

MEDICINA CRÍTICA

COLEGIO MEXICANO DE MEDICINA CRÍTICA, A.C.



SEPTIEMBRE-OCTUBRE 2025 VOLUMEN 39, NÚMERO 3

EDITORIAL

Medicina crítica basada en evidencia: de la traslación del
conocimiento a la transformación de la práctica

RESÚMENES DEL LII CONGRESO COMMEC 2025

Resúmenes de Trabajos para el Concurso Académico
«Dr. Mario Shapiro» 2025

Resúmenes de Trabajos Libres
(modalidad oral)

Resúmenes de Trabajos
Libres Póster



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

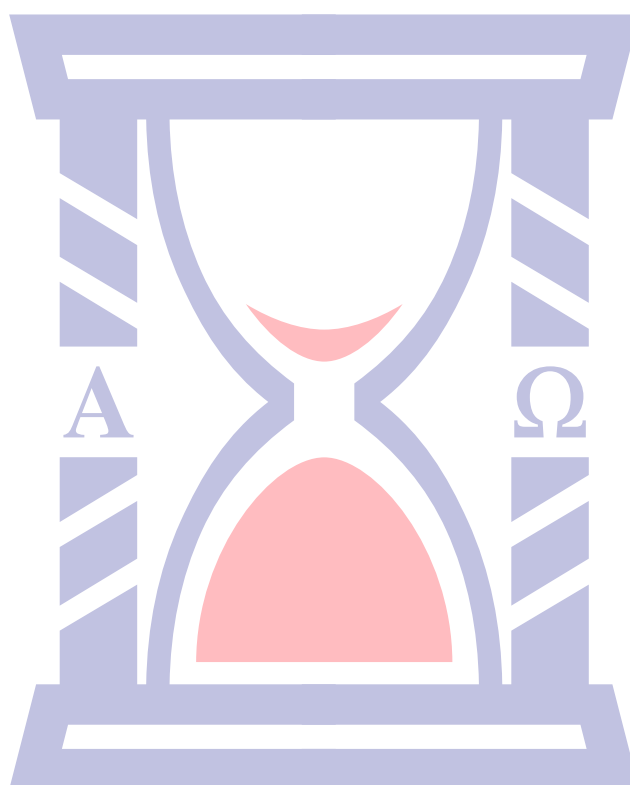
COLEGIO MEXICANO DE MEDICINA CRÍTICA, A.C.



COMMEC
Colegio Mexicano
de Medicina Crítica, A.C.

SEPTIEMBRE-OCTUBRE 2025

VOLUMEN 39, NÚMERO 3



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

Dr. Jesús Ojino Sosa García

Coeditor

Dr. Oscar Rojo del Moral

Editores asociados

Dra. Martha Susana Pérez Cornejo
Dr. Silvio Antonio Namendys Silva
Dr. Eduardo Garrido Aguirre
Dr. Manuel Alberto Guerrero Gutiérrez
Dr. Roger Mena Arceo
Acad. Dr. Raúl Carrillo Esper
Dr. Ángel Carlos Bassols Ricárdez

Editores honorarios

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

Comité Editorial Nacional

Acad. Dr. Pablo Álvarez Maldonado
Dr. Ricardo Campos Cerda
Dr. Guillermo Castorena Arellano
Dr. Ulises Wilfrido Cerón Díaz
Dra. María Chacón Gómez
Dr. Carlos Eduardo Chávez Pérez
Dr. César Cruz Lozano
Dra. Janet Silvia Aguirre Sánchez
Dra. Vanessa Fuchs Tarlovsky
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. Paul Palacios Moguel
Dr. Axel Pedraza Montenegro
Dr. César Alejandro Rojas Gómez
Dr. Giovanni Sanabria Trujillo
Dr. Jorge R. Sánchez Medina
Dr. Víctor Manuel Sánchez Nava
Dr. Otoniel Toledo Salinas
Dr. Juan Pablo Vázquez Mathieu
Dr. Jesús Zúñiga Sedano

Comité Internacional

Dr. Jhon Jairo Botello Jaimes (Colombia)



Colegio Mexicano de Medicina Crítica, A.C.

Consejo Directivo 2025-2026

Presidente

Dra. Martha Susana Pérez Cornejo

Vicepresidente

Dr. José de Jesús Zaragoza Galván

Primer Secretario Propietario

Dra. Juana María Cerda Arteaga

Primer Secretario Suplente

Dr. Carlos Eduardo Chávez Pérez

Segundo Secretario Propietario

Dra. María Chacón Gómez

Segundo Secretario Suplente

Dr. Celso Enrique Aguilar Alvarado

Tesorero

Dr. José Manuel Lomelí Terán

Subtesorero

Dra. María del Rosario Muñoz Ramírez

Comisiones

Comisión de Gestión y Calidad

Comisión de Planificación

Comisión de Educación

Comisión de Página Web y Medios Electrónicos

Comisión de Relaciones Internacionales

Comisión de Credenciales/Membresías

Comisión Editorial

Comisión de Filiales

Comisión de Ética

Sesiones mensuales

Comisión de Honor y Justicia

Medicina Crítica, Vol. 39, No. 3, Septiembre-Octubre 2025, es una publicación bimestral editada por el Colegio Mexicano de Medicina Crítica, A.C. Cincinnati 40, Col. Noche Buena, 03720, Alcaldía Benito Juárez, Ciudad de México, México. Tel: 55 55 98 16 84, Página oficial www.medigraphic.com/medicinacritica Correo electrónico: contacto@commec.org. Editor responsable: Dr. Jesús Ojino Sosa García. Reserva de Derechos al Uso Exclusivo No. 04-2016-101119141500-102, e-ISSN en trámite, otorgados por el Instituto Nacional del Derecho de Autor. Responsable de la última actualización de este número Dra. María de la Luz Rosales Jiménez. Arte, diseño y composición tipográfica 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. Fecha de última modificación 14 de Octubre de 2025. 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.

Disponible en versión completa en <http://www.medigraphic.com/medicinacritica>

EDITORIAL / EDITORIAL

177 Medicina crítica basada en evidencia: de la traslación del conocimiento a la transformación de la práctica

Evidence-based critical medicine: from the translation of knowledge to the transformation of practice

Jesús Ojino Sosa-García

RESÚMENES DEL LII CONGRESO COMMEC 2025 / ABSTRACTS THE LII CONGRESS COMMEC 2025

179 Resúmenes de Trabajos para el Concurso Académico «Dr. Mario Shapiro» 2025

Abstracts of Papers of the Academic Contest «Dr. Mario Shapiro» 2025

190 Resúmenes de Trabajos Libres (modalidad oral)

Free Papers Abstracts (oral modality)

206 Resúmenes de Trabajos Libres Póster

Abstracts of Free Papers Poster



Medicina crítica basada en evidencia: de la traslación del conocimiento a la transformación de la práctica

Evidence-based critical medicine: from the translation of knowledge to the transformation of practice

Jesús Ojino Sosa-García*

La medicina es una ciencia y un arte sustentada en la toma constante de decisiones clínicas orientadas a lograr diagnósticos precisos, tratamientos eficaces y resultados que mejoren el pronóstico de los pacientes. Estas decisiones exigen no solo conocimiento técnico, sino también juicio clínico informado, sensibilidad ética y la capacidad de actuar en tiempo real ante escenarios de alta complejidad de manera oportuna.

La formación de los profesionales de la salud — desde el pregrado hasta el postgrado— constituye la base para adquirir las competencias necesarias en la atención integral de las personas. Sin embargo, la evolución del conocimiento científico y las necesidades cambiantes de los sistemas de salud demandan un proceso permanente de actualización y reflexión sobre la práctica. En este sentido, la educación continua se consolida como un pilar estratégico para fortalecer las competencias clínicas, promover el pensamiento crítico y garantizar una atención sustentada en la mejor evidencia disponible.

En la atención del paciente crítico, la toma de decisiones adquiere una dimensión aún más compleja, donde el tiempo y la precisión determinan los desenlaces. La medicina crítica basada en evidencia (MCBE) no se limita a la lectura de guías o metaanálisis: implica integrar tres componentes inseparables —la mejor evidencia científica, la experiencia clínica y los valores y preferencias de los pacientes— en un contexto que exige precisión, celeridad y trabajo interdisciplinario e interprofesional. Esta integración convierte a la MCBE en una práctica dinámica, reflexiva y orientada a la acción.

No obstante, uno de los principales desafíos de la MCBE en nuestro país radica en la traslación del conocimiento generado internacionalmente hacia la práctica clínica local. La mayor parte de los estudios primarios o secundarios que orientan las decisiones clínicas se desarrollan en poblaciones con caracte-

ísticas genéticas, anatómicas, sociales y culturales distintas, lo que puede limitar su aplicabilidad directa. La extrapolación acrítica de la evidencia internacional puede generar brechas entre la teoría y la práctica, afectando la calidad y seguridad de la atención. Por ello, resulta imperativo promover la investigación clínica y traslacional en contextos nacionales y regionales, generando evidencia que refleje la realidad epidemiológica, los recursos disponibles y las particularidades de nuestra población.

Promover la investigación local no es únicamente un ejercicio académico: es una estrategia de soberanía científica y de mejora de la calidad asistencial. La creación de protocolos, vías clínicas y guías de práctica clínica contextualizadas permite traducir el conocimiento global a escenarios locales, garantizando decisiones más pertinentes, seguras y sostenibles. Esta labor requiere el compromiso conjunto de instituciones, cuerpos académicos y líderes clínicos para consolidar una cultura organizacional orientada a la evidencia.

La traslación del conocimiento no culmina con la publicación de un estudio; su verdadero impacto ocurre cuando la evidencia se implementa efectivamente en el punto de atención. Esto implica reconocer la importancia de los entornos de aprendizaje dentro de las unidades hospitalarias, donde la discusión de casos, la simulación clínica, el análisis de eventos adversos y la retroalimentación entre pares se convierten en estrategias poderosas para transformar la práctica (*Figura 1*). La cultura de la evidencia debe vivirse cotidianamente en las decisiones terapéuticas, en la gestión de recursos y en el liderazgo clínico.

Con esta visión, el LII Congreso Anual del Colegio Mexicano de Medicina Crítica (COMMEC 2025) se consolida como un espacio para fortalecer la cultura de la evidencia. La participación de 185 trabajos libres y 43 en el concurso Mario Shapiro, elaborados por residentes, docentes y especialistas en medicina crítica, refleja el compromiso nacional por impulsar la investigación aplicada, fomentar la reflexión crítica y construir redes de conocimiento que transformen la práctica. Este esfuerzo colectivo demuestra que la medicina crítica mexicana avanza hacia un modelo más colaborativo, científico y humanista.

* Revista de Medicina Crítica. Ciudad de México, México.

Citar como: Sosa-García JO. Medicina crítica basada en evidencia: de la traslación del conocimiento a la transformación de la práctica. Med Crit. 2025;39(3):177-178. <https://dx.doi.org/10.35366/121739>



Figura 1: Traslación del conocimiento desde la investigación hasta la atención en salud, mediante instrumentos de aplicación y su evaluación a través de indicadores de impacto.

La medicina crítica basada en evidencia no busca únicamente acumular datos o publicaciones; su propósito es transformar la manera en que pensamos, decidimos y actuamos en el cuidado del paciente grave. Solo mediante la formación, la educación continua, la investigación local y la colaboración interdisciplinaria e interprofesional podremos avanzar hacia una práctica

verdaderamente basada en la evidencia, capaz de ofrecer atención centrada en la persona, sensible al contexto y sostenida en la ciencia.

Correspondencia:

Dr. Jesús Ojino Sosa-García

E-mail: drintervista@gmail.com



Resúmenes de Trabajos para el Concurso Académico «Dr. Mario Shapiro» 2025

Abstracts of Papers of the Academic Contest «Dr. Mario Shapiro» 2025

ASOCIACIÓN DEL POLIMORFISMO GENÉTICO DEL GEN AVPR1B (RS28418396) CON EL DESARROLLO DE LESIÓN RENAL AGUDA EN PACIENTES CON CHOQUE SÉPTICO DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL CENTENARIO HOSPITAL MIGUEL HIDALGO

Luisa Fernanda Carbonell Montes, Gustavo Saucedo Sabas, Irving Santiago Félix Fraire, Blanca Estela Tovar Cruz

Unidad de Cuidados Intensivos del Centenario Hospital Miguel Hidalgo.

Introducción: la sepsis a menudo induce la disfunción de órganos, siendo más frecuente la disfunción pulmonar y renal; ésta última, de mayor prevalencia entre los pacientes críticamente enfermos; la mitad de los casos de lesión renal aguda son pacientes que cursan con sepsis o choque séptico. En las campañas de «sobreviviendo a la sepsis», se ha evidenciado que la norepinefrina es el vasopresor de elección. En casos donde no se logran cifras tensionales objetivas, se puede agregar la vasopresina como segundo soporte vasopresor. El papel de los polimorfismos genéticos ha cobrado gran interés como determinantes potenciales de la susceptibilidad a peores resultados clínicos. **Objetivo:** determinar la asociación del polimorfismo genético del gen AVPR1B (rs28418396) con el desarrollo de lesión renal aguda en pacientes con choque séptico de la unidad de cuidados intensivos del Centenario Hospital Miguel Hidalgo. **Material y métodos:** estudio prospectivo de casos y controles aplicado a 200 pacientes con choque séptico; se extrajo material genético para identificar la presencia del polimorfismo mencionado; se realizó análisis estadístico de las variables cualitativas calculando frecuencia, y fueron representadas en gráficos de barra o pastel; las variables cuantitativas fueron representadas por medio de tablas; la correlación de las variables se realizó mediante la correlación de Pearson. **Resultados:** el porcentaje fue igual en hombre y mujeres, con el 50%, edad media de 45.1 años; el 65.5% requirió de doble soporte vasopresor, 48.5% presentó polimorfismo, 71% recibió fármacos nefrotóxicos, 64% corticoides; mortalidad del 29.5%; la presencia del polimorfismo y la LRA demostró una correlación positiva muy alta ($r = 0.850$), con un valor de $p = 0.00$, lo que indica una fuerte asociación entre las variables. **Conclusión:** la correlación observada entre polimorfismos genéticos y LRA respalda lo descrito en la literatura sobre la importancia de la genética en la susceptibilidad a la lesión renal. Estos resultados subrayan la necesidad de continuar investigando las interacciones entre factores genéticos y terapéuticos para optimizar el manejo de pacientes críticos y personalizar las intervenciones en función de la predisposición genética.

MEDICIÓN DEL ITV DEL TRACTO DE SALIDA DEL VENTRÍCULO IZQUIERDO POR VENTANA SUBXIFOIDEA COMO ALTERNATIVA A LA MEDICIÓN CONVENCIONAL EN PACIENTES CRÍTICOS

Jesús Mauricio Olivares Gazca,* José Gustavo Barajas,† América Gwendolyne Urbina Vázquez§

* Residente de segundo año de Medicina Crítica. † Jefe de la Unidad de Terapia Intensiva. § Médico adscrito al Servicio de Ecocardiografía.

Introducción: el integral tiempo-velocidad (ITV) del tracto de salida del ventrículo izquierdo (TSVI) es un parámetro esencial para la valoración del gasto cardíaco en pacientes críticos. Sin embargo, la ventana apical convencional puede verse limitada en pacientes con ventilación mecánica, posición alterada o dispositivos pleurales. **Material y métodos:** se realizó un estudio observacional retrospectivo en 24 pacientes

críticos ingresados entre noviembre 2024 y abril 2025. El ITV del TSVI se midió en ventana apical de cinco cámaras y en una vista subxifoidea modificada. La concordancia se analizó mediante el método de Bland-Altman y la correlación con el coeficiente de Pearson. **Resultados:** el ITV medio fue de 23.4 cm (apical) y 20.5 cm (subxifoidea). Bland-Altman mostró un sesgo de 2.51 (DE 2.76), con 75% de las mediciones dentro de los límites de concordancia. La correlación de Pearson fue fuerte ($r = 0.85$, $p < 0.0001$). **Conclusión:** la medición subxifoidea del ITV del TSVI es una alternativa factible y confiable cuando la ventana convencional no es accesible en pacientes críticos.

DEL TRIAJE A CUIDADOS INTENSIVOS: ÍNDICE RESPIRATORIO DIASTÓLICO COMO PREDICTOR NO INVASIVO EN SÍNDROME CORONARIO AGUDO

Eder Alexis Méndez Cruz,* Laura Carballo Molina†

* Residente de segundo año en Medicina del Enfermo en Estado Crítico. † Adscrita a la Unidad de Terapia Intensiva.

Introducción: la estratificación temprana del riesgo en pacientes con síndrome coronario agudo (SCA) es esencial para optimizar la toma de decisiones. El DRI (*Diastolic Respiratory Index*), calculado como $FC/TAD + FR/SpO_2$, se propone como una herramienta fisiológica no invasiva de aplicación inmediata. **Objetivo:** evaluar el rendimiento del DRI como predictor de desenlaces adversos: mortalidad hospitalaria, evolución a choque y ventilación mecánica (VM), en pacientes con SICA. **Material y métodos:** estudio observacional, ambispectivo, analítico y unicéntrico, realizado en una cohorte de 101 pacientes con diagnóstico de SICA. Se aplicó análisis ROC para determinar el punto de corte óptimo del DRI y se desarrollaron modelos de regresión logística univariada y multivariada para evaluar su independencia como predictor. **Resultados:** se analizaron 101 pacientes con SICA, con una mediana de edad de 69 años y predominio masculino (67.3%). Los eventos adversos se presentaron con las siguientes frecuencias: evolución a choque en 34.7% de los casos ($n = 35$), requerimiento de ventilación mecánica en 21.8% ($n = 22$) y mortalidad hospitalaria en 19.8% ($n = 20$). El DRI mostró su mejor rendimiento para predecir ventilación mecánica ($AUC = 0.759$; punto de corte = 1.40; sensibilidad 72.7%; especificidad 82.3%), y también fue significativo para choque y mortalidad. En el análisis multivariado, el DRI se mantuvo como predictor independiente para los tres desenlaces: choque ($OR = 2.60$; $p = 0.010$), ventilación mecánica ($OR = 3.72$; $p = 0.001$) y mortalidad hospitalaria ($OR = 2.97$; $p = 0.007$), superando a otras variables fisiológicas y confirmando su valor como herramienta de estratificación temprana. **Conclusión:** el DRI es un predictor independiente, no invasivo y confiable, con buena capacidad discriminatória para anticipar desenlaces adversos, principalmente necesidad de VM en pacientes con SICA, con un punto de corte óptimo de 1.40 ($p < 0.05$).

