### DIAS EN UCI EN PACIENTES CON ESTATUS EPILEPTICO

Marco Antonio Juan Gómez; David Navarro Martínez; Sandra Ivette Alba Cuevas; Nora Mercedes Sánchez Parada; Karen Harumi López Rodríguez

Hospital Juarez de México.

**Introducción:** la incidencia de convulsiones en las unidades de cuidados intensivos varía según diagnóstico subyacente. El estado epiléptico es la manifestación más extrema de las convulsiones y se convierte en un reto diagnóstico y terapéutico en las unidades de cuidados intensivos. **Objetivo:** determinar los días de estancia hospitalaria en unidad de cuidados intensivos y necesidad de traqueotomía en pacientes con diagnóstico de estatus epiléptico. **Material y métodos:** estudio retrospectivo, descriptivo, donde se incluyeron 23 casos clínicos con diagnóstico de estatus epiléptico, se analizó días de estancia y requerimiento de traqueotomía percutánea. **Resultados:** se evidencio que el 69.5% de los pacientes, permaneció en la unidad de cuidados intensivos en un periodo aproximado de 1 a 10 días, siendo dados de alta en su totalidad por mejoría clínica, el 26% del total de pacientes requirió traqueotomía percutánea. **Discusión:** el tratamiento de las convulsiones en la UCI, incluido el estatus epiléptico, es un reto debido a las múltiples afecciones médicas y la polifarmacia de estos pacientes. El enfoque de las convulsiones se puede llegar a mejorar con múltiples recursos disponibles en la UCI.

#### DISFUNCIÓN METABÓLICA ASOCIADA A RABDOMIÓLISIS

Rico Núñez Diana Patricia; Michell Estrella Montalvo Aguilar; Irma González Prado; Christian Eduardo Badillo Morales

Hospital de Alta Especialidad Veracruz.

La rabdomiólisis es un síndrome el cual es resultado de la degradación del músculo esquelético con liberación de sustancias potencialmente tóxicas como electrolitos, mioglobina y proteínas sarcoplásmicas en el torrente sanguíneo; donde la fisiopatología subyacente en todos los casos es la ruptura de la membrana celular del miocito y la fuga del contenido celular a la circulación. Describir la incidencia de las alteraciones electrolíticas y de aminotransferasas en pacientes con rabdomiólisis en la unidad de cuidados intensivos del HAEV. **Material y métodos:** descriptivo, observacional, retrospectivo y cuantitativo. **Resultados:** Para conocer la incidencia de las alteraciones electrolíticas y de aminotransferasas en pacientes con rabdomiólisis fueron seleccionados 50, en los cuales se observó edad media de  $33 \pm 14$  años, mínima 17 y máxima 73. En los cuales se observaron 20 (40%) con rabdomiólisis grave. **Discusión:** Aproximadamente el 50% de pacientes con rabdomiólisis pueden desarrollar falla renal aguda según lo reportado en la literatura más actual, con más probabilidad de presentarla en rabdomiólisis grave. Lo encontrado en nuestra población con respecto a la función renal, fue que el 25% del total de la muestra presentó lesión renal aguda.

#### EFICIENCIA VENTILATORIA Y VARIABLES DE OXIGENACIÓN COMO FACTOR DE RIESGO PARA MORTALIDAD EN COVID-19 CRÍTICO

Job Torres García; Karla Gabriela Peniche Moguel; Jesús Salvador Sánchez Díaz; María Verónica Calyeca Sánchez; Jorge Hilarino Sánchez Cepeda

IMSS, UMAE 14, Hospital de Alta Especialidad "Adolfo Ruiz Cortínez".

**Introducción:** La eficiencia ventilatoria (EV), presión arterial de oxígeno entre fracción inspirada de oxígeno ( $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2$ ), gradiente alveolo arterial de oxígeno ( $\text{GA-aO}_2$ ) e índice respiratorio (IR) son la relación entre la oxigenación y ventilación alveolar (VA). **Objetivo:** Determinar la EV y las variables de oxigenación como factor de riesgo para mortalidad en COVID-19 crítico (CC). **Material y métodos:** Estudio retrospectivo, transversal, descriptivo, analítico. Pacientes ingresados en la unidad de cuidados intensivos (UCI) con CC. Se calculó la EV,  $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2$ ,  $\text{GA-aO}_2$  y el IR al ingreso a UCI. **Resultados:** Se incluyó 112 pacientes, 64.3% hombres. La media de edad de 63.8 años ( $\text{DE} \pm 12.6$ ). La mortalidad de 53.6%.  $\text{GA-aO}_2$  con media de 308 mmHg ( $\text{DE} \pm 150\text{mmHg}$ ),  $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2$  con media de 157mmHg ( $\text{DE} \pm 76.6\text{mmHg}$ ) IR media de 3.9 ( $\text{DE} \pm 2.5$ ). Los odds ratio (OR) para mortalidad: EV OR 2.16 (IC 95% 0.903-5.184)  $p = 0.083$ ,  $\text{GA-aO}_2 > 250\text{mmHg}$  e IR  $> 3$  con OR de 5.6 y 3.8 respectivamente  $p < 0.005$  y  $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2 < 145\text{mmHg}$  OR de 2.59 con  $p = 0.120$ . **Discusión:** La EV representa la VA, la  $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2$  la oxigenación pulmonar mientras que el  $\text{GA-aO}_2$  y el IR representan la función integral del sistema respiratorio. **Conclusión:** El  $\text{GA-aO}_2$  y el IR son factor de riesgo para mortalidad en CC.

#### ELECTROENCEFALOGRAMA PROCESADO EN UCI

Sandra Ivette Alba-Cuevas; Carlos López-Rodríguez; Ricardo Rodríguez-Villanueva; David Navarro-Martínez; Jessica Garduño-López

Hospital Juárez de México.

**Introducción:** el neuromonitoreo no invasivo se basa en el uso de tecnologías cuya finalidad es mejorar la atención de pacientes con anestesia y sedación, así como monitoreo del paciente neurocrítico. El SedLine es un monitor que utiliza 4 canales y monitoriza la actividad eléctrica de ambos hemisferios a nivel frontal, este dispositivo mide los efectos de la anestesia y/o sedación a fin de permitir un ajuste individualizado de los requerimientos farmacológicos de cada

paciente. **Objetivo:** demostrar la utilidad de la aplicación del electroencefalograma procesado para ajuste de sedación mediante la instalación del dispositivo SedLine en pacientes neurocríticos en la unidad de cuidados intensivos. **Material y métodos:** estudio clínico, analítico, retrospectivo. Se incluyeron 27 pacientes con diversas patologías neurológicas quienes requerían neuromonitoreo no invasivo en quienes se colocó monitor SedLine para guiar sedación. **Resultados:** en el 100% de los pacientes en quienes se colocó el monitor para electroencefalograma procesado se logró ajustar la dosis de sedación guiada por los parámetros objetivados en el SedLine, requiriendo dosis menores de los anestésicos para lograr el efecto sedante deseado. Se logró monitorizar el emerger de la sedación de manera efectiva en el 100% de los pacientes al reducir la dosis farmacológica sedante. **Discusión:** el uso del electroencefalograma procesado permite ajustar de manera eficaz la dosis de los fármacos sedantes. Esta premisa podría ser utilizada para ajuste farmacológico en pacientes que requieran sedación, independientemente de la patología de base.

### ELEVACIÓN PASIVA DE PIERNAS

Marcos Vidals-Sánchez; Luis Antonio Gorordo-Delso;  
José Carlos Gasca-Aldama; Lorena Ortiz-Martínez;  
Ángeles Hernández-Ortega  
Hospital Juárez de México.

**Introducción:** La optimización hemodinámica a través de la reanimación es comúnmente utilizada en pacientes críticos con hipoperfusión. El reconocimiento de quienes se beneficiarán de volumen aún parece un reto. Algunos biomarcadores se han relacionado a volemia, así mismo el POCUS es una herramienta que ayuda a identificar a dichos pacientes. **Objetivo:** Determinar la relación en la evaluación de respuesta a volumen mediante elevación pasiva de piernas (PLR) comparada con biomarcadores de hipoperfusión y parámetros ecográficos. **Material y métodos:** Estudio observacional, prospectivo de muestra anidada de 22 pacientes con sepsis y/o choque séptico ingresados en la UCI en un hospital de la CDMX, los cuales fueron evaluados en las primeras 48 horas de su ingreso. **Resultados:** Se identificó que los parámetros ecográficos fueron las variables mejor relacionadas con PLR en los pacientes, siendo la integral velocidad tiempo (ITV) el mejor parámetro con un AUC ROC de 0.918. No encontrando relación de PLR con biomarcadores de hipoperfusión. **Discusión:** Los variables ecográficas predicen el resultado de la evaluación de respuesta a volumen por PLR, mientras que los biomarcadores son débiles para ello. Las determinaciones ecográficas son un buen subrogado cuando no se cuenta con medición de gasto cardiaco en tiempo real.

### FACTORES ASOCIADOS AL FRACASO DEL RETIRO DE LA VMI

Abraham Argenis Suárez Rosas; Karla Gabriela Peniche Moguel;  
Jesús Salvador Sánchez Díaz; María Verónica Calyeca Sánchez  
IMSS UMAE 14 CMN.

**Introducción:** No hay un protocolo universal para el retiro de la ventilación mecánica (VMI) por lo que existe la necesidad de predictores que faciliten este proceso. **Objetivo:** Determinar los factores de riesgo para fracaso al retiro de la VMI. **Material y métodos:** Cohorte retrospectivo, longitudinal, descriptivo, analítico. Pacientes mayores de 18 años con VMI por > 24h. Se englobaron 19 variables en 4 grupos: demográficos, clínicos, hemodinámicos y gasométricos, considerándose fracaso ameritar VMI en las siguientes 48h. **Resultados:** Se reclutaron 50 pacientes en dos grupos: fracaso a extubación (11) y éxito (39). Para fracaso al retiro de la VMI destacó la  $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2$  de 212 mmHg, AUC 0.865 sensibilidad (S) y especificidad (E) 82%  $p < 0.000$ ,  $\text{PaO}_2/\text{PAO}_2$  de 0.38 AUC 0.979 con S 91% y E 97%  $p = 0.000$ . IR (índice respiratorio) de 1.5 AUC 0.951, S 100% y E 82%  $p < 0.000$ . GA-aO<sub>2</sub> de 145 mmHg, AUC 0.707, S 82% y E 52%  $p = 0.037$ . **Discusión:** Las variables gasométricas son mediciones accesibles a la mayoría de los hospitales, tomadas de manera adecuada e interpretadas de manera juiciosa orientan en la toma de decisiones médicas. **Conclusión:** Las

variables gasométricas pueden ser empleadas para guiar la extubación y retiro de la VMI.

### FACTORES DE RESISTENCIA BACTERIANA Y LA MORTALIDAD

Mari Carmen Bernabé Damián  
Hospital General La Villa.

**Introducción:** Los procesos infecciosos agudos son de los principales padecimientos en la Unidad de Cuidados Intensivos, donde común la múltiple etiología. La infección de vías respiratorias, abdominales, de heridas quirúrgicas, de vías urinarias, de tejidos blandos, óseos, son desencadenantes de un mal pronóstico en pacientes complicados con choque séptico y falla orgánica múltiple. **Objetivo:** Describir Factores más comunes de resistencia bacteriana y su asociación con la mortalidad. **Material y métodos:** Estadística descriptiva e inferencial con las pruebas T de Student y/o U Mann Whitney, y Chi Cuadrada con una confiabilidad de 95%. **Resultados:** Se estudiaron 99 expedientes. Las mujeres representaron 72.7% (n=72). Edad promedio registrada fue de  $42 \pm 15.1$  años. La mayoría de los pacientes (n=55; 55.6%) procedía de urgencias. Diagnóstico de ingreso más frecuentes fue choque séptico (n=30; 30.3%), y de este diagnóstico el sitio más frecuente fue de origen abdominal (n=17; ). Antibiótico más utilizado fue imipenem (n=37; 37.3%) y ceftioxona (n=25; 25.2%). La mortalidad se asoció significativamente con la ventilación mecánica ( $p = 0.001$ ). **Discusión:** La inadecuada administración y uso excesivo de antibióticos se asocia con mayor resistencia bacteriana e incremento del riesgo de mortalidad. El choque séptico de origen pulmonar se asoció con mayor resistencia y mayor mortalidad.

### GEB POR FICK COMPARADA CON CI EN PACIENTES DE UCI

Hugo Ricardo Belli Mendoza; Carlos Jiménez Correa;  
Ma Natalia Gómez González; Pedro Luis González Carrillo  
UMAE No.1 Centro Médico Nacional del Bajío IMSS.

**Introducción:** El estándar de oro para el cálculo de los requerimientos energéticos es la calorimetría indirecta (CI), Fick puede realizar el cálculo del gasto energético basal (GEB) y ser una alternativa. **Objetivo:** Comparar la fórmula de GEB por Fick vs CI ventilatoria de los pacientes de UCI. **Material y métodos:** Estudio comparativo, analítico descriptivo, retrospectivo. Realizamos la estimación del GEB mediante método de Fick con la CI en los pacientes de la UCI. **Resultados y discusión:** Se realizaron dos mediciones (ingreso y 48 h) de GEB a través de CI a 49 pacientes. Media por CI de 2182 kcal y 2246 kcal, Días de estancia en UCI 7.7, Días VM 6.7, Media de IMC 28.1, SOFA 5.5, Media de GEB por Fick de 1708 y 2376 kcal respectivamente. La CI y el Fick iniciales presentaron una correlación positiva moderada de 0.406 con diferencia significativa por Spearman. La dispersión en el gráfico de Bland Altman realizado al inicio y a las 48 horas sobre la medición del GEB por CI con Fick mostró pobre afinidad dentro de las variables. La medición de GEB por método de Fick no tiene correlación significativa con el medido por CI.

### GRADIENTE ALVEOLO-ARTERIAL COMO PREDICTOR DE INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA E HIPOXEMIA EN COMPARACIÓN CON ÍNDICE PAO2/FIO2

Agustín Montoro Morales; Juan Pablo Vázquez Mathieu,  
Alfredo Sierra Unzueta  
Hospital Ángeles Lomas.

**Introducción:** Para la evaluación de la hipoxemia, el cociente  $\text{PaO}_2/\text{Fio}_2$  es el parámetro más utilizado en la falla respiratoria, sin embargo, el gradiente alveolo arterial de oxígeno, puede además de servir como predictor, definir el mecanismo de ésta, ayudando a la toma de decisiones para el clínico, debido a que describe la función ventilatoria y puede predecir casos de insuficiencia respiratoria aún con un índice  $\text{PaO}_2/\text{Fio}_2$  normal. **Objetivo:** Evaluar la D(A-a)O<sub>2</sub> para determinar insuficiencia respiratoria en comparación con  $\text{PaO}_2/\text{Fio}_2$ . **Material y métodos:** Estudio retrospectivo, transversal, en pacientes

mayores de 18 años con patología respiratoria entre marzo 2022-2023. Evaluando los valores gasométricos al ingreso. **Resultados:** Se analizaron 60 pacientes, siendo 41 (64%) hombres y 19 (29.7%) mujeres. 41 pacientes (68.33%) tuvieron datos de insuficiencia respiratoria e hipoxemia y de éstos 90% reportaron disnea. Se realizó una regresión lineal mostrando un mejor diagnóstico o detección con la D(A-a)O<sub>2</sub> en comparación con la PaO<sub>2</sub>/Fio<sub>2</sub> ( $p=0.001$  and  $0.663$  respectivamente). **Conclusiones:** Insuficiencia respiratoria e hipoxemia son una de las principales patologías en la unidad de cuidados intensivos. Para precisar mejor el diagnóstico el gradiente alveolo-arterial de oxígeno muestra una mejor forma de evaluar a un paciente con insuficiencia respiratoria, comparado con el PaO<sub>2</sub>/Fio<sub>2</sub>.

### INDICACIONES Y DESENLAJE DEL USO DE TRRC EN UCI

Nora Mercedes Sánchez Parada; Jessica Garduño López;  
Marcos Antonio Gutiérrez Amezcuca; José Carlos Gasca Aldama;  
Ricardo Rodríguez Villanueva  
UCI, Hospital Juárez de México.

**Introducción:** La terapia de reemplazo renal (TRRC) en la unidad de cuidados intensivos se ha indicado principalmente en pacientes con lesión renal aguda (LRA) grave, sobrecarga de líquidos e inestabilidad hemodinámica. **Objetivo:** Identificar cuáles fueron las principales indicaciones del uso de TRRC, así como el impacto que tuvo sobre la mortalidad. **Material:** Estudio observacional, longitudinal, se incluyeron 14 pacientes con TRRC que ingresaron a la Unidad de Cuidados Intensivos, se analizaron las indicaciones, tiempo de recuperación de la función renal y retiro, downtime y mortalidad. **Resultados:** Las principales indicaciones de uso de TRRC fueron Acidosis metabólica refractaria a tratamiento 93%, Downtime de 7.6%, la recuperación de la función renal se reportó en un total de 60 h y un total de 70.6 h para el retiro de la terapia, la mortalidad se observó en un 43%. **Discusión:** Se encontró una asociación estadísticamente significativa entre la mortalidad y la ausencia de la recuperación de la función renal con una  $p=0.036$ . En diversos estudios se ha demostrado que alrededor del 5 al 15% de los pacientes críticamente enfermos con LRA en la UCI requieren terapia de reemplazo renal (TRR), lo que conlleva tasas de mortalidad de hasta el 70%.

### ÍNDICE I/S EN MORTALIDAD EN CHOQUE SÉPTICO

Juan Jesús Álvarez Valer  
Hospital General La Villa.

**Introducción:** El choque séptico se define como una respuesta exagerada del hospedero a la infección. El índice inmunidad/inflamación sistémica (IIS) fue descrito en 2014. La importancia se basa en el equilibrio celular de células proinflamatorias y la respuesta antiinflamatoria. Por la relevancia de los neutrófilos, linfocitos y plaquetas en la respuesta inmunológica y el estado inflamatorio del paciente se describe el índice con la fórmula:  $(P \times N)/L$ . **Objetivo:** Demostrar que el índice IIS se correlaciona con mortalidad en choque séptico. **Material y métodos:** Estudio observacional, analítico, retrospectivo y transversal. El universo de estudio fueron los pacientes que ingresaron a la UCIA del Hospital General Villa. El periodo de estudio fue del 01 de marzo del 2022 al 31 de julio de 2023. Se seleccionaron los pacientes que cumplan con los criterios de choque séptico, se tomó biometría hemática a su ingreso. Se consideró el sexo, edad, origen de choque y fallecimiento. Se utilizó estadística descriptiva y analítica. **Resultados:** Incluyeron 200 expedientes, 47 de ellos con nota de defunción y 154 con supervivencia. Los hombres fueron 138 y mujeres 62. La media de edad fue 50.8 años, moda 67 años y mediana 51 años. Los pacientes fallecidos 28 eran masculinos y 19 femeninos. El origen del choque más frecuente fue abdominal con 98 casos. Por sitio de origen del choque la mayor mortalidad se presentó a nivel abdominal con 23 casos. El punto de corte del índice IIS para mortalidad en choque séptico fue de  $3856 \times 10^9$  correlacionado con un valor del 70%. **Conclusión:** El índice IIS se puede usar como predictor de mortalidad.

### INFECCIÓN POR CLOSTRIDIUM DIFFICILE EN LA UCI

Pedro Ricardo Díaz Cruz; Alejandro García Suarez;  
Hugo Enrique Cárdenas Castañeda; Marcelo Díaz Conde;  
Juan Pablo Ramírez Hinojosa  
Hospital General "Dr. Manuel Gea González".

**Introducción:** Las infecciones por Clostridium son una Urgencia de Salud Pública con presentaciones clínicas graves, ocasionan el 7.7% de infecciones asociadas a cuidados de la salud. **Objetivo general:** Determinar incidencia y mortalidad de pacientes con infección por Clostridium difficile en la Unidad de Terapia Intensiva del Hospital General Dr Manuel Gea González. **Material y método:** Realizamos análisis retrospectivo observacional por datos de pacientes admitidos en UTI enero 2017 a agosto 2023 con elegibilidad si fueron admitidos en terapia intensiva y en admisión o en estancia intrahospitalaria desarrollaron infección por Clostridium difficile. Registrándose edad, género, diagnóstico de ingreso, uso de antibióticos, AINES, IBP, si padecía diabetes, neutropenia, enfermedad renal, hipoalbuminemia, si requirió ventilación mecánica invasiva, antecedente de cirugía abdominal, fecha de diagnóstico y si presentó defunción. **Resultados:** Encontramos tasa promedio de 0.47 casos por 1000 días/paciente de los últimos 5 años. Con aumento en este año (1.125 casos por 1000 días/paciente), mortalidad del 73% y estancia promedio de 19.4 días. **Discusión:** En 2017 Dávila et al. en estudio multicéntrico mexicano, reportaron incremento de casos con los años, describiendo tasa promedio de 0.28 casos por 1000 días/paciente hasta 2015, con menor número que en este estudio (0.47 casos por 1000 días/paciente).

### INL VERSUS PROCALCITONINA EN SEPSIS

Iván Gustavo De La Cruz Lara; Michell Estrella Montalvo Aguilar;  
Irma González Prado; Christian Eduardo Badillo Morales  
Hospital De Alta Especialidad De Veracruz.

**Introducción:** La procalcitonina es un marcador biológico útil para diferenciar las infecciones bacterianas de las víricas, Está especialmente indicada para infecciones respiratorias altas y bajas, neumonía, sepsis y meningitis. El INL es un parámetro incidido por el recuento de neutrófilos y linfocitos evaluados en la sangre periférica, es una medida clave para evaluar cambios en el recuento de leucocitos. **Objetivo:** Determinar los valores del índice neutrófilo/linfocitos y su correlación con los valores de procalcitonina en los pacientes con sepsis. **Material y métodos:** Se realizó un estudio observacional, longitudinal, retrospectivo. De los 36 pacientes que ingresaron al estudio 23(63.89%) pacientes corresponden a sexo masculino y 13 a femenino (36.11%). 27 pacientes no tenían ninguna comorbilidad. Del total de pacientes 44.44% fueron reportados con sepsis pulmonar seguido de abdominal 30.56% y el resto el rango promedio fue de 1 caso; el índice neutrófilo/linfocito 1.47 el valor más bajo y 60.28 el más alto, el valor más bajo de procalcitonina fue de 0.31 y el más alto 41, el que más se repitió fue 2. **Discusión:** Estos hallazgos son consistentes con la idea de que la sepsis es una enfermedad compleja que involucra múltiples mecanismos inflamatorios y no puede ser explicada por un solo parámetro. Además, la falta de relación entre el índice neutrófilo/linfocito y los niveles de procalcitonina sugiere que otros factores, como la gravedad de la enfermedad y la presencia de enfermedades subyacentes, pueden ser más importantes para predecir la respuesta inflamatoria en pacientes con sepsis.

### LEVOSIMENDAN EN DISFUNCIÓN MIOCÁRDICA POR SEPSIS

Marroquin Barrera Manuel Alejandro;  
Rivera Hermosillo Julio César; Estrada Jaime Mario Alberto;  
Castillo Amador Jovanhy; Méndez Reyes Raquel  
Hospital Regional 1° de Octubre ISSSTE.

En pacientes con Sepsis, 10 a 70% asocian disfunción miocárdica caracterizada por pobre respuesta a líquidos y catecolaminas, típicamente reversible. Actualmente no se recomienda el uso de Le-

vosimendan en estos pacientes, un metaanálisis reciente reporta beneficio en mortalidad, estancia en UCI y depuración de Lactato. Reportamos 7 pacientes, principalmente femeninos (71%), de 56 años (46 a 76) con hipertensión arterial (71%), con proceso infeccioso asociado a Gram Negativos. A su ingreso con hipoperfusión en ausencia de respuesta a volumen, lactato 5.8 mmol/L (3.1 a 12.2), tratamiento con noradrenalina 0.35mcg/Kg/min (0.3 a 1) y vasopresina 0.04 UI/min (0.02 a 0.06), con 3 disfunciones orgánicas (1 a 5). Al evaluar por ecografía se encontró disfunción sistólica izquierda (71%) con Strain Longitudinal Global -9.8 (-7 a -12) de patrón apical conservado, FeVi 45% (30 a 60%), con disfunción asilada del ventrículo derecho en 2 casos CAF 28.5% (22 y 30%) y falla bi ventricular en 2. Posterior al uso de Levosimendán (Inicio 0.05mcg/Kg/hr titulando 15 a 20mcg/kg/hr por 24hrs) se consiguió mejoría de los datos de hipoperfusión, con tolerancia al retiro de vasopresores en 48hrs (1 a 3 días). La estancia en UCI fue 11 días (5 a 11), con una defunción.

### MANEJO DE FALLA HEPÁTICA AGUDA CON TERAPIA DE RECAMBIO PLASMÁTICO DE ALTO VOLUMEN EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

Jesús Enrique Castrejón-Sánchez;

Evelin Hernández-Domínguez; Fernanda Ordoñez-Hernández;

David Navarro-Martínez; Marcos Amezcuca-Gutiérrez

Hospital Juárez de México.

**Introducción:** La falla hepática aguda se presenta cada vez con más frecuencia, presentando un gran impacto en la morbimortalidad, requiere de soporte orgánico pudiendo llegar incluso al trasplante hepático, la terapia de recambio plasmático es una alternativa que se ha visto mejora el pronóstico en estos pacientes. **Objetivo:** Determinar la mortalidad de los pacientes en que se empleo terapia de recambio plasmático de alto volumen en la unidad de cuidados intensivos. **Material y métodos:** Ensayo clínico, no aleatorizado, descriptivo, se integraron 11 pacientes ingresados a la unidad de cuidados intensivos y que se realizó terapia de recambio plasmático de alto volumen secundario a falla hepática aguda. **Resultados:** Disminución de la mortalidad comparada con tratamiento convencional en estudios previos, menor días de estancia en la UCIA, menos días de ventilación mecánica. **Discusión:** Se utilizó terapia de recambio plasmático de alto volumen con centrifugadora Terumo Optia, utilizando plasma fresco congelado, mostrando mejoría clínica a partir de la segunda sesión, con mejoría en la encefalopatía, coagulopatía y estado hemodinámico.

### MASA MUSCULAR POR ECOGRAFÍA NUTRICIONAL

Pérez Cruz Elizabeth. Sifuentes Hernández Christian de Jesús

Hospital Juárez de México.

**Introducción:** La literatura emergente destaca que la ecografía musculoesquelética puede ser útil para evaluar la masa muscular o de tejido magro. El ultrasonido es una opción no invasiva, fácilmente disponible y rentable que se puede aplicar al lado de la cama para evaluar el grosor o el área transversal (CSA) de grupos musculares específicos en puntos de referencia predefinidos. **Objetivos:** Determinar la masa muscular por ecografía nutricional para predecir gravedad y disglucemia. **Resultados:** Se incluyeron 31 pacientes que se encontraban en la Terapia Intensiva del Hospital Juárez de México. Una de las mediciones realizadas corresponde a la longitud de la extremidad, ya que este es uno de los parámetros que se requieren para poder realizar el cálculo de la masa muscular por ultrasonido, la media de longitud de extremidad fue de  $70.5 \pm 10.5$  cm, con un mínimo de 54 cm y máximo de 95 cm, las mediciones realizadas por ultrasonido se tomaban en máximo 72 horas, con lo que se logró realizar el cálculo de la cantidad de músculo medido por ultrasonido que corresponde a  $18.04 \text{ kg} \pm 4.1$  con un mínimo de 12.82 kg y un máximo de 34.29 kg, Se identificó que existe una correlación negativa entre la cantidad de músculo y la mortalidad por APACHE II, Correlación negativa entre glicemia capilar y la masa

muscular medida por ultrasonido ( $p < 0.03$ ). **Conclusiones:** Correlación negativas entre la cantidad de masa muscular y apache; por otro lado, también se documentó que a menor cantidad de músculo existe un incremento en alteraciones metabólicas manifestadas por incremento en los niveles de glicemia capilar.

### MEDIDA DEL RECTO FEMORAL EN USG Y ATROFIA MUSCULAR

Christian Alexis Gurrola Gomez; Alberto Alvarado Echavarría;

Nancy Allín Canedo Castillo; Alejandro Esquivel Chávez

IMSS; Centro Médico Nacional la Raza; Hospital

de Especialidades Dr. Fraga Mouret.

**Antecedentes:** la atrofia muscular del paciente críticamente enfermo, es una entidad poco reconocida en la UCI, debido a que las herramientas diagnósticas hasta el momento requieren la participación del paciente o el traslado fuera de la unidad, lo cual incrementa costos y riesgos en la atención; se requiere de una herramienta a la cabecera del paciente, costo efectivo, sin efectos adversos, que permita detectar los cambios que se observan con otras modalidades diagnósticas. **Objetivo:** comparar la medición del área transversal del músculo recto femoral por ultrasonido en el día 1 y 7 de estancia en la UCI para identificar atrofia muscular en el paciente críticamente enfermo. **Material y métodos:** estudio observacional, analítico, prospectivo, longitudinal y unicéntrico, participaron 63 pacientes en quienes se realizó la medición utilizando la técnica de Seymour, los días 1 y 7 de estancia; se realizó estadística paramétrica y no paramétrica, en la que se utilizó comparación de muestras relacionadas, con regresión logística, curva ROC y correlación. **Resultados:** la edad promedio fue 52.5 años, con predominio del sexo masculino, las comorbilidades más frecuentes fueron hipertensión arterial sistémica y diabetes mellitus en conjunto, se encontró un cambio del 10.06 % para identificar atrofia muscular, con área bajo la curva ROC 0.83, y una correlación leve con escalas de severidad SOFA (0.69) y APACHE II (0.63). **Conclusiones:** la medición del área transversal del músculo recto femoral por ultrasonido identificó la atrofia muscular en el paciente críticamente enfermo.

### MORTALIDAD ASOCIADA A EFECTO MACKLIN EN SDRA

Javier Ríos Alvarado; Javier Esparza Pantoja;

Roberto Alejandro Castillo Gonzalez; Irving Santiago Fraire Félix;

Emanuel Zacarías Rodríguez Cisneros

Centenario Hospital Miguel Hidalgo. Aguascalientes, Ags.

**Introducción:** Con el advenimiento de nuevas enfermedades respiratorias, se han hecho presentes múltiples complicaciones con muy baja incidencia y de las cuales se desconocen factores de riesgo asociados. Una de las complicaciones menos estudiadas al momento es el efecto Macklin, presente en pacientes con SDRA. **Objetivo:** Identificar factores de riesgo de mortalidad asociados al efecto Macklin en pacientes con SDRA. **Material y métodos:** Se realizó una investigación de corte transversal y analítico en el Centenario Hospital Miguel Hidalgo a través de la revisión de expedientes de pacientes con SDRA. Se integrarán variables de tipo sociodemográficas, así como propias del SDRA y efecto Macklin. Para el análisis univariado se utilizaron frecuencias, proporciones, medidas de tendencia central y dispersión, para el análisis bivariado se utilizó  $\chi^2$  para determinar dependencia en variables categóricas, Odds Ratio (IC95%) como medida de asociación de riesgos en variables dicotómicas, con una  $p < 0.05$  para la significancia estadística. **Resultados:** 37 casos evaluados con SDRA, de etiología viral en el 78.4%, efecto Macklin a nivel mediastino en el 97.3%, el 78.4% requirió ventilación mecánica y el 62.2% fallecieron, se encontró asociación entre ventilación mecánica y etiología viral con el fallecimiento de los pacientes (IC95%  $p < 0.05$ ). **Conclusión:** La ventilación mecánica aumenta el riesgo de mortalidad en pacientes con SDRA y efecto Macklin en 10.7 veces (IC95%;  $p < 0.001$ ) y la etiología viral aumenta el riesgo de mortalidad en 5.9 veces (IC95%;  $p < 0.01$ ).

## MUCORMICOSIS RINOCUTANEA, EN PACIENTE SIN INMUNOSUPRESIÓN

Ivan Ilescas Martínez; Aaron Tito Santiago Lopez;  
Leticia Osiris Castro Reyes; Isabel Baños Figueroa;  
Clemente Alejandro Raymundo Aguilar

Hospital Regional de Alta Especialidad de Oaxaca.

**Introducción.** La mucormicosis es una infección grave, que se ha vuelto cada vez más común en pacientes sin antecedentes de inmunodeficiencias. **Materiales y métodos.** Reporte de caso único, retrospectivo. Hombre de 55 años de edad, diagnóstico de Diabetes tipo 2 desde hace 15 años en tratamiento irregular con Linagliptina/Metformina, resto sin relevancia. Inicia **Resultados.** Se brinda manejo quirúrgico con rinectomía izquierda, enucleación de globo ocular izquierdo, escisión del seno maxilar izquierdo, y se envía extendido en fresco a patología clínica quien reporta hifas septadas, hialinas gruesas, cenocíticas y dicotómicas, compatibles con *Mucor* spp. Reporte de anatomía patológica con necrosis multifocal e inflamación aguda y crónica asociada a hifas de especies de *Mucor* spp. Se da manejo farmacológico a base de Anfotericina B liposomal a dosis de 5 mg/kg/IV. Se egreso el paciente de la unidad, y continua sin evidencia de recaída o defunción tras 3 meses del egreso. **Conclusión.** Este caso demuestra la importancia del tratamiento multidisciplinario oportuno para los pacientes con Mucormicosis, y cómo puede impactar en la sobrevida de los pacientes. Además, destaca la necesidad de investigaciones precisas sobre esta enfermedad fúngica para mejorar la calidad de vida de los pacientes que la padecen.

## MUERTE ENCEFÁLICA Y DONACIÓN. EXPERIENCIA DE 7 AÑOS

Hermes De Jesus Polo Roca; Julio Cesar Mijangos Méndez;  
Guadalupe Aguirre Avalos; Valeria Amaranta Jiménez Zaragoza;  
Daniel Alejandro Calderón Figueroa

Hospital Civil "Fray Antonio Alcalde" de Guadalajara.

**Introducción:** La muerte cerebral (MC) representa una lesión catastrófica cerebral, el diagnóstico debe confirmarse mediante un método validado como la angiografía cerebral (ATC), el electroencefalograma (EEG) y la ecografía Doppler transcraneal (DTC). **Método:** El objetivo fue precisar el método diagnóstico empleado para confirmar el diagnóstico de MC, se realizó un estudio de cohorte retrospectivo entre Julio del 2016 y agosto del 2023, en el Hospital Civil de Guadalajara "FAA". **Resultados:** Fueron abordados 88 pacientes con sospecha clínica de MC, 56 cumplieron los criterios de inclusión al estudio. La mediana de edad fue 25 años. La distribución de las pruebas utilizadas para confirmar la MC fue de la siguiente manera: El DTC se utilizó en 30 (53%), ATC en 15 (27%) y EEG en 11 (20%) pacientes. El diagnóstico primario de los pacientes confirmados con MC fue trauma craneoencefálico severo en 31 (55.3%), Hemorragia intracraneal en 19 (34%) y otros en 6 (10.7%). La procuración de órganos se llevó a cabo en el 80% de los casos confirmados. **Conclusión:** El DTC fue utilizado en más de la mitad de los casos para confirmar la MC. Es un método de bajo costo, no invasivo y se realiza a la cama del paciente.

## MÚSICA EN LA UCI: MENOR DELIRIO EN NEUROCRÍTICOS

Carlos Humberto González Velázquez;  
Alicia Gabriela Pérez Rodríguez; Luis David Cortes Badillo;  
Raúl de Gante Castro

Hospital General "Dr. Agustín O'Horán. Mérida, Yucatán, México.

**Introducción:** El delirio es común en pacientes de la UCI. Se ha estimado una prevalencia de 32,3%; en pacientes quemados o neurocríticos asciende hasta 77%. Se valora con las siguientes escalas: ICDSC y CAM-ICU. Metodología de Diseño de Estímulo Musical: 1. Música relajante que no interfiera con los procedimientos médicos, ni la comunicación (Clásica y ambiental). 2. Considerar las preferencias individuales. (Obtenida del interrogatorio indirecto de la historia clínica). 3. Sesiones en momentos de menor actividad médica para mini-

mizar las interrupciones. (Turno vespertino y nocturno). 4. Sesiones de 30 hasta 60 minutos por turno. **Objetivo:** Disminuir la incidencia de delirio en pacientes neurocríticos, se discuten las escalas pronósticas adecuadas para evaluar el riesgo de delirio y se sugiere una metodología para la selección y administración de estímulos musicales. **Material y métodos:** Estudio prospectivo, transversal, descriptivo, experimental. Sesiones de 30 a 60 minutos, individualizadas por cada turno a 17 pacientes neurocríticos. Grupo control de 15 pacientes, durante los meses julio y agosto de 2023. **Resultados:** Total: 32 pacientes, 22 hombres y 10 mujeres; 10 presentaron delirio al inicio del estudio (32%). De los 17 del grupo experimental, 11 mantuvieron puntuaciones negativas para delirio. Se realizó prueba T de Student para muestras pareadas no paramétricas, valor  $p=0.0046$  en la escala CAM-UCI y una  $p=0.0361$  en ICDSC. **Discusión:** Un modelo estandarizado, pero individualizado, de música podría ser una estrategia complementaria para reducir la incidencia de delirio en la UCI en pacientes neurocríticos.

## NEUROMONITOREO CON USG EN TCE

Luis David Cortes Badillo; Carlos Humberto González Velázquez;  
José Antonio García Gongora; José Jimmy Gongora Mukul;  
Cesar Mauricio Canche Colonia

Hospital Agustín O'Horan. Mérida Yucatán.

**Introducción:** El USG ha demostrado una alta utilidad en el diagnóstico de HIC, la medición de la velocidad de flujo sanguíneo permite hacer estimaciones de PPC, IR y poder predecir vasoespasmos. **Objetivo:** Evaluar el IP y VNO vs TAC para diagnóstico y seguimiento de HIC en pacientes con TCE en hospitales con recursos limitados. **Material y métodos:** IP y VNO fueron calculadas en 30 pacientes de los cuales se estimaron por formulas PIC. Se compararon los resultados obtenidos, analizando los cocientes de probabilidad, así como intervalos de confianza para determinar la sensibilidad y especificidad de cada una de ellas. **Resultados:** 18 pacientes presentaron HIC por tomografía al ingreso, VNO tuvo S del 85% con E del 100%, IP presento 55% S. y 83% E al ingreso, en el seguimiento IP mostró similitud en S pero mayor E. que VNO, con una E del 83%. **Discusión:** El uso del IP y VNO en hospitales con recursos limitados permite la medición de PIC y PPC, además ayuda a evaluar la hemodinámica cerebral mediante el análisis de la onda de flujo.

## PaO2X10/(FiO2XPEEP) VS PaO2/FiO2 PRONOSTICO EN UCI

Altamirano Jimenez Alejandro; Sergio Martínez Romero;  
Martin Mendoza Rodríguez; Jose Alfredo Cortes Minguiá

Hospital General La Villa Secretaría de Salud de la Ciudad de México.

El síndrome de distrés respiratorio agudo (SDRA) es una preocupación crítica en las UCI debido a su alta mortalidad y consumo de recursos. La medición PaO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub> para evaluar la oxigenación en pacientes con SDRA tiene limitaciones, ya que no considera parámetros de presión ventilatoria como PEEP ni los efectos de cambios en FiO<sub>2</sub> en la oxigenación. Se han desarrollado índices alternativos que incorporan estos factores, como el índice de oxigenación basado en PaO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub>. El objetivo principal de este estudio observacional, analítico, ambispectivo y longitudinal fue demostrar que el índice PaO<sub>2</sub>X10/(FiO<sub>2</sub>XPEEP) es mejor predictor de mortalidad en pacientes con SDRA en comparación con PaO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub>. Se llevó a cabo en el Hospital General La Villa de la Ciudad de México desde el 1 de enero de 2020 hasta el 31 de julio de 2023. Se incluyeron 252 pacientes con edad promedio de 48 años, siendo el 67.5% hombres. La duración media de la estancia en la UCI fue de 5 días. Las mediciones iniciales mostraron que la PaO<sub>2</sub> promedio fue de 69, la FiO<sub>2</sub> promedio fue de 65 y la PEEP inicial tuvo una mediana de 7. La mediana de PaO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub> inicial fue de 102, mientras que la de PaO<sub>2</sub>X10/(FiO<sub>2</sub>XPEEP) fue de 149. En las mediciones de control, la PaO<sub>2</sub> promedio fue de 70, la FiO<sub>2</sub> promedio fue de 64, y la PEEP mediana fue de 8. La mediana de PaO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub> control fue de 123, mientras que la de PaO<sub>2</sub>X10/(FiO<sub>2</sub>XPEEP) fue de 152. Se encontró que el índice PaO<sub>2</sub>X10/(FiO<sub>2</sub>XPEEP)

estaba significativamente asociado con la mortalidad y la gravedad del SDRA, lo que sugiere su utilidad como herramienta predictiva. A pesar de la falta de literatura, este índice puede ser eficaz.

### PARADA CARDIACA POST NEUROINTERVENCIÓNISMO

Luz María Laguna Jaralillo. Manuel José Rivera Chávez.  
Gerardo Mercado Rojas. María de la Luz Jaime Almaguer.  
Alejandro de Jesús Luviano Ortiz

Universidad de Guanajuato. Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajío.

**Introducción:** 20% de ACV son hemorrágicos, 5-15% hemorragia subaracnoidea secundaria a aneurismas, reparación endovascular es tratamiento de primera línea en 24h. **Objetivo:** analizar factores asociados, complicaciones durante intervencionismo e importancia del síndrome post parada cardiaca. **Material y métodos:** Información obtenida del expediente clínico. **Resultados:** presentación de caso, femenino 68 años con rotura de aneurisma en arteria comunicante anterior (ACA), durante intervencionismo presenta asistolia, es enviada a UCIA para manejo de síndrome post parada cardiaca. **Discusión:** tasa de sobrevivida post paro cardiaco del 50%. Antecedente de HTA, 10 días antes de hospitalización cuadro convulsivo tónico clónico requirió manejo avanzado de vía aérea. TAC reportó HSA difusa a convexidad izquierda y cisura de Silvio derecho, zonas hipodensas, disminución del volumen cerebral. Angiografía Cerebral: aneurisma roto ACA aferencia derecha, vasoespasmio moderado arteria cerebral anterior segmento A1 y A2 izquierdo. Durante neurointervencionismo asistolia, posterior a RCP ingresa a UCIA con síndrome post parada cardiaca, empleo de hipotermia terapéutica, second look de neurointervencionismo colocación de stent resultando circulación adecuada y exclusión de lesión. Posterior manejo con antiagregación plaquetaria y egreso de UCIA.

### POSICIÓN ANATÓMICA DE GRANDES VASOS POR ULTRASONIDO EN PACIENTES OBSTÉTRICAS Y SU RELACIÓN CON EL EMBARAZO

Verónica Molina Reyes; Felipe de Jesús Montelongo;  
Jonathan Galindo Ayala; Rafael Tapia Velasco

Instituto de Salud del Estado de México. Hospital General "Las Américas".

En la unidad de cuidados intensivos del Hospital General Las Américas, se realiza monitoreo ultrasonográfico a la cabecera del paciente. Es uno de los principales Hospitales de segundo nivel de referencia de pacientes obstétricas, a las que se les realiza procedimientos relacionados a los cuidados de la salud, como la colocación de los accesos vasculares centrales. Con el compromiso de disminuir el riesgo a la realización de este procedimiento y si este está relacionado al desplazamiento anatómico de la relación vena-arteria de los grandes paquetes vasculonerviosos en medida que progresa el embarazo. Se realizó un estudio prospectivo, transversal y observacional en embarazadas del primer, segundo y tercer trimestre del embarazo y puerperio. Se utilizó un ultrasonido lineal de 13 MHz con ultrasonido Simens Freestyle para la evaluación anatómica de arteria con respecto a la posición de la vena yugular izquierda-derecha, subclavia supraclavicular izquierda-derecha, infraclavicular izquierda-derecha y femoral derecha e izquierda. Se analizaron a un total de 30 pacientes (3 pacientes de primer trimestre, 6 pacientes en segundo trimestre, 10 pacientes en tercer trimestre y 11 pacientes en puerperio). Sin encontrar cambios anatómicos significativos con respecto a la evolución del embarazo.

### PREDICCIÓN DE GRADO DE LRA CON AKIPREDICTOR EN UCI

Luis Cesar Bastidas Martínez, Daniel Cruz Ramírez,  
Abraham Antonio Cano Oviedo, Alejandro Esquivel Chávez

Centro Médico Nacional La Raza, Hospital de Especialidades "Dr Antonio Fraga Mouret", IMSS.

**Introducción:** La lesión renal aguda (LRA) es una complicación asociada con mortalidad en UCI. **Objetivo:** Estimar capacidad pronóstica del grado de LRA por AKIPredictor en pacientes sépticos en UCI.

**Material y métodos:** Estudio observacional, transversal, retrospectivo, 110 pacientes sépticos en UCI de enero a diciembre 2021. Comparación de riesgo por AKIPredictor con grado de LRA. **Resultados:** Mediante curvas ROC se determinó AUC para LRA por AKIPredictor comparado diagnóstico real (0.87; IC0.73-0.97), grado I (0.85; 0.7-0.91), II 0.88(0.79-0.96) y III (0.9; 0.8-0.97). **Discusión:** Nuestro estudio demuestra AKIPredictor como herramienta eficaz para predecir LRA en pacientes sépticos.

### PRESIÓN DE PERFUSIÓN MEDIA, LRA EN CHOQUE SÉPTICO

Amairani Montserrat Garcia Uribe

Hospital General La Villa de la Secretaría de Salud de la Ciudad de México.

**Introducción:** La LRA es una de las complicaciones frecuentes que afecta al 50-60% de los pacientes en la UCI, una de las causas más comunes es el choque séptico. Determinar la presión de perfusión media evalúa indirectamente la presión de perfusión renal. **Objetivo:** Demostrar que la presión de perfusión media es útil como predictor de progresión y lesión renal aguda en pacientes con choque séptico. **Métodos:** Estudio observacional, descriptivo, ambispectivo y longitudinal. El universo fueron los pacientes con ingreso a la UCI del HGL del 1 de enero del 2021 al 30 de junio de 2023. Se seleccionaron a pacientes con diagnóstico de choque séptico. Se recolectó información de la presión arterial media, presión venosa central y creatinina al ingreso y a las 6 horas para el cálculo, género, edad, comorbilidades, días de estancia y motivo de egreso. Posterior se concentraron en una hoja de cálculo de Excel para ser analizados a través del software estadístico SPSS. **Resultados:** Se evaluaron un total de 91 pacientes. La media de edad fue de 49, el género masculino fueron 63%, la mediana de días de estancia 4.0, entre las comorbilidades 40 pacientes (44%) no presentaron, continuando la diabetes mellitus en 24%. La media de PPM al ingreso fue de 62.9, la PPM posterior 69.2, los pacientes que desarrollaron lesión renal aguda fueron 73%, de los cuales 36%, resolvió la lesión renal aguda es decir un 50% de los afectados. La mortalidad fue de 47.6%. **Conclusión:** La presión de perfusión media igual o menor de 60mmHg es útil como predictor de progresión y lesión renal aguda en pacientes con choque séptico.

### PRESIÓN DE PULSO Y VOLUMEN SISTÓLICO

Francisco Eduardo Dardón Fierro;

José Ángel Baltazar Torres; Luis Adrián Soto Mota

Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición.

**Introducción:** Es común que en la práctica clínica se utilice la presión de pulso como una medida que puede orientar acerca de la normalidad o anormalidad del volumen sistólico, sin embargo, a la fecha no existe un estudio que correlacione la medición o estimación de este con la amplitud de la presión de pulso. **Objetivo:** Correlacionar el volumen sistólico medido por termodilución con catéter de flotación de la arteria pulmonar y estimado por ecografía con la presión de pulso evaluada de manera invasiva y no invasiva. **Material y métodos:** Se incluyeron 21 pacientes ingresados a la unidad de cuidados intensivos entre octubre 2022 y junio 2023. Se obtuvieron valores hemodinámicos medidos por termodilución y estimados por ecografía. Se realizó análisis descriptivo y se correlacionó mediante r de Pearson el volumen sistólico medido y estimado con la presión de pulso invasiva y no invasiva. **Resultados:** No se encontró una correlación estadísticamente significativa entre el volumen sistólico y la presión de pulso. **Discusión:** Contrario a lo comúnmente pensado, los resultados sugieren que la presión de pulso es un mal subrogado del volumen sistólico y no sustituye la evaluación hemodinámica de manera invasiva o no invasiva.

### PREVALENCIA DE DELIRIO EN PACIENTE CON COVID-19

Juan Carlos Suárez; Yolanda Jacqueline Canul Celis;

Nancy Allin Canedo Castillo; Alejandro Esquivel Chávez

Hospital de Especialidades: Dr. Antonio Fraga Mouret del Centro Médico Nacional La Raza.

El SARS-CoV-2 además de producir insuficiencia respiratoria aguda, afecta otros órganos como el sistema nervioso central (SNC) el delirio particularmente se incluye tanto como afectación del SNC directo como consecuencia de la estancia en UCI. En nuestra unidad se realizó un estudio durante el periodo del 1 de mayo de 2010 y el 31 de enero de 2011, en 79 pacientes críticamente enfermos que recibieron cualquier tipo de sedante en infusión continua intravenosa por al menos 48 horas, en dicho estudio se determinó la prevalencia de delirio en el 38%. Los pacientes con delirio tuvieron significativamente mayor duración de la ventilación mecánica, tiempo de estancia en la UCI y mortalidad. **Objetivo:** Calcular la prevalencia de delirio en pacientes con COVID-19 e identificar los factores de riesgo asociados en la unidad de cuidados intensivos. **Material y métodos:** Se realizó un retrospectivo, longitudinal, descriptivo y unicéntrico. En el cual se avaló a pacientes críticamente enfermos con COVID-19 grave y delirio en el periodo comprendido entre el 1 de abril de 2020 y el 30 de noviembre de 2021. Para determinar la asociación de los factores de riesgo se realizó un análisis de regresión logística univariado y multivariado

### PREVENCIÓN DE NAV MEDIANTE LA APLICACIÓN PIA

Manuel Emiliano Bárcena Robles, Manuel Alejandro Uc Pérez; Esquivel Chávez; Nancy Allin Canedo Castillo

Hospital de Especialidades "Antonio Fraga Mouret",  
Centro Médico Nacional La Raza, IMSS.

**Introducción:** La neumonía asociada a ventilación mecánica (NAVM) es la infección nosocomial más prevalente y mortal en la unidad de cuidados intensivos (UCI). Varias UCI a nivel internacional informan la disminución en la incidencia de NAVM cuando se utilizan bundles o paquetes de prevención. **Objetivo:** Medir la incidencia de NAVM de los pacientes que ingresan a la UCI tras la implementación protocolo integral de atención (PIA) del IMSS. **Material y métodos:** Estudio prospectivo, longitudinal, abierto, cuasi experimental. Realizado en la UCI, HE CMN "La Raza" en un periodo comprendido entre el 01 de septiembre del 2022 al 30 de noviembre del 2022. Se incluyeron los pacientes que ingresen a UCI sin diagnóstico de neumonía y que ameriten VM durante más de 48 horas. Se calculó la incidencia de NAVM. Se utilizó estadística inferencial para la comparación de los datos entre ambos grupos. **Resultados:** La incidencia de NAVM tras la implementación del PIA fue del 10.3%. Se logró una reducción de la incidencia de NAVM de 66.1%. Prevenir la NAVM incrementa los días libres de ventilación mecánica en 1.0 ( $p=0.04$ ). **Discusión:** La implementación del PIA en la UCI disminuyó la incidencia de NAVM en más del 50%.

### PROCALCITONINA-DÍMERO D PREDICTORES DE MORTALIDAD

Angélica Guzmán Herrera; Martín Mendoza Rodríguez

Hospital General La Villa.

50% de las camas en UCI son ocupadas por pacientes con sepsis. Esta es la causa más común de muertes intrahospitalarias y cuesta más de 24 mil millones de dólares al año a nivel mundial. -Demostrar que la procalcitonina es mejor que el Dímero D para predecir la mortalidad. -Estudio observacional, longitudinal, ambispectivo, comparativo y analítico. Pacientes que ingresen a la UCIA, del HGV, de abril 2022 a junio 2023. -Se revisaron 250 expedientes de los cuales se seleccionaron 66 pacientes, de los cuales la media de edad fue de 50 años con una ( $\pm 15.3$ ), el género masculino fue 54.5%, la mediana de días de estancia intrahospitalaria fue de 4 (rango 2-7.25), la mediana de procalcitonina inicial 7.4 ng/ml (rango 3.3-43.3), la mediana de procalcitonina a las 24 horas 11.3ng/ml (rango 5.8-51.8), la mediana de Dímero D inicial 2400 $\mu$ m/ml (rango 1487-3772), la mediana de Dímero D a las 24 h, 3175  $\mu$ m/ml (rango 1665-4554). Entre las comorbilidades, la DM (33.3%), HAS (27.3%), Hepatopatía (6.1%), ERC 4.5%, ningún paciente con EPOC, Embarazo 4.5%, neoplasias 1.5%, cardiopatía 1.5%, la mortalidad en este estudio fue de 37.9%. Se realizó un análisis multivariado de riesgo, con gráfico de supervivencia Kaplan Meier y se observó procalcitonina inicial OR 1.71 (IC 95%,

p.045), procalcitonina a las 24 horas, un OR .53 (IC 95%, p.063); el Dímero D inicial mayor de 500 obtuvo un OR 1.40 (IC 95%, p.030), el Dímero D a las 24 h que continuó elevado mayor de 500 obtuvo un OR 2.0 (IC 95%, p .004). -El dímero D tiene mayor impacto en la mortalidad que la procalcitonina.

### PROYECTO UCI SIN PAREDES

Jose Rodrigo Domínguez Martínez;

Mariana Ramírez Tello; Roberto Alejandro Castillo González;

Jeshuá André Muñetón Arellano; Edmundo Israel Roque Márquez

Centenario Hospital Miguel Hidalgo - Aguascalientes, Aguascalientes.

**Introducción:** La sobrepoblación hospitalaria impacta la calidad de atención, toma de decisiones y detección oportuna de pacientes con riesgo de complicaciones durante su estancia. Terapia Intensiva "sin paredes" ayudaría a realizar intervenciones críticas, reducir tiempos intrahospitalarios, complicaciones asociadas a estancias prolongadas de pacientes y la optimización de recursos intrahospitalarios. **Objetivos:** La implementación de un Protocolo de Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) "sin paredes" para detectar e intervenir oportunamente en aquellos pacientes que requieran de una atención más especializada durante su estancia hospitalaria. **Material y métodos:** Se implementará un sistema de triage intrahospitalario basado en la Escala NEWS 2, dando seguimiento a pacientes con resultados moderado a severo, realizando intervenciones necesarias en conjunto con su servicio tratante. **Resultados:** Esperamos una reducción de tiempos de estancia intrahospitalarios, consumo de recursos, reversión y limitación de patologías crónicas de pacientes ya hospitalizados y disminuir la incidencia de ingresos innecesarios a la UCI. **Discusión:** Anteriormente se han implementado protocolos similares en otras unidades médicas con resultados favorables con respecto a mortalidad, tiempos de estancia intrahospitalaria y reducción en la incidencia de patologías asociadas a estancias prolongadas. Se espera reproducir un resultado similar y en un futuro establecerlo como un programa permanente en nuestra unidad.

### RECAMBIO PLASMÁTICO EN SÍNDROME DE GUILLAIN-BARRÉ

Sandra Ivette Alba-Cuevas; Marco Antonio Juan-Gómez;

Carlos Enrique López-Rodríguez; Ricardo Rodríguez-Villanueva;

Marcos Antonio Amezcua-Gutiérrez

Hospital Juárez de México.

**Introducción:** el Síndrome de Guillain-Barré (GBS) es una poliradiculoneuropatía desmielinizante con involucro del sistema nervioso autónomo que puede condicionar falla respiratoria. El tratamiento del SGB está encaminado a disminuir complicaciones agudas y limitar las secuelas neurológicas. Uno de los tratamientos es el recambio plasmático terapéutico (TPE), técnica que consiste en separar el plasma de las células mediante el uso de una membrana de filtración o centrifugación. **Objetivo:** determinar la eficacia del tratamiento del SGB mediante TPE, medida mediante mortalidad, días libres de ventilación mecánica y mejoría de la escala MRC. **Material y métodos:** estudio clínico, analítico, longitudinal, retrospectivo. Se integraron 10 pacientes con diagnóstico de SGB quienes recibieron tratamiento con plasmaféresis de alto volumen a su ingreso a UCI. **Resultados:** pacientes con SGB y tratamiento con TPE se observó que un 90% tuvo recuperación funcional con mejoría de la escala MRC, promedio de 6 días de ventilación mecánica invasiva, tiempo de estancia en UCI promedio de 7 días. Factor de riesgo asociado al tratamiento: neumonía asociada a la ventilación mecánica. **Discusión:** pacientes con diagnóstico de SGB se benefician del inicio temprano de TPE ya que el uso oportuno de esta terapia impacta de manera positiva en la recuperación funcional y neurológica en esta población en particular.

### RELACIÓN MORTALIDAD INGRESOS HIDRICOS EN UCI DIA 1

Sulemi Areli Castañón Balderas; Alfonso Chávez Morales;

Cristian Uriel Santillán Ramírez; Mónica Castro González

Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga".

**Introducción:** El objetivo de la reanimación con líquidos intravenosos es mejorar la perfusión tisular, la hipotensión y la oliguria son las principales indicaciones para su administración, una reanimación sin metas claras puede llevar a desenlaces desfavorables para el paciente.

**Objetivo:** Comparar la mortalidad en relación a los ingresos hídricos administrados en las primeras 24 horas de ingreso a Terapia. **Materiales y métodos:** Análisis retrospectivo del balance global de líquidos en 131 pacientes admitidos de febrero 2022 a diciembre de 2023. En pacientes que ingresaron a terapia intensiva, reanimados con líquidos intravenosos en las primeras 24 horas evaluamos la media de ingresos y su relación con la mortalidad. **Resultados:** Pacientes con ingresos hídricos de 3.4 litros presentaron menor mortalidad que aquellos con ingresos menores a 2.6 litros (p.004), con niveles de lactato más bajos en pacientes del primer grupo al tercer día y con disminución de creatinina y aumento del índice urinario con un tamaño del efecto de 0.56. **Discusión:** Los pacientes que se reaniman de forma permisiva durante las primeras horas de su ingreso, presentan menor mortalidad y disminución de marcadores bioquímicos de hipoperfusión. La terapia con líquidos intravenosos no tiene un objetivo universal establecido por lo que es importante compartir los resultados obtenidos.

### REPORTE DE CULTIVOS DE SECRECIÓN BRONQUIAL

Alain Morales Canseco; Jovanhy Castillo Amador

Hospital Regional 1° de Octubre ISSSTE.

Globalmente cerca de 1.3 millones de muertes son atribuibles a la resistencia antimicrobiana. Por lo cual el objetivo del presente trabajo, es identificar los principales microorganismos y sus perfiles de resistencia en el desarrollo de neumonía lo cual nos permite adecuar guías locales en el manejo antimicrobiano empírico y coadyuvar al descenso de resistencias. En el año 2022 ingresaron en la unidad de terapia intensiva del Hospital Regional 1 de Octubre ISSSTE 407 pacientes, de los cuales 155 se reportaron cultivos positivos de secreción bronquial (43%) De los cuales 64% son bacterias gram negativas y 36% bacterias gram positivas, Siendo el microorganismo predominante *Escherichia coli* en 27 casos con perfil de resistencia BLEE en 89% de estos cultivos. De las bacterias Gram positivas el microorganismo principal fue *Staphylococcus aureus* (27) con detección de oxacilina en 26%. En orden descendente el resto de microorganismos fue *Enterobacter cloacae* 10%, *Enterococcus faecium* 10%, *Klebsiella pneumoniae* 8%, *Pseudomonas aeruginosa* 8% *Stenotrophomonas maltophilia* 7% y otros 22%. De las bacterias gram negativas el 50% presentan resistencia al grupo de cefalosporinas, 36% resistencia a quinolonas y 6% a carbapenémicos. El identificar los microorganismos y patrones de resistencia ayudara a combatir la crisis sanitaria de resistencia antimicrobiana.

### RETO DE FUROSEMIDE Y TERAPIA DE REEMPLAZO RENAL

Thania Melina Camacho Gutiérrez;

Jesús Omar Morón Medina; Alejandro Esquivel Chávez

Hospital De Especialidades Dr. Antonio Fraga Mouret del CMN La Raza.

**Introducción:** La lesión renal aguda (LRA) es frecuente en los pacientes de UCI presentando mayor mortalidad. El reto de furosemide, predice la progresión de la lesión y evalúa la integridad tubular, siendo positivo si presentan uresis mayor a 200ml en las 2 horas posteriores a la administración, traduciendo un subgrupo de pacientes que puede recuperar la función evitando la terapia de sustitución de la función renal (TSFR). **Objetivo:** Conocer si existe relación entre el reto de furosemide y la necesidad de TSFR. **Materiales y métodos:** Estudio retrospectivo, transversal, observacional, de casos y controles, se revisaron los expedientes clínicos entre el 1ro de enero 2017 al 1ro de septiembre de 2022. **Resultados:** El 4% de los pacientes que presentaron respuesta positiva al reto de furosemide requirió TSFR a comparación del 12% que no presentaron respuesta. **Discusión:** Hay una relación con la progresión de la lesión y mayor predicción de TSFR en pacientes con lesión renal AKIN II y III, que no respondieron al reto, en especial si presentan gravedad clínica (SOFA >10, APA-

CHE II > 20), sin repercusión clínica del inicio temprano o tardío de la TSFR a partir del diagnóstico de LRA.

### RIESGO NUTRICIONAL REEMPLAZO RENAL Y MORTALIDAD

Diana Beatriz Escamilla Sarmiento; Martín Mendoza Rodríguez

Hospital General La Villa.

**Introducción:** La lesión renal aguda es una complicación común en pacientes en estado crítico siendo una de las principales complicaciones el cual ameritando terapia de reemplazo renal continúa asociándose con mayor incremento de la mortalidad. **Objetivo:** Demostrar que existe un riesgo nutricional mediante el uso de la escala NUTRIC SCORE modificada y su asociación con la terapia de reemplazo renal y la mortalidad. **Metodología:** estudio observacional, descriptivo, retrospectivo y analítico, donde se procede a la recolección de datos a todos los pacientes que ingresen a la UCI se registraron los resultados de NUTRIC SCORE modificada en los pacientes con terapia de reemplazo renal continua desde el 1 de marzo del 2022 hasta el 31 de junio del 2023. **Resultados:** Se identificó que la escala NUTRIC SCORE modificado con un puntaje mayor de 5 puntos se relaciona a riesgo de nutrición alto observándose que la mayoría de los pacientes los cuales tuvieron lesión renal aguda y contaron con terapia de reemplazo renal. **Conclusiones:** A mayor incremento del puntaje de NUTRIC SCORE modificada que se diagnosticaron con lesión renal aguda su probabilidad de el requerimiento de terapia de reemplazo renal continua fue mayor a comparación con los pacientes con un puntaje menor.

### SÍNDROME DE GUILLAIN BARRÉ EN LA UCI

Niyireth Novoa Santander; Carlos Gasca Aldama;

Marco Juan Gómez; Carlos López Rodríguez; Ricardo Rodríguez

Villanueva. Hospital Juárez de México.

**Introducción:** El síndrome de Guillain barré es una polineuropatía inflamatoria aguda que afecta el sistema nervioso periférico, causando debilidad muscular progresiva e hipo o arreflexia. **Objetivo:** Caracterizar los pacientes con Síndrome de Guillain barré ingresados a la unidad de cuidados intensivos (UCI), especificando particularidades demográficas, clínica epidemiológica y tratamiento. **Materiales y métodos:** Se realizó un estudio descriptivo, transversal; se incluyeron 11 casos de Guillain Barré en la UCI (enero 2022 - septiembre 2023). **Resultados:** El 54.5% de los pacientes estaban entre los 18 y 30 años, la mayoría fueron hombres (72%). El 81% cursó con un proceso infeccioso previo. Escala EGRIS para riesgo de intubación: alto 45.4% e intermedio 45.4%. Estudio electrofisiológico: Axonal motora pura: 54.5%, Axonal motora y sensitiva: 18.1%, Desmielinizante: 9%, Componente mixto: 18.1%. Tratamiento: Plasmaféresis 81.8% e inmunoglobulina 18.1%. Mortalidad: 0. **Discusión:** El síndrome de Guillain Barré se presentó con mayor frecuencia en la población joven y en el género masculino. A pesar de la puntuación EGRIS de riesgo intermedio 10 de los 11 pacientes requirieron intubación orotraqueal, sin embargo, ninguno falleció. El tratamiento de elección fue la plasmaféresis. El subtipo electrofisiológico más frecuente es el axonal motor puro, que se correlaciona con otros estudios en México.

### SÍNDROME URÉMICO HEMOLÍTICO EN NEOPLASIA CEREBRAL

Fernando Villalobos Guerrero; Leticia Guerrero Navarrete;

Liliana Ponce Baños; María Alaciel Galván Merlos;

Alfredo Arellano Ramírez

Hospital Regional de Alta Especialidad de Ixtapaluca.

El síndrome hemolítico urémico es un trastorno de la microvasculatura, definido por anemia hemolítica microangiopática y trombocitopenia. Se manifiesta con hematuria, oligoanuria y fracaso renal. El 10 % de casos presentan variante atípica, no asociada con diarrea y de peor pronóstico con una incidencia de 2 casos por millón de habitantes. Presentamos el caso de paciente femenino de 57 años que inicia con alteraciones neurológicas cognitivas y posturales, RMN con



lesión a nivel de fosa posterior con realce heterogéneo al contraste con gadolinio. En junio 2023 resección de tumor con sangrado de 1700 cc, ingresó a UCIA por inestabilidad hemodinámica requiriendo manejo con hemotransfusiones, reanimación hídrica, vasopresores y manejo avanzado de la vía aérea. Desde ingreso con trombocitopenia severa, elevación de DHL y bilirrubinas. Se solicita frotis donde se encuentran esquistocitos, ADAMS-13 con 94% de actividad, Perfil de coagulación con INR 1.3 y tromboelastograma con alteración en los factores de coagulación. Se integra diagnóstico de síndrome urémico hemolítico atípico asociado a neoplasia. Inicia dosis bolo de metilprednisolona, Rituximab y recambio plasmático con mejoría, lográndose extubación. Se egresa a hospitalización de neurocirugía y posteriormente a domicilio.

### SONOGRAFÍA RECTO FEMORAL VS ESCALAS EN NUTRICIÓN

Lizbeth Arely Hernández Torres

Hospital General La Villa.

**Introducción:** La malnutrición en pacientes críticos es 30-55%. Los primeros 10 días es cuando hay mayor pérdida muscular. Además de ser factor para morbilidad las reservas de masa muscular reflejan el estado nutricional y reservas de proteínas. **Objetivo:** Demostrar que la medición sonográfica del músculo recto femoral es mejor que las escalas clínicas para valorar el estado nutricional en UCI. **Material y métodos:** Estudio observacional, prospectivo, descriptivo, longitudinal y analítico, se midió recto femoral en día 1 y 7 de estancia. **Resultados:** 27 pacientes, mediana de edad 47.6 años, 59.2% mujeres, 40.7% hombres, 55.5% en ventilación mecánica, mortalidad 25.9%. Mediana NUTRIC de 4 puntos, mediana de grosor del recto femoral día 1 2.5 cm, al día 7 2.1 cm, Al séptimo día correlación negativa entre el grosor del músculo recto femoral y estancia hospitalaria. **Discusión:** La medición del grosor muscular muestra ventajas ya que al identificar desgaste muscular se podrá incidir iniciando el proceso de rehabilitación de forma precoz lo que limitará el daño y disminución de incidencia de miopatía en el paciente crítico. Al clasificar a los pacientes con bajo o alto riesgo de acuerdo con la escala NUTRIC, en nuestro estudio no encontramos diferencias en las mediciones.

### SpO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub> CONTRA PaO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub> EN SDRA POR COVID-19

Jonathan Ruiz Ruiz; Alfonso Chávez Morales;

José Guillermo Espinosa Ramírez

Hospital General de México "Eduardo Liceaga".