IMPACTO CARDIOVASCULAR DE LA ACIDEMIA METABÓLICA AGUDA EN PACIENTES CON CHOQUE SÉPTICO

Lenin Francisco Blancas Méndez,*† René Raúl Martínez Coop,§ Jesús Salvador Sánchez Díaz,*‡ Karla Gabriela Peniche Moguel,*‡ Patricia Ramírez Sánchez,*‡ María Verónica Calyeca Sánchez*‡

* Hospital de Especialidades No. 14, Centro Médico Nacional "Adolfo Ruiz Cortines", Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Veracruz, México.

† Médico residente de segundo año de Medicina del Enfermo del Estado Crítico.

‡ Médico adscrito de Medicina del Enfermo en Estado Crítico. Hospital General de Zona con Medicina Familiar No. 21, IMSS, León Guanajuato.

§ Médico adscrito de Medicina del Enfermo en Estado Crítico. || Médico adscrito de Medicina del Enfermo en Estado Crítico, Departamento de Cardiología. ** Jefa de Servicio de Medicina del Enfermo en Estado Crítico.

Introducción: la acidemia metabólica aguda es una alteración frecuente en pacientes críticos, con repercusiones cardiovasculares que incluyen depresión miocárdica, hipotensión, menor efectividad de vasopresores y arritmias. Su impacto en humanos, evaluado mediante métodos no invasivos como ecocardiografía básica, es limitado. **Objetivo:** evaluar la relación entre la acidemia metabólica aguda y las variables ecocardiográficas de función cardíaca en pacientes con choque séptico ingresados a la unidad de cuidados intensivos (UCI). **Material y métodos:** estudio de cohorte, prospectivo, observacional y transversal realizado en el Hospital de Especialidades No. 14, IMSS, Veracruz, entre enero y diciembre de 2024. Se incluyeron pacientes adultos con diagnóstico de choque séptico y acidemia metabólica ($\text{pH} < 7.35$, BEecf. **Resultados:** se incluyeron 30 pacientes, 17 con $\text{pH} < 7.20$ y 13 con $\text{pH} \geq 7.20$. La mortalidad global fue 50% sin diferencia significativa entre grupos. Los pacientes con $\text{pH} < 7.20$ recibieron dosis mayores de norepinefrina (0.50 vs $0.35 \mu\text{g/kg/min}$, $p = 0.013$) y vasopresina (0.6 vs 0.5 UI/min , $p = 0.038$). Se observó menor índice cardíaco (2.1 vs 3.0 l/min/m^2 , $p = 0.042$) y fracción de eyección del ventrículo izquierdo (59 vs 69% , $p = 0.005$) en el grupo $\text{pH} < 7.20$. El pH mostró correlación moderada positiva con IC ($r = 0.584$, $p = 0.001$) y FEVI ($r = 0.577$, $p = 0.001$). **Conclusión:** en pacientes con choque séptico, la acidemia metabólica aguda grave ($\text{pH} < 7.20$) se asocia a deterioro de la función cardíaca e incremento en el requerimiento de vasopresores, con correlación moderada entre pH y variables de función sistólica, aunque sin impacto significativo en la mortalidad.

ÍNDICE DE MASA CORPORAL Y SU IMPACTO EN LA EVOLUCIÓN CLÍNICA DE PACIENTES CON NEUMONÍA GRAVE POR SARS-COV-2: ANÁLISIS POST-HOC DE UN ESTUDIO DE COHORTE PROSPECTIVO

Kim Rodríguez Relingh,* Karla Gabriela Peniche Moguel,† Jesús Salvador Sánchez Díaz,‡ José Manuel Reyes Ruiz,§ María Verónica Calyeca Sánchez¶

* R2 MEEC. † MB MEEC. ‡ Jefe del Área de Investigación, Unidad Médica de Alta Especialidad (UMAE) Veracruz. ¶ Jefa de Servicio Terapia Intensiva, UMAE Veracruz.

Introducción: la obesidad es una enfermedad multisistémica, donde el índice de masa corporal (IMC) permite su diagnóstico y clasificación. La neumonía grave (PE) por SARS-CoV-2 marcó un hito en la historia de la humanidad moderna, impulsando el aumento del uso de la ventilación mecánica invasiva (VMI). **Objetivo:** identificar la asociación entre el IMC y la evolución de los pacientes con PE por SARS-CoV-2. **Material y métodos:** este estudio es un análisis post-hoc de un estudio de cohorte prospectivo unicéntrico de pacientes con diagnóstico de PE por SARS-CoV-2 ingresados en la unidad de cuidados intensivos (UCI) entre el 01 de mayo y el 31 de diciembre de 2020. **Resultados:** se incluyeron 115 pacientes; se clasificaron según IMC < 24.9 , $25-29.9$, $30-34.9$, $> 35-39.9$ y $> 40 \text{ kg/m}^2$. Cada grupo estuvo compuesto por 9, 22, 47, 24 y 13 pacientes consecutivos. La mortalidad general fue del 53%; como variable dicotómica, un IMC $> 33.7 \text{ kg/m}^2$ presentó un OR de 1.06 (IC del 95%: 0.996-1.131), $p = 0.065$ para desenlace fatal. **Conclusión:** el IMC no es un factor de riesgo de mortalidad; como variable independiente, influye en los parámetros pulmonares e impacta en la evolución clínica.

CORRELACIÓN ENTRE ULTRASONIDO PULMONAR Y VARIABLES DE OXIGENACIÓN GASOMÉTRICAS EN PACIENTES CON VENTILACIÓN MECÁNICA

Ebenezer Gabino Montiel Vera,*† Jorge Hilarino Sánchez Cepeda,*‡ Jesús Salvador Sánchez Díaz,*‡ Karla Gabriela Peniche Moguel,*‡ José Manuel Reyes Ruiz,*§¶ María Verónica Calyeca Sánchez*‡

* Hospital de Especialidades No. 14, Centro Médico Nacional «Adolfo Ruiz Cortines», Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Veracruz, México.

‡ Departamento de Medicina Crítica. § Departamento de Investigación.

¶ Facultad de Medicina, Universidad Veracruzana (UV), Veracruz, México.

Introducción: las enfermedades respiratorias representan una de las principales causas de morbilidad en México. La ventilación

mecánica invasiva (VMI) es frecuentemente utilizada en pacientes críticos, pero requiere herramientas complementarias para monitorizar el estado pulmonar. El ultrasonido pulmonar (LUS) ha mostrado correlación con la tomografía y utilidad en la evaluación de la aireación, mientras que los índices gasométricos permiten valorar hipoxemia y pronóstico clínico. **Objetivo:** evaluar la correlación entre el puntaje de ultrasonido pulmonar (LUS) y los índices de oxigenación gasométricos en pacientes con VMI. **Material y métodos:** estudio prospectivo, observacional y transversal realizado en el Hospital de Especialidades No. 14, IMSS Veracruz, durante enero-diciembre 2024. Se incluyeron pacientes > 18 años con $\text{VMI} \geq 48$ horas. Se midieron gasometrías (PaO_2 , D(A-a)O_2 , $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2$, $\text{PaO}_2/\text{PAO}_2$) e índice respiratorio al ingreso, 24 y 48 horas, y en el mismo momento se aplicó protocolo de ultrasonido pulmonar en 12 zonas. Se analizaron asociaciones y correlaciones mediante pruebas estadísticas paramétricas y no paramétricas. **Resultados:** se incluyeron 38 pacientes, edad media 53 ± 17.8 años, 52% hombres, mortalidad global 31.5%. Las comorbilidades más frecuentes fueron hipertensión (44.7%) y diabetes mellitus tipo 2 (15.7%). Variables ventilatorias como presión plateau, driving pressure y frecuencia respiratoria se asociaron con mortalidad ($p = 0.008$, 0.025 y 0.049). El índice respiratorio elevado al ingreso y un LUS alto en cualquier medición se asociaron con los no sobrevivientes ($p = 0.049$ y $p = 0.026$, respectivamente). Todos los índices gasométricos se correlacionaron significativamente con el LUS; la mejor correlación fue con $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2$, D(A-a)O_2 y el índice respiratorio al ingreso ($r > 0.70$). **Conclusión:** existe correlación significativa entre el LUS y los índices de oxigenación gasométricos en pacientes con VMI. $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2$ e índice respiratorio al ingreso mostraron la correlación más fuerte. El LUS, junto con las variables gasométricas, constituye una herramienta accesible y confiable para la evaluación y pronóstico en la UCI.

COMPORTAMIENTO DEL FIBRINÓGENO EN LA HEMORRAGIA OBSTÉTRICA EN PACIENTES CÓDIGO MATER

Bertha Haydeé Torrel Villanueva,*‡ Felipe de Jesús Montelongo,*§ Jonathan Galindo Ayala,*¶ María Magdalena Reyes Pérez,*¶ Blanca Estela Herrera Morales,¶ Isis María López Baltazar**

* Hospital General «Las Américas», Instituto de Salud del Estado de México (ISEM), Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS)-Bienestar. ‡ Médico residente de segundo año de la Subespecialidad de Medicina del Enfermo en Estado Crítico. Unidad de Cuidados Intensivos. § Jefe de Servicio de la Unidad de Cuidados Intensivos, Profesor titular de las residencias de la Subespecialidad de Medicina del Enfermo en Estado Crítico de la Universidad Autónoma del Estado de México. Médico adscrito, Hospital General de Zona No. 197. IMSS, Estado de México, Texcoco. ¶ Médico adscrito a la Unidad de Cuidados Intensivos. || Maestra en Ciencias, Hospital General Regional No. 196. IMSS, Estado de México, Oriente. ** Maestra en Gestión de la Salud, Jefa del Centro Estatal de la Transfusión Sanguínea, ISEM.

Introducción: la hemorragia obstétrica representa una de las principales causas de mortalidad materna a nivel mundial, responsable del 27% de las muertes maternas. En México, esta cifra asciende a 30.9%, afectando principalmente a mujeres jóvenes. La rápida identificación y manejo de esta condición crítica, particularmente mediante protocolos multidisciplinarios como el Código Mater y ERI, implementados en el Hospital General Las Américas, han demostrado reducir significativamente la morbilidad intrahospitalaria. En este contexto, el fibrinógeno, un factor clave en la coagulación, emerge como un biomarcador fundamental para evaluar la severidad de la hemorragia, dado que aparentemente niveles inferiores a 200 mg/dl se asocian a hemorragias, modificando el curso clínico y requiriendo intervenciones urgentes. **Objetivo:** determinar la correlación entre los niveles séricos de fibrinógeno y el grado de severidad de la hemorragia obstétrica. **Material y métodos:** se realizó un estudio prospectivo, transversal, descriptivo y analítico en 31 pacientes con hemorragia obstétrica ingresadas a la Unidad de Cuidados Intensivos, activando el Código Mater. Se excluyeron pacientes con trastornos hemorrágicos congénitos o adquiridos. La cuantificación sérica de fibrinógeno se realizó mediante método coagulométrico con equipo ACL-TOP305-

CTS, con resultados en menos de una hora. Se aplicaron análisis estadísticos descriptivos y correlacionales con Spearman para evaluar la relación entre niveles de fibrinógeno y volumen estimado de pérdida sanguínea. **Resultados:** de los 31 casos, se presentó una mediana de edad de 24.6 años RIQ (16-40) y de edad gestacional de 38.5 semanas RIQ (12-40). La principal causa de hemorragia fue la atonía uterina en un 61%. Asimismo, se presentaron 12 casos de hemorragia moderada, cuatro severa y cinco masiva, presentándose una incidencia de morbilidad extrema «near miss» en el 67% de los casos. Se obtuvo una correlación de fibrinógeno y la pérdida de volumen sanguíneo del 40%, con una Rho de Spearman ($r_2 = -0.697$, $p < 0.001$). **Conclusión:** existe una correlación positiva robusta entre niveles séricos bajos de fibrinógeno y severidad de la hemorragia obstétrica con mayor riesgo de choque hipovolémico. Este estudio respalda el valor del fibrinógeno como biomarcador crucial para la toma de decisiones clínicas tempranas en el manejo de las pacientes Código Mater y refuerza la necesidad de ampliar investigaciones multicéntricas para consolidar protocolos que optimicen la atención y reduzcan la mortalidad materna asociada.

ASOCIACIÓN ENTRE EDAD Y MORTALIDAD EN PACIENTES HOSPITALIZADOS EN UNA UCI DE TERCER NIVEL EN MÉXICO: 2018 A 2023

Saraí Romero Ramírez,*[‡] Laura Ichelle Muralla Sil,*[§] Ulises Wilfrido Cerón Díaz*[¶]

* Hospital Español, Ciudad de México. ‡ Residente de Medicina Crítica.

§ Médico adscrito de la Unidad de Terapia Intensiva «Dr. Alberto Villazón S».

¶ Jefe de Unidad de Terapia Intensiva «Dr. Alberto Villazón S».

Objetivo: analizar la asociación entre edad y mortalidad hospitalaria en pacientes atendidos en una unidad de terapia intensiva privada en México, durante los periodos prepandemia, pandemia y postpandemia por COVID-19. **Material y métodos:** estudio de cohorte retrospectivo que incluyó 2,238 pacientes críticos distribuidos en doce grupos de acuerdo a dos criterios: 1) edad (adultos: 18-64 años, ancianos jóvenes: 65-74 años, ancianos: 75-84 años y ancianos mayores: ≥ 85 años) y 2) tres periodos de tiempo: prepandemia: 2018-2019, $n = 715$, pandemia: 2020-2021, $n = 883$ y postpandemia: 2022-2023, $n = 640$. Para cada grupo, se ajustó la mortalidad a través de la razón de mortalidad estandarizada (SMR), utilizando el modelo SAPS-3 como predictor de mortalidad esperada, con sus respectivos intervalos de confianza del 95% para saber si estadísticamente la mortalidad actual fue diferente a la esperada. **Resultados:** en ninguno de los periodos analizados se observó un SMR significativamente mayor de 1, lo que indica que la mortalidad hospitalaria observada nunca superó a la esperada. En el periodo prepandemia, el SMR fue de 0.69 [0.58-0.80], significativamente menor que 1, reflejando una mortalidad hospitalaria inferior a la estimada. Durante la pandemia, el SMR ascendió a 0.94 [0.82-1.05], sin diferencias significativas respecto a 1, lo que sugiere que la mortalidad observada no fue diferente a la esperada. Posteriormente, en el periodo postpandemia, el SMR descendió nuevamente a 0.74 [0.63-0.85], manteniéndose significativamente por debajo de 1. **Conclusión:** aunque la mortalidad hospitalaria durante la pandemia no fue diferente a la esperada, si fue diferente a la de los periodos pre- y postpandemia. Estos hallazgos son congruentes con las experiencias mundiales sobre el impacto de la pandemia en la efectividad de los sistemas de salud.

EVALUACIÓN DE LA PRECARGA MEDIANTE ULTRASONOGRAFÍA EN PACIENTES CON MODIFICACIÓN DE LA CIRCULACIÓN PORTAL

Erika Magali Flores Mora,*[‡] Jorge García Fabregat Padilla,*[§] Carlos Eduardo Chávez Pérez,*[¶] Víctor Manuel Sánchez Nava*^{||}

* Hospital Zambrano Hellion. ‡ Residente segundo año de Medicina del Enfermo en Estado Crítico. § Residente primer año de Medicina del Enfermo en Estado Crítico. ¶ Profesor adjunto del Programa de Subespecialidad de Medicina del Enfermo en Estado Crítico. || Profesor titular del Programa de Subespecialidad de Medicina del Enfermo en Estado Crítico.

Introducción: la evaluación precisa del volumen de líquidos en pacientes críticos, especialmente en aquellos con modificaciones en la circulación portal tras procedimientos quirúrgicos específicos, representa un desafío clínico importante. Los métodos tradicionales como la presión venosa central y la presión de oclusión de la arteria pulmonar presentan limitaciones en su fiabilidad, inducidas por alteraciones anatómicas y fisiológicas. La ultrasonografía renal, una técnica no invasiva y de fácil acceso, ha emergido como una alternativa prometedora para valorar la precarga y la congestión venosa sistémica, permitiendo una evaluación dinámica y repetible en el ámbito de la medicina crítica. **Objetivos:** evaluar la utilidad de la ultrasonografía renal para medir la precarga en pacientes postoperados con modificaciones en la circulación portal. Se pretende analizar la correlación de los parámetros ecográficos renales, como el patrón de flujo intrarrenal, con los métodos invasivos tradicionales y determinar su capacidad predictiva para mejorar la gestión hemodinámica en este grupo de pacientes. **Material y métodos:** se realizó un estudio retrospectivo, observacional, transversal y analítico en pacientes mayores de 18 años ingresados en la unidad de cuidados intensivos tras cirugías que alteran la circulación portal. Se incluyeron pacientes con monitoreo hemodinámico invasivo y evaluados con ultrasonografía renal en el periodo postoperatorio. La comparación de las mediciones ecográficas con los valores invasivos se realizó mediante análisis estadístico descriptivo, pruebas de hipótesis y modelos de regresión logística, considerando una significancia estadística de $p \leq 0.05$. **Resultados:** se incluyeron 10 pacientes, 70% hombres, con una edad promedio de 58.3 ± 18.9 años. El trasplante hepático fue la cirugía más frecuente (80%). Se observó una correlación significativa entre la forma de la curva de flujo venoso renal y parámetros hemodinámicos invasivos como la presión venosa central ($r = 0.841$, $p = 0.002$), la presión en cuña ($r = 0.801$, $p = 0.005$), las resistencias vasculares sistémicas indexadas ($r = -0.661$, $p = 0.037$) y el índice cardiaco ($r = 0.801$, $p = 0.005$). Se identificaron diferencias significativas en la PVC, la presión en cuña, las resistencias vasculares sistémicas indexadas y el índice cardiaco según el tipo de curva de flujo venoso renal. No se encontró correlación significativa con la variabilidad del volumen sistólico, el gasto cardiaco o la respuesta a la fluidoterapia. **Conclusión:** la ultrasonografía renal demuestra ser una herramienta prometedora y no invasiva para la evaluación de la precarga y la congestión venosa sistémica en pacientes con modificaciones en la circulación portal, especialmente en el contexto de trasplante hepático. La significativa correlación entre el patrón de flujo venoso renal y mediciones invasivas como la PVC y la presión en cuña sugiere que esta técnica podría ser utilizada como un predictor del estado de volumen. No obstante, se requiere de estudios con mayor tamaño de muestra para validar su utilidad en la gestión de la fluidoterapia y la predicción de respuesta a la misma.