**Introducción:** El SDRA por COVID-19 presenta insuficiencia respiratoria hipóxica, utilizando la PaO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub> para su diagnóstico y monitoreo; sin embargo, no todas las instituciones cuentan con gasometrías; siendo la SpO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub> un sustituto no invasivo y continuamente disponible. **Objetivo:** Determinar la utilidad de SpO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub> en el diagnóstico y monitoreo de pacientes con SDRA por COVID-19. **Material y métodos:** Estudio observacional, analítico, transversal, retrospectivo. Se analizó una muestra de 842 pacientes que ingresaron al área de Terapia Intensiva COVID-19 del Hospital General de México del 01 de enero del 2021 al 31 de marzo del 2022, usando pruebas de correlación de Pearson y curva ROC para determinar sensibilidad, especificidad, VPN y VPP. Se utilizó el programa SPSS v. 25. **Resultados:** Curva ROC de SpO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub> con PaO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub>, con AUC 0.949 (IC 95%, 0.911-0.986, p=0.01); Sensibilidad=100%, Especificidad=91.5%; VPP=0.92 y VPN=1.0. Coeficiente de correlación de Pearson con r=0.904, p<0.001. Obteniendo ecuación de regresión lineal: SpO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub>=1.3908(PaO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub>)+20.291; r<sup>2</sup>=0.7827. **Discusión:** La SpO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub> es una herramienta útil equivalente a la PaO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub> para el diagnóstico y monitoreo de SDRA por COVID-19; determinándose valores

corte para gravedad usando SpO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub>: Leve<440, Moderado<300, Severo<160. Lo anterior difiere de resultados previos en la literatura mundial, pudiéndose establecer una nueva clasificación de gravedad para población mexicana.

### TOXICIDAD POR INHIBIDORES DE ACETILCOLINESTERASA

Hussein Flores Castillo; Nayeli Bárcenas Gutiérrez;

Abraham Díaz Ramírez; Guadalupe Vera Aguirre; Alfredo Arellano Ramírez

Hospital Regional de Alta Especialidad Ixtapaluca.

**Introducción.** En México las intoxicaciones representan un problema de salud, el abordaje y tratamiento es complicado. La colinesterasa cataboliza acetilcolina en colina y acetato, la inhibición de esta enzima provoca estimulación continua de músculos, glándulas y sistema nervioso central traduciendo en síntomas y signos como miosis, broncorrea, fasciculaciones, convulsiones, arritmias, complicaciones como síndrome intermedio y polineuropatía tardía. **Objetivo:** Describir el abordaje en unidad de cuidados intensivos de un paciente con intento suicida previa exposición a organofosforados con manifestaciones colinérgicas (muscarínicas y nicotínicas). **Material y métodos:** Reporte de caso descriptivo, retrospectivo, masculino de 32 años con diagnóstico de esquizofrenia y consumo previo de veneno con datos clínicos de síndrome colinérgico. **Resultados:** Posterior al esquema de atropina se miden parámetros de perfusión, ventilación, excursión diafragmática, escalas pronósticas a 24, 48, 72 horas y a los 7 días. Se observa mejoría de PaO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub>, TAM, lactato, déficit de base, se logra retiro de vasopresor y se obtienen metas de atropinización a las 72 horas. **Discusión:** Las oximas se sugieren en caso de síntomas nicotínicos, la administración de atropina evita complicaciones tardías por inhibidores de acetilcolinesterasa, sin embargo, se deben tratar otras como neumonía asociada a ventilación, y disfunción respiratoria como en el presente caso.

### VARIABLES DE OXIGENACIÓN DE RIESGO PARA EL DESENLACE CLÍNICO EN LA LESIÓN PULMONAR AGUDA POR SARS-CoV-2

Jorge Lozano García; Jesús Salvador Sánchez Díaz;

Karla Gabriela Peniche Moguel; María Verónica Calyeca Sánchez;

Erik Canseco González

IMSS UMAE Hospital de Especialidades 14 Centro

Médico Nacional Adolfo Ruiz Cortines.

**Introducción:** La lesión pulmonar aguda (LPA) es una enfermedad caracterizada por aumento en la permeabilidad alveolo-capilar, asociada con anomalías clínicas, radiológicas y gasométricas. Las variables de oxigenación (VO) como el índice respiratorio (IR), gradiente alveolo arterial de oxígeno (GA-aO<sub>2</sub>) y la relación presión arterial de oxígeno entre fracción inspirada de oxígeno (PaO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub>) son dinámicas durante la historia natural de la enfermedad. **Objetivo:** Identificar si las variables de oxigenación (VO) son factor de riesgo para el desenlace clínico de los pacientes con LPA por SARS-CoV-2. **Material y métodos:** Estudio retrospectivo, transversal, descriptivo, analítico. Pacientes >18 años con neumonía grave (LPA) por SARS-CoV-2. Se registraron las VO al ingreso a la unidad de cuidados intensivos (UCI) y a las 96hrs. Se clasificaron en dos grupos: sobrevivientes y no sobrevivientes. **Resultados:** Se incluyeron 175 pacientes, 123 (70.3%) hombres. Media de edad de 56 años. Grupo de no sobrevivientes fue de 71.4%. Destaca a las 96hrs de ingreso a UCI el GA-aO<sub>2</sub> >250mmHg OR de 8.2 (IC 95% 3.8-17.4) p=0.000, IR >3 OR 8.8 (IC 95% 4.14-18.8) p=0.001 y PaO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub> <145mmHg OR 12.1 (IC 5.3-28.8) p= 0.000. **Conclusión:** Las VO analizadas pueden emplearse para predecir el desenlace clínico en la neumonía grave por SARS-CoV-2.



## Resúmenes Casos Clínicos

Abstracts - Clinic Cases

Resumos dos Casos Clínicos

### ABSCESO HEPÁTICO. PRESENTACIÓN DE CASO CLÍNICO

Ricardo Jesús Ortega García; Gaspar Herrera Aranda; Francisco Rodríguez Illana; Estaban Figueroa Martínez; Josefina Álvaro Vásquez

Hospital General de Tuxtepec.

**Introducción:** El absceso hepático es un proceso focal supurativo, poco habitual, de mortalidad moderada (2-12 %). **Material y métodos:** Se trata de femenino de 67 años con diagnóstico de Hipertensión arterial, posoperada de absceso hepático. Neurológicamente bajo sedación con midazolam 150mg a 10 ml/hr, analgesia con fentanilo 1 gramo para 24 horas. Campos pulmonares con presencia de murmullo vesicular, ventilador mecánico modalidad controlada por volumen con los siguientes parámetros: VT 300, TI 1.1, FR 20, FIO2 30, PEEP 6. Ruidos cardiacos rítmicos de adecuado tono, frecuencia e intensidad, abdomen globoso a expensas de pániculo adiposo, herida quirúrgica sin datos de infección. extremidades simétricas. **Resultados:** Se inicia manejo con líquidos, norepinefrina a 15 ml/hr, antibioticoterapia con meropenem y metronidazol. **Conclusión:** El tratamiento oportuno proporciona la curación de la mayoría de los pacientes, con una tasa de complicaciones del 4 al 11%.

### AGUDIZACIÓN ENFERMEDAD STILL: HEMORRAGIA ALVEOLAR. CASO CLÍNICO

Kenia Maylet Lopez Yanes; Sergio Reyes Inurrigarro

Hospital Regional ISSSTE Puebla.

La enfermedad de Still del adulto es una enfermedad reumática inflamatoria, de etiología desconocida, el diagnóstico se basa en los criterios de Yamaguchi: Fiebre, Artralgias, Odinofagia, Faringitis, Anemia, Transaminasemia y Rash; asociada a elevación de IL-6 y ferritina, expresada por diversas alteraciones clínicas, entre las que destaca la hemorragia alveolar, siendo esta una manifestación de diversas enfermedades inmunológicas, rara, pero letal, caracterizada por falla respiratoria hipoxémica aguda, hemoptisis, anemia e imagen en vidrio despolido; el tratamiento ventilatorio oportuno es esencial para el pronóstico. Presentamos el caso de una paciente de 30 años, antecedente de Enfermedad de Still, tratada con Tocilizumab, suspendido y reiniciado 3 días previos a su ingreso a la unidad. Padecimiento de una semana de evolución con astenia, adinamia, artralgias, cefalea, fiebre, rash evanescente en cara, cuello, brazos, tórax, y hemoptisis. Ingresó con disnea y falla respiratoria que motivó manejo con ventilación mecánica invasiva, cursando con lesión renal aguda y CID. Recibió manejo con esteroides sistémicos, ventilación mecánica durante 12 días, pronación y soporte transfusional. Egresó por mejoría posterior a 16 días de tratamiento. Es de vital importancia que el intensivista identifique de forma temprana dichas patologías para con ello impactar directamente en el pronóstico.

### ALGORITMO PARA LA INDICACIÓN DE ECMO EN PACIENTES CON TROMBOEMBOLIA PULMONAR (TEP). PRESENTACION DE CASO CLINICO

Alejandra Esquivel Pineda, Marco Antonio Montes de Oca Sandoval, Rodrigo Díaz Gómez, Braulia Martínez Díaz, Janet Aguirre Sánchez

Centro Médico ABC.

**Caso clínico:** Masculino 70 años, presentó dolor torácico, agitación, ansiedad, estado de choque refractario, paro cardio-respiratorio asis-

tido en urgencias de 40 minutos de duración, se colocó ECMO V-A periférico y en Hemodinamia se documentó TEP Masiva, con soporte de norepinefrina a 0.1 mcg/kg/min, más vasopresina 0.06 U/Hr, Dobutamina 5 gammas, Levosimendan 0.1 gammas, con lo que se logró mantener TAM 80 mmHg, pulsatilidad de 15 mmHg, y se logró estabilidad hemodinámica. Posterior a la administración de Alteplasa local a través de EKOS, presentó sangrado intracraneal y muerte cerebral. **Objetivo:** Establecer un Algoritmo de manejo de TEP Masiva y choque cardiogénico para la colocación de ECMO V-A. **Material y métodos:** Se realizó un algoritmo de manejo en pacientes con TEP para valorar el momento de la colocación de ECMO y el manejo subsecuente. **Resultados y discusión:** En base a la experiencia de diferentes centros ECMO en Latino-América (ELSO LATAM), se realizó este algoritmo en el que se propone un manejo más organizado para la instalación de ECMO. En general no existe un algoritmo que nos guíe para decidir colocar ECMO e incluso el manejo subsecuente como realizar o no trombólisis o continuar con Heparina de Bajo peso molecular.

### AMILOIDOSIS Y MIELOMA MÚLTIPLE. CASO CLINICO

Yareny María Peña Mercado; Sandra Guadalupe Trejo

Hospital Regional Valentín Gómez Farias, ISSSTE.

**Introducción:** Las miocardiopatías restrictivas presentan: disfunción diastólica, engrosamiento de pared ventricular y fracción de eyección normal o ligeramente reducida. Las etiologías más frecuentes son: Amiloidosis y sarcoidosis. La mayoría presenta signos y síntomas que pueden diferir; Por amiloidosis: Falla cardiaca progresiva, síncope, LRA, FA y muerte súbita. Prevalencia de MM y AL es de 20-35%. **Caso clínico:** Mieloma múltiple y amiloidosis cardiaca. Mujer de 61 años sin crónicos conocidos. Acude por disnea, hipotensión, diaforesis y malestar general. Con ingreso previo de disnea manejada como TEP. Con datos clínicos y bioquímicos de MM y AL. Ingres a UCI por choque mixto; LRA, aumento PFH; Beta 2 microglobulina 9.7, inmunofijación de proteínas de tipo IgG 4,4300 y Lambda 1150. Inmunofijación (+) componente M clase IgG Lambda. Eco: Engrosamiento de AD y AI, disfunción diastólica severa y función sistólica preservada del VI. Fx por aplastamiento: T11, T12, L1 y L2. **Discusión:** Paciente previo a su padecimiento: Fx patológicas, inmunofijación de proteínas con banda monoclonal IgG kappa y beta 2 microglobulina; Con falla cardiaca y datos de amiloidosis. Erróneamente manejados padecimientos de manera aislada, siendo que ambas patologías se relacionan. Con datos ecocardiográficos sugestivos de mal pronóstico.

### ANALGESIA REGIONAL TORÁCICA EN LA UCI. PRESENTACIÓN DE UN CASO

Gastón Daniel Martínez Sedas

Centro Médico Nacional 20 de Noviembre. ISSSTE.

Paciente femenino de 33 años de edad quien ingresa a la Unidad de Cuidados Intensivos posquirúrgicos tras retiro de trombo en punta de catéter alojado en aurícula derecha con apoyo de circulación extracorpórea por esternotomía + colocación de sonda pleural bilateral y mediastinal. Ingres a la Unidad con los siguientes signos vitales FC 112 lpm FR 32 lpm TA 169/97 mmHg TAM 124 mmHg Temp 36.2°C SpO2 99%; Peso 54 kg, Talla 150 cm, despierta, RAMSAY 3, RASS scale +3 puntos escala de coma de Glasgow 15 puntos, refiriendo dolor severo con puntuación 10 de 10 en Escala numérica (EN), CPOT score 7 puntos en región esternal y costal izquierda exacerbando a la movilización y contacto de dichas regiones. Se analiza caso y condiciones

de la paciente no siendo la mejor candidata a analgesia con antiinflamatorios no esteroideos o dosis alta de opioide por lesión renal. Se proporciona manejo analgésico con técnica regional tipo Bloqueo PEC I y II derecho + Bloqueo de plano del serrato anterior izquierdo. Si bien la analgesia regional es poco abordada en las Unidades de Cuidados Intensivos es una herramienta adecuada encontrando abordajes más allá de la analgesia epidural como los son los bloqueos interfaciales, la analgesia controlada por el paciente o los catéteres para infusión continua. En este caso realizamos un bloqueo interfascial con éxito.

#### APLICACIÓN DE PUNTAJES PREDICTORES DE EXTUBACIÓN. CASO CLÍNICO

Maximiliano Valero Vidal; Manuel Rivera Chavez;

Maria Teresa Sánchez Sánchez; Rodrigo Lopez Ditch

Hospital General Regional Número 2, El Marqués, Querétaro, Querétaro.

**Introducción:** La extubación es la culminación del proceso de destete que se basa en parámetros objetivos que demuestran la capacidad para mantener la respiración. **Objetivos:** Predecir extubación temprana utilizando puntajes predictivos en pacientes con comorbilidades asociadas. **Materiales y métodos:** Paciente femenina de 49 años, bajo ventilación mecánica invasiva por 4 días, se realiza prueba de Fuerza de Inspiratoria negativa (NIF), con prueba BAR de -75, se progresa a pieza en sonda en T durante 30 minutos, sin complicaciones durante 60 minutos. Se decide extubación y se coloca mascarilla con tienda facial con Fio2 al 50%. **Discusión:** El estudio Baptistella, incluye pacientes adultos que pasaron un SBT y CLT con pieza en T de 30 minutos. Dicho estudio nos menciona sobre un puntaje predictivo de extubación (ExPreS), el cual reduce las tasas de fallo en la extubación entre 2.4% y 8.2%. Este puntaje oscila entre 0 y 100, donde 59 puntos indican alta probabilidad de éxito y 44 puntos baja probabilidad de éxito. **Resultados:** En el proceso de destete, destaca una larga duración de la ventilación mecánica, dicha comorbilidad se relaciona con inactividad diafragmática y bajo nivel de hematocrito, significando un bajo aporte de oxígeno hacia los tejidos corporales, aumentando el riesgo de fallo en la extubación.

#### APOPLEJIA HIPOFISIARIA EN PACIENTE CON ECLAMPSIA. CASO CLINICO

Pedro Iván Loeza Rea; Christopher Barrera Hoffmann;

Rommel Rivas Salazar

HGR No 1 Lic. Ignacio García Téllez.

**Introducción:** La Apoplejía hipofisiaria es un fenómeno isquémico o hemorrágico de la hipófisis. En el embarazo puede presentarse dado el crecimiento fisiológico de la hipófisis. Mujer de 17 años de edad, sin antecedentes patológicos relevantes, Primigesta, cursando gestación en su tercer trimestre; la cual presentó cefalea, mareos, emesis y convulsiones tonicoclónicas generalizadas sin asociación a hipertensión arterial; por lo que acude al hospital de su comunidad iniciándose esquema zupspan y refiriéndose a segundo nivel como Eclampsia. A su ingreso a nuestro hospital, se decidió la interrupción del embarazo vía abdominal y se solicitó valoración por UCIA. Se realizó TAC simple de cráneo donde se observó Hemorragia hipofisiaria. Al momento de su ingreso y durante su estancia en la UCI se mantuvo con cefalea leve la cual cedió gradualmente, sin otros síntomas agregados, negando alteraciones de la agudeza visual y sin alteraciones bioquímicas relevantes. Se realizó estudio de RM al segundo día de su estancia en UCIA, el cual reportó Apoplejía hipofisiaria en fase subaguda y signos compatibles con síndrome de Encefalopatía posterior reversible. Al persistir asintomática es egresada de terapia intensiva para seguimiento por ginecología y endocrinología.

#### ASPERGILLUS CON COLITIS ULCEROSA FULMINANTE. CASO CLÍNICO

Peña Mercado Yareni; Trejo Estrella Sandra Guadalupe;

Pacheco Silva Joel; Maria Fernanda Ceja Esquivel

Hospital Regional Valentín Gómez Farfás.

**Introducción:** la aspergilosis es la infección fúngica más común en pacientes con inmunocompromiso, los pacientes con CUCI son un grupo de riesgo debido a la terapia inmunosupresora que reciben, pueden generar cuadros clínicos complejos que requieren atención multidisciplinaria y diagnóstico oportuno ya que la mortalidad asociada es elevada. **Objetivo:** reporte de caso clínico de paciente con colitis ulcerosa fulminante que desarrolla neumonía por aspergillus. **Presentación del caso:** paciente masculino de 57 años de edad con antecedente de PCI, HAS, DM y CUCI tratamiento con infliximab, azatioprina y prednisona. Presenta dolor abdominal, fiebre y hematoquecia el 1 de junio se hospitaliza en cirugía general, inicia tratamiento médico durante la hospitalización presenta deterioro hemodinámico y aumento en dolor abdominal con datos de abdomen agudo el 12 de julio se realiza LAPE encontrando absceso subhepático, dilatación de colon y ciego ileostomía paciente ingresa a UCI durante su estancia se evidencia neumonía en tomografía de tórax sugestiva de infección micótica se realiza broncoscopia 21 de julio encontrando lesiones capsuladas se toma biopsia reportando infección por aspergillus. **Conclusión:** la aspergilosis es una entidad clínica a considerar en pacientes críticos que han recibido tratamiento inmunosupresor independientemente del tiempo de instauración.

#### BIS EN STATUS EPILÉPTICO NO CONVULSIVO. CASO CLINICO

René Raúl Martínez Coop; Jesús Salvador Sánchez Díaz;

Karla Gabriela Peniche Moguel; María Verónica Calyeca Sánchez

UMAE No. 14 Adolfo Ruiz Cortines, IMSS. Veracruz.

**Introducción:** El estatus epiléptico (EE) es una afección que resulta del fracaso de los mecanismos responsables de la terminación de la convulsión o del inicio de mecanismos que conducen a convulsiones con duración mayor de 5 minutos en presencia o ausencia de síntomas motores prominentes (convulsivo, no convulsivo o refractario). El monitor BIS® brinda información del estado neurológico por medio del análisis de matriz de densidad espectral (MDE) convirtiendo el EEG (electroencefalograma) sin procesar en una pantalla codificada por colores y comprimida en el tiempo para frecuencias entre 0 y 30 Hz, donde el azul representa baja potencia y el verde, amarillo y rojo representan potencias sucesivamente más altas. **Objetivo:** Describir el caso de un paciente en EE no convulsivo identificado a través del monitor BIS. **Presentación de caso:** Femenino de 62 años. Diagnóstico de hematoma subdural subagudo hemisférico izquierdo. Ingresada para monitoreo neurocrítico en el postquirúrgico por drenaje de hematoma. El monitor BIS con rangos oscilantes de 70-85, tasa de supresión de 0, sin movimientos anormales, sin respuesta al estímulo nociceptivo sospechando actividad epiléptica no convulsiva, cambios estereotipados por MDE, se realizó EEG encontrando estado epiléptico no convulsivo, se trató con sedación con fenobarbital para mantener RASS -5. **Discusión:** El monitor BIS ofrece una interfaz amigable y con mayor facilidad de interpretación. **Conclusión:** El monitor BIS es una herramienta útil, práctica y no invasiva para el neuro monitoreo permitiendo la aplicación del tratamiento de manera más expedita.

#### CARDIOTOXICIDAD INDUCIDA POR QUIMIOFÁRMACOS. CASO CLINICO

Andrés Gibrán Salcedo Malagón, Elizabeth Vital Montiel,

Diana Nanyuky Flores Miranda, Luis Iván Vázquez Guerra,

Aldo Gamaliel Vázquez Sánchez

Hospital Ángeles Moctel.

Mujer de 51 años con antecedente de múltiples instrumentaciones en columna dorsolumbar, presentó sintomatología caracterizada por lumbalgia con irradiación hacia extremidad pélvica derecha con debilidad muscular y dificultad para iniciar marcha, se programa para retiro de material de osteosíntesis, durante la cirugía, se realizó biopsia que identifica mieloma múltiple de cadenas ligeras kappa de (IgG) y plasmocitoma en T11-L1, recibió tratamiento con Darzalex (daratumumab), Kayprolis (carfilzomib) y dexametasona posterior a su administración presentó pérdida del estado de alerta y convulsión tónica sin recupe-

ración del estado de alerta, con ECG <8 puntos que ameritó manejo avanzado de vía aérea, ruidos cardíacos arrítmicos presentando taquicardia supraventricular con bigeminismo cardiovertido farmacológicamente con amiodarona de manera exitosa, presentó estertores gruesos bilaterales y edema agudo pulmonar corroborado por rx, se documentó BNP 4067, DHL 335, Troponina I ultrasensible 60.60, CPK 465, se inició diurético de asa, IECA y medidas de soporte respiratorio, hemodinámico y nutricional, se cambió tratamiento a lenanidomida con retiro exitoso de la VM egresando de la UTI por mejoría

### CASO FATAL DE NEUMONÍA NECROTIZANTE HEMORRÁGICA

Estefanía Rocha Botello; Alejandro Castro Serrano;

Jorge Salado Burbano; Janet Silvia Aguirre Sánchez

Centro Médico ABC.

El *Staphylococcus aureus* puede causar neumonía necrotizante de rápida progresión con alta letalidad incluso en personas jóvenes, previamente sanos. Masculino de 30 años, originario y residente de Brasil, sano. Inició 4 días previos a su ingreso, por cuadro gripal, al llegar a CDMX, progresó a disnea e hipoxemia. Ingresó a urgencias donde se identificó Influenza AH1, *Staphylococcus aureus* en panel molecular de expectoración, tomografía de tórax con ocupación alveolar en lóbulo medio e inferior derechos. En sus primeras horas presentó incremento del trabajo respiratorio, hemoptisis e hipotensión con rápido deterioro tomográfico. Requirió intubación endotraqueal y broncoscopia de urgencia reportando carina y bronquios en toda su extensión con zonas de mucosa necrótica y hemorragia pulmonar no controlada que ameritó embolización de arterias bronquiales. Continuó con hipoxemia refractaria a posición prono y bloqueo neuromuscular, por lo que se inició ECMO veno-venoso, además de aporte vasopresor e inotrópico, progresando a falla orgánica múltiple y encefalopatía hipóxico-isquémica. La neumonía necrotizante es poco diagnosticada pero grave, se debe considerar en síntomas que progresan rápidamente, viajes a lugares en temporada de influenza y alta prevalencia de *S. aureus* PVL. La toxina PVL puede inducir lisis de leucocitos y necrosis pulmonar.

### CETOACIDOSIS EUGLUCÉMICA Y CIRUGÍA CARDÍACA. CASO CLINICO

Mauricio Pérez Macías; Maricela Nallely Cruz Caldera

Unidad Médica de Alta Especialidad (UMAE) No.34,

Hospital de Cardiología, IMSS. Monterrey.

Presentamos el caso de un paciente masculino de 45 años de edad quien cuenta con antecedentes de enfermedad coronaria crónica e insuficiencia cardíaca con FEVI disminuida. Ingresó a nuestra UCI posterior a cirugía de revascularización miocárdica de 3 puentes. Sale bajo ventilación mecánica y presentando gasometría con: pH 7.29, CO<sub>2</sub> 30, HCO<sub>3</sub> 13, Lactato de 2, SatVo<sub>2</sub> de 40%. Se sospecha de aturdimiento miocárdico secundario al tiempo de bomba (>120 min), el antecedente de FEVI menor a 40%, y un tiempo de pinzado mayor a 90 minutos. Se inicia manejo con vasopresor e inotrópico. Evoluciona con pobre respuesta. Se realiza complementación de gasometría encontrando acidosis metabólica severa con anión gap de 16 y normoglucemia. Con disminución del lactato. Se realiza ultrasonido de vena yugular encontrando distensibilidad mayor a 18%. Se observa que continuaba con uso de Dapagliflozina previo al abordaje quirúrgico y se sospecha de cetoacidosis euglucémica. Se inicia manejo con fluidoterapia, insulina en infusión, así como solución glucosada al 5%. Se resuelve estado ácido base en 8 horas, se extuba y continúa con insulina en esquema basal.

### CHOQUE CARDIOGÉNICO + MIOCARDITIS. CASO CLINICO

Hernandez Cordova H; Cota Gonzalez Javier;

Carlos Gaitán Clemente; Sanchez Nava V; Chavez Perez C

Hospital Zambrano-Hellion TecSalud.

Femenino 43 años. antecedentes Covid +. inicia 1 semana previos a su ingreso con disnea de medianos esfuerzos hasta progresar a pe-

queños esfuerzos y tos irritativa, 2 días posteriores presenta síncope y movimientos involuntarios tónico cíclicos 15 segundos, con recuperación posterior estado de alerta, sin evidencia de periodo postictal, ingresa al hospital, datos de bajo gasto presentando paro cardiopulmonar, maniobras avanzadas de resucitación cardiopulmonar por 30 minutos, manejo vía aérea avanzada, cateterismo canulación ECMO va colocación bcpa. EKG: ritmo sinusal bajo voltaje generalizado. patrón rsr' en derivaciones v2 a v5. intervalo qt ligeramente prolongado. Tele tórax: opacidades intersticiales difusas bilaterales, USG cardiaco: función sistólica ventricular izquierda sin engrosamiento parietal. sin presencia de trombos en cavidades intracardiacas observada por este método al momento del estudio. Insuficiencia mitral moderada a importante. apertura valvular aórtica posterior a inicio de dobutamina TAC tórax contraste: aumento pericardio 7 mm engrosamiento. consolidación bilateral + derrame pleural + atelectasias pasivas. tratamiento: norepinefrina, dobutamina, levosimendán ECMO va lpm 2.49 lpm 2600 pvent-24, part 143, svO<sub>2</sub>, bcpa 1:2. neuromonitoreo nirs. biopsia cardiaca: miocarditis linfocítica, tratamiento con metiprednisolona e inmunoglobulina, se realiza ventana neurológica, se suspende sedoanalgesia, se retira ECMO, se progresa la ventilación mecánica y se da alta de UCIA.

### CHOQUE CARDIOGÉNICO SECUNDARIO A OBSTRUCCIÓN DINÁMICA DEL TRACTO DE SALIDA DEL VENTRÍCULO IZQUIERDO EN CARDIOPATÍA HIPERTRÓFICA SEPTAL ASIMÉTRICA DEL VENTRÍCULO IZQUIERDO. REPORTE DE CASO

Nancy Angélica Rincón Villa; Jean Paul Vazquez Mathieu

Hospital Angeles Lomas.

En pacientes con cardiomiopatía hipertrofica septal asimétrica del ventrículo izquierdo (CHSAVI), al presentarse una situación hiperdinámica se incrementa en forma súbita el gradiente del tracto de salida del ventrículo izquierdo (GPTSVI) provoca obstrucción dinámica, acompañando de disfunción sistólica y diastólica del VI generando descompensación hemodinámica como EAP, choque cardiogénico, por lo que el manejo debe ser individualizado con entendimiento fisiopatológico más que sólo un valor del GPTSVI. Presentamos el caso de paciente masculino de 63 años, con antecedentes de leucemia, CHSAVI, FA, ICC, marcapaso + DAI. Ingresó a urgencias con hipotensión arterial, desaturación y falla respiratoria. Manejado con VMNI, vasopresores, inotrópicos y diurético. EKG: FA, BRIHH. ECOTT inicial con hipocinesia generalizada, FEVI 32%, insuficiencia mitral grave y PSAP 52 mmHg, disfunción diastólica del VI. Evolución tórpida, choque cardiogénico, FA, en UCI manejado con vasopresor, digoxina, inodilatador y beta-bloqueador. El ECOTT de control: hipertrofia septal del VI sin generar gradiente patológico, FEVI 55 %, disfunción diastólica que incrementa la presión de llenado del VI, AI dilatada. La obstrucción dinámica en el TSVI, es ocasionada por hipertrofia septal y una situación hiperdinámica, que provoca descompensación hemodinámica. Los vasodilatadores e intrópicos deben de evitarse, el control de la frecuencia con beta-bloqueadores es fundamental.

### COMBINACIÓN DE TRRC Y PRONO EN SDRA SEVERO. CASO CLINICO

Edgar Antonio Mogollón Martínez;

María del Carmen Islas Escalante; Pedro Luis González Carrillo

UNAME HE 1 Centro Médico Nacional del Bajío. IMSS.

Mujer de 51 años, empleada doméstica antecedentes de diabetes mellitus e infección de vías urinarias recurrentes. Inició dos meses previos con disnea progresiva, recibió tratamiento en su hospital general de zona con ventilación de alto flujo, sin embargo persistió con disnea y se envió a tercer nivel. Ingresó a urgencias con desaturación e hipoxemia severa (FiO<sub>2</sub> 100%, SatO<sub>2</sub> 82%, PaFi 50mmHg) se intubó y se conectó a ventilación mecánica. Se realizó angiografía y se descartó tromboembolia pulmonar. Se recibió en UCI con diagnóstico de SDRA severo secundario a neumonía comunitaria

grave y choque distributivo, con PaFi 73 mmHg y SOFA 13 puntos. Durante su estancia progresó a hipoxemia refractaria sin respuesta a diferentes maniobras respiratorias por lo que recibió dos ciclos de ventilación mecánica invasiva en prono. Desarrollo lesión renal aguda y balance de líquidos positivo >10% refractaria a furosemide, ante el compromiso respiratorio se colocó acceso vascular yugular izquierdo en decúbito prono y se inició terapia de reemplazo renal lenta continua con la cual presentó mejoría hemodinámica, renal y ventilatoria. Durante el segundo ciclo de supinación presentó deterioro respiratorio y hemodinámico con evolución a asistolia. Resultado de cultivo de secreción bronquial: *Acinetobacter baumannii* multidrogo resistente, *Klebsiella pneumoniae*, *Enterobacter cloacae*.

### COMPLICACIONES EN HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA EN UCI. PRESENTACIÓN CASO CLÍNICO

Abraham Velazquez Crespo; Jonathan Morales Ramírez; Viridiana Segura Llamas; Daniel Alonso Martínez; Jorge Cruz López  
Centro Médico Naval. Secretaría de Marina.

**Introducción:** La hemorragia subaracnoidea sigue siendo una enfermedad con diversas complicaciones dependientes del tiempo de diagnóstico y tratamiento, 5 al 10% de todas las enfermedades cerebrovasculares. En México un problema con una tasa de incidencia de 230 por cada 100000 habitantes y defunción del 20-30%. **Objetivo:** Presentar un caso clínico con complicaciones poco frecuentes en un paciente con HSA, cuyo diagnóstico oportuno derivó en un buen pronóstico funcional y de vida. **Material y métodos:** Caso de una paciente que presenta hemorragia subaracnoidea aneurismática, se inició profilaxis farmacológica para vasoespasmos. A las 48 horas presentó deterioro neurológico, Doppler transcraneal y angiografía cerebral, hematoma frontobasal derecho, sangrado subaracnoideo, espasmo arterial cerebral generalizado y aneurisma, 7 días después nuevo evento de vasoespasmos, angioplastia química, adecuada evolución y mínima disfunción motora en su recuperación. **Resultados y discusión:** El vasoespasmos se detecta a las 48 horas de la HSA hasta en 10%. Pico a los 7 días. El Doppler Transcraneal, puede ayudar a tomar decisiones en el manejo del paciente en UCI. Las técnicas de diagnóstico y de neuromonitoreo, áreas en las cuales se requiere establecer protocolos dirigidos para el tratamiento oportuno, generará disminución de las lesiones neurológicas secundarias.

### COMUNICACION INTERVENTRICULAR CON INSUFICIENCIA AÓRTICA GRAVE: SÍNDROME DE LAUBRY-PEZZI EN ADULTO, UNA ENTIDAD EXTREMADAMENTE INFRECUENTE. PRESENTACION DE UN CASO

Miguel Angel Ruiz Moguel; Alejandro Flores Pereira; Jesus Enrique Nova Meda; Delia De Los Angeles López Palomos, Álvarez Villanueva Miriam Sagrario  
UMAE "Ignacio García Téllez" IMSS Merida, Yucatán.

El síndrome de LAUBRY-PEZZI se caracteriza por la presencia de un defecto septal ventricular acompañado de un prolapso valvular aórtico, este defecto sub aórtico produce un efecto Venturi que condiciona prolapso de la valva coronaria derecha, la gran mayoría se describe en infantes y adolescentes, dicha entidad es extremadamente rara, actualmente no existe reportes epidemiológicos que describan su incidencia en adultos en países en desarrollo. Se trata de un hombre de 22 años, quien debuta desde un año previo a su ingreso con deterioro de su clase funcional, hasta progresión a disnea en reposo, por lo que es abordado por el servicio de cardiología y terapia intensiva, dentro de su abordaje diagnóstico se realiza ecocardiografía dirigida encontrando defecto interventricular de 10 mm más insuficiencia aórtica grave, con valvas aórticas elongadas, las cuales obstruían en su totalidad la comunicación interventricular evitando la generación de cortocircuito intracardiaco, lo que permitió mantener al paciente asintomático hasta el cuadro actual, se sesiona el caso con cirugía cardiotorácica, programado para sustitución valvular aórtica y cierre de la comunicación interventricular con parche, ingresando en pos quirúrgico inmediato a

terapia intensiva, se brinda hemodinámico farmacológico integrando síndrome de bajo gasto postcardiotomía, requiriendo soporte inotrópico, con posterior evolución a la mejoría, logrando progresión ventilatoria y hemodinámica, egresado sin complicaciones, se enfatiza la importancia de la particularidad del caso que debido a obstrucción del defecto interventricular permitió un curso asintomático del paciente por varios años Previos al evento de descompensación.

### CORRECCIÓN DE SODIO Y MIELINOLISIS CENTRAL PONTINA. CASO CLÍNICO

Christopher Barrera Hoffmann; Pedro Iván Loeza Rea; Yadira Mariaca Ortíz; Rommel Rivas Salazar  
Hospital General Regional No 1 Ignacio García Téllez, Mérida, Yuc.

**Introducción:** La hiponatremia se define como una baja concentración sérica de sodio, siendo la hiponatremia grave <125mEq/L. Se debe corregir por lo general a una velocidad que no supere los 8 a 10 mEq/L/día. La mielinólisis central pontina es un síndrome de desmielinización osmótica que comúnmente se produce tras una rápida corrección de las cifras de sodio. **Caso clínico:** Masculino de 34 años, antecedentes: HAS, ansiedad y depresión. Inicia 4 días previos con cefalea, dislalia, disartria, hipersomnía. A su ingreso urgencias GCS 15, hiponatremia grave (101 mEq/L), inician soluciones hipertónicas, TC cráneo sin alteraciones, reposición de >16mEq/L en 28 horas. Al ingreso a UCI con deterioro neurológico GCS 3 puntos, requiriendo intubación, manteniéndose sin sedación, con estado de mínima conciencia y cuádruplejía, durante estancia presentando NAV con manejo antibiótico, además de crisis convulsivas con manejo anticrisis, presentando destete prolongado, con necesidad de traqueostomía a los 11 días de VM, con destete del ventilador 2 días después, se decide su egreso a MI, se realiza RMN confirmando desmielinización pontina y extrapontina. Sin mejoría en estado de conciencia y cuádruplejía, sin necesidad de ventilador, egresado del servicio de MI. **Conclusión:** En este caso destacamos la importancia de abordar la hiponatremia grave con cautela, sin exceder los rangos recomendados y con controles seriados, esto debido al riesgo de mielinólisis central pontina.

### CRISIS DE AUSENCIA COMO MANIFESTACIÓN DE SÍNDROME DE ENCEFALOPATÍA POSTERIOR REVERSIBLE (PRES) EN PREECLAMPSIA SEVERA. CASO CLÍNICO

Victor Manuel Sánchez Nava; Carlos Chávez Pérez; María del Rosario Muñoz Ramírez; Francys Romina Moreno Rodríguez; Ximena Bernal Toledo  
Hospital Zambrano - Hellion TecSalud/ Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Monterrey.

**Introducción:** PRES es caracterizado por edema vasogénico subcortical bilateral en región parietooccipital de presentación súbita, con amplia variedad de síntomas neurológicos que incluyen crisis epilépticas, cefalea y alteraciones visuales, clásicamente relacionados con hipertensión severa, eclampsia, desordenes autoinmunes y falla renal. **Objetivo:** Exponer presentación clínica y evolutiva poco frecuente de PRES en paciente gestante. **Material y método:** Reporte de caso de paciente en Hospital TECSALUD, Monterrey, Nuevo León. **Resultados:** Femenino de 34 años, cursando embarazo de 36.5 sgdg, ingresa a urgencias con diagnóstico de Preeclampsia severa, realizándose cesárea de urgencia, durante el procedimiento cursando con crisis de ausencia de 1 min con reversión espontánea, ingresa a UCI presentando choque hipovolémico, iniciando hemotransfusión masiva, desarrolla acidosis metabólica refractaria y se diagnostica síndrome de HELLP y CID. Inicia terapia de reemplazo renal y se mantiene bajo ventilación mecánica para protección de vía aérea. En abordaje de crisis de ausencia se realiza resonancia magnética de cráneo reporta síndrome de PRES. Paciente evoluciona satisfactoriamente y es egresada a domicilio sin complicaciones. **Discusión:** La presentación de crisis de ausencia en PRES es poco frecuente. Requiere un abordaje integral de múltiples comorbilidades, diagnóstico temprano y de seguimiento.

### CRISIS MIASTENICA TIPO BULBAR. CASO CLINICO

Eduardo Avendaño Ordoñez; Jovanhy Castillo Amador; Laura Carolina Mosqueda Aguilera; Omar Roa Segovia  
Hospital Regional 1° de Octubre.

La miastenia gravis se presenta en 9-21 casos por millón, 8-27% presentarían crisis miasténica. La mortalidad es 5-12%. El tratamiento es plasmaféresis, inmunoglobulina y en caso de requerirlo el soporte respiratorio; sin embargo, plasmaféresis es un tratamiento con poca disponibilidad en los centros hospitalarios. La inmunoglobulina G intravenosa produce una rápida mejoría en la evolución del paciente, los reportes de caso indican que con plasmaféresis mejora la tasa de extubación en comparación con inmunoglobulina. Se reporta el caso de paciente femenino de 73 años quien ingresa a UCI con crisis miasténica de compromiso bulbar. Antecedentes miastenia gravis en tratamiento con piridostigmina y prednisona. Inicia padecimiento posterior a administración de clindamicina con debilidad generalizada que progresa a imposibilidad para el sostén cefálico y apertura ocular derecha. Posterior a valoración por neurología inicia bolos de esteroide en 3 días consecutivos, datos de corticorresistencia con progresión de síntomas bulbares que amerita intubación. Durante su estancia en UCI en tratamiento con inmunoglobulina a 0.04 mg/kg durante 5 días, ventilación mecánica. Presentando mejoría al término de tratamiento con recuperación completa del sistema motor.

### CRISIS TIROIDEA POR AHORCAMIENTO. REPORTE DE CASO

García López Damaris Abigail; Galván Merlos María Alaciel; Arellano Ramírez Alfredo

Hospital Regional de Alta Especialidad Ixtapaluca.

Tormenta tiroidea, manifestación extrema de hipertiroidismo, incidencia de 1 a 2%, mortalidad hasta del 30%, por lo que resulta importante su identificación y tratamiento temprano. Se reporta masculino de 29 años de edad, sin antecedentes crónicos degenerativos, sin toxicomanías. Encontrado suspendido de región cervical a 2 metros de altura, presentando crisis convulsivas tónico clónicas generalizadas en múltiples ocasiones, sin recuperar estado de alerta siendo trasladado a la unidad. Ingresa a urgencias con T: 38.2 °C, PA: 130/90 mmHg, PAM: 103, FC: 180 lpm, FR: 20 rpm, SatO: 95%, Glucemia Capilar: 77 mg/dl. Glasgow 11 (O4, V2, M5) y agitación psicomotriz, hematoma en región lateral cervical derecho, decidiendo manejo avanzado de vía aérea. Durante su estancia se identifica taquicardia, elevación de la temperatura y estado de agitación psicomotriz, con presencia de extubación fallida, observando edema laríngeo y compresión extrínseca, se identifica incremento de tamaño de glándula tiroideas, T3 total 7 ng/ml, T4 total 28 ug/dl, TSH menor de 0.0083 mUI/l, T3 libre >20 pg/ml, T4 libre >5 ng/dl, tomografía cervical mostrando bocio tiroideo, escala de Burch Wartofsky de 95 puntos, se inicia manejo con hidrocortisona 300 mg, propranolol 40 mg c/6 horas, lugol VO 15 gotas c/8hrs. Posteriormente, T3 total 0.98 ng/ml, T4 total 11 ug/dl, TSH menor de 0.01 mUI/l, T3 libre 3.55 pg/ml, T4 libre 1.8 ng/dl, mejoría de signos vitales y estado neurológico, permitiendo retiro de ventilación mecánica y disminución en dosis de hidrocortisona y propranolol iniciando manejo con tiamazol.

### CROHNICAS DE UN ABDOMEN HOSTIL, REPORTE DE UN CASO

Mariana Ramírez Tello; José Rodrigo Domínguez Martínez; Edmundo Israel Roque Márquez.; María Imelda Espinosa Figueroa; Raúl Pedraza Grijalva

Centenario Hospital Miguel Hidalgo, Aguascalientes, Ags.

Reportamos el caso de un masculino de 43 años quien ingresa para procedimiento quirúrgico programado abdominal, evolucionando tópidamente y presentando múltiples perforaciones intestinales durante su estancia hospitalaria, condicionan a desarrollar abdomen hostil y convirtiéndose en un reto diagnóstico debido a la refractariedad al tratamiento médico quirúrgico convencional. Se ingresa para colecistectomía laparoscópica programada en marzo 2023, sin reporte apa-

rente de complicaciones durante evento quirúrgico. A las 24 horas, presenta dolor incipiente abdominal sin mejoría a la administración de opioides, intolerancia a la vía oral, aumento de perímetro abdominal, elevación de enzimas pancreáticas y oliguria. Se ingresa en las 48 horas posquirúrgicas al servicio de Terapia Intensiva por falla orgánica múltiple secundaria a choque séptico. Con clínica de abdomen agudo se realiza Laparotomía exploradora, con hallazgos de perforaciones intestinales, abscesos interasa y subdiafragmático. Durante un periodo de 30 días es sometido al menos a ocho Laparotomías exploradoras por nuevas perforaciones y para cirugía de control de daños, entre otras complicaciones. De manera empírica se inició mesalazina, prednisona y octreótide, observando mejoría clínica a partir del tercer día de administración. El paciente se egresa a piso para cierre programado de pared abdominal y posterior, se egresa a domicilio.

### CUANDO LA SED SE COVIERTE EN UNA AMENAZA. CASO CLINICO

Gustavo Adrián Soto Hernández; José Alberto Leal Gámez; Amalia Angelica Reyes Perez; Álvaro Eduardo Ramírez Gutiérrez; Jorge Rosendo Sánchez Medina

Hospital Regional Cd. Madero, Petróleos Mexicanos.

Mujer de 70 años con antecedente de cáncer de mama hace 10 años, inició quince días previos a su ingreso hospitalario con polidipsia, astenia, adinamia y cefalea, un día previo a su ingreso indiferencia al medio, por lo que ingresó a urgencias detectando hipernatremia moderada 156 mmol/l y rigidez de nuca, se inició antibioterapia por sospecha de meningitis, presentó deterioro neurológico y elevación de sodio 161 mmol/l, en tomografía de cráneo simple con lesiones hipodensas hipotalámicas y en ganglios basales (no específicas), LCR normal, ingresó a UTI por hipernatremia severa y lesión renal aguda, presentó uresis 3.1 ml/kg/hr, se inició abordaje para síndrome poliúrico de fuerza impulsora acuosa, se integró diagnóstico de diabetes insípida central, tras administración de desmopresina mejoró estado neurológico con corrección de hipernatremia severa y se envió a tercer nivel por sospecha de lesión tumoral en resonancia magnética. La diabetes insípida tiene prevalencia de 3.7% en áreas neuroquirúrgicas y 26% en traumatismo craneoencefálico grave, forma parte del síndrome poliúrico que es un verdadero desafío diagnóstico y terapéutico en la terapia intensiva además se relaciona con más daño cerebral. El abordaje adecuado puede salvar la vida de un paciente.

### DESAFIANDO A LA MUERTE ROJA. CASO CLÍNICO

Edgar Daniel Hernández Crisóstomo; Blanca Camela Martínez Guerrero; Rebeca Sarmina Díaz; Víctor Armando Armenta Ramírez

UMAE. Hospital de Traumatología y Ortopedia Lomas Verdes. IMSS.

Los traumatismos graves se consideran una patología de alta mortalidad y discapacidad. Se estima 1.9 millones de muertes a nivel mundial. El 25% de los pacientes presentan coagulopatía por trauma secundario a requerimiento de transfusiones masivas, asociándose a una mayor estancia hospitalaria o presentación de falla multiorgánica. **Objetivo:** Conocer la coagulopatía traumática como entidad de alta letalidad; Identificarla y proporcionar el tratamiento específico oportunamente. Caso clínico realizado en la UMAE Lomas Verdes del 10-20 de abril 2023 con la autorización de la jefatura de enseñanza y unidad de cuidados intensivos. Sin financiamiento ni conflicto de intereses. Paciente politraumatizado con trauma craneoencefálico, torácico y pélvico, con datos de choque hipovolémico hemorrágico, que presentó síndrome postparo y coagulopatía traumática, requiriendo protocolo de transfusión masiva y soporte multisistémico en la unidad de cuidados intensivos y egresado en buenas condiciones al área de polifracturados. La coagulopatía traumática es la primera causa de inestabilidad hemodinámica, daño orgánico y muerte temprana en politraumatizados. Requiere el uso precoz de hemoderivados para prevenir coagulopatía dilucional. Es una entidad reversible, pero que de no identificarse y tratarse de forma oportuna es mortal.

## DESAFIO DIAGNOSTICO Y MANEJO DEL SINDROME AORTICO. CASO CLINICO

Alejandra Blas Hernández; Carlos Antonio Oropeza Vázquez  
Hospital Regional de Alta Especialidad ISSSTE Veracruz.

El síndrome aórtico agudo es una entidad poco frecuente con una elevada morbimortalidad en la que el diagnóstico y tratamiento precoces son fundamentales para mejorar el pronóstico. Paciente masculino de 72 años con dolor torácico opresivo, distensión abdominal, deterioro neurológico, hipotensión, distrés respiratorio, llenado capilar retardado, zonas necróticas en miembros pélvicos y región genital; se decide manejo avanzado de la vía aérea, reposición de volumen de calidad e inicio de vasopresor. Se realiza angiografía abdominopélvica con aorta abdominal con crecimiento en el diámetro antes de la bifurcación con diámetro de 65x67mm en un tramo de 115mm, luz de 31mm de grosor. Se realiza aortografía con exclusión endovascular de aneurisma paravisceral, se coloca endoprótesis, sin datos de rotura ni endofugas. Falleció 48 horas después. La mortalidad de la disección aórtica sin tratamiento es altísima, casi el 90% muere en el primer mes. En la atención en los servicios de urgencia la valoración del dolor torácico agudo supone un reto diagnóstico debido a pruebas complementarias limitadas. Por ello, las herramientas fundamentales son la historia clínica y la exploración física, para hacer una pesquisa precoz de aquellas patologías que puedan comprometer la vida del paciente.

## DISECCION AORTICA EN TRAUMA DE ALTO IMPACTO. CASO CLINICO

Gabriela Rubí de los Santos Albores; Eliseo Verela Martínez  
Centenario Hospital Miguel Hidalgo, Universidad Autónoma de Aguascalientes, Aguascalientes.

**Introducción:** La disección Aortica (DA) traumática una entidad poco frecuente, con elevada mortalidad, donde el diagnóstico y tratamiento temprano son fundamentales para impactar en el pronóstico del paciente, siendo la clínica indispensable para lograr este objetivo. **Objetivo** resaltar la importancia de sospecha clínica de DA. **Método:** Se presenta caso masculino de 25 años, quien sufre accidente automovilístico, aplastamiento de extremidades inferiores y referido a tercer nivel, abordado por trauma múltiple, tomografía toraco abdominal con evidencia de hemotórax izquierdo y fracturas expuestas de extremidades inferiores, pasa a quirófano, donde presenta parada cardíaca, fibrilación ventricular, se realiza RCP y desfibrilación con retorno a circulación espontánea; se notifica hallazgo tomográfico de DA por lo que se inicia abordaje por cirugía Cardio-torácica quien instala injerto sintético, requiriendo transfusión masiva. **Resultados:** Ingres a UCI, otorgando soporte hemodinámico, persistencia de acidosis metabólica y desarrollo de arritmias letales con desenlace fatal posterior a 12 horas de estancia. **Discusión:** La importancia de la alta sospecha clínica de disección aortica en pacientes con trauma de tórax, es parte imperativa dentro de la formación académica del médico, puesto que solo un bajo porcentaje de pacientes logra recibir atención hospitalaria, presentando un 90% de mortalidad en el sitio del accidente.

## DISFUNCIÓN DIAFRAGMÁTICA SECUNDARIO A BLOQUEO MOTOR EN POSTOPERATORIO ASOCIADO A ANESTESIA PERIDURAL: REPORTE DE CASO

Cynthia Paola Ruiz Ayar  
IMSS, UMAE Hospital de especialidades No. 25 Centro Médico Nacional del Noroeste, Nuevo León.

**Introducción:** Los anestésicos locales peridurales producen bloqueo muscular existen consideraciones como dosificación correcta, la ubicación del catéter peridural torácico o lumbar, el tipo, magnitud y localización de la cirugía, concentraciones correctas. **Metodología:** Masculino 71 años con diagnóstico Adenoma de cabeza páncreas. Programado a procedimiento de Whipple con técnica anestesia neu-

roaxial y general balanceada, extubación en sala de quirófano. A su ingreso paciente refiere incapacidad de movilidad dedos meñique y anular, con debilidad de músculos intercostales, con PaO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub>: 320. **Resultados:** Al ingreso a cuidados intensivos paciente refiere incapacidad de movilizar tronco superior, clínicamente con bloqueo motor y sensitivo a nivel de T1, datos de bloqueo parcial de músculos intercostales superiores, última dosis por catéter peridural dentro de los primeros 90 min, Se vigila al descartar criterios para intubación, se inicia sedación leve para confort del paciente y posterior a 120 minutos, mejoría clínica en movilidad de músculos intercostales, recuperación motora y sensitiva de extremidades superiores. **Discusión:** Las complicaciones posteriores a anestesia neuroaxial baja incidencia en la unidad de cuidados intensivos, no existe un consenso sobre el tratamiento. La prioridad es identificar insuficiencia respiratoria que requiera ventilación mecánica, proporcionar adecuado confort al paciente hasta que revierte el bloqueo motor.

## ECLAMPSIA EN ADOLESCENTES. PRESENTACIÓN DE UN CASO

Ricardo Jesús Ortega García; Gaspar Herrera Aranda; Francisco Rodríguez Illana; Estaban Figueroa Martínez; Josefina Álvaro Vásquez  
Hospital General de Tuxtepec.

**Antecedentes:** El síndrome de preeclampsia/eclampsia es una complicación grave del embarazo y la primera causa de muerte materna en México. **Material y métodos:** Femenino de 16 años con diagnóstico de: eclampsia/primigesta/puerperio quirúrgico inmediato. Neuro-lógicamente bajo sedación con propofol 1 gramo sin diluir a 10 ml/hr, analgesia con tramadol 300mg en 100 cc para 24 horas. tubo orotraqueal a 22 cm, presencia de sonda nasogástrica con drenaje en pozos de café, ventilador mecánico modalidad controlada por volumen con los siguientes parámetros: VT 310, TI 1.1, FR 20, FIO<sub>2</sub> 25, PEEP 6. PAM 83 mmHg, abdomen conde herida quirúrgica sin datos de sangrado activo, edema ++. **Resultados:** Se inicia esquema Zuspam, antihipertensivo, se solicita perfil toxémico. Se continúa con vigilancia neurológica, respiratoria y hemodinámica. Se envía a terapia intensiva. **Conclusión:** La demora en recibir la atención puede ser fatal para la paciente y su bebé.

## ECMO COMO MANEJO DE FÍSTULA BRONCOPEURAL. CASO CLINICO

Víctor Antonio López Félix; Victoria Martínez Estrada; Janet Silvia Aguirre Sánchez; Braulia Aurelia Martínez Díaz  
Centro Médico ABC.

La fístula broncopleurales (FBP) es difícil de tratar en pacientes con síndrome de insuficiencia respiratoria aguda (SIRA) con soporte ventilatorio. Se han descrito distintas estrategias terapéuticas: ventilación pulmonar selectiva y omentoplastia con soporte de oxigenación con membrana extracorpórea (ECMO). Femenino de 50 años, antecedente de cáncer de mama complicado con empiema derecho, requiriendo lobectomía. Ingresó con diagnóstico de neumonía adquirida en la comunidad, absceso pulmonar y fístula broncopleurales. Se realizó broncoscopia, toracocentesis, colocación de sonda pleural, desarrollando SIRA, requiriendo manejo avanzado de vía aérea. Segunda broncoscopia con embolización bronquial, sin mejoría. Ventilación mecánica con baja distensibilidad, fuera de protección pulmonar pese a manejo con sedación, relajación y pronación. Se conectó a circuito de ECMO. Se inició ventilación ultraprotectora, con lo que se logró entrar en metas de protección alveolar. Se realizaron lavados quirúrgicos y traqueostomía. A los 10 días se logró liberar al paciente del soporte ECMO y ventilación mecánica invasiva. El conjunto de factores del caso es un reto para el intensivista, recordando que una sola estrategia de manejo, no siempre es suficiente para tratar de manera exitosa una FBP en paciente con síndrome de insuficiencia respiratoria aguda y ventilación mecánica invasiva.

## ECTIMA GANGRENOSO Y CHOQUE SÉPTICO REFRACTARIO ASOCIADO A INFECCIÓN POR *PSEUDOMONAS* PAN RESISTENTES EN PACIENTE CON INMUNOCOMPROMISO. REPORTE DE UN CASO

Jesús Enrique Nova Meda; Viridiana Páez Granados; Oscar Miguel Marín Landa; Adolfo De Jesús Toscano Castillo; Joaquin Torres Avilez

*Instituto Nacional de Cancerología.*

Las manifestaciones cutáneas por infección bacteriana sistémica son poco habituales. El ectima gangrenoso asociado a *Pseudomonas* tiene una incidencia menor al 5% en pacientes inmunocomprometidos; asociado a choque séptico la mortalidad reportada es superior al 80%. Reportamos el caso de un masculino de 18 años con diagnóstico de leucemia linfoblástica B de 5 meses de evolución, en nadir de quimioterapia. Presenta una lesión en región tenar de la mano derecha que progresa a múltiples flictenas hemorrágicas en dorso y toda la palma. Además, con lesiones maculopapulares de predominio centrífugo en tórax y abdomen, edema facial y fiebre. Cursa con deterioro hemodinámico, ingresando a Terapia Intensiva con diagnósticos de choque séptico. Se obtienen hemocultivos (central y periférico) con desarrollo de *Pseudomonas aeruginosa*. Progresa con edema de toda la extremidad tórácica derecha y datos de síndrome compartimental a nivel de la mano, por lo que se realiza punción y dermofasciotomía. El paciente presenta rápida progresión a falla orgánica múltiple a pesar de antibioticoterapia dirigida y medidas de soporte óptimo, sin embargo, con refractariedad al estado de choque y desenlace fatal en menos de 24 horas. El resultado del cultivo de la lesión es concluyente para *Pseudomonas aeruginosa*. Se integra diagnóstico de ectima gangrenoso.

## EDEMA CEREBRAL EN CETOACIDOSIS DIABÉTICA. REPORTE DE CASO

Jessica Juve Gallardo Ramírez; Lidia Gutiérrez Hernández; José Luis Julio Pérez Mejía

*Hospital General Pachuca, Hidalgo.*

**Introducción:** El edema cerebral en pacientes con cetoacidosis diabética es una entidad rara con elevada mortalidad. Paciente C.V.B. femenino de la quinta década de la vida con diagnóstico de D.M. tipo 2 descompensada. Objetivo general: Estudio de caso en paciente femenino con diabetes mellitus tipo 2 (no insulino dependiente), Edema cerebral secundario a cetoacidosis diabética hospitalizada en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital General Pachuca. **Material y métodos:** Estudio de diseño observacional, retrospectivo, analítico, transversal. Mujer de 48 años, Ingresó con descompensación severa de su diabetes, bajo efectos de sedación RASS -5, edema cerebral, insuficiencia renal aguda, apoyo mecánico ventilatorio, estancia 14 días. **Resultados:** Ingresó con acidemia metabólica, cetonas en orina, TAC de cráneo con edema cerebral, a su egreso Glasgow de 15 puntos, equilibrio ácido base y TAC de cráneo normal. **Discusión:** La Cetoacidosis diabética en pacientes adultos con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2, es poco frecuente, el edema cerebral secundario a ésta patología se presenta 0.5 a 1 % de estos pacientes, su etiopatogenia ha sido atribuido a cambios rápidos de la osmolaridad plasmática durante el tratamiento de rehidratación endovenosa y a procesos inflamatorios presentes antes del inicio de la terapéutica hídrica.

## EDEMA CEREBRAL SEVERO. PRESENTACIÓN DE CASO CLÍNICO

Ricardo Jesús Ortega García; Gaspar Herrera Aranda; Francisco Illana Rodríguez; Roger Juárez Puc; Jannet Mayren Aguilar

*Hospital General de Tuxtepec.*

**Antecedentes:** El edema cerebral es un padecimiento frecuente en nuestra práctica clínica y en los pacientes críticos con daño cerebral

agudo. **Método:** Se trata de paciente de 20 años quien sufre golpe contuso en región occipital posterior a caída de motocicleta. A su ingreso al servicio de urgencias se decide manejo avanzado de la vía aérea. A la exploración física neurológicamente bajo sedación con propofol, analgesia con tramadol. Pupilas anisocóricas. Se solicita TAC de cráneo protocolaria donde se reporta contusiones múltiples de predominio frontal, edema cerebral compresivo difuso, contusiones cerebelosas difusas, fractura de la base occipital izquierda, hipertensión intracraneal aguda severa. Se inicia manitol al 20%, diurético y anticomiciales. **Conclusión:** El inicio de la diuréticos, anticomiciales y manitol, disminuye la morbilidad y mortalidad de los pacientes con edema cerebral severo.

## ELECTROCARDIOGRAMA ATÍPICO. PERICARDITIS PURULENTO. CASO CLÍNICO

Leticia Guerrero Navarrete; Ricardo Muñoz Grande; Alfredo Arellano Ramírez

*Hospital Regional de Alta Especialidad de Ixtapaluca. Unidad de Terapia Intensiva.*

La pericarditis puede deberse a procesos infecciosos y no infecciosos. La pericarditis purulenta, con prevalencia en México 12%, es una patología potencialmente mortal por *Staphylococcus aureus* como etiología principal, siendo otras causas infrecuentes traumatismo y fistulas traqueoesofágicas. Las manifestaciones electrocardiográficas son elevación del ST características cóncavas, depresión del segmento PR. La clínica y pruebas diagnósticas tempranas permite el abordaje de una patología inusual que genera un reto diagnóstico-terapéutico, y que, a pesar del tratamiento, puede desarrollar taponamiento cardíaco y pericarditis constrictiva, a lo que se debe su elevada mortalidad, siendo esta entidad la segunda causa de muerte de derrame pericárdico. Presentamos caso de masculino 48 años diabético descompensado y choque séptico con evolución tórpida, con taquicardia supraventricular e insuficiencia cardíaca; presentó inestabilidad hemodinámica con datos clínicos de taponamiento cardíaco, el ecocardiograma mostro derrame pericárdico (4mm) y disfunción diastólica de ventrículo izquierdo FEVI 66% TAPSE 18 mm/s y en TAC derrame pleural bilateral 40%. El tratamiento incluyó punción pericárdica, evidenciando líquido purulento y alternancia eléctrica. Se confirma agente etiológico *Staphylococcus aureus* iniciando tratamiento por antibiograma, realizando pericardiectomía parcial con hallazgo pericardio engrosado, 300cc de líquido purulento. Posterior a tratamiento integral fue egresado a domicilio siendo un caso de éxito.

## EMBOLIA PULMONAR EN EL EMBARAZO. SERIE DE CASOS

Guillermo Cueto-Robledo; Frida-Daynette Cervantes-Naranjo; Leslie-Marisol Gonzalez-Hermosillo; Ernesto Roldan-Valadez; Luis-Eugenio Graniel-Palafox; Karla-Yamilet Castro-Escalante; Benjamin Orozco-Zuñiga; Manuel-Alejandro Marroquin-Barrera; Julio-César Mendoza

*Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga",*

*Hospital Regional 1° de Octubre, ISSSTE.*

El embolismo pulmonar es una condición potencialmente mortal que complica aproximadamente 1 en 1000 a 3000 embarazos en países desarrollados, reportando 4.7 por 10,000 en México, con una mortalidad hasta del 3% y 6.6% respectivamente. Se reportan 4 mujeres con edad media 30 años (18 a 37), edad gestacional de 19.5 semanas (11 a 32), IMC 28 (23 a 30). 2 pacientes con TVP. No se reportan comorbilidades. La estratificación fue, 2 de riesgo intermedio alto, 1 Intermedio Bajo y 1 de Bajo Riesgo, con PESI de clase 2.5 (1 a 4), BOVA 2 (1 a 3), Troponina I 159 (10 a 255), BNP 310 (29 a 777), relación VD/VI 0.95 (0.67 a 1.9). Se realizó cateterismo cardíaco derecho diagnóstico, angiografía diagnóstica, trombofragmentación e infusión de Alteplasa 1.25mg/hr por 12hrs en el tronco de la arteria pulmonar en las pacientes de Riesgo Intermedio Alto. Todas recibieron HBPM previo al procedimiento, a 2 pacientes se les colocó filtro de vena cava inferior. Se resolvió la gestación en aborto en 1 caso, quirúrgico en 1 caso y parto en 2, sin reportar defunciones.



## ENCEFALITIS AUTOINMUNE CAUSA ESTADO EPILEPTICO. CASO CLINICO

María Antonia Bernal Ávila; Netzahualcóyotl González Pérez; Julio Cesar Uriostegui Contreras; Lilia López Carrillo; Judith Pérez Ibarra

Centro Médico ISSEMYM, Toluca.

**Introducción:** La encefalitis autoinmune (EA) comprende un grupo de trastornos inflamatorios no infecciosos del parénquima cerebral mediados por mecanismos inmunitarios que a menudo afectan a la sustancia gris cortical o profunda con o sin afectación de la sustancia blanca, las meninges o la médula espinal. **Objetivo:** Presentar el caso clínico de un paciente con diagnóstico de Estado Epiléptico Super refractario donde se documentó encefalitis debida a anticuerpos contra receptores N-metil-D-aspartato (NMDAR). **Metodología:** Se realizó estudio retrospectivo y observacional de un caso clínico de difícil abordaje y tratamiento. Paciente masculino de 35 años de edad sin antecedentes de importancia, con inicio agudo de crisis convulsivas con evolución tórpida iniciando con movimientos involuntarios, comportamiento anormal y terminado con estado epiléptico super refractario, donde se documenta encefalitis autoinmune causada por anticuerpos anti-NMDAR. **Resultados:** Se documento encefalitis autoinmune debida a anticuerpos contra receptores N-metil-D-aspartato (NMDAR) siendo positivos como causa de estado epiléptico super refractario, cursando con estado epiléptico no convulsivo comprobado con electroencefalogramas seriados. Estudios de imagen sin alteraciones estructurales. **Discusión:** Tanto la Encefalitis Infecciosa como autoinmune pueden presentarse como emergencias neurológicas y/o sistémicas; de hecho, más del 30% de los pacientes con encefalitis requirieren ingreso en la UCI, lo que se ha asociado con un mal pronóstico.

## ENCEFALOPATÍA HIPÓXICA POR ÁCIDO SULFÚDRICO. CASO CLINICO

Gabriela N. Turcios Mendieta; Alan Gamboa Meza; Julio Gonzales; Rómulo Ramirez Gutierrez

Hospital Universitario "Dr. Jose E. González" UA.

Paciente masculino C.A.E 29 años, originario Monterrey, antecedentes negados. Sufre exposición a gas de ácido sulfúdrico durante actividades laborales, presentando alteración estado de alerta, dificultad respiratoria, realiza descontaminación inicial y llevado centro médico con insuficiencia respiratoria tipo 1, manejo avanzado de la vía aérea, administra nitrato de sodio como antídoto y referido Hospital Universitario. Paciente ventilación mecánica invasiva, sedado, hemodinámicamente estable, pupilas isocóricas reactivas, reflejos preservados, sin datos de liberación piramidal. Rx infiltrado bilateral reticular, tac de cráneo simple sin datos de sangrado o isquemia, pobre diferenciación de sustancia gris y blanca, disminución surcos cisuras como datos de edema cerebral. Ingreso a uci realizando ventana neurológica y ensayo ventilatorio exitoso progresando puntas nasales, exploración neurológica post extubación orientado, pupilas isocóricas reactivas, fuerza muscular, reflejos o/s sistema sensitivo respetado. Presenta deterioro neurológico 24 horas posteriores extubación, hemiparesia derecha, disartria, alteración del estado de alerta con hiporeactividad progresiva hasta estado de coma. Se intuba protección de vía aérea, se realiza RM cerebral reporta restricción difusión en ganglios basales y corteza cerebral, aumento edema cerebral, EEG compatible con disfunción cortico-subcortical difusa, grado moderado-severo, diagnóstico encefalopatía hipóxico isquémica. Se realiza traqueostomía percutánea y gastrostomía, trasladándose a piso para egreso a domicilio y seguimiento por Neurología.

## ENCEFALOPATÍA ISQUÉMICA POR OZONOTERAPIA IV. CASO CLINICO

Victoria Martinez Estrada; Axel Pedraza Montenegro; Janet Silvia Aguirre Sánchez; Braulia Aurelia Martínez Díaz

Centro Médico ABC. Ciudad de México.

La encefalopatía isquémica es un síndrome caracterizado por secuelas motoras y neuropsicológicas secundarias a bajo flujo sanguíneo cerebral y disminución de la concentración arterial de oxígeno que conduce a pérdida de la autorregulación cerebral y daño difuso. En adultos, las principales causas son EVC y paro cardiaco. El ozono tiene un efecto protector celular que actúa sobre el flujo sanguíneo cerebral y la oxigenación tisular, ejerciendo efecto directo sobre el funcionamiento celular endotelial. **Caso clínico:** Mujer de 33 años, antecedente de disautonomías, enfermedad de Ehlers Danhlos y esclerosis múltiple. Presentó Estatus epiléptico durante sesión de Ozonoterapia IV, remitido en 24 hrs. Se realizó EEG donde se observó actividad epiléptiforme, con traducción clínica con movimientos focales. La IRM de encéfalo reportó áreas de edema citotóxicos corticales supra e infratentoriales de distribución descritas y realce leptomeníngeos generalizado por alteración de la barrera hematoencefálica que sugiere síndrome isquémico cerebral y cerebeloso multiterritoriales. **Discusión:** No se ha descrito que la terapia alternativa con Ozonoterapia ocasione encefalopatía isquémica en pacientes con esclerosis múltiple. Se ha reportado un caso de estado vegetativo persistente por ozonoterapia contra Covid-19 con alteraciones que causan disoxia asociado a la administración parenteral de ozono. Esta paciente presentó secuelas neurológicas graves.

## ENCEFALOPATÍA POSTERIOR REVERSIBLE EN ECLAMPSIA. CASO CLINICO

Dilia Dourdane Gonzalez Avila

Hospital General Regional No.1. Ignacio García Téllez. IMSS. Mérida, Yucatán.

Se realizó el abordaje de caso de paciente femenino de 19 años con antecedente de embarazo del tercer trimestre en su gesta 1 sin control prenatal con aparición de crisis epilépticas tónico clónico generalizadas en 3 ocasiones previo a su ingreso al hospital y una más en toco cirugía con cifras tensionales de 160/100mmHg, ameritando resolución quirúrgica vía abdominal de embarazo por datos clínicos de eclampsia y manejo avanzado de la vía aérea. Posteriormente se realiza tomografía simple de cráneo que evidencia zonas de hipodensidad subcorticales en hemisferio derecho en lóbulo occipital con edema cerebral localizado con alta sospecha de síndrome de PRES por lo que se realiza confirmación diagnóstica con resonancia magnética contrastada que reporta edema cerebral vasogénico subcortical en ambos lóbulos parietales y lóbulo occipital a nivel de cuña y precuña sin datos de hemorragia y bioquímicamente con proteinuria a niveles de síndrome nefrótico; amerito tratamiento con sulfato de magnesio y manejo antihipertensivo para control tensional inmediato y limitación del daño a otros órganos blanco que permitió progresión de ventilación mecánica invasiva. Presentamos aquí la secuencia de hechos con sus resultados y una revisión de la literatura.