ASOCIACIÓN DEL BALANCE DE LÍQUIDOS POSITIVO Y HEMODILUCIÓN CON LA NECESIDAD DE TRANSFUNDIR A PACIENTES CON CHOQUE SÉPTICO EN LA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA

María Verónica Quezada Patiño,*[‡] José Gustavo Barajas Ruiz[‡]

* Residente de segundo año de la Unidad de Terapia Intensiva. ‡ Jefe de la Unidad de Terapia Intensiva.

En la actualidad, la transfusión de hemoderivados en pacientes con choque séptico se ha ido inclinando a un enfoque restrictivo. Sin embargo, los niveles de hemoglobina se ven modificados por intervenciones propias de las unidades de terapia intensiva como la fluidoterapia, la cual afecta el balance hídrico y podría generar un efecto de hemodilución que aumente la necesidad de transfusión de hemoderivados. El objetivo del estudio fue determinar si el balance positivo modifica los valores de hemoglobina y, por lo tanto, la decisión de transfundir a los pacientes. Es un estudio retrospectivo, que incluyó 69 pacientes con diagnóstico de choque séptico y que tuvieron balance positivo a las 24, 48 o 72 horas. Posteriormente se investigó si el balance condicionaba el efecto de hemodilución y si

ese grupo de pacientes se transfundió o no con mayor frecuencia. Los resultados mostraron que la mediana de edad fue 68.5 años y el porcentaje de pacientes que se transfundieron fue del 33%. La mediana de hemoglobina fue de 10.7 g/dl (DE 2.2); los pacientes que se transfundieron fueron los que presentaron niveles iniciales más bajos de hemoglobina, con una diferencia de -2.31 g/dl; además, los pacientes que se transfundieron tuvieron un balance positivo en +557.75 mililitros, sin embargo, la tendencia a lo largo del tiempo fue hacia balances negativos. Se realizó un análisis de mediación entre el balance hídrico sobre la mortalidad y el factor de hemodilución, sin embargo, no hubo efecto directo ni indirecto sobre la mortalidad ($p = 0.98$). La conclusión del estudio fue que los pacientes con diagnóstico de choque séptico tienen balances inicialmente positivos y son los que presentan el efecto de hemodilución, sin embargo, se encontró que no existe relación en cuanto a la decisión de transfundir o no a los pacientes, sino que dependerá del contexto clínico, situación, comorbilidades y fase de reanimación.

UTILIDAD DE LA EXCURSIÓN Y ENGROSAMIENTO DIAFRAGMÁTICO VS ÍNDICE DE TOBIN COMO PREDICTOR DE ÉXITO DE EXTUBACIÓN EN EL PACIENTE CRÍTICO DE ALTO RIESGO EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

Alma Yaneth Jaime Zúñiga,* Carlos Eduardo Castañeda Vargas,† Ana Alicia Velarde Pineda§

* Médico residente del Servicio Medicina del Enfermo en Estado Crítico, Servicio de Terapia Intensiva del Hospital General Regional No. 180 del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Tlajomulco de Zúñiga, Jalisco. † Médico especialista en Medicina del Enfermo en Estado Crítico, Servicio de Urgencias, Unidad de Medicina Familiar No. 78, Guadalajara, Jalisco. § Médico Especialista en Medicina del Enfermo en Estado Crítico, Maestría en Gestión de la Salud, Jefatura de la Unidad de Cuidados Intensivos, Servicio de Terapia Intensiva, UMAE Hospital de Especialidades, Centro Médico Nacional de Occidente, Guadalajara, Jalisco.

Introducción: la ventilación mecánica es un procedimiento frecuente en las unidades de cuidados intensivos (UCI), utilizado entre el 40 y 95% de los pacientes críticos. Una vez resuelta la patología de base, resulta esencial evaluar el momento adecuado para el destete y lograr una extubación exitosa. El índice de Tobin se considera el estándar de oro por su practicidad, sin embargo, predice únicamente alrededor del 20% de los fracasos. La ecografía diafragmática, mediante la medición de la excursión y engrosamiento, se ha propuesto como herramienta más precisa para valorar este proceso. **Objetivo:** determinar la utilidad de la excursión y engrosamiento diafragmático frente al índice de Tobin como predictores de éxito de extubación en pacientes críticos de alto riesgo en la Unidad de Cuidados Intensivos. **Material y métodos:** estudio transversal, prospectivo y observacional, en el cual se buscó determinar la utilidad del grosor y excursión diafragmática realizando su medición a pie de cama y comparándolo con el índice de Tobin para predecir el éxito de extubación en pacientes críticos de alto riesgo. Se calculó una muestra de 80 pacientes, la cual incluyó el 10% de pérdidas estimadas. Las variables cualitativas se describieron con frecuencias y proporciones; las cuantitativas, con media y desviación estándar, o mediana e intervalo intercuartílico. Se calcularon sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo (VPP) y negativo (VPN) de cada prueba. Las diferencias se analizaron mediante la prueba de χ^2 . **Resultados:** del total de pacientes, el 38.8% fueron mujeres y 61.3% hombres, con mediana de edad de 38 años (24.8–52). El diagnóstico más frecuente fue traumatismo craneoencefálico (27.8%), seguido de choque séptico. El 68.8% logró extubación exitosa, mientras que la principal causa del fracaso fue de origen respiratorio (13.8%). La excursión y engrosamiento diafragmático mostraron sensibilidad de 100% y especificidad de 80% (VPP 75%, VPN 100%), con una adecuación en el 67.5% de ambas pruebas frente a una sensibilidad del 100%, especificidad de 31%, VPP de 75% y un VPN de 100% del índice de Tobin. Se encontró un destete exitoso en la totalidad de los pacientes, con hallazgos ultrasonográficos normales y un fracaso en el retiro de VMI en el total de los pacientes que mostraron hallazgos

anormales ($p = 0.000$). **Conclusión:** la ecografía diafragmática se muestra como un predictor eficaz de éxito en la extubación de pacientes críticos de alto riesgo. Se sugiere la realización de estudios más extensos para proporcionar una visión más profunda de su aplicabilidad y utilidad clínica.

INCIDENCIA DE SÍNDROME POST-UCI EN UNA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA

Pedro Alejandro Hernández Hernández,*† Pablo Pérez Martínez,*‡ Ulises W Cerón Díaz*¶

* Hospital Español «Alberto Villazón S», Ciudad de México, México. † Médico residente de la especialidad en Medicina Crítica. § Médico adscrito a la Unidad de Terapia Intensiva. ¶ Jefe de la Unidad de Terapia Intensiva.

Introducción: el síndrome post-UCI (SPUCI) constituye un conjunto de secuelas físicas, cognitivas y psicológicas que afectan a los sobrevivientes de enfermedades críticas, comprometiendo su funcionalidad y calidad de vida. Su incidencia en México aún es poco conocida. **Objetivo:** determinar la incidencia del SPUCI en pacientes adultos egresados de la Unidad de Terapia Intensivos (UTI), así como caracterizar sus manifestaciones clínicas y factores asociados. **Material y métodos:** se realizó un estudio observacional, prospectivo, descriptivo, y analítico. Se incluyeron pacientes ≥ 18 años con estancia mínima de 48 horas en UCI y egreso con vida entre abril y agosto de 2025. Se aplicaron instrumentos validados: *Medical Research Council* (MRC) para fuerza muscular, *Montreal Cognitive Assessment* (MoCA) para función cognitiva y *Depression, Anxiety and Stress Scale* (DASS-21) para el componente psicológico. El análisis multivariado se efectuó mediante regresión logística binaria, considerando variables demográficas y de exposición a cuidados críticos. **Resultados:** se incluyeron 53 pacientes, encontrándose una incidencia de SPUCI del 50.9%. Los pacientes con SPUCI presentaron más estancia en la UTI (137.2 ± 62.9 vs 68.3 ± 22.6 horas; $p < 0.001$) y mayor tiempo en ventilación mecánica (39.9 ± 56.1 vs 1.6 ± 5.5 horas; $p < 0.001$). En la evaluación multidimensional, el estrés fue la alteración psicológica más frecuente, mientras que la debilidad muscular adquirida en UCI destacó como el hallazgo físico más relevante. En el modelo ajustado, la estancia en UCI (OR 4.7; IC95% 2.8-8.0), la duración de la ventilación mecánica (OR 2.3; IC95% 1.28-4.11) y el sexo masculino (OR 2.18; IC95% 1.34-4.10) emergieron como predictores independientes del síndrome. El modelo de regresión logística binaria incluyó como predictores la edad, el sexo, la estancia en UCI, la duración de la ventilación mecánica, el uso de vasopresores y la exposición a ventilación mecánica como variable dicotómica. Este modelo mostró una excelente capacidad discriminativa para identificar pacientes con riesgo de síndrome post-UCI, con un área bajo la curva ROC (AUC) de 0.89 (IC95% 0.79-0.97). Dicho desempeño indica que, al comparar un paciente con y sin síndrome, el modelo clasifica correctamente al 89% de los casos, respaldando su utilidad clínica como herramienta de tamizaje y estratificación de riesgo. **Conclusión:** el SPUCI presenta una incidencia elevada en la población estudiada. El estrés psicológico y la debilidad muscular fueron los hallazgos más consistentes, mientras que la exposición prolongada a cuidados críticos se confirmó como el principal determinante del síndrome. Estos resultados subrayan la necesidad de implementar programas estructurados de detección y rehabilitación post-UCI en México, con énfasis en la valoración de la fuerza muscular y el tamizaje sistemático de síntomas emocionales.

VALORACIÓN DEL RIESGO NUTRICIONAL MEDIANTE ULTRASONOGRAFÍA EN PACIENTES CRÍTICAMENTE ENFERMOS: NUREST-MX TRIAL

Iveth Soledad Zamora Guevara,*† Jorge López Fermín,*‡ Carlos Ignacio Alfaro López,*§ Jesús Mauricio Olguín Hernández,*§ Ana Frine Espín Vega,*§ Héctor Miguel Falla Silva*‡

* Hospital de Alta Especialidad, Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), Veracruz.

† Residente de Medicina Crítica. § Adscrito de Medicina Crítica.

Introducción: la desnutrición y la pérdida acelerada de masa muscular en UCI se asocian con mayor mortalidad, días de ventilación mecánica y estancia prolongada. La ultrasonografía del músculo esquelético y del diafragma ofrece una evaluación a pie de cama, reproducible y sin radiación. **Objetivo:** estimar la utilidad diagnóstica y pronóstica de índices ultrasonográficos (grosor del vasto intermedio y recto femoral, área transversal del recto femoral, grosor y fracción de engrosamiento diafragmático) para predecir desenlaces clínicamente relevantes y para mejorar el desempeño de herramientas de tamizaje nutricional en UCI. **Diseño:** estudio prospectivo, longitudinal, en adultos ingresados a UCI (< 24 horas). **Medición ecográfica seriada en ingreso (D0), 72 horas (D3) y día 7 (D7), con tratamiento nutricional estándar según guías institucionales. Material y métodos:** cohorte de 60 pacientes con ~2% de datos faltantes (imputación múltiple). Se desarrolló un modelo base (clínico) y un modelo extendido (base + índices USG), con evaluación de discriminación (AUC), calibración (intercepto/pendiente), error (Brier) y utilidad clínica (DCA). Se aplicó penalización L2 (Ridge) y validación interna con *bootstrap*. **Resultados:** el modelo base alcanzó AUC 0.665 y Brier 0.174; el modelo extendido AUC 0.841 y Brier 0.140, con mejor calibración y beneficio neto en umbrales 0.05-0.50. Tras corrección por optimismo con *bootstrap*, el desempeño se atenuó (AUC aparente 0.83; AUC corregida ~0.68), apoyando la necesidad de validación externa. La Δ del área del recto femoral a D7 mostró punto de corte óptimo por Youden $\approx$ -35.33% (sensibilidad 0.857; especificidad 0.619) para mortalidad a 28 días. **Conclusión:** la integración de índices USG musculares y diafragmáticos mejora la discriminación y utilidad clínica sobre modelos puramente clínicos para predecir mortalidad en UCI. La corrección por optimismo sugiere cautela y refuerza la necesidad de cohortes más grandes y validación externa antes de la implementación rutinaria.

COMPARACIÓN DEL ÍNDICE PROCALCITONINA/ALBÚMINA VS MARCADORES DE INFLAMACIÓN COMO PREDICTORES DE MORTALIDAD EN TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO DE NOVIEMBRE DEL 2024 A JULIO DEL 2025

Celenys Bermúdez Lago,* Carlos Gálves Banda,†
Rolando García López,‡ Clotilde Fuentes Orozco,¶

Michael Bolívar Morfín Heredia,|| Isaí Adame Mondragón**

* Médico residente de Medicina del Enfermo en Estado Crítico, Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) Hospital General Regional (HGR) No. 58. † Médico especialista en Medicina del Enfermo Adulto en Estado Crítico. HGR No. 58. ‡ Médico residente de Medicina del Enfermo en Estado Crítico, IMSS HGR No. 196. ¶ Unidad de Investigación Biomédica 02, Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional de Occidente. Unidad Médica de Alta Especialidad. || Área de adscripción Urgencias Adultos del HG, subzona con MF No. 20, IMSS. ** Jefe del Departamento de HGZ06, IMSS. Área de Urgencias Adultos.

Introducción: en la actualidad, el traumatismo craneoencefálico (TCE) es un problema de salud pública que impacta de forma social y clínica al país. A nivel mundial, se estima que presenta una incidencia de 800 casos por cada 100,000 habitantes; hasta ahora los mecanismos inflamatorios no se comprenden en su totalidad. Un trabajo que compare distintos biomarcadores, como el índice procalcitonina/albúmina con el riesgo de mortalidad y otros marcadores, podría conducir a la identificación temprana de nuevos objetivos terapéuticos. **Objetivo:** comparar el índice procalcitonina/albúmina con otros marcadores de inflamación como predictores de mortalidad tales como proteína C reactiva, albúmina, índices PCR/albumina, neutrófilo/linfocito, en pacientes con traumatismo craneoencefálico. **Material y métodos:** estudio longitudinal de tipo prospectivo y analítico realizado en la unidad de cuidados intensivos (UCI). Se incluyeron a todos los pacientes con TCE que fueron evaluados a las seis horas de su ingreso hospitalario o a la UCI con biomarcadores de interés como proteína C reactiva, albúmina, índices PCR/albumina, neutrófilo/linfocito y procalcitonina/albumina. Con respecto al análisis estadístico, se realizarán análisis inferenciales a través de pruebas estadísticas como pruebas para grupos independientes

como: t de Student y U de Mann-Whitney; con relación al análisis de clase, se evaluarán a través de una χ^2 y un valor de $p < 0.05$ se considerará significativo. **Recursos e infraestructura:** los recursos económicos fueron provistos como parte de la atención clínica de los pacientes. En la UCI se hizo uso de expediente electrónico y las instalaciones intrahospitalarias. Respecto a los costos que se generan de forma directa para el grupo, no significarán mayor inversión puesto que se trata de insumos de papelería que serán costeados para el investigador. **Resultados:** en la población de estudio la mayoría eran hombres con $n = 45$ (65.2%); en la clasificación o gravedad del TCE, tanto los pacientes con una clasificación grave como moderado, reportaron una frecuencia muy similar con $n = 36$ (52.2%) y $n = 30$ (43.5%); respectivamente. Finalmente, se registraron $n = 18$ (26.1%) decesos en la población. Al realizar la comparación de acuerdo a cada uno de los valores bioquímicos con respecto al egreso del paciente, destacó que los parámetros de procalcitonina, PCR, índice PCR/albumina, procalcitonina/albumina e índice neutrófilo/linfocito evidenciaron resultados significativos $p \leq 0.05$. Al asociar la gravedad del TCE con el desenlace que tuvo el paciente, sobresalió que la mayor incidencia de mortalidad se presentó en el grupo grave, con $n = 15$ (41.7%) del total del grupo, en comparación con aquellos que sufrieron un TCE moderado, donde $n = 3$ (10.0%) fallecieron, lo que resultó en un resultado significativo $p = 0.008$. Se realizaron análisis de curvas de ROC; la de procalcitonina/albumina mostró como punto de corte del índice: 0.67 (sensibilidad de 83.3% y especificidad de 35.3%), con un resultado de $p = 0.037$. **Conclusión:** en el análisis independiente, de acuerdo con el desenlace los indicadores procalcitonina, procalcitonina/albumina y el índice neutrófilo/linfocito, mostraron valores mayores en los pacientes finados; además, la utilidad evaluada a través del área bajo la curva de procalcitonina, procalcitonina/albumina y neutrófilo/linfocito resultaron relevantes clínicamente en la población.

EFFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE LA NEOSTIGMINA COMO PROCINÉTICO EN ÍLEO ADQUIRIDO EN UCI: COHORTE RETROSPECTIVA

Alfredo de Jesús Anaya Ambríz,*† José J Zaragoza,*‡
Fernando Monera Martínez,*§ José Raúl Monzón Lozano,*¶
José Pablo Fernández Magaña,|| Gerardo Negrete Granado*||

* Hospital H+ Querétaro. † Residente de primer año del Departamento de Medicina Crítica. § Médico adscrito, Departamento de Medicina Crítica. ¶ Médico residente Urgencias Médico Quirúrgicas. Hospital General «Dr. Manuel Gea González», CDMX. || Médico pasante del Servicio Social.