## ENDOCARDITIS DE LA VÁLVULA MITRAL. UN ENIGMA. CASO CLINICO

Arquímedes Arrocena Alegría; Ingrid Jocelin Suasnavar Cancino; Joaquín Torres Avilez; Enrique Nova Meda

UMAÉ, Ignacio Garcia Téllez, IMSS. Mérida, Yucatán.

Masculino de 34 años quien ingresa a la unidad de cuidados intensivos procedente de quirófano con el diagnóstico de sustitución valvular mitral por endocarditis, sin crónico degenerativos, con antecedente de realización de CPRE y colocación de endoprótesis secundario a pancreatitis aguda de origen biliar, que ameritó hospitalización y colocación de catéter venoso central en marzo de 2023. Inicia su padecimiento en el mes de abril con dolor abdominal por lo que acude con facultativo quien detecta soplo cardiaco, sin abordaje del mismo; en el mes de julio presenta dolor abdominal en hipocostrio izquierdo con presencia de fiebre de difícil control por lo que se realiza abordaje con TAC abdominal reportando abscesos esplénicos, por lo que se realiza Drenaje percutáneo con colocación de pig-tail de absceso esplénico, elaboración de ecocardiograma transtorácico reportando, VI no dilatado, No hipertrófico, FEVI 63%, válvula mitral con vegetación de

valva anterior mide en 4C hasta 21x19mm la cual genera insuficiencia mitral moderada-severa, con Gmax 100mmhg. válvula aortica sin evidencia de vegetaciones. Paciente sin antecedentes de riesgo para endocarditis de válvula mitral nativa por lo que se considera presentación atípica de dicha patología.

### ENDOCARDITIS E INSUFICIENCIA CARDIACA. REPORTE DE UN CASO

Ricardo Jesús Ortega García; Gaspar Herrera Aranda; Francisco Rodríguez Illana; Estaban Figueroa Martínez; Josefina Álvaro Vásquez

Hospital General de Tuxtpec.

**Introducción:** La endocarditis es una enfermedad grave que puede resultar mortal. **Material y métodos:** Femenino de 68 años con los diagnósticos: DM2, insuficiencia cardíaca FEVI 34%, IAM con elevación del ST, anemia grado II, lesión renal aguda AKI 3, Insuficiencia mitral, tricúspide y aórtica, endocarditis. Ecocardiograma: Hipocinesia generalizada, FEVI 34%, VD no dilatado, disfunción sistólica. PSAP 48mmHg, Insuficiencia mitral, tricúspide y aórtica leve, masa pediculada de 11+10+8mm adosada a la valva anterior de la tricúspide. **Discusión:** Se inicia tratamiento con vancomicina 1 gr IV. Es valorada por nefrología para hemodiálisis. **Conclusión:** El tamaño de las vegetaciones, las alteraciones sobre el funcionamiento de la válvula afectada y la existencia de insuficiencia cardíaca van a influir en el pronóstico.

### ENDOCARDITIS FÚNGICA. A PROPÓSITO DE UN CASO

Ana Rosa Melchor Flores; Hermes De Jesús Polo Roca; Julio César Brizuela Santana; Julio César Mijangos Méndez; Diana Guadalupe Bravo Lozano

Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde.

**Introducción:** La endocarditis fúngica representa solo el 2% de todos los casos de endocarditis y de estos más de la mitad de los casos son por *Cándida* con un riesgo de mortalidad de hasta 50% y altas recidivas. **Presentación de caso:** masculino de 24 con diagnósticos disfunción diafragmática derecha, contusión pulmonar grado III y lesión axonal difusa grado I secundarios a trauma, llevado a ventilación mecánica invasiva prolongada complicada con choque séptico por neumonía asociada a la ventilación mecánica e infección asociada a catéter por *Acinetobacter Baumannii complex* y *klebsiella pneumoniae ssp pneumoniae* tratado con colistina/tigeciclina con mejoría clínica y microbiológica al día 12 del tratamiento. Inicia febril y con inestabilidad hemodinámica más aislamiento microbiológico de *Cándida Tropicalis* y ecocardiograma transesofágico (ETT) con vegetación cardíaca iniciando manejo con Anfotericina B liposomal, al día 8 de tratamiento ETT sin evidencia de vegetación más hemocultivos negativos por lo que se egresa a Medicina Interna para continuación de tratamiento. **Conclusión:** Ante un paciente con factores de riesgo asociados para el desarrollo de endocarditis fúngica es necesario mantener un alto índice de sospecha diagnóstica e inicio de tratamiento temprano por el alto riesgo de mortalidad.

### ENDOCARDITIS INFECCIOSA CON COMPLICACIONES LETALES. PRESENTACION DE CASO

Thania Melina Camacho Gutiérrez; Alejandro Esquivel Chávez; Nancy Allin Canedo Castillo

Hospital de Especialidades Dr. Antonio Fraga Mouret del CMN La Raza.

La endocarditis infecciosa presenta infección metastásica y coagulación intravascular diseminada (CID) en <1,1%. **Caso:** Femenino de 27 años ingresó con edema cerebral, choque distributivo, hipoperfusión tisular; con soplo sistólico mitral con ecocardiografía con vegetación en válvula mitral, aortica y tricúspide, con criterios de Duke modificados. Cardiología reporta endocarditis, FEVI de 50%, disfunción diastólica severa con criterios quirúrgicos. Con Plaquetas 44 K/uL, TP 39.6 seg, INR 3.4, TTPa 53.9 seg, AST 465 U/L, ALT 441

U/L, BT 12.5 mg/dL hasta 59mg/dL, concluyendo falla hepática aguda y urea:304mg/dL, BUN:142mg/dL, creatinina:3.3mg/dL ameritando terapia MARS y TRRC. Pruebas reumatológicas, panel viral y prueba de VIH negativas. Con sangrado por tubo orotraqueal e hipoventilación alveolar; broncoscopia con hemorragia activa en la pirámide basal izquierda, lóbulo superior derecho, moco y sangre. Con 6 criterios de CID. (SOFA de 16 puntos). Se realizó autopsia confirmando diagnóstico y reportando trombos sépticos intracavitarios; neumonía abscedada con trombosis séptica, hemorragia pulmonar, absceso esplénico y CID con afección multiorgánica e hígado con necrosis del 50%. **Discusión:** La endocarditis provoca cambios en la coagulación y forma vegetaciones en las válvulas; el daño de la válvula tricúspide en este caso ocasiono congestión hepática; el estado de choque desarrollo CID siendo una presentación atípica. De ahí la importancia de la búsqueda de estrategias y disponibilidad de pruebas biscoelásticas que nos ayuden a guiar el manejo de la enfermedad y disminuir las complicaciones letales.

### ENDOFTALMITIS Y CHOQUE SÉPTICO. CASO CLÍNICO

Pedro Iván Loeza Rea; Christopher Barrera Hoffmann; Rommel Rivas Salazar

Hospital General Regional No 1 Ignacio García Téllez, Mérida, Yuc.

**Introducción:** La endoftalmitis generalmente es una manifestación secundaria de otra patología o síndrome, rara vez es primaria y/o desencadenante, por si sola, de choque séptico. El síndrome de Wünderlich es una entidad clínica relativamente rara en la que se presentan hematomas renales espontáneos. **Desarrollo:** Mujer de 57 años; antecedente de DM2, tratada con Insulina Glargina y Dapaglifozina, con buen apego. Inicia padecimiento 7 días previos a su ingreso, con cefalea y dolor ocular derecho, agregándose fiebre y secreción ocular purulenta, emesis y ptosis ipsilateral. Es valorada por Oftalmología y se diagnostica Endoftalmitis, ingresando para manejo hospitalario. Evolucionó en urgencias con CAD severa y choque séptico con SAKI, sin respuesta al manejo e ingresa a UCI sin resolución de dichas complicaciones, ajustándose manejo para CAD hasta su resolución, administración de vasopresores y Antimicrobianos (meropenem y Linezolid), requiriendo CNAF y norepinefrina de hasta 0.2 mcg/kg/min, realizándose TAC y documentándose neumonía de focos múltiples y hematomas infectados renales bilaterales-pielonefritis enfisematosa, por lo que se realizó drenaje percutáneo y ajuste antimicrobiano, lográndose la remisión del choque y LRA, egresando de UCI a piso de Medicina Interna.

### ENFERMEDAD DE MOYAMOYA UNA MORBILIDAD INÉDITA EN PACIENTE EMBARAZADA: REPORTE DE CASO

Lizbeth Arroyo Álvarez; Jesús Salvador Sánchez Díaz; Karla Gabriela Peniche Moguel; María Verónica Calyeca Sánchez

UMAE Hospital de Especialidades número 14 Centro Médico Nacional "Adolfo Ruíz Cortines" IMSS. Veracruz, Veracruz.

**Introducción:** La enfermedad de moyamoya (EMM) es una patología infrecuente de la circulación cerebral caracterizada por engrosamiento de la túnica interna de las carótidas, extensión al polígono de Willis (PW) y formación de vasos colaterales dando el aspecto de "bruma" (japonés moyamoya) con el consiguiente riesgo de eventos hemorrágicos o isquémicos. **Objetivo:** Presentar el caso clínico de una paciente en estado de embarazo con evolución tórpida por hemorragia cerebral (HC) de causa no obstétrica. **Presentación del caso:** Femenino de 29 años. G1 P0 C0. Embarazo de 18.1 sdg. Previamente sana. Cuadro clínico caracterizado por cefalea holocraneana y disartria, progresión hasta pérdida del estado de despierto y requerimiento de soporte respiratorio invasivo. Tomografía de encéfalo con HC, irrupción ventricular e hidrocefalia aguda, angioresonancia cerebral con anomalías emergentes en las arterias del PW y defectos de llenado. Se descartaron patología inmunológica o infecciosa. Evolución tórpida del binomio con expulsión del feto y muerte materna. **Discusión:** El diagnóstico de la EMM durante el embarazo es anecdótico, la presentación clínica

es una catástrofe neurológica con morbi-mortalidad materna y fetal. El tratamiento neuroquirúrgico es la revascularización cerebral. **Conclusión:** La EMM como complicación neurológica no obstétrica del embarazo es causa de mortalidad materna y fetal.

### EXTUBACIÓN ENFERMEDAD NEUROMUSCULAR DE MIASTENIA. CASO CLINICO

Roxana Corina Lucana Terrazas

Hospital Universitario "Dr. José Eleuterio González".

Paciente M, 55, refiere cuadro de disnea, ptosis izquierda, disartria y disfagia, se exacerba con disnea, se acude a consulta externa de Otorrinolaringología, se realiza una nasoesfibroscopia y se aprecia parálisis cordal, se interconsulta Neurología, a inspección, pupilas reactivas 2mm, ptosis izquierda, simetría facial, fuerza de masticación simétrica, reflejo corneal bilateral simétrico, pobre elevación de paladar, pobre esfuerzo tusígeno. Disfonía, reflejo nauseoso disminuido, fuerza 4/5. Debido a clínica y para protección de la vía aérea, se decide entubar y conectar a ventilador con los parámetros ventilatorios: PI 10, PEEP 8, FIO<sub>2</sub> 35% Fr 16 Sat. 96%, se sometió a paciente a métodos diagnósticos de AChR y MuSK, prueba de deglución y prueba de Jolly dando positivos, se llega diagnóstico "Miastenia Gravis Clase V", definido por intubación con VMI, tratando el trastorno subyacente con plasmaféresis y corticoide. Afectación neuromuscular fue sometido a ventilación invasiva tratamiento estándar para pacientes con enfermedad neuromusculares IRA. La disfunción bulbar, por fisiopatología de afección con cambio en patrón ventilatorio de incremento en Fr, una disminución del Vt, en consecuencia, respiración rápida, superficial y el Vt se reduce, espacio muerto aumenta. Respuesta ventilatoria al anhídrido carbónico, puede estar disminuida proporcionalmente a grado de afectación de caja torácica, en actualidad es reto progresar el destete exitoso, en el caso aplicando las medidas generales como medicina física y rehabilitación y la medición diaria de la NIF/CVF en VM fueron esenciales para lograr extubación exitosa de la VM

### FALLA HEPATICA AGUDA EN EL PUERPERIO, "NO TODO ES SINDROME DE HELLP". CASO CLINICO

Ingrid Jocelín Suasnívar Cancino, Arquimedes Arrocena Alegría; Jesús Enrique Nova Meda; Pedro Ruiz Velazquez

Hospital de especialidades CMN "Ignacio García Téllez" Mérida, Yucatán.

La falla hepática aguda en el puerperio es una complicación poco frecuente que puede progresar con rapidez, de aguda a fulminante y ser potencialmente mortal, dentro de las principales causas destaca el hígado graso del embarazo, síndrome de HELLP y las no relacionadas con la gestación. Se describe el caso de mujer de 22 años quien cursa con puerperio fisiológico mediato evolucionando con cuadro febril y ataque al estado general con posterior progresión a cuadro de encefalopatía, ictericia y coagulopatía, por lo que ingresa a la unidad de cuidados intensivos, durante su estancia se inicia protocolo de estudio de principales etiologías descartando aquellas asociadas al embarazo, se instaura tratamiento específico para complicaciones propias de la insuficiencia hepática, paciente persiste con cuadro febril, y al ser originaria de zona endémica se realiza serología para Dengue, siendo positiva, paciente progresa con cuadro de Pancreatitis grave e hipertrigliceridemia asociada como causa principal de la misma respondiendo a medidas de soporte multiorgánico y terapia con insulina en infusión, cumpliendo con diagnóstico de falla hepática aguda secundaria a dengue grave.

### FALLA HEPATICA HIPERAGUDA. CASO CLINICO

Ernesto Márquez Guillen, Luis Fernando Lerma Alvarado, Andrea Martínez Fosado, Luis Fernando Huayllani Gutiérrez, Mildred Astrid González Aguilar

Hospital Ángeles Pedregal.

Masculino de 29 años de edad. Debuta 1 mes previo a su ingreso con cuadro diarreico. Una semana previa a su ingreso presento ictericia,

fiebre, mal estar general acudió a hospital regional, egresado a casa con tratamiento sintomático. Dos días después náusea, vomito, hematemesis, deterioro neurológico, llevado a urgencias, serología de virus de Hepatitis A positiva diagnosticándose falla hepática hiperaguda por Hepatitis A. Sangrado de tubo digestivo alto, se trató con 1 plasma fresco congelado y paquete globular. A las 24 horas evacuación melénica 500 ml, se realiza panendoscopia, sangrado activo. Posteriormente es trasladado a nuestro hospital con sedación y ventilación mecánica, se realiza TAC de cráneo: edema cerebral, hipotensión manejo con norepinefrina, ingresa a UTI. Se hace VNO con datos hipertensión intracraneal se inició solución hipertónica y manejo antiemético. A las 24 horas se realizó plasmaféresis total 3 sesiones. 24 hrs después evacuaciones en pozos de café por SNG, se da manejo, se trasfunde 2 concentrados eritrocitarios, presenta pico febril, se maneja con meropenem, se policultiva. A las 48 hrs se reporta en urocultivo E coli no BLEE. Doppler transcraneal sin datos de HIC, se hizo ventana, weaning, se extuba, se egresa a UTIM con mejoría clínica y bioquímica.

### FALLA ORGÁNICA MÚLTIPLE ASOCIADA A GOLPE DE CALOR. CASO CLINICO

Alfonso Toledo Figueroa; Jean Paul Vázquez Mathieu; Alfredo F. Sierra Unzueta

Hospital Ángeles Lomas.

El golpe de calor es una condición grave caracterizada por hipertermia, con daño hepatocelular progresivo y muy raramente con falla hepática aguda. El pronóstico depende de la exposición y el tratamiento. Se trata de masculino 33 años, sin antecedentes, trabajador de la construcción. Tres días previos a su ingreso, con elevación brusca de la temperatura corporal hasta 44 °C, deterioro neurológico, manejado en nosocomio y trasladado 72 horas posteriores a nuestro hospital. A su ingreso sin respuesta neurológica, inestabilidad hemodinámica, troponina 192,964.90, DD 20,000, CPK 5,077, LRA (NTA) creatinina 6.22, Urea 181.5, daño hepático grave: AST 5308, ALT 3596, FA 191.8, Bilirrubina total 20.92 BD 14.92, BI 6, panel viral hepatitis negativo. Amilasa 541 Lipasa 855, CID TP 28.6, INR 2.43, fibrinógeno 410, ECOTT: VI hiperdinámico FEVI 70%, disfunción diastólica, hipertensión pulmonar 55mmHg. Inicia manejo con sedoanalgesia, BNM, ACC, glucocorticoides, HDFVVC con filtro Oxiris. Durante su estancia con mejoría a nivel hepático, con daño predominantemente neurológico por lesión cerebral difusa corticales isquémicas agudas/subagudas, hiperintensidad bilateral de ganglios basales, focos hemorrágicos parenquimatosos occipitales y cerebelosos. El golpe de calor, entidad poco frecuente, con elevada mortalidad por falla orgánica múltiple. El pronóstico vital depende del tiempo de exposición e inicio del tratamiento.

### FALLA ORGÁNICA MÚLTIPLE POR AMILOIDOSIS. CASO CLINICO

Juvenal Franco Noguez; Juvenal Franco Granillo; Paul Moguel Palacios; Janet Aguirre Sánchez; Braulia Martínez Diaz  
Centro Médico ABC.

**Introducción:** La amiloidosis es una enfermedad infrecuente producida por el depósito de material fibrilar que precipita en los tejidos. Los órganos frecuentemente afectados son: riñones (50 %), corazón (40-50 %) y nervios periféricos (25 %). Se reporta mortalidad de hasta el 80 % a los dos años del diagnóstico. **Caso clínico:** Se trata de paciente masculino de 46 años de edad sin antecedentes patológicos. Padecimiento de 4 meses con disminución de la clase funcional, síndrome nefrótico y alteración de las funciones mentales superiores. Se inició abordaje diagnóstico concluyendo probable enfermedad reumatológica tratado con esteroide y azatioprina sin respuesta. Se trasladó a nuestra unidad con datos de disfunción multiorgánica. Requirió terapia de sustitución renal, soporte ventilatorio con cánulas nasales de alto flujo, uso de ionotrópicos y aminas vasoactivas. Se realizaron estudios de imagen con datos organomegalia a expensas de riñón, hígado, corazón y infiltración a sistema nervioso central. Se realizó biopsia renal que reportó amiloidosis predominantemente glomerular,

con patrón intersticial y vascular, así como cadenas kappa positivo. lesión tubular aguda focal con cambios regenerativos moderados del epitelio. **Conclusión:** Se trata un caso de patología infrecuente con presentación poco habitual que debutó con síndrome nefrótico y rápida progresión a falla orgánica y muerte.

### FILTRO OXIRIS EN CHOQUE SÉPTICO VIBRIO VULNIFICUS. CASO CLÍNICO

Verónica Ruiz Vasconcelos; Jean Paul Vázquez Mathieu;  
Alfredo Felipe Sierra Unzueta  
*Hospital Ángeles Lomas.*

Paciente femenino de 37 años con antecedentes de bypass gástrico y uso intermitente de dexametasona con multivitamínicos. Refirió ingesta de ostiones un día anterior del inicio de la sintomatología. Ingresó a urgencias por presentar síndrome doloroso que inició con dermatosis en la extremidad inferior derecha, caracterizada por mancha eritemato-violacea por extravasación. La paciente desarrollo en pocas horas shock séptico con cultivos positivos para *Vibrio vulnificus* y falla secuencial de órganos. (SOFA score 10-14 puntos). Por lesión renal aguda AKIN III se inició terapia de sustitución de la función renal (HDUFVC) con cambios del filtro Oxiris de manera programada. Se midieron valores de interleucina 6, previo al inicio de la terapia y de forma seriada, demostrando mejoría de los parámetros de laboratorio, uso de vasopresores, y sin cambios en la mortalidad con evolución tórpida en el caso reportado. La literatura reporta que los cambios frecuentes de estos filtros durante la terapia de sustitución de la función renal continua pueden mejorar los parámetros inflamatorios y uso de vasoactivos, sin embargo, es incierta la repercusión en la sobrevida de enfermos con shock séptico.

### GASTRITIS ENFISEMATOSA: ENFERMEDAD RARA Y LETAL. CASO CLÍNICO

Jonathan David Morales Ramírez; Viridiana Segura Llamas;  
Abraham Velásquez Crespo; Daniel Alonso Martínez,  
Karen Itzel Gonzalez Martínez  
*Centro Médico Naval, SEMAR, Ciudad de México.*

**Introducción:** La gastritis enfisematosa es una afección infrecuente y potencialmente mortal, sólo se han reportado 59 casos en la literatura y no existen guías para el tratamiento de esta entidad. **Objetivo:** Describir una patología poco usual, así como el diagnóstico y tratamiento oportuno en la Terapia Intensiva. **Caso clínico:** Masculino de 54 años que acude por presentar datos clínicos de abdomen agudo caracterizado por dolor abdominal, náusea, vómito y evacuaciones melénicas, así como datos de choque hipovolémico, acidosis metabólica e hiperlactatemia. Se realiza tomografía abdominal con contraste oral en la cual se evidencia la presencia de gastritis enfisematosa. Se inicia reanimación con líquidos, antibioticoterapia presentando paciente evolución favorable, con corrección de las fallas orgánicas de su ingreso. Durante su estancia presenta panel gastrointestinal con *E. coli* enteroagregativa, enteropatogénica y enterotoxigénica. **Discusión:** La gastritis enfisematosa es una forma grave de gastritis y tiene un mal pronóstico, es por ello que el diagnóstico y tratamiento oportuno son imprescindibles para llevar a la recuperación del paciente. Se reporta una mortalidad aproximada del 60 a 80%. El tratamiento es la reanimación hídrica, descompresión gástrica y antibioticoterapia de amplio espectro y en caso de procedimiento quirúrgico tiene una mortalidad hasta del 60% en el postoperatorio.

### HEMATOMA RETROFARÍNGEO: REPORTE DE CASO

Ariel Espinosa Palacios  
*IMSS, UMAE Hospital de especialidades N° 25 Centro Médico Nacional del Noroeste, Nuevo León.*

**Introducción:** El hematoma postoperatorio es una complicación rara y peligrosa de la cirugía de columna cervical. Se puede clasificar en dos tipos: hematoma epidural espinal y hematoma retrofaríngeo, este

último ocurre en 0.2 a 1.9% de los pacientes de cirugía de columna cervical. La compresión mecánica directa de la tráquea y el edema dentro de las vías respiratorias son los dos principales mecanismos fisiopatológicos, teniendo una alta tasa de mortalidad y de parálisis como principal complicación. **Metodología:** Paciente masculino de 66 años que ingresa para protocolo quirúrgico por mielopatía cervical espónidilótica, iniciando hace 1 año con debilidad de extremidad inferior derecha, parestesias y dolor tipo ardoroso en región plantar. Se realizó discectomía e instrumentación anterior, presentando 24 horas después dificultad para la deglución asociado a disnea, con tumefacción alrededor de herida quirúrgica. **Resultados:** Se decidió protección de vía aérea y apertura de herida con exploración digital para drenaje de hematoma, evacuando aproximadamente 30 ml. **Discusión:** El desarrollo del hematoma retrofaríngeo tiene baja incidencia, y no existe un consenso sobre su evaluación, tratamiento o enfoques preventivos. El tratamiento es controvertido, siendo el abordaje de la vía aérea lo primordial mediante intubación orotraqueal o traqueotomía urgente.

### HEMOFILIA ADQUIRIDA EN CONTEXTO DE PREECLAMPSIA. CASO CLÍNICO

Liliana Ponce Baños; Fernando Villalobos Guerrero;  
Lourdes Bautista Martínez; Guadalupe Vera Aguirre;  
Alfredo Arellano Ramírez  
*Hospital Regional de Alta Especialidad de Ixtapaluca.*

La hemofilia adquirida es un trastorno de la hemostasia que afecta a 2 personas por cada millón de habitantes. Se produce por la presencia de autoanticuerpos adquiridos que inhiben la actividad del factor VIII de la coagulación, generando sangrados espontáneos. Sus desencadenantes más frecuentes son neoplasias, enfermedades autoinmunes, fármacos, embarazo y post parto. Se presenta el caso de paciente de 26 años que ingresa a la terapia intensiva posterior a realización de cesárea por preeclampsia con criterios de severidad. Se documenta hemorragia mayor de sitio quirúrgico con posterior desarrollo de hemorragia en herida quirúrgica. En estudios de control se observa prolongación excesiva en TTPa y estudio de tromboelastograma evidenciando alteración severa en los factores de coagulación asociados a déficit. Se solicitan estudios de extensión, documentándose inhibidor adquirido del factor FVIII en 4UB. Se da inicio a manejo inmunosupresor con Rituximab, metilprednisolona y ciclofosfamida; apoyo hemostático con factor VIII, complejo protrombínico activado y ácido tranexámico. Se realizó manejo multidisciplinario, lográndose adecuado control de dicha patología y las complicaciones presentadas, egresada por mejoría posterior a 54 días de hospitalización.

### HIPERTENSIÓN SECUNDARIA UN RETO CLÍNICO

Espinosa Herrera José Luis; María del Mar Aparicio Barrera;  
Jorge Omar Castro Meza; Guadalupe Vera Aguirre;  
Alfredo Arellano Ramírez  
*Hospital Regional de Alta Especialidad de Ixtapaluca.*

La hipertensión arterial secundaria representa un amplio espectro de enfermedades que requieren un abordaje complejo y en ocasiones múltiples fármacos intravenosos y orales. Puede deberse desde causas renales, endocrinas, reumatológicas, metabólicas, etc. Sus complicaciones suelen ser derivados de crisis hipertensivas severas difíciles de manejar. A continuación, se presenta el caso de un paciente de 35 años que ingresa a la Terapia Intensiva posterior a hemorragia a nivel bulbo-protuberancial que ingresa con presión arterial de 240/140mmHg requirió antihipertensivos intravenosos ( $\beta$ -bloqueadores de acción corta y nitratos intravenosos) con incapacidad para lograr el traslape con fármacos orales, requiriendo más de 7 grupos farmacológicos antihipertensivos a dosis máximas. Dentro de su abordaje diagnóstico descartando causas frecuentes de hipertensión secundaria, demostrando aumento de las fracciones de metanefrinas y niveles de renina/aldosterona bajos con alta probabilidad de paraganglioma VS tumores productores de deoxicortisterona, se inició ajuste antihipertensivo con ibersartan, nifedipino, hidrala-

zina, metoprolol, doxazosina, hidroclorotiazida y espironolactona, el paciente logra control de la tensión arterial, posterior a 1 mes en la Terapia Intensiva, con un amplio abordaje diagnóstico y terapéutico, requirió manejo con traqueostomía por las secuelas neurológicas y se envió a piso para continuar abordaje y medidas de rehabilitación.

### INHIBIDORES EN HEMOFILIA ADQUIRIDA TIPO A. CASO CLINICO

Lourdes Bautista Martínez; Fernando Villalobos Guerrero;  
Guadalupe Vera Aguirre; Alfredo Arellano Ramírez  
*Hospital Regional de Alta Especialidad Ixtapaluca.*

La hemofilia adquirida es una enfermedad autoinmune caracterizada por presencia de anticuerpos contra el Factor VIII de la coagulación, se presenta clínicamente como sangrado súbito y severo en pacientes sin coagulopatía previa, típicamente con TTPa prolongado aislado. Tiene mortalidad hasta 40% asociada al sangrado y a la toxicidad del tratamiento. Se reporta una incidencia anual de 1.5 casos por millón de habitantes anual, más frecuente en ancianos y mujeres embarazadas. Se presenta caso de masculino de 23 años que ingresa a Unidad de Cuidados Intensivos para manejo de paciente neurocrítico posterior a derivación ventrículo-peritoneal por Hemorragia subaracnoidea en contexto de Hemofilia adquirida tipo A. Se brinda tratamiento inicial con Factor VIII, sin embargo, desarrolla inhibidores de Factor VIII de alta respuesta, por lo que se dio tratamiento puente con Factor VII, sin embargo, posteriormente presentó inhibidores de Factor VII correlacionando con clínica y tromboelastografía.

### INSUFICIENCIA HEPÁTICA AGUDA ASOCIADA A DENGUE GRAVE EN PACIENTE CON PUERPERIO FISIOLÓGICO MEDIATO. A PROPÓSITO DE UN CASO

Chale Montero Abharide De Fátima;  
Jesús Enrique Nova Meda; Joaquín Torres Avilez;  
Arturo Román Tun; Ninfa Alejandra Maa Ocheita  
*UMA E "Ignacio García Tellez" IMSS Mérida, Yucatán.*

La insuficiencia hepática asociada a un cuadro de dengue grave, es una manifestación poco frecuente pero potencialmente letal. El dengue, un arbovirus transmitido por vector, específicamente por *Aedes aegypti*, puede afectar la función hepática y otros órganos. La replicación viral en el hígado induce una intensa respuesta inflamatoria, llevando a la hepatocitólisis y disfunción hepatocelular. Se trata de paciente femenino de 22 años, antecedente de gesta 3 para 3 cursando con puerperio fisiológico tardío, quien presenta fiebre, astenia, adinámica con posterior deterioro del estado de alerta por lo que es llevada de manera inmediata al área de urgencias, donde se documenta presencia de trombocitopenia grave, así como elevación de bilirrubinas y enzimas hepáticas, se realiza serología específica para dengue presentando resultado positivo para NS1, se decide ingreso a UTI por progresión a encefalopatía hepática hasta West Haven III, ictericia y alteración de tiempos de coagulación, confirmando el diagnóstico de insuficiencia hepática aguda, se descarta mediante estudios de imagen patología obstructiva y se data por características de elevación de transaminasas, la presencia de daño hepato celular asociado a complicación grave de infección por dengue, paciente curso con lesión renal aguda y progresión de encefalopatía, se otorgaron medidas de soporte y manejo de coagulopatía así como medidas anti amonio, presentando adecuada evolución y remisión de encefalopatía, es egresada sin complicaciones graves de la UTI.

### INTOXICACIÓN POR LITIO, A PROPÓSITO DE UN CASO

Andrea Martínez Fosado; Alejandro Rojas Montañón;  
Luis Fernando Lerma Alvarado; Luis Fernando Huayllani Gutiérrez;  
Víctor Morales Muñoz  
*Hospital Ángeles Pedregal.*

Paciente femenino de 18 años con antecedente de trastorno bipolar, con múltiples tratamientos antipsicóticos y antidepressivos, sin

mejoría, se inicia tratamiento con carbonato de litio. Posteriormente inicia con parestesias, disminución de la fuerza en extremidades inferiores, hiporexia y vómito; por aumento de la sintomatología más disartria, somnolencia y desorientación se aborda para diagnóstico de meningoencefalitis con punción lumbar negativo para infección, se inicia profilaxis con aciclovir y metilprednisolona para encefalitis viral y autoinmune respectivamente, durante el abordaje la paciente presenta elevación de azoados y lesión renal aguda secundaria a deshidratación por intolerancia a la vía oral; así como fiebre y mioclonías generalizadas, por cuadro clínico y factores de riesgo se sospecha en intoxicación por litio, la cual se confirma por niveles serios de litio >1.2. Por lesión renal aguda e intoxicación severa por litio se indica terapia sustitutiva de la función renal con hemodiálisis con gran mejoría de la sintomatología de hasta un 95% desde la primera sesión de la misma.

### LA ECOGRAFÍA, QUINTO PILAR EN EXPLORACIÓN PULMONAR. CASO CLINICO

Alejandra Russell Marrufo, Miguel Ángel Sosa Medellín  
*UMA E Hospital de Traumatología y Ortopedia N° 21, IMSS.*

**Introducción:** Existen estrategias más objetivas que la exploración pulmonar con mayor sensibilidad y especificidad para la detección de síndromes pleuropulmonares como la ecografía. **Presentación del caso:** Masculino de 59 años, diagnóstico de gran quemado del 30% de SCT. Se realizó manejo avanzado de la vía aérea, se colocó catéter venoso central yugular derecho y se envió a la unidad 24 h posteriores al evento. A su ingreso estable, bajo sedación, RASS -4 pts, exploración pulmonar normal, a la auscultación con murmullo vesicular bilateral, sin agregados. Ventilado en modo PC-CMV con FIO2 al 25% PEEP 5 PInsp 10 FR 22 Pmax 14. Ecografía pulmonar izquierda normal. Al insonar tórax derecho no se observa deslizamiento pleural, modo M con signo de código de barras. Radiografía con neumotórax derecho de aproximadamente 30%. Se coloca neumokit y presenta expansión completa del pulmón. Sin deterioro respiratorio ni hemodinámico, se realiza extubación electiva exitosa. **Discusión:** La ausencia de deslizamiento pleural en ecografía pulmonar para detección de neumotórax tiene sensibilidad de 95.3% y especificidad de 91.1%. La auscultación pulmonar tiene sensibilidad del 70% y especificidad de 99%. Es importante incluir la ecografía como parte de la exploración pulmonar en pacientes críticos con sospecha de neumotórax.

### LA ESPADA DE DAMOCLES: EL EMBATE DE LA HEPATITIS A. PRESENTACION DE CASO

Brizuela-Santana Julio Cesar; Polo-Roca Hermes de Jesús;  
Bravo-Lozano Diana Guadalupe; Aguirre-Avalos Guadalupe;  
Melchor-Flores Ana Rosa  
*Hospital Civil de Guadalajara "Fray Antonio Alcalde".*

**Introducción:** La hepatitis fulminante por el virus de la hepatitis A se presenta en menos del 1% de los casos. La presentación hiperaguda se caracteriza por coagulopatía severa, hipertensión intracraneal y progresión de ictericia a encefalopatía en menos de una semana. La terapia inicial de soporte médico cuando falla, requiere de trasplante hepático. Paciente masculino de 19 años de edad, que ingresa al hospital con intolerancia a la vía oral, sensación de fiebre, taquicardia, ictericia generalizada y hallazgos de laboratorio: ALT 1491, AST 539, GGT 25, FA 106, BT 19, BD 9, TP 58, INR 5.56, TPT 83 e IgM anti-HAV. MELD de 37 y SOFA de TEXTO. A su ingreso a Terapia Intensiva con West Haven III, patrón de Doppler Transcraneal de alta resistencia, patrón electroencefalográfico de ondas Trifásicas (5 hertz) e hiperamonemia de 356; se inicia manitol y medidas antiamonio. En su día 3 de terapia de soporte, muestra mejoría clínica y disminución en los niveles de: amonio 100, INR 2, ALT 305, AST 100, BT 8 y BD 3. En su día # se egresa a sala. Las tasas de supervivencia sin trasplante son de 36%, su ausencia obliga a el manejo conservador y monitoreo estrecho

## LÍNEAS B PULMONARES; DETERIORO CLÍNICO EN LA UCI. CASO CLÍNICO

Aldo Zúñiga Ramírez, Felipe de Jesús Montelongo

Instituto de Salud del Estado de México. Hospital General "Las Américas".