Introducción: las alteraciones de la motilidad (íleo/seudoobstrucción) en unidad de cuidados intensivos son frecuentes. El desequilibrio autonómico respalda potenciar la transmisión colinérgica; la neostigmina muestra alta efectividad y seguridad, con bolos de respuesta más rápida que infusión y reducción del residuo gástrico frente a antieméticos/procinéticos. Persisten dudas sobre su papel procinético en UCI heterogénea. Se evaluó su efectividad y seguridad. **Material y métodos:** cohorte retrospectiva en UCI de tercer nivel. Adultos > 16 años, estancia > 24 horas, ingresados 01/01/2023-1/07/2025. Íleo definido pragmáticamente por uso de ≥ 1 procinético; se excluyó obstrucción mecánica. Comparación: otros procinéticos (metoclopramida, eritromicina, trimetbutina, prucaloprida) vs neostigmina (≥ 1 dosis, sola o combinada). **Resultados:** de 526 pacientes, 256 cumplieron criterios: 204 (79.7%) en control y 52 (20.3%) con neostigmina. No hubo diferencia en tiempo a primera evacuación (Log-rank $p = 0.137$). En el modelo ajustado, neostigmina no se asoció al desenlace: HR 0.80 (IC95% 0.55-1.17; $p = 0.257$). **Conclusión:** la neostigmina puede emplearse como rescate tras fracaso de medidas conservadoras, buscando respuesta rápida. Requiere monitorización continua y atropina disponible por riesgo de bradicardia. Elegir bolo vs infusión según objetivos y comorbilidades, dentro de abordaje multimodal (retirar fármacos ileoparalíticos, corregir electrolitos, movilizar precozmente). Se necesitan estudios prospectivos para definir indicaciones, dosis y selección.

UTILIDAD DE LA SANGRE OCULTA EN HECES EN LA TOMA DE DECISIONES EN PACIENTES CRÍTICOS: COHORTE RETROSPECTIVA

Daiana Sofía Fierro Núñez,*[‡] José J Zaragoza,*[§] Brenda Gutiérrez Zarco,[¶] Karina Ruby Andalón,^{||} Raúl Monzón Loes,*^{**} Adriana Mendoza Melo*^{‡‡}

* Hospital H+ Querétaro. [‡] Médico residente de primer año del Departamento de Medicina Crítica. [§] Médico adscrito, Departamento de Medicina Crítica. [¶] Médico residente de tercer año de Urgencias, Hospital General de Zona No. 1, Querétaro, Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). ^{||} Médico residente de segundo año de Anestesiología, Hospital General Regional No. 2, Querétaro, IMSS. ^{**} Médico adscrito, Departamento de Medicina Crítica. ^{‡‡} Jefa de Servicio, Laboratorio Clínico.

Introducción: la prueba de sangre oculta en heces (SOH) se solicita con frecuencia en pacientes críticos ante sospecha de sangrado gastrointestinal. Su utilidad real en la toma de decisiones clínicas es controversial, ya que un resultado positivo puede inducir intervenciones sin claro beneficio. **Material y métodos:** se realizó un estudio de cohorte retrospectivo en 314 pacientes ingresados a una UCI de tercer nivel entre enero de 2024 y mayo de 2025. Se conformaron tres grupos: SOH positiva (n = 62), SOH negativa (n = 13) y sin SOH (n = 239). El desenlace primario fue la realización de endoscopia; secundarios: necesidad de transfusión y mortalidad hospitalaria. **Resultados:** los pacientes con SOH positiva presentaron mayor gravedad basal y mayor prevalencia de sepsis. En el análisis multivariado, la SOH positiva se asoció con mayor probabilidad de transfusión (OR ajustado 3.39; IC95% 1.78-6.43; p < 0.001), pero no con la realización de endoscopia (p = 0.082) ni con la mortalidad hospitalaria. **Conclusión:** en pacientes críticos, un resultado positivo de SOH predice la necesidad de transfusión, pero no es un indicador independiente de endoscopia ni de mortalidad. Su utilidad como herramienta de decisión en la UCI es limitada y debe interpretarse en el contexto clínico global.

VALOR PREDICTIVO DE PRUEBAS DE COAGULACIÓN PARA REQUERIMIENTOS TRANSFUSIONALES EN PACIENTES CRÍTICOS: COHORTE RETROSPECTIVA

Alina Arechiga,*[‡] José J Zaragoza,*[§] Ma. de Montserrat González López Elizalde,*[¶] Lizzeth Torres López,*[§] Pablo Cambrón,*^{||} Job H Rodríguez Guillén*^{**}

* Hospital H+ Querétaro. [‡] Médico residente, Departamento de Medicina Crítica. [§] Médico adscrito, Departamento de Medicina Crítica. [¶] Jefa de Banco de Sangre. ^{||} Líder de proyecto, Departamento de Calidad. ^{**} Jefe de Servicio, Departamento de Medicina Crítica.

Introducción: la transfusión de plasma fresco congelado (PFC) y crioprecipitados es común en pacientes críticos, aunque las pruebas de coagulación convencionales (PCC) como INR, TTPa y plaquetas tienen uso frecuente. Este estudio evaluó su capacidad para anticipar requerimientos transfusionales. **Material y métodos:** se realizó una cohorte retrospectiva con 526 pacientes adultos ingresados a UCI (enero 2024-mayo 2025). Tras aplicar criterios de exclusión y depurar registros incompletos, 314 pacientes conformaron la cohorte final. El desenlace primario fue la transfusión de PFC o crioprecipitado en las primeras 48 horas. Se construyó un modelo de regresión logística con validación interna mediante *bootstrapping* (1,000 réplicas), evaluando discriminación (AUC) y calibración (Hosmer-Lemeshow). **Resultados:** de 314 pacientes con datos completos, 45 (14.3%) recibieron transfusión. El único predictor independiente fue el sangrado activo (OR 6.27; IC95% 2.47-15.93; p < 0.001). INR y plaquetas no fueron significativos. El modelo mostró AUC 0.69 (IC95% 0.60-0.77) y calibración adecuada (p = 0.17). **Conclusión:** las PCC tuvieron utilidad limitada para guiar transfusión; sólo el sangrado activo fue clínicamente relevante. Se apoya un enfoque restrictivo y la necesidad de pruebas hemostáticas funcionales más precisas.

PREECLAMPSIA CON CRITERIOS DE SEVERIDAD Y SU CORRELACIÓN CON LOS FACTORES ANGIOGÉNICOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

Martha Lilí Hernández González,*[‡] Felipe de Jesús Montelongo,[‡] Jonathan Galindo Ayala,[§] Rafael Tapia Velasco,[§] Aura Carmona Domínguez,[§] Blanca Estela Herrera Morales[¶]

* Médico residente del segundo año de la subespecialidad de Medicina del Enfermo en Estado Crítico. Instituto de Salud del Estado de México, IMSS-Bienestar. [‡] Jefe de servicio de la Unidad de Cuidados Intensivos, Hospital General «Las Américas». Instituto de Salud del Estado de México, IMSS-Bienestar. [§] Médico adscrito al Hospital General de Zona No. 197, IMSS-Oriente. Texcoco, Estado de México. [¶] Médico adscrito a la Unidad de Cuidados Intensivos, Hospital General «Las Américas». Instituto de Salud del Estado de México, IMSS-Bienestar. ^{||} Maestra en Ciencias, Hospital General Regional 196, IMSS-Oriente.

Introducción: la preeclampsia es una de las principales causas de morbimortalidad materna y perinatal. El desequilibrio angiogénico (factores pro- y antiangiogénico), caracterizado por el aumento del factor soluble tirosina quinasa-1 tipo fms (sFlt-1) y la disminución del factor de crecimiento placentario (PIGF), así como la alteración de la relación sFlt-1/PIGF, se han asociado con mayor severidad clínica de esta enfermedad. **Objetivo:** determinar la correlación entre los niveles séricos de sFlt-1, PIGF y su relación sFlt-1/PIGF con la presencia de disfunción orgánica en pacientes con preeclampsia con criterios de severidad que ingresaron a la unidad de cuidados intensivos. **Material y métodos:** se realizó un estudio prospectivo, transversal, descriptivo y analítico en pacientes con diagnóstico de preeclampsia con criterios de severidad, en el cual se analizaron los niveles séricos de los marcadores pro- y antiangiogénicos (y su relación) a su ingreso y cada 24 horas durante su estancia, evaluando su relación con la disfunción orgánica (hemodinámica, hematológica, neurológica, renal, hepática y pulmonar). Se calcularon curvas ROC para determinar sensibilidad y especificidad y puntos de corte asociados con disfunción orgánica. **Resultados:** se incluyeron 110 pacientes. Se encontró un punto de corte de sFlt-1 ≥ 518.5 pg/ml (día dos) que identificó disfunción hemodinámica con una sensibilidad 78% y especificidad 83.3%. La relación sFlt-1/PIGF mostró asociación con disfunción hematológica, con una sensibilidad de 83.3% y especificidad de 60.5% con un punto de corte de 58.99. **Conclusión:** los factores angiogénicos, en especial el sFlt-1 y la relación sFlt-1/PIGF, se asocian con la presencia de disfunción hemodinámica y hematológica en pacientes críticos con preeclampsia. Estos hallazgos refuerzan su utilidad como marcadores de severidad clínica y como herramienta complementaria para la estratificación de riesgo en la terapia intensiva general y obstétrica.

ÍNDICE DE FUGA CAPILAR COMO FACTOR DE RIESGO DE MORTALIDAD INDEPENDIENTE A SEVERIDAD

Rubén Yajaziel Méndez Cruz,*[‡] Gabriela Patricia Santana Hernández,*[§] Alberto Valles Guerrero,*[§] Carlos Alfredo Galindo Martín,*[¶]

* Hospital San Ángel Inn Universidad. [‡] Médico residente segundo año, Medicina Crítica. [§] Médico adscrito al área de Medicina Crítica. [¶] Licenciado en Nutrición, adscrito al área de Medicina Crítica.

El síndrome de fuga capilar (SFC) se define como un incremento agudo y reversible de la permeabilidad vascular, caracterizado por hipotensión, edema e hipovolemia, que puede progresar hacia falla orgánica múltiple. Esto explica la tríada clínica: choque por colapso vascular, hemoconcentración e hipoalbuminemia, frecuentemente acompañada de elevación de PCR. Una herramienta útil para estimar la magnitud de la fuga capilar es el índice de fuga capilar (IFC). Valores entre 2.5 y 25 son considerados normales, mientras que cifras > 61 se asocian a elevada mortalidad. En paralelo, la puntuación SOFA (*Sequential Organ Failure Assessment*) continúa siendo una escala estándar en unidades de cuidados intensivos para evaluar disfunción orgánica en seis sistemas: respiratorio, cardiovascular, hepático, coagulación, renal y neurológico. El SFC constituye un síndrome grave, de rápida evolución y alta mortalidad, cuyo reconocimiento temprano

es esencial. El IFC se establece como un factor pronóstico independiente que refleja la severidad de la disfunción endotelial y la permeabilidad vascular. Su aplicación, en conjunto con la puntuación SOFA, ofrece una evaluación integral de los pacientes críticos, facilitando la estratificación de riesgo, la toma de decisiones terapéuticas y el diseño de intervenciones destinadas a mejorar los desenlaces clínicos.

ASOCIACIÓN DEL MONITOREO CON PROCALCITONINA Y DESENLACES CLÍNICOS EN PACIENTES CRÍTICOS: COHORTE RETROSPECTIVO

Amy Yahoska Sevilla Valle,*[‡] José J Zaragoza,*[§]
Juan Pablo Cambrón Plata,*[¶] Dulce Karina Ramírez Bello,*[¶]
Marco Portillo Paraguirre,*^{¶¶} Job H Rodríguez Guillén*^{‡‡}

* Hospital H+ Querétaro. [‡] Residente de Medicina Crítica, Departamento de Medicina Crítica. [§] Director Médico, Departamento de Medicina Crítica. [¶] Líder de proyecto, Departamento de Calidad. ^{¶¶} Químico analista, Laboratorio Clínico. ^{¶¶} Adscrito al servicio de Medicina Crítica, Departamento de Medicina Crítica. ^{‡‡} Jefe del Departamento de Medicina Crítica.

Objetivo: evaluar la asociación entre una estrategia de monitoreo intensivo con PCT y la duración de la antibioticoterapia, además de otros desenlaces clínicos en UCI. **Material y métodos:** estudio de cohorte retrospectivo en adultos ingresados a UCI con sospecha de infección entre enero 2024 y mayo 2025. Se compararon dos grupos: monitoreo intensivo (≥ 2 mediciones de PCT) y monitoreo limitado (0-1). El desenlace primario fue la duración de la primera línea antibiótica; los secundarios incluyeron estancia en UCI, días de ventilación mecánica (VM), mortalidad hospitalaria e infecciones multidrogorresistentes (MDR). **Resultados:** se incluyeron 526 pacientes: 387 en monitoreo limitado y 139 en monitoreo intensivo. Este último grupo presentó mayor gravedad al ingreso (SAPS 3: 25.7 vs 8.0; $p < 0.001$) y más sepsis (47.5 vs 9.6%; $p < 0.001$). El monitoreo intensivo se asoció con menor probabilidad de suspensión de antibióticos (HR 0.53), alta de UCI (HR 0.35) y liberación de VM (HR 0.26). No hubo diferencias en mortalidad ni infecciones MDR. **Conclusión:** la estrategia intensiva con PCT se vinculó con mayor duración de antibióticos y soporte, reflejando la mayor complejidad clínica de los pacientes monitorizados intensivamente.

ASOCIACIÓN ENTRE EL USO DE VASOPRESINA Y EL DESARROLLO DE HIPONATREMIA EN PACIENTES CON CHOQUE SÉPTICO. ESTUDIO DE COHORTE

Víctor Antonio López Félix,*[‡]
Alfredo Aisa Álvarez,*[§] Janet Silvia Aguirre Sánchez,*[¶]
Braulia Aurelia Martínez Díaz,*^{¶¶} Brenda Cotero*^{‡‡}

* Centro Médico ABC. Departamento de Medicina Crítica. [‡] Residente de Medicina Crítica. [§] Médico adscrito de Medicina Crítica. [¶] Jefe del Departamento de Medicina Crítica, Campus Observatorio. ^{¶¶} Jefe del Departamento de Medicina Crítica, Campus Santa Fe. ^{‡‡} Médico Interno de Pregrado.

Objetivo: describir la asociación entre el uso de vasopresina y el desarrollo de hiponatremia en pacientes con choque séptico. **Material y métodos:** estudio de cohorte retrospectiva en pacientes críticos con choque séptico tratados con vasopresores entre enero de 2022 y mayo de 2025 en el Centro Médico ABC. Se dividieron en dos grupos: norepinefrina sola y norepinefrina más vasopresina. Se evaluó la incidencia de hiponatremia y desenlaces clínicos secundarios. Se aplicaron análisis descriptivos, regresión logística penalizada y análisis de sensibilidad mediante *propensity score*. **Resultados:** se incluyeron 69 pacientes (edad media: 71.6 años, 53.6% mujeres). La incidencia de hiponatremia fue de 11.4% en el grupo con vasopresina vs 2.9% con norepinefrina ($p = 0.356$). En el análisis ajustado, vasopresina mostró una tendencia a mayor riesgo de hiponatremia (OR = 1.51; IC95% 0.17-13.0; $p = 0.710$). Los pacientes con vasopresina presentaron mayor gravedad inicial, mayor uso de esteroides y diuréticos, así como mayor necesidad de ventilación mecánica (65.7 vs 29.4%; $p < 0.001$) y mayor mortalidad (45.7 vs 0%; $p < 0.001$). **Conclusión:** el uso de vasopresina en pacientes con choque séptico se asoció con una mayor incidencia

de hiponatremia, sin alcanzar significación estadística, y con mayor mortalidad. Estos hallazgos resaltan la necesidad de estudios con mayor tamaño muestral y prospectivos que confirmen la relación entre vasopresina e hiponatremia.

PRONÓSTICO DE FENOTIPOS DE SEPSIS OBTENIDOS POR MEDIO DE APRENDIZAJE AUTOMATIZADO NO SUPERVISADO EN LOS EXPEDIENTES DE PACIENTES EN MEDICINA INTERNA Y TERAPIA INTENSIVA

Ingrid Jackeline Mandujano Samayoa,*[‡]
Jessica Isabel Merlos Rico,*[‡] Hugo Enrique Cárdenas Castañeda,*[§]
Juan Pablo Ramírez Hinojosa,*[¶] Miguel Ángel Sosa Medellín^{¶¶}

* Hospital General «Dr. Manuel Gea González». [‡] Residente de segundo año de Medicina Crítica. [§] Médico subespecialista en Medicina Crítica. [¶] Médico especialista en Infectología. ^{¶¶} Médico subespecialista en Medicina Crítica, Unidad Médica de Alta Especialidad (UMAE), Instituto Mexicano del Seguro Social No. 21.

Introducción: la sepsis es un desorden complejo, el cual se entiende como un síndrome más que como una enfermedad, lo cual ha representado un reto mismo desde el momento de definirla. Por lo tanto, los ensayos clínicos que abordan su diagnóstico, pronóstico y sobre todo tratamiento han sido desafiantes y han resultado muchas veces en fracasos, pese a contar con un respaldo teórico robusto. Así pues, la definición de sepsis es muy común y amplia para un grupo heterogéneo de pacientes que no necesariamente tienen el mismo desorden. **Objetivo:** describir el pronóstico de los diferentes fenotipos de sepsis obtenidos mediante aprendizaje automatizado no supervisado y variables clínicas y bioquímicas accesibles durante las 12 primeras horas de estancia hospitalaria, en expedientes de pacientes ingresados a los servicios de medicina interna y terapia intensiva del Hospital General «Dr. Manuel Gea González» durante el periodo del 1 de enero de 2022 al 31 de diciembre de 2023. **Material y métodos:** estudio observacional, analítico, retrospectivo, transversal y retrolectivo con base en 387 expedientes de pacientes ingresados a los servicios de medicina interna y terapia intensiva con sepsis como causa de ingreso hospitalario, de acuerdo con el consenso SEPSIS 3. Por medio de aprendizaje automatizado no supervisado, se analizaron variables clínicas y bioquímicas a su ingreso para distinguir distintos fenotipos de sepsis, resultando en una nueva categorización de la enfermedad con utilidad pronóstica. **Resultados:** se categorizó a los 389 expedientes incluidos; 188 fueron categorizados como clúster 1 y 201 fueron catalogados como clúster 2, con una robustez de acuerdo con el índice de la silueta de 0.0696 y de acuerdo con el índice de Dunn de 0.1002459. En falla renal aguda, la misma se presentó en 77% ($n = 144$) de los pacientes en el clúster 1 y 55% ($n = 111$) de los pacientes en el clúster 2 ($\chi^2 = 19.649$, $p = 0.0004998$), mientras que la terapia de reemplazo renal se presentó en 20% ($n = 37$) de los pacientes en el clúster 1 y 4% ($n = 8$) de los pacientes en el clúster 2 ($\chi^2 = 23.408$, $p = 0.0004998$). **Conclusión:** en expedientes de pacientes con diagnóstico de sepsis, el análisis de variables clínicas y bioquímicas accesibles durante las primeras 12 horas, da como resultado una nueva categorización de sepsis con utilidad pronóstica en lo que respecta a falla renal y necesidad de terapia de reemplazo renal.

ANÁLISIS DE COSTOS EN TERAPIA INTENSIVA: ESTUDIO COMPARATIVO ENTRE PACIENTES NEUROCRÍTICOS Y NO NEUROCRÍTICOS

Zarahit Nelly Galicia Orihuela,*[‡] Carlos Jiménez Correa,*[§]
Pedro Luis González Carrillo,*[¶] Claudia Nelly Cruz Enríquez,*[§]
Deisy De Jesús Balcazar*[§]

* Unidad Médica de Alta Especialidad No. 1, Centro Médico Nacional del Bajío, León, Guanajuato. Unidad de Cuidados Intensivos. [‡] Médico residente segundo año en Medicina Crítica. [§] Médico Especialista en Medicina Crítica. [¶] Jefe de Servicio de la Unidad de Cuidados Intensivos.

Este es el primer trabajo de fármaco-economía en una unidad de cuidados intensivos mexicana. Expone los resultados de la investigación

de análisis de costos en terapia intensiva: estudio comparativo entre pacientes neurocríticos y no neurocríticos, cuyo objetivo fue comparar los costos por tiempo de estancia entre estas dos poblaciones. Considerando los costos y la demanda de recursos que caracterizan a las unidades de terapia intensiva, es de relevancia establecer un análisis sobre la optimización de recursos y la gestión de estancia hospitalaria, elementos clave en el control de costos en medicina y la capacidad de eficiencia en el servicio. De acuerdo con Carrasco, los servicios de medicina intensiva representan entre el 5-10% de camas hospitalarias, sin embargo, llegan a absorber insumos y recursos de hasta el 80% del presupuesto otorgado a unidades hospitalarias. Mediante un diseño descriptivo, longitudinal y analítico, se estudió una muestra por conveniencia de 43 pacientes en una unidad de terapia de tercer nivel entre diciembre de 2022 y febrero de 2023. La muestra se dividió en un grupo de pacientes neurocríticos ($n = 26$) y no neurocríticos ($n = 17$). Los costos directos e indirectos se calcularon utilizando los tabuladores del Diario Oficial de la Federación, adhiriéndose a los principios éticos de la Declaración de Helsinki. Los resultados mostraron que el grupo no neurocrítico, aunque de menor tamaño, presentó una edad promedio mayor y estancia hospitalaria significativamente más prolongada (8 vs 4.5 días). Esta mayor permanencia resultó en costos totales superiores para dicho grupo (\$7'814,760 MXN frente a \$6'755,083 MXN), impulsados por un mayor consumo de recursos como eventos quirúrgicos y radiografías. En contraste, el gasto preponderante en pacientes neurocríticos se concentró en estudios de tomografía. En conclusión, aunque el costo promedio por día fue ligeramente superior en el grupo neurocrítico, la duración de estancia fue el factor determinante del mayor costo global en el grupo no neurocrítico. Este estudio, pionero en su tipo en México, establece un precedente para futuras investigaciones sobre la optimización de recursos y subraya la gestión de la estancia hospitalaria como elemento clave en el control de costos en medicina intensiva.

UTILIDAD DEL ÍNDICE RESISTIVO RENAL E INTERLEUCINA 6 COMPARADO CON ESCALA ARMO PARA PREDECIR LESIÓN RENAL AGUDA EN PACIENTES CRÍTICOS CON SEPSIS

Fernanda Giselle López Alcalá,^{*‡} Carlos Jiménez Correa,^{*§} Kenia González Perales[§]

^{*} Unidad Médica de Alta Especialidad, Hospital de Especialidades No. 1, Centro Médico Nacional del Bajío, Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), León, Guanajuato, México. [‡] Residente de segundo año de Medicina Crítica. [§] Médico de base de Medicina Crítica.

Introducción: la lesión renal aguda (LRA) inducida por sepsis es un síndrome causado por infecciones o respuestas del cuerpo a éstas, en donde el diagnóstico mediante creatinina sérica y producción de orina puede ser limitado. **Objetivo:** evaluar la utilidad del índice resistivo renal (IRR) y la interleucina 6 (IL-6) comparado con la escala ARMO para predecir LRA en pacientes críticos con sepsis. **Material y métodos:** se realizó un estudio longitudinal, prospectivo, analítico a partir de pacientes atendidos en la unidad de cuidados intensivos (UCI) de la UMAE Bajío, León con sepsis, a los cuales se les realizó evaluación de escala ARMO, niveles séricos de IL-6, IRR, al ingreso a la UCI, durante el periodo de marzo 2025 a agosto 2025. Muestreo no probabilístico por casos consecutivos. **Resultados:** se incluyó a 47 pacientes con sepsis, reclutados de junio a agosto de 2025. La edad promedio fue de 48.7 años, con una ligera predominancia de mujeres (53.19%). Las comorbilidades más frecuentes fueron la hipertensión arterial sistémica (48%) y la diabetes tipo 2 (34.04%). El estudio identificó la edad, el sexo masculino, la necesidad de vasopresores, trombocitopenia, la presencia de falla hepática, la creatinina elevada, y niveles altos de IL-6 y puntuaciones de la escala ARMO como factores asociados con una mayor mortalidad en pacientes con sepsis. Se observó una correlación positiva moderada entre los niveles de IL-6 y la severidad de la LRA. El IRR mostró una capacidad diagnóstica limitada para predecir LRA, con un AUC de 0.60, mientras que la escala ARMO demostró un excelente rendimiento para predecir la LRA asociada a sepsis, con un punto de corte de cinco puntos y un AUC

de 0.96. **Conclusión:** la escala ARMO demostró ser el marcador más confiable para identificar a los pacientes en riesgo de desarrollar LRA en el contexto de la sepsis.

IMPORTANCIA DE LA AUTORREGULACIÓN VASCULAR CEREBRAL EN PACIENTES NEUROCRÍTICOS Y CRÍTICOS NO NEUROLÓGICOS

Cándida Yasmín Jiménez Guevara,^{*‡} Netzahualcóyotl González Pérez,^{*§} Griselda Villafuerte Toral,^{*¶} Lilia López Carrillo,^{*||} Ingrid Adriana Coronado Pérez,^{*,**} Lizaura Acuecuexatl Gómez Flores^{*,**}

^{*} Centro Médico ISSEMYM «Lic. Arturo Montiel Rojas», Toluca. [‡] Residente de segundo año de la especialidad en Medicina Crítica. [§] Especialista en Medicina Crítica y Terapia Intensiva Neurológica. Médico adscrito a Terapia Intensiva. [¶] Especialista en Medicina de Urgencias. Médico adscrito al Servicio de Urgencias. ^{||} Especialista en Medicina del Enfermo en Estado Crítico, Coordinadora de Urgencias y Terapia Intensiva. ^{**} Residente de primer año de la Especialidad en Medicina Crítica.

Introducción: la autorregulación vascular cerebral (AVC) protege al cerebro de variaciones inapropiadas del flujo sanguíneo cerebral (FSC), a pesar de grandes cambios en la presión arterial media (PAM). La pérdida de la AVC se asocia con un mal pronóstico en enfermedades críticas. **Material y métodos:** estudio observacional, prospectivo, longitudinal y comparativo que calculó la probabilidad de supervivencia individual acumulada a lo largo de 90 días con el método de Kaplan-Meier en pacientes neurocríticos y críticos no neurológicos con AVC intacta o perdida, identificando si existía diferencia significativa en la supervivencia entre grupos mediante la prueba Log-Rank. **Resultados:** se reclutaron 13 pacientes neurocríticos y 27 críticos no neurológicos; para el primer grupo, la supervivencia entre quienes tuvieron AVC intacta fue del 80%, frente a 62.5% para quienes tuvieron una AVC perdida; para el segundo grupo, la supervivencia entre quienes tuvieron AVC intacta fue del 75%, frente a 40% para aquellos con ACV perdida ($p = 0.026$). **Conclusión:** la supervivencia es mayor cuando la AVC se mantiene intacta, independientemente de si se trata de pacientes neurocríticos o críticos no neurológicos.

ASOCIACIÓN ENTRE DEBILIDAD MUSCULAR ADQUIRIDA EN PACIENTES CRÍTICAMENTE ENFERMOS MULTIRRESISTENTES: UN MODELO DE INTERACCIÓN COMPLEJA; MIRANDA TRIAL

Nancy Rubí Correa Beauregard,^{*‡} Jorge López Fermín,^{*§} Jennifer Ulloa Yépez,^{*‡} Manuel Martínez Roja^{*§}

^{*} Hospital de Alta Especialidad del ISSSTE, Veracruz. [‡] Residente de Medicina Crítica. [§] Adscrito de Medicina Crítica.

Introducción: la debilidad adquirida en UCI (DAUCI), medida por la escala MRC, es frecuente y se asocia con desenlaces adversos. Las infecciones por patógenos multirresistentes (MDR) incrementan la complejidad clínica. **Objetivo:** describir la carga y la severidad de DAUCI, sus trayectorias tempranas y su asociación con desenlaces en una cohorte UCI con MDR. **Diseño:** cohorte retrospectiva monocéntrica. **Material y métodos:** se analizaron 27 pacientes con aislamiento MDR (2024). Variables: MRC al ingreso, día tres y cinco; mortalidad hospitalaria; estancia UCI; APACHE II y SOFA. DAUCI severa: MRC < 36. Para n pequeño se usaron IC95% de Clopper-Pearson, pruebas exactas/no paramétricas y tamaños de efecto (Hedges g , r biserial). **Resultados:** mediana de edad 69 años (IQR 60.5-71.0); masculino 48.1% (IC95% 28.7-68.1). Mortalidad 29.6% (8/27; IC95% 13.8-50.2). DAUCI al ingreso fue muy prevalente (MRC < 48: 96.3%; MRC < 36: 63.0%, IC95% 42.4-80.6). El MRC descendió al día 3 (-10 puntos, mediana) y día 5 (-12 puntos). La mortalidad fue mayor con DAUCI severa (OR 6.30, IC95% 0.64-61.63; p de Fisher = 0.190), con tamaños de efecto moderados para SOFA ($g = 0.76$) y APACHE ($g = 0.44$). **Conclusión:** en pacientes UCI con MDR, la DAUCI es casi universal y empeora tempranamente. Aunque las estimaciones son imprecisas, la DAUCI severa se asocia a mayor riesgo de muerte.

Se requieren estudios confirmatorios con mayor tamaño muestral y modelos penalizados.

ASOCIACIÓN DEL ÍNDICE LEUCOGLUCÉMICO Y LA MORTALIDAD EN PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGÍA CARDIACA INGRESADOS EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

Fanny García Cruz,* Norma Lorena Nieto Flores,*
Vania Romero Zárate,* Daniela Ivonne Díaz Contreras,*
Diana Berenice Landa Vázquez,* Edith Ramírez Lara*†

* Unidad de Cuidados Intensivos (UCI). Hospital Unidad Médica de Alta Especialidad (UMAE), Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Puebla, México. † Jefa de División y Educación en Salud.

Introducción: la cirugía cardíaca es uno de los principales determinantes de admisión a la unidad de cuidados intensivos (UCI), ya que representa una alta mortalidad. Para valorar estos desenlaces, se han diseñado escalas pronósticas, entre las cuales destaca el APACHE II, sin embargo, su aplicación requiere de múltiples variables clínicas y fisiológicas, lo que dificulta su implementación en la práctica cotidiana; ante esta limitación, el índice leucoglucémico (ILG) surge como una herramienta práctica, rápida y de fácil obtención, capaz de predecir mortalidad en pacientes sometidos a cirugía cardíaca. **Objetivo:** correlacionar el ILG y la escala de APACHE II, al ingreso y a las 48 horas en pacientes sometidos a cirugía cardíaca. **Material y métodos:** se llevó a cabo un estudio observacional, longitudinal y prospectivo en pacientes mayores de 18 años sometidos a cirugía cardíaca. Se registraron las escalas APACHE II y el ILG al ingreso y a las 48 horas posteriores. Para ello, se utilizaron parámetros clínicos y paraclínicos necesarios para el cálculo de ambas escalas, además de la determinación de glucemia y recuento de leucocitos, calculándose de la siguiente manera: glucosa (mg/dL) $\times$ leucocitos (10^6)/1,000, en los mismos intervalos. Con la información obtenida se realizó el análisis estadístico correspondiente. Análisis estadístico: se aplicó la correlación de Pearson para evaluar la relación entre el ILG y la puntuación APACHE II al ingreso y a las 48 horas, determinando su grado de asociación y significancia estadística. Posteriormente, se empleó el análisis de supervivencia mediante curvas de Kaplan-Meier para valorar la mortalidad en la población estudiada. **Resultados:** se analizaron a 80 pacientes, encontrando una correlación entre el ILG y la escala de APACHE II, con una correlación positiva de magnitud leve al ingreso ($r = 0.225$; $p = 0.044$) y moderada a las 48 horas ($r = 0.563$; $p < 0.001$). El análisis de mortalidad en la UCI mostró que los pacientes con un ILG superior a 1.76 fallecieron en un periodo de tiempo de 12.92 días (IC95%: 11.7-14.02). **Conclusión:** el ILG se correlaciona con la mortalidad en pacientes sometidos a cirugía cardíaca.

COMPORTAMIENTO DEL TIEMPO DE ACELERACIÓN DE LA ARTERIA PULMONAR ANTE INCREMENTOS DE LA PEEP EN PACIENTES BAJO VENTILACIÓN MECÁNICA DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO

Freud Piaget Hernández Bielma,* Karen Harumi López Rodríguez,†
Marcos Vidals Sánchez,† Sergio Edgar Zamora Gómez,†
Nancy Alva Arroyo,† José Carlos Gasca López†

* Residente de segundo año de Medicina Crítica. Médico residente de Medicina Crítica del Hospital Juárez de México (HJM). † Médico intensivista adscrito al HJM.

El presente estudio analiza el impacto de la presión positiva al final de la espiración (PEEP) sobre la hemodinámica cardiopulmonar en pacientes bajo ventilación mecánica invasiva, con un enfoque particular en el tiempo de aceleración de la arteria pulmonar (TAAP) como parámetro ecocardiográfico no invasivo. Este estudio evaluó el impacto de los incrementos de presión positiva al final de la espiración (PEEP) sobre el tiempo de aceleración de la arteria pulmonar (TAAP) y parámetros hemodinámicos en pacientes bajo ventilación mecánica invasiva. Se incluyeron 35 pacientes con edad media de 48.6 ± 14 años, 53.3% de género masculino, con un índice de masa corporal promedio de 29.2 ± 7.5 . Las puntuaciones de gravedad al ingreso mostraron un

APACHE II medio de 16.1 ± 3.5 y un SOFA de 9.2 ± 3.1 . El 34.3% presentó síndrome de distrés respiratorio agudo (SDRA) como diagnóstico de ingreso, con una relación $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2$ media de 190.7 ± 45 . Durante la maniobra escalonada de PEEP (5, 10 y 15 cmH_2O), se observó una tendencia a la reducción del TAAP (118.4 ± 13.6 , 115.9 ± 13.5 y 112.8 ± 19.7 ms, respectivamente), así como una disminución progresiva de la onda S' (15, 14.6 y 13.9 cm/s). El TAPSE mostró estabilidad relativa, mientras que la PSAP y el TAPSE/PSAP mantuvieron valores sin cambios significativos. La distensibilidad estática (Cr_s) disminuyó de 39.7 ± 6.8 a 37.8 ± 8.7 mL/ cmH_2O conforme aumentó la PEEP. Los incrementos de PEEP se asociaron a disminución del TAAP y disminución de la onda S', sugiriendo desacoplamiento ventriculoarterial derecho, sin embargo, el análisis bivariado no identificó diferencias estadísticamente significativas con la muestra actual.

RATIO VENTILATORIO EN PACIENTES OPERADOS DE CIRUGÍA CARDIOTORÁCICA CON Y SIN FRACASO A LA EXTUBACIÓN

Melchicidéc García Ocaña, Juan Manuel Rodríguez Victoria,
Luis Enrique Morales Bello, Fanny García Cruz,
Diana Berenice Landa Vázquez, Edith Ramírez Lara

Unidad de Cuidados Intensivos. Hospital UMAE, Instituto Mexicano del Seguro Social, Puebla, México.