El ultrasonido pulmonar se puede usar en pacientes para evaluar presencia de disnea debido a insuficiencia respiratoria cardiopulmonar aguda derrame pleural y neumotórax El caso de una paciente con puerperio patológico que se monitorizó su estado ventilatorio por ultrasonido pulmonar para predecir el deterioro clínico Femenina de 29 años de edad que ingresa a la UCI con diagnóstico de choque hipovolémico por hemorragia obstétrica al ingreso con presencia de balance hídrico positivo en ventilación mecánica invasiva y patrón B2 pulmonar Se hizo ultrasonido pulmonar durante su estancia en la UCI relacionando los hallazgos por ultrasonido con la clínica gasometría estudios de imagen y balance hídrico La presencia de patrón B en ultrasonido se presentó previo a que la paciente comenzará con clínica y alteración en variables gasométricas El monitoreo de los pacientes por ultrasonido ha resultado ser una forma no invasiva para predecir el deterioro clínico que pudiera tener un paciente

## LÍQUIDOS EN EL PACIENTE SÉPTICO. CASO CLÍNICO

Andrés Alejandro Rosales García;

José Daniel Barrios Díaz; Blanca Estela Tovar Cruz;

Eliseo Varela Martínez; Roberto Alejandro Castillo González

Centenario Hospital Miguel Hidalgo. Instituto de Salud del Estado de Aguascalientes (ISEA), Aguascalientes, México.

Manejo hídrico en el paciente séptico, de la teoría a la práctica aún existe mucho por hacer; a propósito de un caso. Femenino de 60 años de edad con antecedentes hipertensión arterial 8 años de evolución en tratamiento no especificado. Litiasis coraliforme izquierda requirió 2 intervenciones quirúrgicas portadora de catéter doble J riñón izquierdo. Ingreso a nuestra unidad, después de 3 días de hospitalización, para valoración por urología con datos de lesión renal aguda, y acidosis metabólica asociada a proceso séptico. Se encuentra en tomografía lito en tercio medio de uréter derecho condicionando hidronefrosis y litiasis coraliforme ya conocida. Se colocó catéter JJ derecho y se recolocó el izquierdo. Solicitando valoración por terapia intensiva debido a estado de choque séptico refractario, que se acompañó de hipoxemia durante el transquirúrgico. A su ingreso con falla orgánica múltiple, respiratoria, renal, hemodinámica y hematológica. Llamando la atención hipoxemia severa durante el transquirúrgico. Evaluándose y encontrando datos de sobrecarga hídrica pulmonar; asociada a reanimación y anuria. La evaluación continua de la terapia hídrica, al ser una de las intervenciones más prevalentes en los pacientes hospitalizados, debe ser guiado de manera objetiva en todos los servicios hospitalarios, y cuando un paciente ingresa a una unidad de cuidados críticos se beneficiará de la individualización y ajuste continuo del manejo hídrico, uno de los rasgos característicos del intensivista.

## MÁS ALLÁ DE UN DOLOR DE CABEZA. CASO CLÍNICO

Irvin Jesús Badillo Ramos, Joaquín Jarpa Bulat,

Mario Canitrot Paniagua, Ricardo García Franco,

Guadalupe Aguirre Avalos

Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde.

**Introducción:** El glioblastoma multiforme es una de las neoplasias primarias del sistema nervioso central más comunes en pacientes jóvenes y de peor pronóstico. Presentación del análisis del caso clínico, se describe el neuromonitoreo invasivo su intervención quirúrgica y los cuidados postquirúrgicos hasta su egreso. Descripción de un caso clínico, revisión de la literatura, y descripción del neuromonitoreo invasivo, así como la importancia de la rehabilitación temprana en el paciente neurocrítico. Se trata de paciente femenino de 39 años de edad que inicia 1 mes previo con cambios conductuales evaluada inicialmente derivándose a psiquiatría que diagnóstica depresión e inicia tratamiento farmacológico, 4 semanas después presenta deterioro neurológico asociado a estatus epiléptico, llevada a urgencias donde

se realiza resonancia magnética cerebral identificándose tumoración cerebral con desplazamiento de 18 mm de la línea media por lo que se realiza intervención quirúrgica y biopsia de la lesión identificándose glioblastoma multiforme de alto grado, se continúa seguimiento con neuromonitoreo invasivo progresando de forma adecuada hasta su egreso. Las patologías psiquiátricas se rigen de protocolos de abordaje diagnóstico minuciosos, ya que pueden ser la consecuencia de múltiples síntomas de trastornos sistémicos y de diversos orígenes, que de ser mal evaluados en la atención inicia pudieran llevar el retraso diagnóstico y subsecuentemente secuelas irreversibles y fatales.

## MIOCARDIOPATIA SEPTICA SECUNDARIA A SALMONELLA. REPORTE DE UN CASO

Marco Antonio Juan Gomez; Carlos Enrique Lopez Rodriguez;

Niyireth Loreni Novoa Santander; Evelin Hernandez Dominguez;

Jose Carlos Gasca Aldama

Hospital Juárez de México.

Masculino de 27 años de edad sin antecedentes de importancia para su padecimiento actual. Inicia padecimiento actual 2 días previo a su ingreso a urgencias adultos, con presencia de dolor abdominal generalizado tipo cólico, náuseas hasta llegar al vomito en múltiples ocasiones, evacuaciones disminuidas de consistencia en 15 ocasiones, se agrega astenia, adinamia, malestar general, diaforesis, confusión, letargo, aumento de la temperatura no cuantificada, por lo que acude con medico particular el cual le prescribe tratamiento no especificado, sin presentar mejoría por lo que acude al servicio de urgencias a valoración. Se recibe al paciente con datos clínicos de hipoperfusión, desequilibrio acido base refractario a tratamiento, requiere doble apoyo vasopresor, se inicia manejo avanzado de la vía aérea y se solicita interconsulta al servicio de UCIA. USG UCIA Mape 11, Tapse 22, FEVI 25%, ITV 13.2, VS 40, GC 4.8, E 0.68, A 0.63, Desaceleración de 237, EA 1.06, E septal 9, E lateral de 10, E' 9.5, LUS score de 0, VeXUS de 0. Ingres a UCIA, el paciente progresa a lesión renal aguda, por lo que se inicia TRRC, se solicita PCR siendo positivo a Salmonella spp. Paciente presenta mejoría por lo que se extuba y se da de alta de nuestro servicio.

## MIXOMA CARDIACO. CASO CLÍNICO

Jorge Omar Castro Meza, María Alaci Galvan Merlos

Hospital Regional de Alta Especialidad de Ixtapaluca.

Femenino de 76 años con antecedentes: Hipotiroidismo en tratamiento con levotiroxina 50 mcg/día, Quirúrgicos: OTB hace 40 años. Inicia el 30/08/23 con la presencia de dolor precordial, de tipo opresivo, EVA 7/10, acompañado de disnea, ECOTT con masa móvil que se origina de la pared septal auricular del lado izquierdo, con fevi 70 %. El 4/09/23 con resección de tumoración de aurícula izquierda, lesión incidental en aurícula izquierda que amerita reparación auricular izquierda + colocación de marcapasos temporal, Tiempo de CEC: 1er tiempo 37 min, 2do tiempo 39 min total: 76 min. Pinzamiento aórtico 18 min, Saliendo a ritmo sinusal, norepinefrina 0.2mcgrkgmin y dobutmaina 10 mcgrkgmin. Ingres a UCIA: sedación con dexmedetomidina 0.26mcg/kg, electrocardiograma con complejos ventriculares prematuros, inversión de ondas T y desnivel de ST, vasopresor e inotrópico en reducción manteniendo IC mayor de 2.2, diurético de asa, levotiroxina por patología de base, ECOTT con acinesia apex tercio apical y medio. Se realiza weaning cardiológico y se procede a extubación 24 hrs post cirugía. Presenta Fibrilación auricular requiriendo antiarrítmico y control del ritmo con amiodarona, metoprolol y mantenimiento con metoprolol y digoxina, perfil tiroideo de control normal, cursa con somnolencia, dependiente de vasopresor, ajustando levotiroxina, con dependencia de marcapasos temporal por lo que se coloca marcapasos definitivo.

## MONITOREO HEMODINÁMICO SWAN-GANZ EN TB PULMONAR. CASO CLÍNICO

Gabriela Nicole Turcios Mendieta; Alan Gamboa Meza;

Julio Edgardo González Aguirre

Hospital Universitario UANL, México.

Paciente femenina 19 años con antecedente de TB pulmonar de reciente diagnóstico en tratamiento con Dotbal y DM tipo 1. Inicia con disnea de medianos a pequeños esfuerzos, motivo por el cual es referido. Al ingreso a Urgencias saturando 68% oxígeno 15 litros con mascarilla y FR en 50 rpm motivo por el cual por su deterioro respiratorio se decide la intubación orotraqueal. Rayos x tórax infiltrado tipo alveolar en segmentos posteriores del lóbulo superior derecho, con patrón en árbol en gemación. Múltiples cavitaciones en el lóbulo superior e inferior derecho. Infiltrado fibrocavitario del lóbulo inferior izquierdo. Paciente se ingresa a UCI hemodinámicamente inestable con doble vasopresor con datos de choque hipovolémico y séptico por lo que hacen mediciones dinámicas VPP 19%, Medición vena cava 19%, eco 1.2cm colapsable > 50%, se hace levantamiento de piernas+ 500ml Hartmann y se decide colocar Catéter Swan-Ganz con una PCP10, GC: 2.3, IC: 1.5, FC: 150, PAM 68, RVSI 2986, HG: 8.6. Se realiza taller de gases entrega de oxígeno bajo paciente con anemia y gc bajo. Transfunden 2 paquetes globulares, crece en aspirado traqueal Klebsiella Pneumonie inicia Cefepime y posteriormente los presores bajan se suspenden. Paciente se extuba a VMNI y traslado medicina interna.

### MUCORMICOSIS EN GRAN QUEMADO: REPORTE DE CASO

Arturo Amilcar Osorio Ruiz; Daniel Ruvalcaba Ayala,  
Marco Antonio Rodríguez Guerrero; Carlos Eduardo Chávez Pérez  
UMAE N°21. IMSS. Monterrey, N.L.

**Introducción:** La mucormicosis cutánea en quemados es una enfermedad rara con una prevalencia del 0,04%-0,6%, y una mortalidad del 40% según reportado en la literatura. **Objetivo:** Presentar el caso de un paciente gran quemado con mucormicosis cutánea. Paciente: masculino de 31 años, sin crónico degenerativos, sufre colisión de vehículo de motor que se incendió, condicionando quemaduras de tercer grado por fuego directo del 66.5% SCT y de la vía área por inhalación con Baux Score 67%, posteriormente comienza con secreciones purulentas en piel, así como una lesión localizada en cuello de coloración oscura con bordes eritematosos, tomándose biopsia. Presenta deterioro hemodinámico que a pesar de manejo no muestra respuesta y fallece. **Discusión y conclusión:** La mucormicosis en el paciente gran quemado sigue siendo difícil de tratar y letal, con factores de riesgo de características clínicas y pronósticas similares a otros pacientes con mucormicosis cutánea. El diagnóstico se basa en el análisis histopatológico y el cultivo de biopsia de piel. Es poco reportado en la literatura, al ser una entidad poco sospechable en el paciente quemado o bien por el incremento de mortalidad en estos pacientes lo que impide establecer el diagnóstico oportuno cuando no está relacionado con un brote hospitalario.

### MUERTE ENCEFÁLICA EN POR RESECCION DE MACROADENOMA. CASO CLINICO

Fernanda Ordóñez Hernández, Jessica Garduño López,  
Karen Harumi López Rodríguez, Jesús Enrique Castrejón Sánchez,  
Niyireth Loreni Novoa Santander  
Hospital Juárez de México.

Masculino de la sexta década de la vida, con antecedente de resección de lesión selar por vía transepto esfenoidal y resección de lesión transiliar derecha 4 años después, amputación de 2° falange mano izquierda ocupacional, alcoholismo y tabaquismo. Ingresó para resección de macroadenoma decidivante, se realiza intervención quirúrgica con resección del 80% de la lesión sin complicaciones, se ingresa a Terapia Intensiva donde se inicia neuromonitoreo no invasivo: BIS y Doppler transcraneal. Tres días posteriores, presenta paraplejía de hemicuerpo derecho asociado a déficit neurológico, se realiza TAC simple de cráneo evidenciando lesión hiperdensa a nivel de lecho quirúrgico, se decide craniectomía descompresiva por parte del servicio de neurocirugía, encontrando edema cerebral severo y duramadre a tensión. Durante el 6° día de estancia en UCI presenta emergencia hipertensiva, dilatación pupilar, tasa de supresión 100% mediante mo-

nitoreo BIS, USG Doppler transcraneal: flujo reverso y pico sistólico. Se realiza angiografía de cráneo, que corrobora ausencia de flujos cerebrales y datos de muerte encefálica. Se inicia protocolo de procuración de órganos; sin embargo, familiares no aceptan.

### MUERTE ENCEFÁLICA POR HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA. CASO CLINICO

Luis Iván Vázquez Guerra; Elizabeth Vital Montiel;  
Diana Nanyuki Flores Miranda; Andrés Gibrán Salcedo Malagón;  
Aldo Gamaliel Vázquez Sánchez  
Hospital Ángeles Mocel.

Mujer de la séptima década de la vida, con historial de cáncer de mama como único antecedente crónico. Experimentó una alteración repentina en su estado de conciencia y fue llevada de urgencia al hospital. Se diagnosticó hemorragia subaracnoidea secundaria a un aneurisma en la arteria comunicante anterior bilateral, con edema cerebral vasogénico e hidrocefalia. Recibió tratamiento endovascular y derivación ventricular, siendo ingresada en la unidad de cuidados intensivos. Inició monitoreo no invasivo con índice biespectral (BIS) y recibió medicación para controlar la hidrocefalia y el vasoespasmio, manteniendo un estado de sedación ligera. Se realizaron controles tomográficos al tercer y séptimo día, persistiendo el edema cerebral e hidrocefalia. Hubo una evolución desfavorable evidenciada por anisocoria, lo que llevó a la monitorización con doppler transcraneal y angiografía, mostrando muerte encefálica a los 8 días. Se siguió el protocolo de donación de órganos y ambos riñones fueron donados.

### MUTACIÓN C46T DEL FACTOR XII. CASO CLINICO

Irvin Jesús Badillo Ramos, Guadalupe Aguirre Avalos,  
Omar Felipe Ortega Cárdenas, Antonio Arana Gonzalez,  
Francisco Santoyo Betancourt  
Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde.

Las trombofilias hereditarias que se identifican de manera inicial por la presencia de un infarto cerebral han sido descritas en la literatura sin embargo su baja prevalencia y su difícil acceso a los recursos para complementación de abordaje diagnóstico ha hecho que sea difícil su reporte. Presentación del análisis de un caso clínico y revisión de la literatura. Se trata del caso de un paciente masculino de 30 años de edad quien debuta con cuadro clínico de hemiplejía fasciocorporal derecha secundario a un infarto cerebral de territorio de arteria cerebral media, dentro de sus antecedentes precede relevante fallecimiento de hermano 3 meses previos por infarto cerebral isquémico extenso y madre con secuela Rankin V por infarto cerebral 1 año previo, sin embargo sin abordaje diagnóstico al momento de su ingreso, en este trabajo se describe el abordaje clínico así como los hallazgos presentados al identificarse la presencia de foramen oval permeable en el ecocardiograma trans esofágico, trombosis venosa profunda y tromboembolia pulmonar, el manejo subsecuente y la identificación de la mutación genética asociada, finalmente el manejo hasta su egreso con secuelas mínimas. La presencia de un infarto cerebral en un paciente joven, obliga al médico a generar el uso de un algoritmo de identificación de su causa primaria hasta su diagnóstico, en este caso se presenta el algoritmo de abordaje diagnóstico en un paciente con trombofilia hereditaria así como su tratamiento hasta su egreso.

### NECRÓLISIS EPIDERMICA TÓXICA ASOCIADA A CAPTOPRIL. CASO CLINICO

Ramón Ulises Soberano Burguete; Oscar Olvera Reyes;  
Artemisa Vázquez Dondiego; Reyna Isabel Azua Guevara;  
Jorge Rosendo Sánchez Medina  
Hospital Regional Cd. Madero, PEMEX.

Femenino 85 años con HTA realiza cambio de tratamiento a captopril, 12 hrs posterior de ingesta presenta dermatosis generalizada, a las 48 hrs posterior presenta ampollas flácidas y lesiones eritematosas a extremidades superiores que se diseminaron a tórax, abdomen y

extremidades inferiores, mucosa de conjuntiva, oral y genitales, acudiendo 4 días después con presencia de exulceraciones extensas que abarca 65% de SCT con signo de Nikolsky (+), ingresa a UCI con TA 133/67, FC134, FR 19 rpm, Temperatura 36.8 °C, Glucosa capilar 97 mg/dl y SCORTEN 3 pts. Se inicia soluciones intravenosas calculadas a 2ml/kg/SCT, se guía soluciones de acuerdo a metas de uresis, además uso de antibiótico empírico por datos de infección en lesiones, valorado en AM por dermatología quien suspende uso de esteroide, inicia fomentos de sulf. De cobre, zinc y alcanford e hipromelosa oftálmica al 2% y 2 días después presenta choque séptico de tejidos blandos requiriendo doble vasopresor por datos de choque profundo, esteroide y deceso a los 3 días de ingreso a UCI. **Discusión:** La presentación de necrólisis epidérmica tóxica debe ser diferenciada de Sx. de Stevens Johnson, es asociada con uso de fármacos, siendo más común antibióticos y anticancerígenos.

### NECRÓLISIS EPIDÉRMICA TOXICA POR LEVOFLOXACINO. CASO CLINICO

Lugo Ramirez Guillermo; Morales Muñoz Gustavo  
Hospital Regional, PEMEX, Villahermosa, Tabasco, México.

**Introducción:** La necrólisis toxica epidérmica (TEN) y el síndrome de Stevens Johnson (SJS) son condiciones raras. SJS es establecido con un BSA < 10% y TEN con BSA % > 30%. Es necesaria una exposición a los medicamentos de 4 a 8 semanas. **Presentación caso:** Masculino de 68 años con DM2, HAS y ERC, el cual recibió tratamiento para sintomatología urinaria con levofloxacino 500 miligramos vía oral durante 7 días. Cuatro días después refiere presencia de ampollas en áreas de flexión acompañado de hiporexia y fiebre. A la exploración física desprendimiento epidérmico en cara posterior de tórax, miembros pélvicos y genitales con escaso exudado amarillento no fétido, extremidades. Paraclínicos de ingresos sin hallazgos de relevancia. Se realizó lavado quirúrgico y continuo tratamiento con Tigeclina, fluconazol e inmunoglobulina humana al 10%. Al tercer día de estancia fallece. **Discusión:** El levofloxacino como agente causal de TEN es un efecto adverso poco común. El tratamiento de este paciente fue de soporte con uso de esteroides e inmunoglobulinas. La necrólisis toxica epidérmica es una emergencia dermatológica asociada a la exposición a medicamentos con mortalidad elevada. **Conclusión:** La NET es una entidad rara que debe ser más estudiada para establecer un diagnóstico temprano y tratamiento efectivo desde el primer contacto.

### NEUMOENCÉFALO. PRESENTACIÓN DE CASO CLÍNICO

Ricardo Jesús Ortega García; Gaspar Herrera Aranda;  
Francisco Rodríguez Illana; Estaban Figueroa Martínez;  
Josefina Álvaro Vásquez  
Hospital General de Tuxtepec.

**Antecedentes:** El neuromoencefalo se define como la presencia de gas dentro de cualquier de los compartimentos intracraneales. **Método:** Se trata de paciente de 17 años quien sufre golpe contuso en región frontal posterior a caída de motocicleta, consumo de 2 vasos de mezcal. **Resultado:** Se solicita TAC de cráneo protocolaria donde se reporta neuromoencefalo, hematoma epidural laminar frontal izquierdo, contusiones frontales hemorrágicas bilaterales, edema cerebral generalizado, fractura de hueso frontal, fractura de piso anterior de base de cráneo y lamina cribosa, fractura de arco cigomático izquierdo. Se inicia acetazolamida, furosemida y anticancerígenos. Se realiza envío a la terapia intensiva. **Conclusión:** El neuromoencefalo es una complicación frecuente en trauma craneoencefálico.

### NEUMONÍA NECROTIZANTE POSTERIOR A BRONCOSCOPÍA. CASO CLÍNICO

Alan Gamboa Meza; Gabriela Nicole Turcios Mendieta;  
Edgar Adrián Montemayor Garza; Mario Alonso Treviño Salinas;  
Homero Nañez Terreros  
Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González.

Hombre de 50 años, sin antecedentes médicos, acude al servicio de urgencias 48 horas después de haberse practicado toma de biopsia bronquial por broncoscopia como abordaje de tumoración en segmento B6. Se presenta febril, dolor torácico y disnea, con saturación de 92% aire ambiente. En radiografía presenta consolidación de lóbulo inferior derecho. Se realiza broncoscopia, observando secreciones purulentas. Se inicia antibioticoterapia empírica, además se realiza toracocentesis donde se detecta derrame paraneumónico complicado, lográndose drenaje completo del mismo. A las 48 horas, insuficiencia respiratoria hipoxémica y estado de choque, se decide intubación orotraqueal e ingreso a la UCI. Se realiza TAC tórax, se detecta neumonía necrotizante acompañado de derrame pleural multiloculado, por lo que se coloca sonda endopleural. Se realiza ajuste de antibiótico terapia debido a la presencia de *K. pneumoniae* BLEE. A los 4 días del ingreso a UCI, tras resolución de cuadro séptico, se realiza extubación orotraqueal. Continúa con antibioticoterapia; a los 7 días se realiza nueva TAC donde se observa persistencia del derrame pleural por lo que se decide realizar toracotomía más decorticación, la cual se realizó sin complicaciones. Paciente es egresado, con antibioticoterapia con seguimiento ambulatorio.

### NEUMONITIS QUÍMICA SECUNDARIA A INHALACIÓN. CASO CLINICO

Isabella Albuérne Estrada; Alejandro Castro; Araceli Carrillo;  
Janet Silvia Aguirre Sanchez; Braulia Aurelia Martínez Díaz  
Centro Médico ABC.

**Introducción:** La lesión pulmonar por inhalación se define como daño al tejido pulmonar secundario a la exposición al humo, calor o agentes químicos. En Estados Unidos, se reportan alrededor de 125 casos por año. **Caso clínico:** Hombre de 55 años de edad que inició su padecimiento 1 hora posterior a aspiración directa de spray repelente para prendas en espacio sin ventilación con disnea de medianos a pequeños esfuerzos, tos seca intermitente, hipoxemia periférica hasta 60% y dolor de características pleuríticas que se exacerbaba a la inspiración. Se solicitó tomografía de tórax con datos sugestivos de neumonitis química. Durante sus primeras horas de estancia cursó con persistencia de incremento del trabajo respiratorio por lo que ameritó ventilación mecánica no invasiva y esteroide sistémico (HACOR inicial: 8 puntos y HACOR a las 5 horas: 4 puntos). A las 24 horas se realizó control tomográfico con reducción de las opacidades pulmonares y vidrio despulido. Se egreso al sexto día de estancia intrahospitalaria con evidencia de resolución de las lesiones. **Discusión:** La presentación clínica de la neumonitis química es inespecífica y dependiente del tiempo de exposición. El rápido desarrollo de opacidades pulmonares durante un período corto de tiempo puede sugerir su diagnóstico.

### NEUROMONITOREO INVASIVO VS NO INVASIVO. CASO CLINICO

Irvin Jesús Badillo Ramos; Jennifer Gómez Aguilera;  
Adriana Berenice Castañeda Márquez; Edgar Ramon Barba Cano;  
Guadalupe Aguirre Avalos  
Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde.

El síndrome de hipertensión endocraneana se caracteriza por un incremento mantenido de la presión intracraneal (PIC) y es una de las principales causas de morbimortalidad en pacientes neurocríticos. Presentación del análisis clínico del caso de un paciente post quirúrgico de resección de tumor intraventricular y neuromonitoreo. Descripción de un caso clínico, revisión de la literatura y contraste en medición de PIC. Se trata de masculino de 17 años de edad con diplopía y cefalea intensa de 2 meses de evolución, se toma RM contrastada craneal que reportan hidrocefalia y lesión ocupativa intraventricular izquierda con sospecha de papiloma del plexo coroideo. Al tratarse de un paciente neurocrítico es ingresado a nuestra unidad con neuromonitoreo invasivo y no invasivo. El estándar de oro para el monitoreo de la presión intracraneal es la medición invasiva con



un catéter intraventricular, sin embargo no esta disponible en todas las áreas de cuidados intensivos, actualmente ha tenido mayor utilidad para seguimiento por su accesibilidad y fácil uso el monitoreo no invasivo con ultrasonografía, en esta presentación se realiza la correlación de las mediciones obtenidas via invasiva comparado con mediciones no invasivas obteniendo gran fidelidad para la toma oportuna de intervenciones, abriendo la posibilidad del uso de una herramienta a pie de cama segura y de fácil reproducibilidad para nuestros pacientes neurocríticos.

### NEUROMONITOREO NO INVASIVO EN TCE GRAVE EN ESCENARIO DE RECURSOS LIMITADOS. PRESENTACION DE DOS CASOS CLINICOS

Yerania Idali De la Cruz Pérez; Miguel Ángel Sosa Medellín  
IMSS Unidad Médica de Alta Especialidad N°21. Monterrey, Nuevo León.

El Doppler transcraneal es de gran utilidad para valorar la hemodinámica cerebral a pie de cama en el paciente con traumatismo craneoencefálico, obteniendo mediciones para estimar el flujo sanguíneo cerebral, presión intracraneal, línea media y la autorregulación cerebral. Se presentan 2 casos con seguimiento ultrasonográfico que, por razones técnicas del equipo tomográfico, no se contaba con el estudio en ese momento. Se hicieron mediciones de índice de pulsatilidad, línea media y vaina del nervio óptico. El primer paciente es femenino de 19 años, la cual sufre TCE grave, Marshall III y manejo médico, al contar con 96 horas de sedación y resultados normales por ultrasonido, se procede a ventana neurológica con éxito, extubación al día 8 y escala de coma de Glasgow de 14 puntos. El segundo paciente es masculino de 33 años, ingresa por TCE grave, Marshall II con manejo médico y control por ultrasonido, al presentar parámetros normales se retira sedación a las 72 horas con éxito, desvinculación de la ventilación mecánica al día 7 y escala de coma de Glasgow 15 puntos. Se concluye que la ultrasonografía podría utilizarse como un método confiable de monitoreo cerebral en ausencia de tomografía y catéter de PIC.

### PALUDISMO. REPORTE DE CASO

Julio Antonio Velázquez Bass; Lidia Gutiérrez Hernández;  
José Luis Julio Pérez Mejía  
Hospital General Pachuca.

El paludismo es una enfermedad potencialmente mortal, se transmite a las personas por la picadura de hembras infectadas del mosquito Anopheles. Paciente Y.W.M.C. Masculino de 34 años con el diagnóstico de Malaria secundario a plasmodium Vivax. **Objetivo general:** Estudio de caso, paciente masculino con diagnóstico de paludismo (5° Ocasión), hospitalizado en Unidad de Terapia Intensiva del Hospital General Pachuca. **Material y métodos:** Estudio de diseño observacional retrospectivo analítico transversal. Hombre de 34 años, Originario de Venezuela, Viajero, migrante, Permaneció en Chiapas, luego a C. de alud de Tizayuca on datos de fiebre 39°-40°, cefalea Holo craneana, dolor abdominal difuso, ictericia, tos seca, enviado a esta institución. **Resultado:** Ingreso con hepato esplenomegalia, derrame pleural bilateral, (leucocitos 1770/uL Plaquetas 52000, Hb 13.4g/dl), egreso sin visceromegalias, (Leucocito 6200, plaquetas 235 000, Hb 10.5). Positivo Plasmodium vivax folio 7638 LESPH, tratamiento a base de cloroquina 4 días y primaquina 14 días. **Discusión:** En las infecciones por P. Vivax los esquizontes tisulares pueden permanecer como hipnozoitos, formas latentes que actúan como capsulas de liberación temporal, responsable de recidivas.

### PANCREATITIS AGUDA SECUNDARIO A HIPERCALCEMIA. CASO CLÍNICO

Denisse Sarahi García Ochoa; Mauricio Hinojosa Hernández;  
Max Said Pérez Lara; Julio Pérez Mejía  
Hospital General de Pachuca.

**Introducción:** La pancreatitis aguda es un padecimiento frecuente un UCI, no así las que son causadas por hipercalcemia secundaria

una tumoración. **Objetivo:** conocer el abordaje de una pancreatitis aguda secundaria a hipercalcemia por Adenoma Paratiroideo mediante la presentación de un caso. **Material y métodos:** Se presenta el caso de paciente femenino de 47 años, antecedente de HAS. Inicia el 13.07.23 con abdomen agudo y leucocitosis (14.2), en reporte ultrasonográfico plastrón en fosa iliaca derecha de origen apendicular, se realizó apendicetomía. Durante la evolución postquirúrgica continua abdomen agudo, gasto hemático por penrose, agregándose LRA. Se realizó LAPE 15.07.2023 encontrando pancreatitis hemorrágica y colecciones peripancreáticas, se ingresa a UTI dependiente de vasopresores y bajo ventilación mecánica, Laboratorios: amilasa 118.8, lipasa 51, Hto 23, calcio 11.6 mg/dl, Na 155 mmol/L K 2.4, glucosa 184mg, bilirrubina total 0.26mg/dl, triglicéridos 161 mg/dl, GASA :pH 6.278. pCO2 39.6, pO2 62, HCO3 18.5, sO2 88, Lac 0.88. Manteniendo hiperglucemia e hipercalcemia, relación cloro / fosforo elevada, se solicitó PTH 185 pg/mL. Ultrasonido tiroideo reporta imagen nodular hipoecoica e hipervascularizada dependiente de paratiroides. Tomografía simple y contrastada de abdomen reporta necrosis pancreática del 98 %. **Resultados y discusión:** Se diagnosticó Pancreatitis Metabólica por hipercalcemia secundaria a Adenoma Paratiroideo.

### PLASMAFÉRESIS EN PANCREATITIS POR TRIGLICÉRIDOS. CASO CLINICO

Víctor Manuel González Manzano;  
Cecilia Rodríguez Zárate; Marco Antonio Montes de Oca Sandoval;  
Janet Silvia Aguirre Sánchez; Braulia Aurelia Martínez Díaz  
Centro Médico ABC.

**Introducción:** La hipertrigliceridemia es causa poco común de pancreatitis aguda (2-4%), siendo más frecuente en desordenes de lipoproteína primaria. Valores > 1000 mg/dl se asocian a pancreatitis aguda grave y falla orgánica. **Objetivo:** Uso temprano de plasmaféresis en pancreatitis por hipertrigliceridemia. **Caso clínico:** Mujer de 47 años, diabética, hipertensa, dislipidémica con tratamiento. Inició con dolor en epigastrio de tipo transictivo en escala de EVA 10/10, sin mejoría al tratamiento analgésico. Acude a la unidad donde se reportó niveles de lipasa en 279 U/L, triglicéridos en 2332 mg/dl, pH 7.22 y bicarbonato 10.3 mmol/L, glucosa 241 mg/dl (recibió tratamiento con infusión de insulina). A los dos días aumentó niveles de triglicéridos a 7152 mg/dl y la PCR incrementó de 24 mg/dl a 37 mg/dl. Recibió tratamiento con plasmaféresis con 1000 ml de albumina al 20% presentando disminución triglicéridos (509 mg/dl) y niveles de PCR a 16 mg/dl en 24 horas. **Discusión:** La plasmaféresis es una terapia para pancreatitis grave por hipertrigliceridemia, que ayuda a disminuir complicaciones asociadas a mortalidad. Siendo indicada en niveles de triglicéridos > 1000 mg/dl para conseguir niveles séricos óptimos <500 mg/dl, idealmente <200 mg/dl.

### PRONO EN PACIENTE CON ARDS Y VM POR BACTERIAS MDR. CASO CLINICO

Denisse Sarahi García Ochoa; Max Said Pérez Lara

**Introducción:** ARDS es un padecimiento frecuente que puede retrasar la extubación, estrategias que permitan alcanzar metas de protección pulmonar como la posición prono, vuelven a las contraindicaciones relativas nulas en las UCI de bajos recursos. **Objetivo:** Evaluar el inicio de posición prono en un paciente con contraindicaciones relativas en las UCI de bajos recursos. **Material y métodos:** Se presenta el caso de femenino de 32 años, antecedente de abdominoplastia (27-04-2023). El 18-07-2023 presento disnea y fiebre, hospitalizada en medio privado y referida a HGP por sepsis abdominal, se realiza usg que reporta absceso de pared anterior y se somete a cirugía. Ingresa a UCI con doble vasopresor y VM. En la TAC con imagen sugestiva de neumonía por atípicos, con presión pico de 43, se somete a prono durante 16 hrs alcanzando metas de protección pulmonar a las 4 hrs, se obtiene cultivo de secreción positivo para A. Baumannii, se indica tratamiento dirigido, se egresa por mejoría 2-08-2023. **Re-**

**sultados y discusión:** Se sometió a posición prono a una paciente con contraindicaciones relativas, logrando mejoría de la compliance estática en tiempo esperado gracias a posición prono de 16 hrs. Con impacto positivo en la mortalidad y pronóstico.

#### RETOS EN ANTICOAGULACIÓN. CASO CLINICO

José Alberto Leal Gámez; Gustavo Adrián Soto Hernández;  
Alvaro Eduardo Ramírez Gutiérrez

Hospital Regional Cd. Madero, Petróleos Mexicanos.