Introducción: la extubación en pacientes con ventilación mecánica invasiva (VMI) es frecuente en la unidad de cuidados intensivos (UCI), pero aún presenta considerables tasas de fracaso. El *ratio* ventilatorio (RV) es un índice utilizado para evaluar la eficiencia ventilatoria en el síndrome de distrés respiratorio agudo (SDRA), el cual ha sido subutilizado para predecir fracaso a la extubación en pacientes postquirúrgicos de cirugía cardiotorácica. **Objetivo:** comparar el *ratio* ventilatorio en pacientes con y sin fracaso a la extubación. **Material y métodos:** estudio descriptivo, observacional, comparativo, transversal, unicéntrico, prospectivo y homodémico realizado en pacientes de > 18 años operados de cirugía cardiotorácica. Se excluyeron a pacientes con extubación fortuita y traqueostomía. Se calculó el RV con la fórmula $\text{RV} = [\text{V}_e \text{ medido (mL/min)} \times \text{PaCO}_2] / (100 \times \text{peso predicho} \times 37.5)$ y se evaluaron las diferencias entre los pacientes con y sin fracaso a la extubación. Para el análisis descriptivo se utilizaron medias, medianas, frecuencias, porcentajes y valores mínimos y máximos; para comparar las medias del RV, se utilizó la prueba U de Mann-Whitney y, para variables categóricas, χ^2 . Analizamos el rendimiento del RV con curva ROC y la mortalidad con curva de Kaplan-Meier y se tomó un resultado estadísticamente significativo al valor $p < 0.05$. **Resultados:** se analizaron a 115 pacientes con una mediana de edad de 57 (18-82) años. Encontramos que ser mujer ($p = 0.039$), tener baja estatura ($p = 0.001$), bajo peso predicho ($p = 0.001$), hipotiroidismo ($p = 0.030$) y dosis subóptimas de milrinona ($p = 0.002$) favorecen el fracaso a la extubación. También un elevado volumen tidal ($p = 0.003$) y elevado volumen minuto ($p < 0.001$) disminuyen el porcentaje de *weaning* exitoso. Obtuvimos diferencias en el RV entre grupos de estudio; un $\text{RV} > 1.8$ mostró mejor rendimiento predictivo para fracaso a la extubación frente a la p01 y Yang y Tobin. Finalmente, la mortalidad fue mayor en pacientes con fracaso ventilatorio y $\text{RV} > 1.82$ (30.8) frente a $\text{RV} < 1.8$ (19.6%). **Conclusión:** el RV fue diferente en pacientes operados de cirugía cardiotorácica con y sin fracaso a la extubación.

ASOCIACIÓN ENTRE LA VARIACIÓN DE SODIO LAS 48 HORAS Y LA MORTALIDAD EN PACIENTES CON TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

Víctor Hugo Castro Cruz,* Carlos Jiménez Correa†

* Médico residente de Medicina del Enfermo en Estado Crítico, Unidad Médica de Alta Especialidad (UMAE), Hospital de Especialidades (HE) No. 1, Centro Médico Nacional (CMN) Bajío, León, Guanajuato, Instituto Mexicano del Seguro Social.

† Especialista en Medicina Crítica, UMAE HE No. 1 CMN Bajío, León, Guanajuato.

Introducción: el traumatismo craneoencefálico (TCE) es un problema de salud pública con alta incidencia y mortalidad. El sodio

es un electrolito clave en el equilibrio osmótico y en el manejo de la hipertensión intracraneal. Las disnatremias son frecuentes y se han asociado a mortalidades de hasta 86%, en parte por complicaciones como la diabetes insípida. **Objetivo:** determinar la relación entre la variación del sodio sérico a las 48 horas y la mortalidad en pacientes con lesión cerebral traumática en la unidad de cuidados intensivos. **Material y métodos:** estudio observacional, descriptivo, retrospectivo y analítico en pacientes con lesión cerebral traumática ingresados a la unidad de terapia intensiva de la UMAE HE No. 1 CMN Bajío, IMSS. Se registraron niveles séricos de sodio al ingreso y a las 48 horas, así como evolución clínica (supervivencia o defunción). Se incluyeron todos los casos consecutivos entre septiembre 2023 y marzo 2025. El análisis estadístico se realizó con SPSS v25. **Resultados:** se incluyeron 95 pacientes con TCE severo (edad media 40.9 años, 70.3% hombres), con una supervivencia global del 89% y mortalidad del 11%. El delta de sodio a 48 horas fue mayor en no sobrevivientes (7.5 vs 2.67 mEq/L; $p = 0.02$), con un AUC de 0.72 y punto de corte de 7.0 mEq/L (sensibilidad 70%, especificidad 75.3%). Un delta ≥ 6.0 mEq/L se asoció a lesión renal aguda (AUC 0.72; sensibilidad 83.3%, especificidad 67.4%). Los no sobrevivientes presentaron mayor uso de soluciones hipertónicas, más casos de LRA, peor oxigenación y mayor frecuencia de falla hepática y trombocitopenia. Además, mostraron puntuaciones más graves en SOFA, APACHE II y Marshall, y menor Glasgow inicial. La funcionalidad neurológica a 30 días fue significativamente mejor en sobrevivientes según Rankin y GOSE. **Conclusión:** el delta de sodio en las primeras 48 horas se identificó como un biomarcador dinámico temprano asociado a mortalidad y lesión renal aguda en pacientes con TCE severo. El monitoreo estrecho y la corrección controlada del sodio podrían optimizar el manejo y mejorar la sobrevida y los desenlaces funcionales.

SEGURIDAD Y EFICACIA DE LA SEDACIÓN INHALADA POR DISPOSITIVO ANACONDA VERSUS SEDACIÓN INTRAVENOSA EN PACIENTES CRÍTICOS BAJO VENTILACIÓN MECÁNICA INVASIVA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

Victoria Martínez Estrada, *† Janet Silvia Aguirre Sánchez, *§

Braulia Martínez Díaz, *§ Reyna Carbajal Serrano *¶

* The «American British Cowdray» Medical Center, I.A.P., Unidad de Terapia Intensiva. † Residente de Terapia Intensiva. § Jefa del Departamento de Medicina Crítica, Profesora Titular del Curso de Especialización en Medicina Crítica.

¶ Médico adscrito al servicio de Medicina Crítica del Centro Médico ABC.

Introducción: la sedación en las unidades de cuidados intensivos (UCI) es esencial para los pacientes en estado crítico, sobre todo por la ventilación mecánica y los procedimientos invasivos o terapéuticos que se llevan a cabo, los cuales aumentan el grado de estrés y ansiedad; está relacionada con el resultado clínico, la duración de la VM y la estancia del paciente en la UCI. Los sedantes inhalados ofrecen beneficios, como un despertar y una extubación más rápidos; por tal motivo, debe ser la primera opción de sedación en pacientes que requieren mantener sedación ligera y moderada, sedación difícil, en paciente con síndrome de distrés respiratorio agudo (SDRA), broncoespasmo severo y en pacientes que requieran valoraciones neurológicas frecuentes. Además, considerar su uso en pacientes con estatus asmático y estatus epiléptico superrefractario. Al ofrecer estas ventajas significativas, el uso de sedantes inhalados permite un enfoque personalizado y controlado para optimizar la sedación en la UCI. **Objetivo:** demostrar la seguridad y eficacia de la sedación inhalada por medio de dispositivo anaconda versus sedación intravenosa en pacientes críticos bajo ventilación mecánica invasiva en la UCI del centro médico ABC. **Material y métodos:** estudio observacional, longitudinal, comparativo, cohorte ambispectiva, unicéntrico, de junio del 2024 a junio del 2025. Se incluirán todos los pacientes bajo ventilación mecánica invasiva que requieran sedación inhalada con el dispositivo Anaconda; se compararán con un brazo control seleccionado con un muestreo probabilístico. **Resultados:** se incluyó una muestra total de 17 pacientes, de los cuales la mediana de edad fue 59.7 ± 19.1 (27-96), 52.9% ($n = 9$) del sexo femenino; las comorbi-

dades más frecuentes fueron diabetes mellitus tipo 2, en 29% ($n = 5$), e hipertensión arterial sistémica, en 23.5%. El motivo de ingreso más frecuente fue estatus epiléptico, en un 23.5% ($n = 4$). En las escalas de gravedad APACHE 14 (10-21) y SOFA 8 (7-10), los pacientes con sedación inhalada obtuvieron un porcentaje de 41.2% ($n = 7$), de los cuales 11.8% ($n = 2$) utilizaron sevoflurano y el 29.4% ($n = 5$) fue isoflurano. El 100% ($n = 17$) utilizaron sedación intravenosa, de los cuales el 52.9% ($n = 9$) utilizaron propofol y un 35.3% ($n = 6$) utilizaron dexmedetomidina con una dosis de 0.13 ± 0.19 (0.10-0.55). El 94.1% ($n = 16$) de los pacientes utilizaron analgesia con fentanilo, con una dosis de 1.4 ± 0.52 (0.50-2.40). El porcentaje de los pacientes que utilizaron vasopresina antes de la sedación fue de 58.8% ($n = 10$). El 58.8% ($n = 10$) de los pacientes ameritaron vasopresor durante sedación; el 70.6% ($n = 12$) ameritaron norepinefrina a una dosis de 0.08 ± 0.09 (0.1-0.26) y el 47.1% ($n = 8$) ameritaron vasopresina con una dosis de 0.02 ± 0.02 (0.01-0.06). Las complicaciones más frecuentes fueron hipotensión arterial, en el 52.9% ($n = 9$), y bradicardia, en el 5.9% ($n = 1$) de los pacientes. El 23.5% ($n = 4$) de los pacientes presentaron delirium. La mortalidad fue del 23.5% ($n = 4$). Se realizó comparación de la sedación intravenosa más sedación inhalada contra sedación intravenosa, donde se comparó cada variable contra dos grupos: grupo 1, pacientes con sedación inhalada y grupo 2, pacientes con sedación intravenosa. El sexo más frecuente fue el femenino, sin diferencia estadísticamente significativa, con una $p = 0.77$. Las escalas de gravedad, sin diferencia estadísticamente significativa, con una $p = 0.05$ para la escala de SOFA y una $p = 0.96$ para APACHE. Al comparar las escalas para evaluar el nivel de sedación en los dos grupos sí hubo una diferencia estadísticamente significativa, con una $p = 0.02$, que consiste en el cálculo del RASS y el valor del BIS (índice bispectral). Los pacientes con sedación intravenosa requirieron más analgesia con fentanilo, con una $p = 0.01$, con significancia estadística. **Conclusión:** la sedación inhalada demostró ser una alternativa segura y eficaz frente a la sedación intravenosa, con perfiles comparables de estabilidad hemodinámica y control del nivel de sedación. Con dosis bajas de sedación inhalada se obtiene sedación más profunda, con un BIS entre 30-40, lo que permite un menor uso de medicamentos sedantes, analgesia, y disminuye el requerimiento de vasopresor. No se encontraron diferencias significativas en cuanto a la incidencia de eventos adversos graves; sin embargo, la sedación inhalada se asoció con una menor frecuencia de ajustes de dosis y menor necesidad de fármacos adyuvantes. Desde el punto de vista de la gestión de recursos, la sedación inhalada puede representar un beneficio, al reducir el consumo de fármacos intravenosos y facilitar la titulación, aunque se requiere considerar el costo del equipamiento especializado. Se recomienda realizar estudios multicéntricos con mayor tamaño de muestra y seguimiento a largo plazo para confirmar la superioridad o equivalencia de cada modalidad de sedación, así como su impacto en los desenlaces clínicos y económicos.

RETIRO TEMPRANO DE SEDACIÓN EN LESIÓN CEREBRAL AGUDA: COHORTE DE UCI Y DESENLACES CLÍNICOS; NEUROWAKE TRIAL

Blanca Flor Zavaleta Hernández, *†

Jorge Vargas González, *† Jennifer Ulloa Yépez, *†

Edgar Torres Muñoz, *† Joyce Carolina Díaz Hernández, *†

Jorge López Fermin *§

* Hospital de Alta Especialidad ISSSTE, Veracruz. † Residente de Medicina Crítica. § Adscrito de Medicina Crítica.

Introducción: la duración de la sedación en LCA podría impactar ventilación, estancia y recuperación neurológica. **Objetivo:** estimar la asociación entre retiro temprano (≤ 4 días) de sedación y desenlaces clínicos en UCI. **Diseño:** cohorte retrospectiva. **Material y métodos:** exposición: retiro temprano ($\leq$ mediana de días de sedación). Desenlaces: mortalidad, días de ventilación y UCI, reintubación, traqueostomía y cambio en Glasgow (GCS). Continuas: mediana [IQR], diferencia de medianas con *bootstrap* (IC95%). Binarias: riesgos y RR con corrección de Haldane. **Resultados:** mediana de edad 56 [40-

61]; hombres 68%. Días de sedación: 4 [1-6]. Frente a retiro tardío, el retiro temprano mostró menos días de ventilación (mediana 3 vs 9, $\Delta = -6$; IC95% -9 a -3), menor estancia en UCI (4 vs 12.5, $\Delta = -8.5$; IC95% -13 a -3), mayor GCS al alta (13 vs 7.5, $\Delta = +5.5$; IC95% 1.0 a 7.0). Mortalidad: 7.7 vs 58.3%, RR 0.13 (IC95% 0.02-0.92). Reintubación: 7.7 vs 41.7%, RR 0.18 (0.03-1.36). Traqueostomía: 38.5 vs 100%, RR 0.41 (0.21-0.79). **Conclusión:** en esta cohorte pequeña, el retiro temprano se asoció con menos ventilación y estancia, mejor estado neurológico y menor mortalidad. Se requieren estudios controlados; no obstante, la magnitud de efecto respalda protocolos de reducción y retirada temprana vigilada.

CORRELACIÓN ENTRE DELTA DE CO2 E ÍNDICE DE PERFUSIÓN PERIFÉRICA EN CHOQUE CARDIOGÉNICO EN UCI

Luis Enrique Morales Bello, Susana Aurora Hernández Novelo, Melchicidéc García Ocaña, Cesia Ocampo Ocampo, Marcos Osvaldo Molina Chávez, Edith Ramírez Lara

Unidad de Cuidados Intensivos. Hospital UMAE, Instituto Mexicano del Seguro Social, Puebla, México.

Introducción: el choque cardiogénico (CC), es un estado de hipoperfusión con una elevada tasa de mortalidad. El índice de perfusión periférica (IP) podría ser un indicador valioso para la detección temprana de hipoperfusión tisular, al igual que el delta de CO₂, lo que podría mejorar la pertinencia en el seguimiento y manejo del CC. **Objetivo:**

correlacionar el delta de CO₂ y el índice de perfusión periférica en pacientes con choque cardiogénico en la unidad de cuidados intensivos (UCI). **Material y métodos:** estudio observacional, descriptivo y correlacional, de diseño longitudinal y prospectivo, que incluyó a pacientes mayores de 18 años con CC. Se realizó la evaluación del estado de perfusión periférica utilizando el *Oximeter-01*, *Blackultra* para medir el IP; también se midió el delta de CO₂ al ingreso y a las seis horas. Para el análisis descriptivo, se usaron medidas de tendencia central y dispersión en variables cualitativas y, para variables cuantitativas, frecuencias y porcentajes. Para el análisis inferencial se utilizaron la correlación de Spearman y la prueba T pareada. Se tomó como significancia estadística un valor $p < 0.05$. **Resultados:** se estudió a 49 pacientes con CC. La mayoría de los participantes eran hombres (73.9%), con una media de edad de 58 años. Las principales comorbilidades fueron el sedentarismo (91.30%) y la HAS. Según la clasificación de SCAI, el grado C fue el más frecuente (45.70%). La correlación entre el IP y el delta de CO₂ al ingreso fue débil y no significativa ($\rho = 0.194$, $p = 0.196$), al igual que a las seis horas; sin embargo, hubo diferencia en los valores del IP al ingreso y a las seis horas ($t = 3.47$, $p = 0.001$). **Conclusiones:** no encontramos correlación entre el IP y el delta de CO₂, pero el IP podría ser un buen método de estimación de la hipoperfusión en pacientes con CC, siempre y cuando se controlen algunas variables clínicas y se utilice un dispositivo validado para realizar esta determinación. Se necesitan más estudios al respecto.



Resúmenes de Trabajos Libres (modalidad oral)

Free Papers Abstracts (oral modality)

CARACTERIZACIÓN DEL SÍNDROME RIÑÓN-PULMÓN EN LA UCI

Osvaldo Alexis Marché Fernández,* Mauricio González Hernández,* José Carlos Gasca Aldama,* Enzo Christopher Vásquez Jiménez,† Mónica Libertad Moya Alfaro§

* Unidad de Cuidados Intensivos Adultos, Hospital Juárez de México (HJM). † Nefrología, HJM. § Neumología, Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias Ismael Cosío Villegas.

Introducción: el síndrome riñón pulmón representa una constelación de diferentes patologías las cuales causan glomerulonefritis rápidamente progresiva junto con hemorragia alveolar difusa. La principal patología causante de este síndrome son las vasculitis asociadas a ANCA (70%); sin embargo, no existe ningún estudio latinoamericano que hable de su incidencia o caracterización en la UCI. **Objetivos:** determinar la frecuencia, características clínica y mortalidad a 30 días de los pacientes con síndrome riñón-pulmón en la UCI. **Material y métodos:** estudio de tipo retrospectivo observacional que incluyó a todos los pacientes ingresados en la UCI con diagnóstico de síndrome riñón-pulmón de enero 2022 a agosto 2025. **Resultados:** se reclutaron un total de 12 pacientes, de los cuales 41% son mujeres, la enfermedad autoinmune que mayormente presentaron fue LES (58.3%), seguido de vasculitis asociada a ANCA, 50% de los pacientes requirió terapia de reemplazo renal continua, con 91.6% necesitando recambio plasmático terapéutico. La media de estancia en la UCI fue de 12.9 días. La mortalidad a 30 días fue de 33.3%, con media de APACHE de 19.9 puntos, SOFA 9.7 puntos, y SAPS 41.6 puntos. **Discusión:** a pesar de que la literatura internacional reporta que la mayor frecuencia de síndrome riñón pulmón corresponde a vasculitis asociada a ANCA, en nuestra población se encontró mayor prevalencia de LES. La mortalidad se reporta hasta 50%, siendo ligeramente inferior en nuestra población gracias al uso de terapias extracorpóreas, las cuales han demostrado beneficio en este tipo de pacientes.

PERFIL ECOCARDIOGRÁFICO DE SUBFENOTIPOS EN SDRA

Eduardo Rodríguez Puente, Freud Piaget Hernández Bielma, Yanelli Estrella Morales Vargas, Mauricio González Hernández, José Carlos Gasca Aldama

Unidad de Cuidados Intensivos, Hospital Juárez de México.

El SDRA se caracteriza por insuficiencia respiratoria aguda hipoxémica (< 7 días), afectación pulmonar no explicado por sobrecarga y relación $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2 < 300$ mmHg. Se propone una clasificación: subfenotipo A o hipoinflamatorio y subfenotipo B o hiperinflamatorio, este último de mayor mortalidad caracterizado por una respuesta proinflamatoria desencadenante. Duggal y colaboradores (2022) diferencian los subfenotipos de acuerdo con nueve variables clínico-bioquímicas: FC, FR, TAM, bilirrubina total, HCO_3^- , creatinina, PaO_2 , pH y FiO_2 , para implementar el tratamiento oportuno; el subfenotipo B cursa con resultados más desfavorables y mayor mortalidad a los 28 y 60 días. Sin embargo, se sospecha que la interacción corazón-pulmón, puede verse afectada y progresar a falla ventricular. Nuestro objetivo es comparar el perfil ecocardiográfico en pacientes con SDRA de acuerdo con sus subfenotipos. Dentro de los resultados, se incluyeron a 34 pacientes, subfenotipo A (19) y subfenotipo B (15), dentro del perfil ecocardiográfico resultó: velocidad IT 1.17 ± 0.76 vs 1.33 ± 1.42 , TAPSE 19 ± 2 vs 20 ± 4 , Onda S' 14.5 ± 3.7 vs 13.7 ± 2.7 , PSAP 16.7 ± 8.9 vs 28.4 ± 13.9 . En este estudio no hubo significancia estadística, aunque se requiere una mayor población para determinar buenos resultados.

COAGULOPATÍA DUAL Y CHOQUE HIPOVOLÉMICO

Alejandra Cedillo Lárraga, Marcelino Vázquez Melchor, Mario Del Moral Armengol, Nandyelly San Juan Román

Hospital de Especialidades «Dr. Antonio Fraga Mouret», Centro Médico Nacional La Raza.

Introducción: la trombastenia de Glanzmann afecta la agregación plaquetaria debido a anomalías en la glicoproteína IIb/IIIa, mientras que la enfermedad de von Willebrand el defecto está en dicha proteína. La coexistencia de ambas es rara y ha sido reportada principalmente en población árabe con antecedentes de consanguinidad. **Objetivo:** presentar un caso clínico de coagulopatía dual en un paciente crítico, destacando su complejidad diagnóstica y terapéutica. **Material y métodos:** mujer de 50 años con antecedente de disfunción plaquetaria desde la adolescencia, caracterizado por menorragia y gingivorragia, con diagnóstico presuntivo de trombastenia de Glanzmann. Ingresó por cólico biliar, requiriendo colecistectomía. Durante la cirugía presenta hemorragia (1,100 mL) que requiere empaquetamiento y dos procedimientos adicionales con sangrado acumulado de 2,750 mL, sin lograr hemostasia. Ingresó a terapia intensiva con choque hipovolémico. **Resultados:** se observan tiempos de coagulación fuera del rango de medición, ROTEM con resultado normal. Agregometría plaquetaria con ristocetina 10%, Citometría de flujo: integrinas plaquetarias intensidad media de fluorescencia del 13%, FVIII 206%, VWF:Ag 168%. Recibió tratamiento con factor VIIa, factor VIII, desmopresina, ácido tranexámico, aféresis plaquetarias, plasmas frescos congelados y soporte hemodinámico. **Discusión:** el manejo de estas coagulopatías combinadas requiere terapias múltiples y dirigidas que restauran la coagulación a distintos niveles fisiopatológicos.

ÚLCERA AÓRTICA EN TERAPIA INTENSIVA

Sergio Alberto Margalli Vázquez, Abraham García Zamorano, Janet Aguirre Sánchez, Brailia Aurelia Martínez Díaz, Arturo Fuentes

Departamento de Medicina Crítica, Centro Médico ABC. Ciudad de México.

Introducción: la úlcera penetrante de aorta (2-7% prevalencia) es caracterizada por ulceración de una placa aterosclerótica, generalmente en región medial e inferior. Riesgo ruptura 33 a 75%. La mayoría de los pacientes son hombres, geriátricos, fumadores, con múltiples comorbilidades. Se presenta un caso de presentación atípica en la UTI. **Objetivo:** demostrar un caso de poca incidencia y mucha relevancia en la UTI. **Caso clínico:** mujer de 69 años con antecedente de HAS, DM, aracnoidocele selar y adenoma adrenal izquierdo. Sufrió pérdida del estado de alerta, ingreso a urgencias y protocolización en piso de MI sin encontrar causa. Durante su estancia inició con dolor abdominal 5/10, detectando mediante angiotomografía infarto esplénico y trombosis de úlcera aórtica. Se colocó endoprótesis. Posteriormente tuvo trombosis de arteria femoral. **Resultados:** se concluyó trombosis arterial femoral aguda bilateral, úlcera penetrante de aorta torácica, infarto esplénico, síncope en estudio ECG 1 punto. Con respuesta favorable a manejo médico quirúrgico. **Discusión:** hay pocos reportes de úlceras aórticas que se detecten y traten a tiempo, en este caso la paciente tuvo complicaciones asociadas, por lo que aporta valioso conocimiento al manejo de casos complejos. **Conclusión:** caso clínico complicado en cuanto a diagnóstico, tratamiento y pronóstico, respondió adecuadamente a manejo. Se egresó sin complicaciones.

EVALUACIÓN DIAFRAGMÁTICA EN EL OBESO CRÍTICO

Armando González Segovia

Hospital de Especialidades No. 1, Centro Médico Nacional del Bajío.

Introducción: la disfunción diafragmática tiene una incidencia alta en pacientes críticos como resultado tanto del desuso/atrofia durante la ventilación mecánica. La ecografía diafragmática es útil para diagnosticar la disfunción diafragmática a expensas del grosor y excursión. Se espera una relación entre estos valores y el pronóstico del éxito en el destete ventilatorio en el paciente obeso. **Objetivo:** evaluar la asociación de la excursión y grosor diafragmático como factor pronóstico del destete ventilatorio exitoso en el paciente obeso crítico. **Material y métodos:** estudio observacional, prospectivo, descriptivo, analítico en pacientes obesos, bajo ventilación mecánica invasiva por cualquier causa sometidos a una evaluación sonográfica del diafragma (excursión y grosor) para determinar su utilidad como predictor en la decanulación exitosa. **Resultados:** en el análisis de la curva de ROC pudimos observar en cuanto al grosor diafragmático para predecir un éxito en la decanulación un valor de AUC 0.78 con un intervalo de confianza de 95%. El valor para la excursión diafragmática para predecir una decanulación exitosa se obtuvo un AUC 0.70 con un intervalo de confianza de 95%. **Discusión:** Varón-Vega y colaboradores mostraron una AUC-ROC de 0.83 y 0.87 en los grupos de IMC 30 kg/m² para predecir éxito en la decanulación, no difiere en cuanto a los resultados de nuestra población. **Conclusiones:** nuestro estudio demuestra que existe una relación directamente proporcional en cuanto a los valores del grosor y la excursión diafragmática para predecir una decanulación exitosa en el paciente obeso crítico.

D-NORSE POR ENCEFALITIS ANTI-NMDA: REPORTE DE CASO

Karel Zertuche López, Ada Berenice Vargas Ortiz, Liliana Ponce Baños, Ivonne Elizabeth Montoya Martínez, María Dioselina Ruiz Barrera

Hospital Regional de Alta Especialidad de Ixtapaluca.

Introducción: la encefalitis autoinmune antirreceptor NMDA es una patología neurológica grave, descrita con mayor frecuencia en mujeres jóvenes. Se caracteriza por inicio agudo de síntomas psiquiátricos, alteraciones conductuales y crisis epilépticas. En ocasiones se asocia a neoplasias, principalmente teratomas ováricos. Su diagnóstico suele retrasarse por la similitud con enfermedades psiquiátricas o infecciosas. El reconocimiento oportuno y la confirmación mediante detección de anticuerpos específicos resultan fundamentales. En la última década, las terapias inmunomoduladoras han mejorado significativamente el pronóstico de estos pacientes. **Objetivo:** describir la evolución clínica y la respuesta terapéutica de un caso de encefalitis autoinmune antirreceptor NMDA, resaltando la importancia del diagnóstico precoz y el manejo multidisciplinario en terapia intensiva. **Material y métodos:** estudio observacional y descriptivo. Mujer de 23 años previamente sana, que inició con cefalea y cambios conductuales. Fue diagnosticada inicialmente con delirium metabólico y evolucionó a estatus epiléptico, requiriendo ingreso a la UCI. Se documentó anticuerpo antirreceptor NMDA positivo y tomografía pélvica con *anexo* derecho de 8.3 mL. Recibió plasmáferesis, dieta cetogénica y rituximab, con evolución clínica favorable. **Discusión:** la encefalitis antirreceptor NMDA es infrecuente; el diagnóstico temprano es esencial. El estatus epiléptico representa una complicación grave. La inmunoterapia con rituximab demostró eficacia, confirmando su utilidad como alternativa terapéutica.

CONGESTIÓN VENOSA Y PULSATILIDAD DE LA VENA PORTA

Edgar Ulises Téllez Agraz, Paola de Guadalupe Villa Cortés, Roxana Vázquez Ramírez, Diana Graciela Rosales Sánchez

UMAE No. 25, Instituto Mexicano del Seguro Social. Monterrey, Nuevo León.

Introducción: la congestión venosa es frecuente en la UCI y compromete la perfusión orgánica. El manejo clásico se centra en gasto cardíaco y presión arterial, pero la ecografía permite evaluar la congestión. La variabilidad de la vena porta (PI = [Vmáx.-Vmn.]/Vmáx.) se asocia con sobrecarga y respuesta a la depleción. **Objetivo:** determinar la correlación entre congestión venosa y variabilidad de la vena porta por ultrasonido. **Material y métodos:** estudio observa-

cional, analítico y prospectivo en la UCI UMAE No. 25. Se aplicaron análisis descriptivos y se evaluó el valor predictivo de mortalidad con sensibilidad, especificidad, VPP, VPN y curva ROC. **Resultados:** la pulsatilidad fue < 30% en 36% (leve), 30-50% en 45% (moderada) y > 50% en 19% (severa), el balance hídrico no fue buen parámetro, encontrándose balances bajos con congestión o positivos sin ella. La congestión se correlacionó con sobrecarga clínica (> 10% peso, líneas B, VCI > 20 mm), complicaciones (LRA, EAP), necesidad de tratamiento y mayor mortalidad. **Discusión:** casi la mitad presentó congestión moderada y un quinto severa. La vena porta pulsátil anticipa intolerancia a líquidos y riesgo de LRA y EAP, como refieren Rola y colaboradores. La ecografía brinda una evaluación más fiel que el balance o el peso. Incorporar pulsatilidad de vena porta, VCI y líneas B debería ser rutina en la UCI como guía diagnóstica y terapéutica.

ENDOCARDITIS Y EMBOLIA SÉPTICA: REPORTE DE UN CASO

Cristina Iglesias-Figueroa, Ángel Antonio Sarabia Collazo, Carlos Eduardo Chávez Pérez, Andrés Ulises Santillana Juárez, Víctor Manuel Sánchez Nava

Hospital Centro Médico Zambrano-Hellion.

Introducción: la endocarditis infecciosa es una patología grave del endocardio, generalmente de las válvulas cardíacas, caracterizada por vegetaciones y alta morbilidad. Su diagnóstico es complejo y sus manifestaciones clínicas variables, lo que supone un reto clínico relevante. **Presentación del caso:** hombre de 68 años con antecedente de instrumentación de columna lumbar y procedimiento de algología para manejo del dolor que inicia con dolor incapacitante y síncope, por lo que es ingresado en estado de choque a la UCIA. Las imágenes de resonancia se muestran múltiples lesiones líticas en columna lumbar compatibles con metástasis. **Tratamiento y evolución:** se realizó ecocardiograma transesofágico mostrando vegetación mitral, el cultivo con abundantes cocos gran G+. Se descartan lesiones líticas diagnosticándose como abscesos de origen embólico. Para descartar proceso neoplásico se realizó PET-CT. **Discusión:** este caso ilustra la sospecha clínica temprana, el uso oportuno de estudios de imagen avanzados y la necesidad de un abordaje multidisciplinario para optimizar el desenlace del paciente.

GASTO ENERGÉTICO BASAL POR SONOGRAFÍA EN LA UCI

Valentín Eduardo Hernández Martínez, Mildred Ruiz Figueroa, Sandra Paola Nolasco Contreras, Ma. Natalia Gómez González, Pedro Luis González Carrillo

Servicio de Terapia Intensiva, UMAE HE No. 1, Centro Médico Nacional del Bajío.

Introducción: la calorimetría es el método más preciso para estimar el gasto energético basal (GEB_CI) en pacientes críticos; sin embargo, es costosa y poco disponible. La sonografía musculoesquelética es una alternativa para calcular el GEB mediante una fórmula predictora por Mukhtar y colaboradores ($R^2 = 0.8$, $p < 0.0001$). **Objetivo:** determinar la utilidad de la medición sonográfica del grosor muscular del cuádriceps (MLT) para predecir el GEB en el paciente crítico (GEB_US). **Material y métodos:** estudio realizado en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) de la UMAE HE 1 CMN del Bajío. En 49 pacientes se obtuvo el GEB_CI al ingreso y tercer día, así como la MLT para predecir el GEB_US mediante la fórmula: $GEB_US = 206 + 173.5 \times GC \text{ (L/min)} + 137 \times MLT \text{ (cm)} - 230 \times (\text{mujeres} = 1; \text{hombres} = 0)$. Se comparó el GEB_US con el GEB_CI. **Resultados:** mortalidad durante la estancia en la UCI y 28 días después: seis pacientes (12.2%) fallecieron durante su estancia y 10 (20.4%) a los 28 días. No hubo diferencia significativa entre GEB_US y GEB_CI al ingreso ($p = 0.862$) y al tercer día ($p = 0.352$). Se encontró correlación significativa entre GEB_US y GEB_CI al ingreso ($r = 0.618$, $p < 0.0001$), pero no a los tres días ($r = 0.227$, $p > 0.05$). **Conclusiones:** la sonografía musculoesquelética puede ser útil para predecir el GEB en el paciente crítico, es no invasiva, inocua y con mayor disponibilidad que la calorimetría.

INFECCIONES ESKAPE EN PACIENTES CRÍTICOS DE LA UCI

Marissa Jovita Eufrazio Ferto, Luis Alejandro Sánchez Hurtado, Gustavo Vázquez Morales, Laura Romero-Gutiérrez, Salvador Calleja Alarcón

UMAE Hospital de Especialidades «Dr. Bernardo Sepúlveda Gutiérrez» del Centro Médico Nacional Siglo XXI.

Introducción: las bacterias ESKAPE (*Enterococcus faecium*, *Staphylococcus aureus*, *Klebsiella pneumoniae*, *Acinetobacter baumannii*, *Pseudomonas aeruginosa* y *Enterobacter spp.*) tienen alto impacto en el tratamiento, estancia hospitalaria y supervivencia. **Objetivo:** determinar la prevalencia de infecciones por grupo de bacterias ESKAPE hospitalizados en la UCI. **Material y métodos:** se realizó un estudio observacional, retrospectivo, analítico, con 283 pacientes en la UCI del Hospital de Especialidades «Dr. Bernardo Sepúlveda Gutiérrez», de enero de 2024 a enero de 2025. Se registraron el aislamiento bacteriano y la condición de egreso. **Resultados:** se observó una prevalencia de aislamiento de microorganismos ESKAPE de 42.05%. En los microorganismos aislados predominaron *Klebsiella pneumoniae* (34.4%), *Acinetobacter baumannii* (24.3%) y *Staphylococcus aureus* (12.6%), se identificó una mayor frecuencia de resistencia a carbapenémicos en el grupo ESKAPE (31.0% vs 3.8%). La neumonía asociada con ventilación mecánica fue más frecuente en el grupo ESKAPE (59.6 vs 6.7%; $p \leq 0.001$), la infección de vías urinarias asociada a catéter (15.9 vs 3.6%; $p \leq 0.001$) y la bacteriemia asociada a catéter intravascular (18.4 vs 5.5%; $p \leq 0.001$). **Discusión:** existe una alta prevalencia de infecciones por bacterias ESKAPE, principalmente *Klebsiella pneumoniae*, *Acinetobacter baumannii* y *Pseudomonas aeruginosa*, con predominio de neumonía asociada con ventilación mecánica.

FALLA DERECHA TRAS PARADA CARDIACA POR CEMENTACIÓN

Leslie Nieto Galván, Alan Orlando Reyes Sagastegui, Álvaro Eduardo Ramírez Gutiérrez, Jorge Rosendo Sánchez Medina, Reyna Isabel Azua Guevara

Hospital Regional Cd. Madero, Petróleos Mexicanos.

Introducción: el síndrome de cementación óseo (BCIS) es una afección crítica y potencialmente mortal que se manifiesta durante la implantación, caracterizado por arritmias cardíacas, hipotensión, hipoxemia, hipotensión, e inclusive paro cardíaco con una incidencia de 0.14 a 0.68% con tasas de mortalidad de 0.09 y 0.29%. El manejo donde se encuentran medidas de soporte vital para abordar los efectos sistémicos del síndrome. Se presenta caso de un paciente con BCIS que cursa con parada cardíaca y posteriormente disfunción ventricular. **Objetivo:** presentar un caso clínico y evolución poco frecuente de complicaciones secundarias a BCIS. **Material y métodos:** caso clínico. **Resultados:** reporte de un caso que cursa en su transanestésico posterior a colocación de cementación con bradicardia y paro cardiorrespiratorio, durante las primeras 24 horas cursa con dos más, dentro de las 48 horas cursa con dilatación auriculoventricular derecha que requiere uso de vasopresor e inotrópico, así como esteroide, con mejoría y remisión de disfunción cardíaca derecha al cuarto día, se realiza ecocardiograma 15 días posteriores con FEVI 72% sin denotar cambios significativos. **Discusión y conclusiones:** el BCIS es una complicación infrecuente durante procedimientos ortopédicos, donde el soporte y manejo hemodinámico son claves para mejorar la supervivencia y limitación de daño, por lo que debe mantener un grado de sospecha clínica frente a cualquier deterioro súbito durante procedimientos con uso de cemento óseo.

MIOCARDIOPATÍA PERIPARTO: SERIE DE CASOS

Jorge Rodríguez Zúñiga, Karen Elena Ortega Verdugo, Diego Ernesto Pacheco Zavala

Hospital General León, Secretaría de Salud de Guanajuato. León, Guanajuato, México.