Mujer de 55 años diabética, dislipémica, con válvula protésica mitral desde 2013 en tratamiento con acenocumarol 21 mg por semana y antecedente (2018) de EVC cardioembólico trombolizado con éxito. Inició con cefalea progresiva hasta 9/10, náusea, vómitos y gingivorragia, ingresó con Glasgow 15, SV normales, TP mayor 180, INR 8 TTP 58, TC hematoma subdural derecho desplazó línea media más 5mm y HSA, HUNT Y HESS III, tratado con plasmas y vitamina K por sobre anticoagulación, ocho horas después INR 1.84, se realizó craneotomía descompresiva manteniendo sedación 72 horas y VMI por hipertensión endocraneana, se extubó con recuperación neurológica. Dos semanas posteriores de la cirugía se inició manejo con heparina bajo peso molecular dosis tromboprolifáctica por alto riesgo de trombosis y hemorragia, una semana después con dosis total, 7 días después se inició acenocumarol 19 mg/semana. Se egresó sin nuevas secuelas neurológicas e INR de 3.31. **Discusión:** la presentación de complicaciones hemorrágicas potencialmente mortales en presencia de válvula protésica mecánica son un desafío terapéutico, no existe un consenso sobre el momento específico de inicio, dosis y tipo de anticoagulación en estos pacientes.

#### SDRA EN PACIENTE GRAN QUEMADO. CASO CLINICO

Oscar Olvera Reyes; Ramón Ulises Soberano Burguete;  
Theno Alexandro Turrubiates Hernández; Reyna Isabel Azúa Guevara;  
Jorge Rosendo Sánchez Medina

Hospital Regional Cd. Madero, Petróleos Mexicanos.

En paciente quemado el SDRA tiene incidencia de 24% y mortalidad hasta 31%. Masculino de 16 años, sin antecedentes de relevancia conocidos. Ingresó a unidad por sufrir quemaduras de segundo grado superficiales y profundas con afectación de 55% de SCTQ en cara y 4 extremidades, requiriendo manejo avanzado de vía aérea y lavado quirúrgico. Se inicia reanimación hídrica con soluciones cristaloides isotónicas calculadas a 2ml/kg/SCTQ por 48 hrs y posterior disminución a 0.5 ml/kg/SCTQ guiado por metas (uresis y ultrasonografía) e inicio de albumina al 20%, requirió vasopresor, sedación inhalada con sevoflurano (sistema AnaConDa) y analgesia con fentanilo. Al quinto día presenta acidosis respiratoria y SDRA severo con  $\text{C}_{\text{est}}$  de 36.7 cmh<sub>2</sub>o,  $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2$  de 58 mmHg y evidenciado por imagen, se ajusta parámetros de VM e iniciamos bloqueo neuromuscular y prono por 24 hrs con respuesta ( $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2$  251) posterior deterioro al supino, nueva sesión prono por 48 hrs logrando  $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2$  373 y tolerando el supino, utilizamos Vt 4-6 ml/kg/pp, PEEP hasta 10 cmh<sub>2</sub>o, FR hasta 28 con inversión de Rel I:E, manteniendo parámetros de protección pulmonar ( $\text{P}_{\text{máx}}$ :30, DP: 20-13;  $\text{P}_{\text{meseta}}$  de 28, poder mecánico <16), se logra resolución de SDRA y se envía a tercer nivel para manejo de quemaduras.

#### SERIE DE CASOS DE ECMO EN PARO CARDIORRESPIRATORIO

Clemente Carlos Gaitán Suárez; Héctor Alejandro Ramírez García,  
María del Rosario Muñoz Ramírez; Víctor Manuel Sánchez Nava;  
René Daniel Gómez Gutiérrez

Hospital Zambrano Hellion, Tec Salud. Hospital Zambrano-Hellion, Tec Salud. Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Monterrey.

**Introducción:** Recientemente se ha demostrado que la reanimación cardiopulmonar extracorpórea (ECPR) ha mejorado la sobrevida y el pronóstico neurológico en pacientes en paro cardiorrespiratorio

presenciado, utilizando la oxigenación por membrana extracorpórea (ECMO) durante la RCP convencional y estabilizando al paciente para las intervenciones destinadas a revertir la etiología de la enfermedad. **Objetivo:** Describir la evolución clínica y los desenlaces relacionados con la terapia ECPR en pacientes en paro cardiorrespiratorio en población mexicana en un programa de atención en Nuevo León. **Material y métodos:** Serie de casos de 5 pacientes sometidos a ECPR evaluando su sobrevida a 30 días y su pronóstico neurológico por escala de categorías de función cerebral (CPC). **Resultados:** 5 pacientes sometidos a ECPR con 3 de ellos con sobrevida a 30 días (con causa de paro cardiorrespiratorio asociado a miopericarditis fulminante, infarto agudo al miocardio y tromboembolia pulmonar masiva) con escalas de CPC entre 1 y 2. **Conclusión:** El protocolo de ECPR representa una modalidad del ECMO veno-arterial útil en la reanimación cardiopulmonar en pacientes con patologías reversibles. Se requieren estudios que involucren una mayor cantidad de pacientes en nuestra población con el fin de estandarizar los criterios y protocolos de atención en ECPR.

#### SÍNDROME ANTI FOSFOLÍPIDOS CATASTRÓFICO. CASO CLINICO

María del Mar Aparicio Barrera; José Luis Espinosa Herrera;  
Jorge Omar Castro Meza; Guadalupe Vera Aguirre;  
Alfredo Arellano Ramírez

Hospital Civil "Fray Antonio Alcalde" de Guadalajara.

El síndrome antifosfolípidos es una enfermedad autoinmune sistémica, caracterizada por sucesos trombóticos en pacientes con anticuerpos antifosfolípidos, el SAF catastrófico una forma rara grave, en el diagnóstico se determinan, anticoagulante lúpico, anticuerpos anticardiolipinas IgG e IgM, el manejo basa en controlar factores de riesgo, uso de anticoagulantes, Guillain Barré, causa más frecuente de parálisis flácida aguda, el diagnóstico se realiza con la presencia de anticuerpos antigangliósidos y pruebas de potenciales evocados, por lo que se presenta caso, masculino de 60 años de deterioro neurológico agudo, presentando Enfermedad vascular cerebral de tipo isquémico, trombosis de la arteria subclavia, trombosis arteria esplénica, se realizan, anticuerpos anticardiolipinas positivo, Punción lumbar Neutrófilos 50%, linfocitos 50%, proteínas 84mg/dl, Potenciales evocados somatosensoriales, compatibles con polirradiculopatía motora del tipo degeneración, confirmando Diagnóstico de SAAF catastrófico, Guillain Barre, se inicia terapia anticoagulante y plasmátesis.

#### SÍNDROME CARDIORRENAL POSTERIOR A ANGIOPLASTIA. CASO CLINICO

Jesús Antonio Pacheco García;  
Liliana Ponce Baños; Monica Lizbeth Bravo Luna;  
Guadalupe Vera Aguirre; Alfredo Arellano Ramírez

Hospital Regional De Alta Especialidad Ixtapalaca.

La incidencia de LRA posterior a ICP es de 35%, de los cuales solo 13% amerita TRR, con mortalidad de 68%, aumentando mortalidad con hipertensión pulmonar y sepsis. Por ello se reporta el caso de masculino de 68 años, ingresa por disnea progresiva, a su llegada a urgencias con saturación de 77% y polipnea, se detecta por radiografía sobrecarga, BLUE patrón B, sospecha edema agudo pulmonar, íntegra diagnóstico de síndrome de Wellens por electrocardiograma, elevación de troponina, por lo que ingresa a angioplastia colocando 2 stents liberadores de everolimus en descendente anterior, evolucionando a choque cardiogénico, que se corrobora por monitoreo con Edwards, catéter Swan Ganz y ecocardiograma transtorácico e identificándose hipertensión pulmonar con posterior deterioro de la función renal, con diagnóstico por marcadores como creatinina C, creatinina e índice resistivo renal. Amerito tratamiento con levosimendán y vasopresor, óxido nítrico monitoreado por gasometría (metahemoglobina), además de halogenado con dispositivo AnaConDa. Ingreso a terapia de reemplazo renal, mejorando azoados y electrolitos séricos,

evolución tórpida cursando con de choque séptico pulmonar por acinetobacter, por cultivos, inicio de antibioticoterapia con colistimetato, fiebre refractaria ameritando hipotermia terapéutica por ArticSun, presentando adecuada evolución, egresando a medicina interna con destete de ventilación y hemodinámico estable.

### SÍNDROME CARDIORRENAL. PRESENTACIÓN DE UN CASO

Ricardo Jesús Ortega García; Gaspar Herrera Aranda; Francisco Rodríguez Illana; Estaban Figueroa Martínez; Josefina Álvaro Vásquez

Hospital General de Tuxtepec.

**Antecedentes:** El síndrome cardiorrenal se ha definido como la disfunción simultánea de corazón y riñón. **Material y métodos:** Femenino de 68 años con los diagnósticos: DM2, insuficiencia cardíaca FEVI 34%, IAM con elevación del ST, anemia grado II, lesión renal aguda AKI 3, Insuficiencia mitral, tricúspidea y aórtica, endocarditis. EF: Neurológicamente con sedación con dexmedetomidina. Ramsay 5, pupilas isocóricas. Respiratorio: ventilador mecánico en modalidad controlada por volumen VT 340, FR 18, FIO2 35, PEEP 5. Campos pulmonares con presencia de estertores basales, Hemodinámico: PAM 80 mmHg con apoyo de norepinefrina y dobutamina. Metabólico: glucosa 312mg/dl. Renal: creatinina 5.46, urea 156. Hematológico: Hb 9.9 g/dl, plaquetas 220000. Infectológico Leucos 13940. **Resultados:** Se inicia antibioticoterapia con vancomicina 1 gr IV y se realiza ajuste de líquidos para protección renal. **Conclusión:** La vigilancia de líquidos y la respuesta clínica al tratamiento podrían ser útiles para establecer la trascendencia clínica.

### SÍNDROME DE CHOQUE TÓXICO POR S. PYOGENES. CASO CLÍNICO

Mónica Castro González; Sulemi Areli Castañón Balderas; Vania Daniela Nina Saucedo

Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga".

Paciente femenino de 65 años, antecedentes de diabetes tipo 2 e hipertensión sistémica, sin tratamiento. Inicia su padecimiento 15 días previos a su ingreso con caída de su plano de sustentación y lesión en rodilla izquierda, posteriormente con calor, rubor y aumento de volumen, dejando a libre evolución. Cuatro días previo a su ingreso, con cuadro febril, descontrol glicémico por lo cual acude a valoración. Ingresó con datos de cetoacidosis diabética severa, con evolución tórpida, por lo cual ingresa a terapia intensiva. A su ingreso con deterioro hemodinámico y se realiza manejo avanzado de la vía aérea, se realiza hemocultivos con positividad a S. Pyogenes, tratamiento con bencilpenicilina y vancomicina, al ser único foco evidenciado, con evidencia de lesiones con mancha violácea de bordes cartográficos y edema; además ampollas hemorrágicas flácidas, características de este síndrome. Sin embargo, con evolución tórpida fallece a pesar de tratamiento. Se ha reportado síndrome de choque tóxico estreptocócico entre niños y adultos de todo el mundo, pero sigue siendo una enfermedad relativamente rara, con una tasa de mortalidad que oscila entre 23 al 70%.

### SÍNDROME DE DESMIELINIZACIÓN OSMÓTICA: A PROPÓSITO DE UN CASO

Guadalupe Maricela Solís Casas; Jesús Salvador Sánchez Díaz; Karla Gabriela Peniche Moguel, María Verónica Calyeca Sánchez

UMAE Hospital de Especialidades número 14 Centro Médico Nacional "Adolfo Ruiz Cortines" IMSS. Veracruz, Veracruz.

**Introducción:** El síndrome de desmielinización osmótica (SDO) ocurre por una destrucción rápida de la vaina de mielina de las células oligodendríticas causada por aumento abrupto de la osmolaridad sérica. **Objetivo:** Presentar un caso clínico y breve revisión de la literatura. **Presentación de caso:** Femenino de 46 años con antecedente de DM2, HAS y depresión. Inició su padecimiento el día 06.04.23 con debilidad generalizada, alteración del estado de consciencia, desorien-

tación y mioclonías en extremidades torácicas, como hallazgo sodio sérico de 124 mmol/L. Posterior a 24 h, mayor deterioro del estado consciencia, requirió ventilación mecánica invasiva, sodio sérico de 150 mmol/L. Ingresó a UCI, durante su estancia, se realizó punción lumbar (normal), se descartaron causas infecciosas, vasculares e inmunológicas del deterioro neurológico, se realizó resonancia magnética cerebral con reporte de lesiones desmielinizantes en cuerpo calloso, ganglios basales, tálamo y región occipital con diagnóstico final de SDO. La paciente falleció por disfunción orgánica múltiple e hipertermia maligna. **Discusión:** La presentación clínica del SDO incluye disartria, disfagia y cuadriparesia flácida que se vuelve espástica. **Conclusión:** El SDO es una complicación fatal de la reposición aguda de sodio, es imperativo el cálculo del déficit de sodio y la monitorización sérica frecuente.

### SÍNDROME DE EMBOLIA GRASA. CASO CLÍNICO

César Eduardo López Méndez; Luis César Bastidas Martínez; Alberto Rodríguez Flores; Miguel Ángel Sosa Medellín; Jorge Arturo Sánchez Garza

UMAE # 21. Hospital de Traumatología y Ortopedia. Monterrey N.L. IMSS.

El síndrome de embolia grasa es una complicación potencialmente grave, poco frecuente, poco sospechada y de difícil diagnóstico, que puede ocurrir después de la fractura de huesos largos. Se describe el caso de una paciente de 62 años, la cual sufre caída de su propia altura, presentando fractura de tibia y peroné que desarrolló deterioro neurológico grave posterior a su ingreso, sin evidencia de lesión cerebral traumática por clínica ni tomográfica. El diagnóstico de síndrome de embolia grasa fue sospechado por criterios clínicos menores y mayores, además, se logra confirmar con estudio de análisis de secreción bronquial por el servicio de patología, identificando células grasas en esputo de aspirado. La paciente recibió tratamiento basado en soporte orgánico y fijación de fractura con resultados favorables. Lográndose separar de la ventilación mecánica 24 horas posteriores a su ingreso, y con alta del servicio de terapia intensiva en buenas condiciones clínicas. Destacando de este caso la rápida evolución de la paciente al deterioro neurológico y su diagnóstico preciso anatómico-patológico, el cual en la gran mayoría de casos no se logra su confirmación.

### SÍNDROME DE ENCEFALOPATÍA POSTERIOR REVERSIBLE Y TROMBOSIS DE SENOS VENOSOS CEREBRALES SIMULTANEO COMO COMPLICACIÓN DE PREECLAMPSIA SEVERA: REPORTE DE CASO

Alan Gamboa Meza; Gabriela Nicole Turcios Mendieta; Edgar Adrián Montemayor Garza; Mario Alonso Treviño Salinas; Homero Nañez Terreros

Hospital Universitario "Dr. José Eleuterio González".

Mujer de 33 años, con antecedentes de preeclampsia y diabetes gestacional en embarazo previo, actualmente cursando segunda gesta. Tres días previos a su ingreso presenta cefalea holocraneana opresiva, sin ningún síntoma acompañante. Síntomas persisten y se acompañan de hiporreactividad y somnolencia. A su ingreso TA 180/100, Glasgow 8 puntos., se administra labetalol IV y sulfato de magnesio. Se realiza Tac de cráneo, evidenciando hipodensidad en región parieto-occipital, sugestivas de edema cerebral se decide intubación orotraqueal. Se activa el CREO, se decide la terminación del embarazo. Posteriormente se realiza resonancia magnética de cerebro son datos sugestivos de Síndrome de PRES. A las 48 horas de su ingreso presenta deterioro ventilatorio. Se realiza broncoscopia y solicita panel de neumonías, detectándose Pseudomonas aeruginosa y S.aureus MRSA, iniciándose antibioticoterapia. Tras mejoría del estado ventilatorio, se retira sedación. Debido a ausencia de respuesta neurológica, se realiza TAC de cráneo contrastada detectándose trombosis del seno sagital superior y herniación uncal. Se inician anticoagulación y medidas anti edema cerebral. A los 5 días de estancia en la UCI, presenta fiebre e inestabilidad hemodinámica, se inicia abordaje de choque séptico, iniciándose anti-

biototerapia de amplio espectro. Finalmente, paciente fallece debido a choque séptico por pseudomonas y candida.

### SÍNDROME DE GUILLAIN BARRÉ SECUNDARIO A DENGUE. CASO CLINICO

Víctor Alfonso Rodulfo Sanchez;

Gabriela Turcios Mendieta; Marisol Hernandez

Hospital Universitario Jose E. Gonzalez.

**Introducción:** Se trata de masculino de 21 años sin antecedentes patológicos, el cual acudió con cuadro de debilidad generalizada, cuadro diarreico y parestias en miembros inferiores de 9 días de evolución, posteriormente progresa a dificultad para deglutir, pérdida completa de la movilidad de extremidades y arreflexia, ingresa a nuestra unidad donde se reporta prueba de covid-19 negativa y lesión renal aguda con creatinina de 1.3mg/dl, se realiza resonancia magnética de cerebro y columna cervical así como tomografía simple de encéfalo reportándose sin anomalías, se procedió a manejo avanzado de la vía aérea por mal manejo de secreciones y disfagia, se realizó punción lumbar reportándose proteínas 26, glucosa 61, células 0, lactato 1.6, con cultivo y tinta china negativos, Durante su estancia se realizan 3 recambios plasmáticos con mejoría del cuadro, posteriormente se reporta prueba IgM de Dengue positiva, se proceder a retiro de ventilación mecánica y rehabilitación con posterior alta a domicilio. **Discusión:** El síndrome de Guillain Barre se ha asociado con infección por múltiples microorganismos como lo son *Campylobacter jejuni*, influenza A, citomegalovirus, virus del zika, herpes virus, covid-19 y virus del Dengue entre otros siendo muy poco frecuente su presentación a consecuencia este último a pesar de la alta incidencia de casos de dengue en nuestra población, en nuestro caso tras la indagación en el interrogatorio a la familia se detectó factores de riesgo para la posible exposición a este virus por lo que se pudo llegar al diagnóstico tras la realización de la prueba inmunológica.

### SÍNDROME DE GUILLAIN BARRE Y LESIÓN RENAL AGUDA, PRESENTACIÓN ATÍPICA DE UN CASO

Ivan Ilescas Martinez; Héctor Romeo Vásquez Revilla;

Zoila Aguilar Gutierrez; Demetrio Curiel Hernandez;

Noel Luis Moreno

Hospital Regional de Alta Especialidad de Oaxaca.

**Introducción:** El síndrome de Guillain Barre (SGB) es una enfermedad postinfecciosa potencialmente mortal que se asocia con afectaciones neurológicas, cardiovasculares, respiratorias y gastrointestinales. En algunos casos, se ha reportado la presencia de lesión renal aguda (LRA). **Materiales y métodos:** Hombre de 44 años quien presentó una caída de su plano de sustentación, náuseas, vómitos y deterioro neurológico súbito, llegando a la unidad con un Four Score de 7 puntos, PAM de 50 mmHg y anuria. Los paraclínicos iniciales mostraron acidosis metabólica severa, creatinina de 3.9 mg/dL y urea de 40.7. El líquido cefalorraquídeo presentó leucocitos del 39%, neutrófilos del 98% y proteínas totales de 98.5. La electromiografía mostró patrón compatible con polirradiculoneuropatía desmielinizante aguda motora, por lo que se inició manejo con plasmáferesis a 1.2/1.5/1.5 volúmenes plasmáticos y sustitución de la función renal con hemodiafiltración venovenosa continua. El paciente presentó mejoría clínica y fue egresado por mejoría clínica. **Conclusión:** La asociación entre SGB y LRA podría ser secundaria a la presencia de disautonomías en su forma más severa o a mecanismos de mimetismo molecular compartidos por el nervio periférico y el glomérulo. Es importante estudiar más a fondo estas asociaciones para prevenir complicaciones y comprender los mecanismos fisiopatológicos involucrados.

### SINDROME DE INFUSIÓN DE PROPOFOL (PRIS). CASO CLINICO

Diana Guadalupe Bravo-Lozano, Hermes de Jesús Polo-Roca,

Guadalupe Aguirre-Ávalos, Julio César Brizuela-Santana,

Jennifer Gómez-Aguilera

Hospital Civil de Guadalajara "Fray Antonio Alcalde".

El síndrome de infusión de propofol (PRIS) es una afección rara descrita en pacientes que reciben dosis elevadas (>5mg/kg/h) por tiempo prolongado (>48 h). La fisiopatología de PRIS, se relaciona a daño mitocondrial y se caracteriza por alteraciones: cardíacas, renales, metabólicas (acidosis metabólica, hiperlipidemia), y hepáticas; así como rhabdomiólisis. Masculino de 42 años de edad, politraumatizado; con tórax inestable y una lesión esplénica grado III que requirió esplenectomía. Durante su evolución, con múltiples fracasos al retiro de la ventilación mecánica, por lo que se mantuvo con infusión prolongada de propofol a dosis altas, dosis acumulada de 100,8 g (Dosis media de 3.5 mcg/kg/min). Diez días posteriores a su ingreso presenta: Lesión renal aguda (Urea 263 mg/dl y Creatinina 4.86 mg/dl), así como elevación de transaminasas (ALT 195 UI/l, AST 461 UI/l), hipertrigliceridemia (Triglicéridos 1347 mg/dl) rhabdomiólisis (CPK 2574 UI/l), alteraciones cardíacas con elevación de troponinas (0.69 ng/dl) y acidosis metabólica persistente (Ph 7.18, Lactato 8.5 mg/dl); se retira el propofol y se inicia hemodiálisis intermitente. Sin recuperar función renal continuó con terapia de sustitución a base de hemodiálisis intermitente hasta su fallecimiento por bacteremia asociada a catéter central con aislamiento de *Acinetobacter Ursingii* (SOFA 14 puntos), 27 días posteriores a su ingreso. **Conclusión:** Se debe considerar PRIS en el paciente que presenta dosis altas y prolongadas de propofol, con lesión renal aguda, acidosis metabólica, elevación de enzimas hepáticas y dislipidemia.

### SINDROME DE KOUNIS: DE LA PICADURA A LA MUERTE. CASO CLINICO

América Alejandrina González Arce;

Alejandro de Jesús Perez Azuara; Karla Gabriela Peniche Moguel;

Jesús Salvador Sanchez Díaz; María Verónica Calyeca Sanchez

UMA No. 14 Adolfo Ruiz Cortines, IMSS. Veracruz.

**Introducción:** El síndrome de Kounis (SK) o angina alérgica es la asociación de síndrome coronario agudo (SCA) secundario a una reacción de anafilaxia, producida por mediadores inflamatorios y vasoactivos liberados durante la desgranulación de mastocitos y que actúan a nivel del sistema cardiovascular. Se presenta caso clínico atendido en la unidad de cuidados intensivos (UCI) por SK. Masculino de 63 años. Cuadro clínico iniciando por múltiples picaduras de abejas africanas con reacción anafiláctica que progresó a estado de choque; en las siguientes 24h con presencia de dolor precordial, elevación de biomarcadores cardíacos y cambios electrocardiográficos de isquemia miocárdica, evolucionando a disfunción orgánica múltiple y muerte. Se sabe poco de la fisiopatología que desencadena la presencia de infarto agudo de miocardio en el choque anafiláctico, la principal sospecha es un vasoespasmio coronario secundario a la liberación de citocinas y anafilatoxinas así como al aumento de activación plaquetaria secundaria a la liberación de histamina. El diagnóstico se realiza mediante electrocardiograma, enzimas cardíacas y ecocardiograma. El síndrome de Kounis ensombrece el pronóstico debido a la afectación cardiovascular agregada.

### SÍNDROME URÉMICO HEMOLÍTICO ATÍPICO EN EL EMBARAZO. CASO CLÍNICO

Christopher Barrera Hoffmann; Yadira Mariaca Ortiz;

Leslie Eugenia Cuevas Cruz; David Guzman Villalobos;

Luis Fernando Mendoza Contreras

Hospital General de México.

**Introducción:** El síndrome urémico hemolítico atípico (SUHa) es una microangiopatía trombótica, y su diagnóstico es difícil en el embarazo. **Caso clínico:** Mujer de 22 años. **Antecedentes:** Aborto espontáneo hace 3 años. Cursando embarazo de 26.3 SDG, 3 días previos a hospitalización con cefalea generalizada y fiebre, se le indicó ASA, cefalexina y paracetamol, sin mejoría, agregándose oliguria, petequias en manos y muslos, acude a Hospital donde se identifica hipotensión, anemia, trombocitopenia severa, proteinuria, hipertransaminasemia y azoemia, se traslada a tercer nivel. Al ingreso con choque séptico

co, somnolienta y anuria. Se realiza hemodiálisis y ante sospecha de MAT se indica dexametasona. Dos días después presenta desprendimiento placentario y muerte fetal. Con esquistocitos y Coombs directo negativo se indica plasmaféresis por sospecha de SUHa. Actividad de ADAMTS13 67%, toxina Shiga negativa, posterior a plasmaféresis hay mejoría de plaquetas y uresis, sin reducción de creatinina. Al día 12 se diagnostica colitis pseudomembranosa por *C. Difficile*, posterior a 8 días de antibiótico se inicia Eculizumab observándose mejoría en los niveles de creatinina. **Conclusión:** El diagnóstico de SUHa asociado al embarazo se realizó por las manifestaciones clínicas, bioquímicas y respuesta al Eculizumab. Es una patología rara que evoluciona a enfermedad renal terminal sin un tratamiento oportuno.

### SOPORTE EXTRACORPÓREO EN FALLA HEPÁTICA POR VHA. CASO CLÍNICO

Alvaro Ruiz Castorena; Alejandro Montaña Jimenez;  
Janet Silvia Aguirre Sanchez; Bráulio Aurelia Martínez Díaz  
Centro Médico ABC.

**Introducción:** La falla hepática aguda es un síndrome observado infrecuentemente de daño severo al hígado, que puede provocar un desenlace fatal. Las terapias de soporte extracorpóreo buscan servir como terapia puente a trasplante o puente a recuperación. **Objetivos:** Describir la eficiencia de las terapias de soporte hepático en pacientes con falla hepática aguda y su desenlace como terapias puente a trasplante o a mejoría. **Caso clínico:** Masculino de 52 años con antecedente de fibrilación auricular. Inicia con fiebre 9 días previos a su ingreso. Con progresión de síntomas se observa por estudios elevación de transaminasas e IgM Hepatitis A positivo y clínicamente asterixis. Día +1 requiriendo de colocación de soporte renal por anuria, día +2 protección de la vía aérea por encefalopatía grado 3 requiriendo de soporte hepático extracorpóreo con filtros de adsorción durante 5 días previo a trasplante hepático. **Discusión:** Las terapias de soporte extracorpóreo al momento son el único medio de mantenimiento ante la falla hepática aguda como puente a trasplante o mejoría, debido a la falla orgánica múltiple y mortalidad asociada.

### SOPORTE MULTIORGANICO EN POLIARTERITIS NODOSA. CASO CLINICO

Gabriel Moreno Romero; Claudia Nelly Cruz Enriquez;  
Carlos Jiménez Correa  
IMSS UMAE No. 1 Centro Médico Nacional del Bajío.

Mujer de 31 años que inició su padecimiento con dolor punzante en miembro pélvico derecho y en talón el cual es de gran intensidad, fue tratada con paracetamol y antiinflamatorio durante 7 días, sin mejoría, se solicitaron laboratorios con presencia de leucocitosis, leucocituria, proteinuria y se inició tratamiento con Ciprofloxacino y furosemida. Se agregó edema articular en tobillos y fiebre de 38°C, requirió hospitalización a cargo de medicina interna y como parte de su abordaje solicitaron Acs antinucleares con resultado indeterminado, AntiSm negativo, Anti SSA negativo, C3 93 C4 21.4. Ac antimieloperoxidasa (ANCA p) 88.893 positivo Acs ANA+ 1:80, Acs anticitoplasma 1:80, C3 135.7, C4 19.4, se manejada con AINE, Piperacilina/ Tazobactam y levofloxacino; se egresó del hospital y 10 días posteriores presentó taquicardia y disnea, acudió a hospital donde se administró oxigenoterapia con poca respuesta y ameritó ventilación mecánica, fue valorada por reumatología quien indicó manejo con inmunoglobulina por 5 días, 2 sesiones de plasmaféresis, sin embargo presentó trombocitopenia, anemia severa, lesión renal aguda progresiva y necesidad de terapia de sustitución renal intermitente se ajustó manejo y se decidió inicio de Rituximab 1gr.

### STATUS SÚPER-REFRACTARIO Y ENCEFALITIS AUTOINMUNE. CASO CLINICO

Sandra Ivette Alba-Cuevas; Ricardo Rodríguez-Villanueva;  
David Navarro-Martínez; José Carlos Gasca-Aldama;  
Mario Arturo Carrasco-Flores  
Hospital Juárez de México.

**Introducción:** estatus epiléptico super-refractario (SRSE) se define como persistencia de convulsiones a pesar de tratamiento con al menos dos fármacos anticrisis y anestesia general por 24 horas o bien cuando presenta nuevamente crisis convulsivas al retirar los medicamentos anestésicos. Presenta incidencia del 9 al 43%. **Objetivo:** describir un caso de un paciente masculino de 18 años quien presentó estatus epiléptico súper-refractario en quien se documentó como etiología la presencia de encefalitis autoinmune. **Material y métodos:** paciente quien ingresa al servicio de urgencias por presentar crisis convulsivas tónico-clónicas generalizadas sin recuperación del estado de despierto. Se inicia tratamiento con fármacos anticrisis, sin remisión de las convulsiones, por lo que se inicia sedación. Se monitoriza con sedline y se observan crisis convulsivas frontales, confirmadas con electroencefalograma. Se realiza punción lumbar con resultado negativo. Se solicitan anticuerpos anti-NMDA. **Resultados:** se recaban resultados de los anticuerpos anti-NMDA con resultado positivo, por lo que se realizan 5 sesiones de plasmaféresis con remisión de las crisis convulsivas. Se observa que en pacientes con SRSE deberá sospecharse la presencia de patología autoinmune como etiología principal. **Discusión:** pacientes con presentación clínica de SRSE en quienes se han descartado etiología, principalmente infecciosa, se recomienda considerar la encefalitis autoinmune como etiología de dicha patología.

### SX ANTIFOSFOLIPIDOS ASOCIADO A H. PULMONAR TIPO IV. CASO CLINICO

Mónica Castro González; Sulemi Areli Castañón Balderas;  
Vania Daniela Nina Saucedo  
Hospital Genera de México "Dr. Eduardo Liceaga".

La hipertensión pulmonar es una enfermedad caracterizada por aumento en las resistencias vasculares pulmonares y disfunción de ventrículo derecho, caracterizada por presión arterial pulmonar media de >20mmHg. En pacientes con síndrome antifosfolípidos es una complicación poco frecuente (desde 0.4-9%), clasificados en la clase IV. Masculino de 22 años, con antecedente de eventos de trombosis venosa profunda, tratamiento conservador, seguimiento por reumatología por enfermedad autoinmune no especificada, tratada con prednisona. Acude a por hemoptisis y dificultad respiratoria, ingresado a terapia intensiva. Durante su hospitalización, se realiza anticoagulante lúpico positivo; angiotomografía de tórax con datos de tromboembolia pulmonar bilateral, infartos pulmonares, datos de hipertensión pulmonar y hemorragia alveolar. Ecocardiograma: PSAP de 99 mmHg, FEVI 55%, función sistólica reducida por CAF y preservada por TAPSE y SVD; aurícula derecha severamente dilatada, izquierda no dilatada; insuficiencia tricúspide severa por dilatación de cavidades derechas, insuficiencia pulmonar leve. Valorado por clínica de hipertensión pulmonar, referido con alta probabilidad de hipertensión pulmonar. Manejo con iloprost nebulizado y anticoagulación plena. Se egresa por mejoría clínica para realización de cateterismo cardiaco y manejo por parte de servicio de neumología.

### TAQUICARDIOMIOPATIA Y CHOQUE CARDIOGENICO EN UCI. CASO CLINICO

Jesús Enrique Castrejón-Sánchez;  
Evelin Hernández-Domínguez; Fernanda Ordoñez-Hernández;  
David Navarro-Martínez; Marcos Amezcua-Gutiérrez  
Hospital Juárez de México.

**Introducción:** La miocardiopatía dilatada inducida por taquiarritmia una complicación que puede presentarse en pacientes con taquiarritmias, puede provocar insuficiencia cardiaca secundaria a disfunción del ventrículo izquierdo con posterior afección global, llegando al choque cardiogénico, puede ser reversible con tratamiento oportuno, siguiente se comenta un caso de un paciente con choque cardiogénico secundario a taquicardiomiopatía secundaria a tormenta tiroidea, en el cual presenta falla de bomba global, requiriendo de terapia ECMO-VA y de TRRC para ultrafiltrado, así como manejo de la enfermedad de base con adecuada recuperación. **Objetivo:** Comentar el caso de paciente con cho-

que cardiogénico y narrar su manejo en la unidad de cuidados intensivos con el apoyo de ultrasonido y de terapias extracorpóreas. **Material y métodos:** Caso clínico, descriptivo, paciente en la unidad de cuidados intensivos. **Resultados:** Se evaluó la respuesta a tratamiento, guiado por ultrasonido transesofágico y monitor de gasto cardiaco. **Discusión:** El uso de terapias extracorpóreas fue clave para el manejo del choque cardiogénico, dando tiempo a la recuperación del paciente, además de mejorar el patrón hemodinámico y disminuir la sobrecarga de volumen.

### TAQUICARDIOMIOPATÍA: REVERSIBLE Y POCO RECONOCIDA. CASO CLINICO

Huayllani Gutierrez Luis Fernando;  
Martinez Monter Julisa; González Morales Sofia;  
Martinez Fosado Andrea; Lerma Alvarado Luis Fernando  
*Hospital Angeles Pedregal CDMX.*

Se presenta el caso de paciente masculino, de 35 años de edad, Pediatra Neumólogo, antecedente de fibrilación auricular diagnosticada en el internado rotatorio, sin definición diagnóstica ni tratamiento. Hace 3 meses Safari a Kenia, Jordania y Paris. Cuadro clínico de 3 semanas signos francos de insuficiencia cardiaca TA: 113/86mmHg, FC: 170. ECOTE. sin alteraciones, en el procedimiento desatura se intuba y realiza, cardioversión eléctrica con 100 J con retorno a ritmo sinusal. ECOTT; alteraciones en la movilidad, presencia de trombo apical. TAC de encéfalo con isquemia insular izquierda, FEVI 20%. Tratado con antiarrítmico, inotrópico y vasopresor. Lesión renal aguda. Coronariografía normal. Serología para T. cruzi negativa. Serología para VIH, VHC, VHB, TORCH, (IgG, e Ig M), Panel enterovirus en sangre, serología anti Parvovirus B19, VDRL, Quantiferon, serología anti Borrelia, burgdorferi y Rosa de bengala, negativos. RM: reporta cardiopatía dilatada idiopática. FEVI 16%. persiste fibrilación auricular, colgajos de fibrilación ventricular que revirtió espontáneamente. Extubación exitosa al quinto día sin arritmia, sin secuela neurológica, paciente estable, con inicio de dieta, se programa para instalación de DAI, la madrugada del décimo segundo día presenta Muerte súbita.

### TEP DE ALTO RIESGO RETO EN URGENCIAS. CASO CLINICO

Pavel Osmar Cruz Martínez; Brenda Lizbeth González Zúñiga;  
Eric Santiago Sánchez Martínez; Gabriela María Mora Martínez;  
Theno Alexander Turrubiates Hernández  
*Hospital General Regional No. 6 Ciudad Madero/ Hospital Central Sur de Alta Especialidad PEMEX.*

Femenino de 54 años con antecedentes de hipertensión, diabetes, obesidad Grado I, hernioplastia hace 16 días, fractura de tobillo B de Weber manejo conservador con férula desde hace 1 mes. Ingresando a urgencias al área de reanimación por disnea progresiva hasta llegar a pequeños esfuerzos acompañado de dolor torácico, referido 2/10 presentándose con sato2: 84%. Hipotensión, taquipnea, taquicardia llenado capilar retardado, requirió aporte de o2 suplementario escalonando dispositivo hasta mascarilla reservorio sin mejoría total de la oxigenación, clínicamente sin agregados pulmonares, se inició resucitación con solución cristaloide con mejoría intermitente de la tensión arterial, gasométricamente acidosis respiratoria con insuficiencia respiratoria aguda, gradiente (A-a) O2: 502.4, PAFI:107. Se realiza ecoscopia pulmonar y cardiaca encontrando patrón de líneas A además de dilatación de ventrículo derecho. Ante la inestabilidad hemodinámica y por datos sugestivos de tromboembolia pulmonar por scores de riesgo y por ecoscopia se decide fibrinólisis con ateplasa 100mg iv para 2 horas y anticoagulación mostrando mejoría clínica aun con desaturación por lo que se emplea cánulas de alto flujo ( T: 33 Flujo:45 Fio2:80 mejorando saturación al 93%, posterior a fibrinólisis con estabilidad con pase a área de terapia intensiva a continuar vigilancia.

### TERAPIA FÁRMACO-MECÁNICA DEL EP, SERIE DE CASOS

Guillermo Cueto-Robledo; Ernesto Roldan-Valadez;  
Luis-Eugenio Graniel-Palafox; Marisol Garcia-Cesar;

María-Berenice Torres-Rojas; Rocío Enriquez-García;  
Héctor-Daniel Cueto-Romero; Angel-Augusto Perez-Calatayud;  
Manuel-Alejandro Marroquin-Barrera; Julio-César Mendoza-Pineda  
*Hospital General de México, "Dr. Eduardo Liceaga"/ Hospital Regional 1° de Octubre, ISSSTE.*

Alrededor de 10 millones de casos de Enfermedad Tromboembólica ocurren anualmente, con una elevada morbimortalidad que incluye secuelas que comprometen la expectativa y calidad de vida como Hipertensión Pulmonar y Falla Ventricular Derecha. En esta serie de casos se presentan 5 pacientes con Embolismo Pulmonar de riesgo intermedio alto, manejados con trombo fragmentación y trombólisis dirigida por catéter. El 60% de los pacientes fueron hombre con una media de 52.6 años, IMC 28.6Kg/m2 ( $\pm 7.03$ ) Las comorbilidades fueron HAS (60%) y diabetes (40%). PESI 126.8 ( $\pm 29.75$ ), BOVAe 5.2 ( $\pm 1.64$ ). GA con lactato promedio 2.37mmol/L ( $\pm 1.48$ ), troponina I 1161.56 ( $\pm 1220.2$ ), relación VD/VI 1.7, presión media de la arteria pulmonar 35.4mmHg ( $\pm 7.23$ ), RVP 5.75 UW ( $\pm 2.24$ ), SvO2 53.6% ( $\pm 10.38$ ) e IC 2.48 L/min/m2 ( $\pm 0.52$ ). Posterior al CCD y angiografía pulmonar, se realizó trombo fragmentación e infusión de Alteplasa 1.25mg/hr por 12hrs en el tronco de la arteria pulmonar se observó una mejoría significativa en la relación VD/VI (0.86), IC (3.2 $\pm$ 0.8), SvO2 61.8% ( $\pm 11.62$ ), y RVP 3.93 Wu ( $\pm 1.89$ ), con una estancia hospitalaria total de 16.6 días ( $\pm 3.8$ ), sin reportarse mortalidad, actualmente en seguimiento en la clínica de Hipertensión Pulmonar del Hospital General de México.

### TETRALOGÍA DE FALLOT EN ADULTO, CASO QUE VENTILAR. CASO CLINICO

Nancy Allin Canedo Castillo; Flor María Guadalupe Arroyo Cano  
*Unidad De Cuidados Intensivos Hospital de Especialidades Dr. Antonio Fraga Mouret del CMN La Raza. IMSS.*

TOF cardiopatía congénita cianógena más frecuente en adulto, 6% pacientes no operados viven a 30 años y 3% 40. Femenino 45 años 5/07, deterioro neurológico, hemorragia subaracnoidea /aneurisma comunicante anterior Fisher III, 22/07 craneotomía pterional, clipaje de aneurisma. soplo holosístico pulmonar diastólico, tricúspide grado II/VI, sat 90%, extrasístoles auriculares polimórficas, NYHA II edema miembros pélvicos, disnea paroxística nocturna. Arritmia no especificada con propafenona. comunicación interventricular, sin tratamiento quirúrgico, FEVI 55%, VD dilatado TAPSE 24, y VAT 16. CIV desplazamiento anterior e izquierdo del septum infundibular, cabalgamiento 45%. pulmonar con estenosis mixta. posquirúrgico inmediato So2 38% con Fio2 100% presión positiva manual, TAM 59 norepinefrina 0.45mcg/kg/min y milrinona. UCI Fio2 80%, PEEP 0, hipertensión pulmonar, atelectasias pasivas pb disección bifurcación del tronco de arteria pulmonar. con levosimendan ventilación presiones bajas y Fio2 altas; evolución tórpida aumento de vasopresor hipoxemia persistente; 28/07/ aumento gradiente alveolo-arterial, alteración de difusión, acidosis respiratoria; Svo2 de 6%, sat 50% taquicardia, broncoespasmo, defunción. insuficiencia cardiaca por malformación, efectos de ventilación mecánica, aumento presión intratorácica, de poscarga, disminución de llenado VD, reducción flujo pulmonar, gasto cardiaco, mala evolución no compensando shunt izquierda a derecha, curso con embarazos normo evolutivos sin hipoxemia, ni deterioro clase funcional, esperadas de la patología.

### TODO INICIA Y TERMINA EN SEPSIS. CASO CLINICO

Edgar Daniel Hernández Crisóstomo;  
Cindy Danae Dominguez Ángulo; Enid Georgina Duran Pimentel  
*Hospital General de Zona número 71 Licenciado Benito Coquet Lagunes, IMSS.*

**Introducción:** La sepsis tiene una incidencia de más de 11 000 casos anuales y mortalidad mayor del 50% al progresar a choque séptico. A pesar de los avances médicos se considera un grave problema de salud pública, generando más del 20% de ingresos a las

unidades de cuidados intensivos en México. **Objetivo:** Identificar y tratar oportunamente la sepsis, reconociendo otras entidades patológicas como complicaciones del proceso séptico y distractores potencialmente mortales en su atención médica. **Material y métodos:** Caso clínico realizado en HGZ 71 Benito Coquet Lagunes del 30 de agosto al 04 de septiembre 2023 con autorización de jefatura de enseñanza y dirección médica de la unidad. Sin financiamiento ni conflicto de intereses. Femenina 60 años de edad con infección pulmonar que genera descompensación diabética cetoacidosis y estado hiperosmolar, progresando a choque, coagulopatía, nefropatía y encefalopatía séptica, desencadenando síndrome postparto, y culminando en falla refractaria a tratamiento del intercambio gaseoso pulmonar, origen y causa directa de la mortalidad. **Discusión:** La sepsis presenta elevada mortalidad mundial, pese a los avances médicos genera una alta prevalencia de inestabilidad hemodinámica y muerte prematura. Debemos tratar el desencadenante del proceso séptico, no solo complicaciones, o será una carrera mortal destinada al fracaso.

### TÓRAX INESTABLE. PRESENTACIÓN DE CASO CLÍNICO

Ricardo Jesús Ortega García; Gaspar Herrera Aranda;  
Francisco Rodríguez Illana; Estaban Figueroa Martínez;  
Josefina Álvaro Vásquez

Hospital General de Tuxtepec.

**Introducción:** El tórax inestable es la forma más severa de lesión contusa con una tasa de mortalidad del 10-20%. **Material y métodos:** Se trata de paciente masculino de 45 años quien es atropellado por vehículo motor, quien ingresa a la unidad hospitalaria con múltiples contusiones y deterioro neurológico. Se decide el manejo avanzado de la vía aérea. Tac de tórax simple: fracturas costales derechas de los arcos ant. 2,3,3 y 5 así como arcos posteriores 6,7 y 8; fractura de arcos costales izquierdos 4,5,6,7,9 y 10, fractura de clavícula derecha, fractura de muro anterior superior de cuerpo vertebral T7, áreas de contusión múltiple, atelectasias basales posteriores. en ambos pulmones, enfisema subcutáneo de pared torácica y abdominal. **Resultados:** Se inicia tratamiento con propofol para sedación, analgesia con fentanilo, inhibidor de bomba de protones para prevención de úlcera por estrés, antibioticoterapia con meropenem, dieta enteral de 1500 calorías, cuidados generales de enfermería cada hora, vigilancia de líquidos. **Discusión:** De acuerdo a la guía de práctica clínica de fracturas costales se recomienda el manejo quirúrgico en pacientes con fracturas múltiples.

### TORMENTA ELÉCTRICA EN LA UCI. PRESENTACIÓN DE CASO

Gloria Sarahí Salazar González; Ricardo Muñoz Grande;  
Alfredo Arellano Ramírez

Hospital Regional de Alta Especialidad Ixtapaluca.

La Tormenta Arritmica o Eléctrica es una urgencia vital, definida como 3 o más episodios de taquicardia ventricular, fibrilación ventricular o descargas de un desfibrilador automático implantable en 24 horas. Es infrecuente, y en la literatura no hay reporte de la incidencia en pacientes sin DAI, sin embargo, ensombrece el pronóstico al casi triplicar la mortalidad, siendo fundamental determinar el factor desencadenante para dirigir la terapéutica. El manejo inicial incluye revascularización coronaria, antiarrítmicos y corregir potenciales causas, y ante refractariedad se recomienda sedación y ventilación mecánica. Se presenta el caso de un masculino de 49 años que ingresa a urgencias con diagnóstico de taquicardia ventricular con más de 3 episodios en menos de 24 horas. El diagnóstico consistió con realización de angiografía coronaria descartando Síndrome Isquémico Coronario Agudo y por la inestabilidad cardiovascular ingresado a Unidad de Cuidados Intensivos donde persistió con eventos de taquicardia ventricular cumpliendo con criterios de tormenta eléctrica, requiriendo sedación con propofol y dexmedetomidina, manejo avanzado de la vía aérea, soporte vasopresor con norepinefrina y vasopresina, desarrollando parada cardiorrespiratoria con retorno a la circulación espontánea,

otorgando medidas de paciente crítico y manejo integral, egresado de la unidad de cuidados intensivos con éxito a domicilio.

### TORMENTA TIROIDEA E INSUFICIENCIA CARDIACA. CASO CLÍNICO

Nora Mercedes Sánchez Parada, Jessica Garduño López,  
Marcos Antonio Gutiérrez Amezcua, José Carlos Gasca Aldama,  
Evelyn Hernández Domínguez

Hospital Juárez de México.

Masculino de 32 años de edad, ingresa a urgencias por la presencia de agitación, temperatura 39 °C, taquicardia 122 secundario a fibrilación auricular, edema en miembros inferiores, disnea de medianos esfuerzos MMRC 2 con datos de insuficiencia cardiaca congestiva, además de un nódulo a nivel de glándula tiroideas, se realiza USG de glándula tiroideas que reporta: incremento en las dimensiones a descartar enfermedad difusa, perfil tiroideo con TSH disminuida y T3 y T4 libre y total aumentadas. Escala de Burch-Wartofsky 55 puntos, ingresa al servicio de endocrinología e inician tratamiento con soluciones cristaloides, beta bloqueador, esteroides, colestiramina, tiamazol, sin embargo, se descompensa presentando fibrilación auricular de respuesta rápida y se ingresa a la unidad de cuidados intensivos, se realiza protocolo VEXUS en el que se observan datos de congestión grado 3, se inicia tratamiento con diuréticos. Se realiza ultrasonido transtorácico en el que se observan dilatación de cavidades e ingurgitación tricúspidea. A nivel pulmonar se observa por USG derrame pleural de aproximadamente 2000 ml, por lo que se realizan toracocentesis drenando 1000 cc de líquido pleural turbio, se estabiliza la frecuencia cardiaca y los signos vitales y se inicia tratamiento antibiótico por la sospecha de neumonía adquirida en la comunidad.

### TRASPLANTE HEPÁTICO EN HEPATITIS AUTOINMUNE EN UCI. CASO CLÍNICO

Victor Manuel Sánchez Nava; Carlos Chávez Pérez;  
María del Rosario Muñoz; Héctor Alejandro Ramírez García;  
Francisco Javier Cota González

Hospital Zambrano - Hellion TecSalud Instituto Tecnológico  
y de Estudios Superiores de Monterrey.

**Introducción:** El trasplante hepático es el principal tratamiento de la enfermedad hepática en fase terminal, el trasplante ortotópico es el tipo más común de trasplante de hígado, en el que se reemplaza el hígado enfermo o dañado de un paciente, generalmente con enfermedad hepática grave, como cirrosis, insuficiencia hepática aguda o algunos tipos de tumores, con un hígado sano de donante cadavérico o vivo. **Objetivo:** Exponer presentación clínica y evolutiva de la hepatitis autoinmune. **Material y método:** Reporte de caso de paciente en Hospital TecSalud, Monterrey, Nuevo León. **Resultados:** Femenina 16 años, con antecedentes de tiroiditis de Hashimoto, Psoriasis inversa, Hepatitis autoinmune, y cirrosis hepática con complicaciones, como ascitis, varices esofágicas, síndrome hepatopulmonar, síndrome de Bud-Chiari por trombosis en vena cava inferior, en tratamiento farmacológico. Se realiza trasplante de hígado ortotópico de donante cadavérico y seguimiento en la terapia intensiva.

### TRAUMATISMO PENETRANTE DE CRÁNEO CON MACHETE. PRESENTACIÓN DE CASO CLÍNICO

Ricardo Jesús Ortega García; Gaspar Herrera Aranda;  
Francisco Rodríguez Illana; Estaban Figueroa Martínez;  
Josefina Álvaro Vásquez

Hospital General de Tuxtepec.

**Antecedentes:** El traumatismo penetrante de cráneo representa 0.4% de las lesiones a este nivel y son el resultado de contusiones por alta velocidad. Método. Se trata de paciente masculino de 18 años quien es agredido por terceras personas en región temporal

derecha de cráneo con machete mientras se encontraba de una discusión. A la exploración física neurológicamente Glasgow 15 puntos, fuerza muscular y sensibilidad conservada. Campos pulmonares con presencia de murmullo vesicular. Ruidos cardíacos rítmicos, sin ruidos agregados. Abdomen blando, normoperistalsis. Extremidades simétricas. Resultado. Se solicita TAC de cráneo protocolaria donde se reporta fractura lineal frontoparietal derecha, hemorragia intraparenquimatosa región parietal derecha, se inicia antibióticoterapia con ceftriaxona y metronidazol. Analgesia con tramadol. Se realiza vigilancia por 2 semanas. Se egresa sin complicaciones. **Conclusión:** El inicio de la antibióticoterapia, reduce el riesgo de complicaciones en fracturas de cráneo y hemorragia intraparenquimatosa, mejorando el pronóstico de los pacientes con trauma penetrante de cráneo.

### TROMBOEMBOLISMO PULMONAR POR TRAUMA. PRESENTACIÓN DE UN CASO

Ricardo Jesús Ortega García; Gaspar Herrera Aranda; Francisco Rodríguez Illana; Estaban Figueroa Martínez; Josefina Álvaro Vásquez

Hospital General de Tuxtepec.

**Introducción:** La enfermedad venosa tromboembólica es una patología de alta morbimortalidad. **Material y métodos:** Se trata de masculino de 62 años quien sufre accidente al ser impactado en su motocicleta por automóvil de frente, ingresa a urgencias con diagnóstico de fractura de fémur derecho, y tromboembolia pulmonar. EF. Masculino consciente, precordio rítmico de buen tono e intensidad, campos pulmonares con presencia de estertores basales bilaterales. abdomen globoso, ruidos peristálticos presentes. Extremidad derecha: férula de extremidad inferior derecha. Laboratorio: Dinero D 879. TAC de tórax: tromboembolia pulmonar aguda de la arteria lobar inferior derecha. **Resultados:** Se inicia anticoagulación con enoxaparina, oxígeno con mascarilla nasal y analgesia. Se envió a cardiología y neumología. **Conclusión:** El tromboembolismo pulmonar es una enfermedad de alta prevalencia, en pacientes con antecedente de trauma es fundamental la sospecha clínica, la protocolización para un adecuado diagnóstico e inicio de tratamiento. Se requiere la atención médica por equipos multidisciplinarios.

### TROMBOSIS MESENTERICA EN PACIENTE CON DENGUE. CASO CLINICO

Juan Heber Zepeda Muñoz; Alain Morales Canseco; Zetán Betsabé Sánchez Molina

Hospital 1º de Octubre ISSSTE.

Los eventos trombóticos asociados a infección por dengue virus son poco frecuente, existe poca bibliografía de esta complicación, el reporte más grande fue realizado en Brasil donde se comentan 1 caso de trombosis mesentérica. Reportamos el caso de un paciente masculino de 35 años con antecedente de viaje a zona endémica de dengue. Ingresa a la unidad de cuidados intensivos en estado de choque con requerimiento de doble vasopresor posterior a la realización de laparotomía exploradora donde se evidencia necrosis de intestino delgado requiriendo resección de 150 centímetros. En su estancia se logra retiro de vasopresores y progresión de la ventilación. Se investigaron causas de trombosis descartaron causas cardíacas con EKG y reporte de ECOTT normal, alteraciones de la coagulación, alteraciones inmunológicas con pruebas de complemento normal, anticuerpos anticardiolipina IgG 15.03, anticardiolipina IgM 9.81, Anti Beta 2 glicoproteína 1 IgA 1.054, IgG 1.74, Anticuerpos anti nucleares negativo y Anticoagulante lúpico 49. Como causa infecciosa serología positiva para infección activa por dengue virus. El presente muestra la importancia de considerar los eventos trombóticos en pacientes con dengue. Estos tienen alto riesgo de sangrado e infecciones bacterias, requiriendo una evaluación minuciosa de la función hemostática y atención de calidad.

### TROMBOSIS VENOSA CEREBRAL EN PACIENTE PUERPERA. REPORTE DE CASO

Ilse Acosta Castro; Carlos Jiménez Correa

UMAE No. 1 Hospital de Especialidades Centro

Médico Nacional del Bajío del IMSS.

La trombosis venosa cerebral representa el 0.5 a 1% de todos los eventos vasculares. Suele ser infradiagnóstica, pues las manifestaciones clínicas son poco específicas. El embarazo y puerperio son factores de riesgo principales. Se presenta un caso clínico de trombosis venosa cerebral con desenlace catastrófico en paciente puérpera en edad pediátrica. Mujer de 16 años, con antecedente de G1 P1, resolución del embarazo vía vaginal, complicado con hemorragia obstétrica que ameritó colocación de balón Bakri y ligadura de arterias uterinas; egresada por mejoría. Diez días después presenta 5 episodios convulsivos con pérdida del estado de alerta. TAC de cráneo: nódulo hiperdenso de 3 mm en lóbulo parietal derecho con edema vasogénico significativo y desplazamiento de línea media 3 mm, cambios sugestivos a actividad metastásica hemorrágica. Ingresa a UCIO, se inicia manejo antiedema cerebral. Ante deterioro clínico y por imagen, se realiza trombectomía y fibrinólisis, presentando dilatación pupilar y ausencia de reflejos de tallo encefálico. Familiares rehúsan craniectomía descompresiva. Se inicia manejo de potencial donador orgánico. La severidad de la trombosis venosa cerebral se puede evidenciar en los estudios de imagen, que pueden ir desde edema cerebral, hasta zonas isquémicas o hemorrágicas con herniación del parénquima. Un diagnóstico a tiempo requiere un alto índice de sospecha y un estudio de imagen adecuado que lo confirme.

### TUBERCULOSIS EN UCI. CASO CLINICO

Nadia Melisa Queb Pech. Ahtzir Yunuen Rodríguez Santos.

Olivia Sánchez Cabral. Jesús Javier Baquera Heredia.

Janet Silvia Aguirre Sánchez

Centro Médico ABC.

**Introducción:** Se presenta un caso de paciente masculino, con cuadro de derrame pleural y tromboembolismo pulmonar sin aparentes factores de riesgo. **Caso clínico:** Masculino de 40 años de edad, viaje reciente a República de Congo, por lo que recibió profilaxis para malaria y vacunación contra fiebre amarilla. Inició padecimiento actual 3 semanas previas a su ingreso, caracterizado por pérdida ponderal no intencionada de 5 kg, diaforesis de predominio nocturno y tos de manera esporádica hasta volverse productiva, progresión del cuadro, agregándose dolor de tipo pleurítico en hemitórax derecho, 7 días previos al ingreso presentó alzas térmicas de 38°C y disnea progresiva asociada a palpitations, por lo cual ingresó a terapia intensiva. A su ingreso se constató síndrome de derrame pleural derecho, engrosamiento pleural y adenopatías mediastinales. Se documentó tromboembolismo pulmonar de rama subsegmentaria derecha, por lo que inició protocolo de estudio. Se descartaron causas neoplásicas e infecciosas en cultivos, patología y serológicos, evidenciando la presencia de bacilo mycobacterium tuberculosis en líquido obtenido mediante toracocentesis. **Conclusión:** En pacientes jóvenes, ante la presencia de derrame pleural, se debe sospechar de causas infecciosas como las más frecuentes seguido por etiologías neoplásicas. Es importante considerar los factores de riesgo de exposición.

### TUMOR CARDIACO DE AURICULA IZQUIERDA DE ESTIRPE INFRECLENTE, NO SIEMPRE ES MIXOMA. PRESENTACION DE UN CASO

Andres Alejandro Flores Pereira; Jesus Enrique Nova Meda;

Miguel Angel Ruiz Moguel; Dulce Mariana Tamayo Pérez;

Karen Yesenia Mejia Escobar

UMAE, IMSS "Ignacio Garcia Tellez" Mérida, Yucatán.

Los tumores intracardiacos son una entidad infrecuente, presenta una incidencia menor al 0.3%, en su gran mayoría de origen se-



cundario. Dentro de los más frecuentes se encuentran los mixomas auriculares, abarcando hasta el 65% de estos tumores. Dentro del diagnóstico diferencial de los tumores intracardiacos, debe descartarse la presencia de un tumor primario, que, aunque son infrecuentes, son de peor pronóstico y se acompañan de evolución tórpida. Se presenta el caso de mujer de 57 años que debuta con disnea súbita de medianos esfuerzos con progresión tórpida, hallándose estenosis mitral severa asociada a tumor de aurícula izquierda y probabilidad alta de hipertensión pulmonar (PSAP: 86), siendo programada y posteriormente intervenida para resección de tumor y sustitución valvular mecánica. Dentro de los hallazgos transquirúrgicos se reportó tumoración macroscópicamente no compatible con mixoma, no dependiente de Septum, cursando con choque asociado a síndrome vasopléjico, requerimiento de doble vasopresor e inotrópico, con progresión a la mejoría. Se recaba estudio histopatológico de pieza quirúrgica, reportándose sarcoma primario de aurícula izquierda, por lo que posterior a estabilización y alta de la Unidad de Cuidados Intensivos se refirió al servicio de Oncología para continuar con plan diagnóstico-terapéutico.

### VALVULOPLASTIA TÉCNICA INOUE ACV SECUNDARIO. CASO CLINICO

María de la luz Jaime Almaguer, Manuel José Rivera Chávez, Gerardo Mercado Rojas, Luz María Laguna Jaralillo, Alejandro de Jesús Luviano Ortiz

Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajío. Universidad de Guanajuato.

**Introducción:** La enfermedad valvular de origen reumático aumenta considerablemente riesgo de accidente cerebrovascular. Prótesis de válvulas mitral y aórtica son fuentes adicionales importantes de émbolos. **Objetivo:** demostrar posibles complicaciones cerebrovasculares relacionadas con valvuloplastia. **Material y métodos:** información obtenida del expediente clínico. Paciente femenino de 46 años caracterizada por ACV isquémico secundario a angioplastia percutánea. **Discusión:** El ACV es la segunda causa de morbimortalidad post cirugía cardíaca, se atribuye a embolia cardiogénica cuando ocurre en el postoperatorio tardío. Resumen: femenino 46 años, previamente sana. Inició padecimiento con deterioro de clase funcional NYHA II, en el abordaje diagnóstico y terapéutico se encuentra con estenosis mitral severa criterios quirúrgicos con hipertensión pulmonar y choque cardiogénico, ecocardiográficamente puntaje de Wilkins < 8, se decide valvuloplastia mitral percutánea exitosa con balón de Inoue mejoría clínica evidente; egresada con tratamiento médico y anticoagulación. Inicia con deterioro neurológico e inestabilidad hemodinámica, requirió manejo avanzado de la vía aérea y apoyo aminérgico. Tomografía reportó infarto cerebral por embolia de arterias precerebrales, por lo que se realizó angioplastia percutánea de vasos intracraneales. Control tomográfico mostro evento cerebrovascular hiperagudo con edema cerebral perilesional que desplazaba la línea media, el cual no respondió a manejo conservador, requirió craneotomía y craneotomía descompresiva. Durante estancia en UCI adecuada evolución hasta egreso.

### LRA Y HEMORRAGIA ALVEOLAR EN SX GOODPASTURE EN UCI

Alonso Pérez Peralta; Ileana Aguilar Medina; Samantha Atenea Negreros García; Sergio Reyes Inurrigarro  
Hospital Regional de Alta Especialidad ISSSTE, Puebla.

La enfermedad por anticuerpos anti membrana basal glomerular (Goodpasture), es una enfermedad rara, de baja incidencia y predominio en género masculino. Caracterizada por vasculitis por anticuerpos específicos contra la membrana basal glomerular (glomerulonefritis), con o sin afección pulmonar (hemorragia alveolar). El objetivo de tratamiento es el soporte de fallas orgánicas y limitación del proceso autoinmune mediante inmunosupresores y remoción de anticuerpos con plasmaféresis. La sospecha clínica inicial, diagnóstico y tratamiento temprano mejora el pronóstico funcional renal. Presentamos el caso de un masculino de 53 años, antecedente de exposición laboral a solventes y pinturas, sin enfermedad renal o pulmonar previa; cuadro de tres semanas con síntomas inespecíficos, previo a su ingreso con descontrol de la presión arterial, hemoptisis y oliguria. Desarrolló lesión renal aguda con necesidad de sustitución de la función urgente y hemorragia alveolar ameritando manejo invasivo de la vía aérea e ingreso a la UCI. Dada la sospecha clínica se solicitaron anti-MBG y ANCA, resultando positivos. Recibió manejo con esteroide y plasmaféresis. Se realizó biopsia renal confirmando diagnóstico de enfermedad de Goodpasture. Cursó con mejoría clínica y bioquímica, reducción del requerimiento de oxígeno suplementario hasta su retiro, disminución de requerimiento dialítico y mejoría de ultrafiltrado. Egresó por mejoría.

### TRASTORNOS DE MOVIMIENTO EN LA UCI. CASO CLINICO

Paulina Ugarte Martínez; Jesús Ciro Cristobal Landeros Yáñez  
Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía MVS.

**Introducción:** Los trastornos del movimiento son muy comunes, resultando difíciles de reconocer y se comenten errores en su diagnóstico y tratamiento. **Objetivos:** Dada su difícil identificación, es importante el diagnóstico y tratamiento oportuno, ya que se presentan complicaciones y secuelas, con alta mortalidad. Padecimiento actual y evolución intrahospitalaria: Masculino de 20 años, valoración al INNN presenta distonía en hemicuerpo izquierdo, involucro de tronco, dolor, se administra benzodicepinas, sin respuesta, con Cr. 1.32 mg/dl (previa de 0.8), CPK 426, persiste con movimientos, manejo de vía aérea y sedación. Ingresó a UTI, continúa bajo sedación, PL (PA 150 mmH2O, índice 0.5, proteínas 29, células 3), EEG sin actividad epiléptica, Persiste con distonía, se administra sevoflurane, se realiza traqueostomía y palidotomía, con mejoría de distonía generalizada a focal de extremidad superior izquierda, nuevo EEG sin actividad epiléptica. Egreso 21-06-23 escala de Rankin modificada de 1. **Discusión:** se utilizaron alternativas sevoflorano con sistema Anaconda, persistiendo con movimientos anormales y presentar complicaciones se decidió palidotomía. Con mejorando el cuadro, disminuyendo gradualmente los eventos de distonía. **Conclusión:** Cuando se limitó tratamiento farmacológico, la alternativa quirúrgica determinó una evolución favorable en cuanto a funcionalidad, evitar complicaciones y sobre todo secuelas, debe ser una decisión rápida y precisa.

**Bibliotecas e índices en Internet en los que ha sido registrada la revista Medicina Crítica**

**Medigraphic, literatura biomédica**

<http://www.medigraphic.org.mx>

**Biblioteca de la Universidad de Regensburg, Alemania**

<http://www.bibliothek.uni-regensburg.de/ezeit/fl.phtml?notation=WW-YZ&bibid=ZBMED&colors=3&frames=&toc=&ssg=>

**Biblioteca de la Universidad Federal de São Paulo, Brasil**

<http://www.unifesp.br/dis/bibliotecas/revistas.htm>

**Biblioteca del Instituto de Investigaciones Biomédicas, UNAM**

[http://www.revbiomedicas.unam.mx/\\_biblioteca/revistas.html](http://www.revbiomedicas.unam.mx/_biblioteca/revistas.html)

**Universidad de Laussane, Suiza**

<http://www2.unil.ch/perunil/>

**Biblioteca de la Universidad Norte de Paraná, Brasil**

[http://www.unopar.br/bibli01/biologicas\\_periodicos.htm](http://www.unopar.br/bibli01/biologicas_periodicos.htm)

**Infodoctor sitio de las Sociedades Médicas Españolas**

<http://www.infodoctor.org/revis.htm>

**LATINDEX. Sistema Regional de Información en Línea para Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal**

<http://www.latindex.org/>

**Biblioteca Virtual en Salud (BVS, Brasil)**

<http://portal.revistas.bvs.br>

**Biblioteca del Instituto de Biotecnología UNAM.**

<http://www.biblioteca.ibt.unam.mx/revistas.php>

**Asociación Italiana de Bibliotecas (AIB)**

<http://www.aib.it/aib/commiss/cnur/peb/peba.htm3>

**Biblioteca Médica Estatal del Ministerio de Patrimonio y Cultura, Italia**

<http://bms.beniculturali.it/ejnl/index.php>

**Fundación Ginebrina para la Formación y la Investigación Médica, Suiza**

[http://www.gfmer.ch/Medical\\_journals/Revistas\\_medicas\\_acceso\\_libre.htm](http://www.gfmer.ch/Medical_journals/Revistas_medicas_acceso_libre.htm)

**PERIODICA (Índice de Revistas Latinoamericanas en Ciencias) UNAM**

<http://biblat.unam.mx>

**Google Académico**

<http://scholar.google.com.mx/>

**Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung, Berlin WZB**

<http://www.wzb.eu/de/bibliothek/bestand-recherche/elektron-zeitschriften>

**Virtuelle Bibliothek Universität des Saarlandes, German**

<http://www.sulb.uni-saarland.de/de/suchen/zeitschriften/fachspezifische-suche-in-ezb/?libconnect%5Bsubject%5D=23>

**Biblioteca electrónica de la Universidad de Heidelberg, Alemania**

<http://rzblx1.uni-regensburg.de/ezeit/search.phtml?bibid=UBHE&colors=3&lang=de>

**Biblioteca de la Universidad de Bielefeld, Alemania**

[https://www.digibib.net/jumpto?D\\_SERVICE=TEMPLATE&D\\_SUBSERVICE=EZB\\_BROWSE&DP\\_COLORS=7&DP\\_BIBID=UBBIE&DP\\_PAGE=search&LOCATION=361](https://www.digibib.net/jumpto?D_SERVICE=TEMPLATE&D_SUBSERVICE=EZB_BROWSE&DP_COLORS=7&DP_BIBID=UBBIE&DP_PAGE=search&LOCATION=361)

**Mercyhurst University. Hammermill Library. Erie, Pennsylvania**

<http://services.trueserials.com/CJDB/MERCYHURST/browse>

**Memorial University of Newfoundland, Canada**

[http://www.library.mun.ca/copyright/index\\_new.php?showAll=1&page=1](http://www.library.mun.ca/copyright/index_new.php?showAll=1&page=1)

**Yeungnam University College of Medicine Medical Library, Korea**

[http://medlib.yu.ac.kr/journal/subdb1.asp?table=totdb&Str=%B1%E2%C5%B8&Field=ncbi\\_sub](http://medlib.yu.ac.kr/journal/subdb1.asp?table=totdb&Str=%B1%E2%C5%B8&Field=ncbi_sub)

**Research Institute of Molecular Pathology (IMP)/ Institute of Molecular Biotechnology (IMBA) Electronic Journals Library, Viena, Austria**

[http://cores.imp.ac.at/max-perutz-library/journals/details/?tx\\_ezbfe\\_pi3%5Bjournal\\_id%5D=15592&cHash=7cf76e3aaf6ef01cfea8b8ed3183cc33](http://cores.imp.ac.at/max-perutz-library/journals/details/?tx_ezbfe_pi3%5Bjournal_id%5D=15592&cHash=7cf76e3aaf6ef01cfea8b8ed3183cc33)

**SciELO**

<http://www.scielo.org.mx/>





Academia Nacional de  
Medicina de México



Colegio Mexicano de  
Medicina Crítica  
(COMMEC)

**50**

**años del Colegio  
Mexicano de  
Medicina Crítica  
(COMMEC)**

**Lunes 9  
octubre, 2023  
9:00 horas**