Introducción: el embarazo conlleva adaptaciones cardiovasculares que pueden desencadenar insuficiencia cardíaca. La miocardiopatía periparto (MCP) es una causa poco frecuente pero grave de falla cardíaca aguda al final del embarazo o puerperio, que requiere manejo especializado en cuidados intensivos. **Objetivo:** describir el abordaje crítico, soporte avanzado, complicaciones y evolución de pacientes con MCP ingresadas a la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI). **Material y métodos:** estudio observacional descriptivo de serie de casos con MCP manejadas en la UCI, analizando variables clínicas, ecocardiográficas, tipo de soporte orgánico y desenlaces maternos y neonatales. **Resultados:** se incluyeron pacientes con disfunción sistólica severa que requirieron soporte inotrópico, ventilación mecánica y monitoreo hemodinámico avanzado. La fracción de eyección mejoró en promedio 15% durante la estancia en la UCI. Entre las complicaciones se registraron paro cardiorrespiratorio, trombosis venosa profunda, lesión renal aguda y derrame pericárdico. A pesar de la gravedad, los desenlaces obstétricos y neonatales fueron favorables. **Discusión:** la MCP implica alta morbimortalidad sin atención intensiva e integral oportuna. Su manejo exige un equipo multidisciplinario entrenado, recursos de soporte avanzado y protocolos específicos en la UCI para optimizar la función ventricular, prevenir complicaciones y mejorar la supervivencia materno-neonatal. Difundir estos casos fortalece la preparación del equipo de medicina crítica.

SÍNDROME DE OBESIDAD-HIPOVENTILACIÓN Y FALLA HIPERCÁPNICA

Pablo Álvarez-Maldonado, Grisel Hernández-Ríos, Alejandro Hernández-Solís, Arturo Reding-Bernal, José Guillermo Espinoza-Ramírez

Servicio de Neumología, Hospital General de México «Dr. Eduardo Liceaga». CDMX, México.

Objetivo: identificar características clínicas y factores de riesgo de mortalidad en el síndrome de obesidad-hipoventilación (SOH) ingresados a la UCI por insuficiencia respiratoria aguda hipercápnica (IRAH). **Material y métodos:** análisis de la base de datos DeDUCIR (enero 2010 a junio 2025). Se utilizaron análisis bivariados y de regresión logística para identificar factores asociados con mortalidad hospitalaria. **Resultados:** de 5,025 ingresos, 333 pacientes fueron incluidos: 266 (79.8%) con SOH confirmado y 67 (20.2%) con sospecha de SOH. Edad media de 50.6 ± 14.0 años, 56.5% varones. La mortalidad hospitalaria fue de 48% ($n = 160$). La ventilación mecánica no invasiva (VMNI) evitó la intubación en 44%. En análisis bivariante, la edad, hipertensión, puntaje SOFA y SAPS-3 se asociaron a mayor mortalidad. Por regresión multivariante, la edad (OR: 1.02 por año; $p = 0.039$) y SOFA (OR: 1.69 por punto; $p < 0.001$) fueron predictores independientes de mortalidad. La traqueotomía se asoció con riesgo de muerte significativamente menor (OR: 0.26; $p = 0.007$). No hubo diferencia en resultados entre los distintos grados de obesidad. **Conclusiones:** la IRAH relacionada con el SOH es causa frecuente de ingreso en obesos y tiene elevada mortalidad. La VMNI temprana es útil en un subgrupo de pacientes. La edad y SOFA son predictores independientes de muerte, mientras que la traqueotomía parece conferir beneficio en supervivencia.

ESTATUS EPILÉPTICO SUPRARREFRACTARIO POR ANTI-NMDA

Cindy Paola López Flores*

* Residente de Medicina Crítica, Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), Unidad Médica de Alta Especialidad (UMAE) T1, IMSS. León, Guanajuato.

Introducción: el estatus epiléptico suprarrefractario (SESR) es una emergencia neurológica definida por crisis persistentes > 24 horas pese a anestesia intravenosa o con recurrencia tras su retiro. Se asocia con elevada mortalidad y secuelas. Entre sus causas, la encefalitis autoinmune anti NMDA destaca en mujeres jóvenes,

con inicio neuropsiquiátrico seguido de convulsiones y alteraciones autonómicas. **Objetivo:** describir el abordaje multidisciplinario del SESR secundario a encefalitis anti NMDA y las terapéuticas implementadas en la UCI. **Desarrollo:** se presenta el caso de una mujer de 18 años con síntomas psiquiátricos y crisis tónico-clónicas generalizadas. Tras descartar infección y lesiones estructurales, se confirmaron anticuerpos anti NMDA en LCR. Recibió inmunoterapia inicial con metilprednisolona, inmunoglobulina y cinco sesiones de plasmaféresis sin respuesta. En la UCI persistieron crisis pese a politerapia anticonvulsiva y doble sedación. Se añadió rituximab y anestesia inhalada con sevoflurano, obteniendo remisión transitoria con complicaciones hemodinámicas. **Resultados/discusión:** el SESR por encefalitis anti NMDA es de difícil manejo y requiere inmunoterapia escalonada junto con control intensivo de crisis. Los anestésicos halogenados representan una alternativa en casos refractarios, aunque con limitaciones técnicas y riesgos asociados. Este caso subraya la importancia del diagnóstico precoz y del abordaje integral para optimizar el pronóstico.

DESAFÍO DE LA NEUMOCISTOSIS EN LA UCI

Mónica Libertad Moya Alfaro, Marcos Vidals Sánchez,
José Carlos Gasca Aldama, Paulina Carreño Pérez
Unidad de Cuidados Intensivos Respiratorios, Instituto Nacional
de Enfermedades Respiratorias Ismael Cosío Villegas.

Introducción: la neumonía por *Pneumocystis jirovecii* sigue siendo una de las causas principales de ingreso a unidades de cuidados intensivos y mortalidad en personas que viven con VIH. **Material y métodos:** se realizó un estudio observacional correspondiente a una cohorte retrospectiva, que incluyó 54 PVVIH y diagnóstico confirmado de PCP que ingresaron a la UCI en el INER, durante el periodo 2022-2024. Se tomaron en cuenta las características demográficas, clínicas, laboratoriales, así como análisis de supervivencia. **Resultados:** se incluyeron 54 casos, 100% de los cuales presentó ventilación mecánica invasiva. Se encontró significancia estadística entre menor nivel educativo y mortalidad ($p = 0.014$). Las coinfecciones asociadas: tuberculosis, histoplasmosis y CMV. Destacó una grave inmunosupresión con una mediana de CD4 de 19 células/ μ L (RIQ 11-52) y carga viral elevada, mediana de 303,406 copias/mL (RIQ 34,696-999,1046 células/ μ L). La mortalidad se describió en 40.07%, una menor supervivencia se asoció a serología positiva para CMV ($p = 0.019$) y tuberculosis diseminada ($p = 0.021$). **Conclusión:** los PVVIH y PCP tenían inmunosupresión grave, alta carga viral y con infecciones oportunistas con el contexto de vulnerabilidad socioeconómica. La mortalidad es alta (40.7%), con disminución de la supervivencia asociada a CMV y tuberculosis.

PRESENTACIÓN PULMONAR ATÍPICA DE LUPUS ERITEMATOSO

Octavio Ernesto Sánchez Escudero, Edmundo Israel Roque,
Alejandro Ortega García, Mateo Sebastián Segovia Arévalo,
Juan Yadid Calzada Luevano
Centenario Hospital Miguel Hidalgo.

Introducción: la hemorragia alveolar es una condición clínica poco común y potencialmente mortal, que puede asociarse con enfermedades del tejido conectivo, como el lupus eritematoso sistémico. Esta entidad se relaciona con una alta mortalidad. **Objetivo:** el siguiente caso clínico resalta la importancia de una detección oportuna, la implementación de estrategias ventilatorias adecuadas y un abordaje multidisciplinario para lograr un desenlace favorable. **Presentación del caso:** mujer de 39 años con diagnóstico reciente de lupus eritematoso sistémico, quien ingresó a la unidad de cuidados intensivos por insuficiencia respiratoria aguda, con hallazgos clínicos y radiológicos compatibles con síndrome de dificultad respiratoria aguda y alta sospecha de hemorragia alveolar difusa. La evolución clínica tórpida, disminución de hemoglobina y el hallazgo de hemosiderófagos en el lavado bronquio alveolar confirmaron el diagnóstico. **Conclusiones:**

este caso ilustra la importancia del reconocimiento clínico temprano, el uso del lavado broncoalveolar como herramienta diagnóstica clave, la necesidad de instaurar tratamiento inmunosupresor de forma inmediata, orientado a la etiología subyacente, en este caso actividad lúpica severa, y primordialmente el uso de una estrategia ventilatoria no convencional para el desenlace favorable en caso de hipoxemia refractaria.

ÓXIDO NÍTRICO EN CHOQUE CARDIOGÉNICO

Ivonne Elizabeth Montoya Martínez,
Jorge Omar Castro Meza, Liliana Ponce Baños,
Karel Zertuche López, María Dioselina Ruiz Barrera
Medicina Crítica, Hospital Regional de Alta Especialidad de Ixtapaluca.

Introducción: el choque cardiogénico se asocia con alta mortalidad. Su manejo se complica en pacientes con obesidad mórbida mientras que la hipertensión pulmonar aumenta la postcarga del ventrículo derecho y dificulta la recuperación hemodinámica. **Objetivo:** describir el impacto del monitoreo multimodal y del uso de óxido nítrico inhalado en el manejo de un paciente con choque cardiogénico, obesidad mórbida e hipertensión pulmonar. **Material y métodos:** estudio observacional y descriptivo. Hombre de 41 años, IMC 44 kg/m², con inestabilidad hemodinámica, evaluado mediante monitoreo multimodal (catéter de Swan-Ganz, sistema Edwards y ecocardiografía). Ingreso GC 4.8 L/min, IC 1.8 L/min/m², RVS 2915 dyn·s/cm⁵, PVC 10 mmHg y PCP > 25 mmHg. Se instauró manejo con milrinona, óxido nítrico inhalado, terapia de reemplazo renal lento continua y ventilación mecánica protectora. **Resultados:** el óxido nítrico redujo la presión capilar pulmonar y mejoró la oxigenación facilitando la disminución del soporte ventilatorio. Evolucionó con GC 10.2 L/min, IC 3.9 L/min/m², RVS 1392 dyn·s/cm⁵, retiro de vasopresores, balances negativos y destete exitoso. **Discusión:** el monitoreo multimodal, combinado con óxido nítrico inhalado optimizó la función biventricular y la hemodinámica pulmonar, mejorando la oxigenación y la estabilidad cardiovascular. Esta estrategia integrada permitió un destete ventilatorio seguro y progresivo.

MANEJO NUTRICIONAL EN QUEMADURA ESOFÁGICA CÁUSTICA

Nayeli Magali Bárcenas Gutiérrez,*[‡]
Herendira Senica Rodríguez García,*[‡] Etna Paola Gordillo Velasco,*[‡]
María Dioselina Ruiz Barrera,*[§] María Alaciél Galván Merlos*[¶]
* Hospital Regional de Alta Especialidad de Ixtapaluca. [‡] Residente de primer año de Medicina Crítica. [§] Residente de segundo año de Medicina Crítica. [¶] Jefe de la Unidad de Cuidados Intensivos.

El manejo integral de la quemadura esofágica por cáusticos en pacientes críticos requiere una estrategia nutricional precisa ante la imposibilidad de acceso enteral. Se presenta el caso de un varón de 40 años con quemadura cáustica esofagogastrica severa (Zargar IIIb-IIb), insuficiencia respiratoria y sangrado digestivo, en quien se contraindica completamente la vía enteral por alto riesgo de perforación. Se implementó soporte vital intensivo (ventilación mecánica invasiva protectora y control hemodinámico), además de tratamiento médico (antisecretores, profilaxis). La nutrición parenteral total (NPT) se inició dentro de las primeras 48 horas con un aporte de 25 kcal/kg/día y 1.5-2.0 g/kg/día de proteínas, restricción lipídica por hipertrigliceridemia y suplementación completa de micronutrientes, con monitoreo diario. El paciente presentó estabilidad hemodinámica sin requerir vasopresores, control glucémico adecuado (100-140 mg/dL), reducción progresiva de triglicéridos, normalización electrolítica y tolerancia óptima a la NPT sin sepsis relacionada a catéter. Este caso resalta que, ante la contraindicación absoluta de nutrición enteral, la NPT temprana e individualizada es esencial para evitar la desnutrición, preservar la masa muscular y reducir complicaciones infecciosas. Las guías ESPEN/ASPEN respaldan su uso en estos escenarios. La intervención oportuna permite mantener objetivos metabólicos hasta definir la estrategia quirúrgica definitiva.

INCIDENCIA DE EVENTOS ADVERSOS EN EL TRASLADO

Sudán Jareth Díaz Reyna, Salvador Calleja Alarcón,
Luis Alejandro Sánchez Hurtado, Laura Romero Gutiérrez
Centro Médico Nacional Siglo XXI, UMAE Hospital de Especialidades
«Dr. Bernardo Sepúlveda Gutiérrez», IMSS. Ciudad de México.

Introducción: el traslado de pacientes críticamente enfermos de manera intrahospitalaria es un proceso complejo que genera riesgos y complicaciones derivado de factores propios del paciente y el personal médico, por lo que se requiere una planificación y monitorización. **Objetivo:** determinar la incidencia de eventos adversos asociados al traslado intrahospitalario de pacientes críticamente enfermos. **Materiales y métodos:** con número de registro institucional R-2025-3601-236, se trató de cohorte, prospectivo, longitudinal, observacional, de fuentes primarias, realizado en una Unidad de Cuidados Intensivos del tercer nivel de atención. Pacientes que requirieron traslado intrahospitalario. **Resultados:** 187 pacientes de julio a septiembre de 2025, 63.6% presentó algún evento adverso. Durante el traslado fue el momento más frecuente 25.1%. La desconexión del equipo ventilatorio fue el tipo de evento adverso más frecuente 18.7%, 24.6% presentó sólo un evento adverso mientras que 15.5% presentó más de tres eventos durante el traslado. La mediana de duración del traslado en minutos fue de 20 (10-24) con una diferencia con los que presentaron eventos adversos, 22 (15-30) $p = 0.005$. **Discusión:** nuestro trabajo contrasta con la incidencia reportada en la literatura que es de hasta 80%. La duración del traslado fue mayor en los pacientes que presentaron eventos adversos.

SÍNDROME DE MALPERFUSIÓN RENAL EN DISECCIÓN AÓRTICA

Valeria Valenzuela Alatorre, Mayra Nallely Sandoval Valdez,
Montserrat Torres Macotela, Erick Islas Hernández
IMSS - UMAE Mérida.

Caso clínico: hombre de 63 años, hipertenso no controlado, ingresó a la UCIA por dolor abdominal súbito. Angiotomografía evidenció disección aórtica Stanford B/DeBakey IIIB con trombosis de la luz falsa y síndrome de mal perfusión renal. Evolucionó con lesión renal aguda KDIGO III, anuria, azoemia severa (Cr 15.9 mg/dL, BUN 174 mg/dL), hiperfosfatemia, hiponatremia, hipocalcemia leve e hiperkalemia con cambios electrocardiográficos, por lo que se indicó urgencia dialítica. Se inició control hemodinámico con nitroglicerina y labetalol IV; posteriormente requirió cirugía de fenestración aórtica infrarrenal, sin complicaciones inmediatas. En el postoperatorio presentó estabilidad hemodinámica sin soporte vasopresor, permaneciendo dependiente de hemodiálisis intermitente. Se aplicaron protocolos de cuidados críticos (ALARMA0, MIA, anti-delirium, FAST-HUG-BIDS). Escalas pronósticas: SOFA 4-5, SAPS II 34 (15% mortalidad), APACHE II 18 (29%). Actualmente con hipertensión controlada en descenso, analgesia multimodal y tolerancia a dieta, sin datos de infección ni falla multiorgánica. **Discusión:** la disección aórtica Stanford B complicada con síndrome de mal perfusión renal representa un reto terapéutico en la UCI, con alta mortalidad y necesidad frecuente de terapia de sustitución renal. La decisión de fenestración permitió preservar la perfusión visceral, aunque la función renal no se recuperó de forma inmediata. El manejo integral y multidisciplinario es esencial para mejorar la supervivencia y limitar complicaciones cardiovasculares y metabólicas en este perfil de pacientes.

NEUMONITIS LÚPICA: SOMBRA OCULTA DEL SDRA EN LA UCI

Melissa Arizmendi Romero
Hospital de Especialidades, Centro Médico Nacional La Raza.

Introducción: el síndrome de dificultad respiratoria aguda (SDRA) representa 10% de los ingresos y 23% de pacientes con ventilación mecánica en la UCI. Más de 80% de los casos tienen causa infecciosa, pero existen etiologías poco comunes que destacan por su mortalidad. La neumonitis lúpica es una manifestación rara del

lupus eritematoso sistémico, presente en 2% de los pacientes y con mortalidad de hasta 50%. Su diagnóstico exige un alto grado de sospecha. **Objetivo:** describir un caso que destaca la dificultad diagnóstica de algunas etiologías infrecuentes de SDRA y su impacto. **Caso clínico:** mujer de 47 años ingresada a la UCI por insuficiencia respiratoria aguda con criterios de SDRA ($\text{PaO}_2/\text{FiO}_2$ 107 mmHg, PEEP 7, infiltrados bilaterales radiológicos). Recibió tratamiento para neumonía con antimicrobianos sin mejoría y ausencia demostrable microbiológica de infección. Durante su evolución presentó crisis convulsivas, anemia y serositis. El perfil inmunológico mostró ANA positivos (1:320), anti-DNA y anti-RNP elevados e hipocomplementemia. Ante compromiso multisistémico, se sospechó de LES y neumonitis lúpica. Se manejo con metilprednisolona y ciclofosfamida, con recuperación clínica y radiológica. **Conclusión:** la neumonitis lúpica, aunque infrecuente, simula causas más comunes de SDRA. Su reconocimiento temprano tiene un impacto positivo en el pronóstico y supervivencia.

ECMO EN PACIENTES UNIPULMONARES CON SDRA

Jorge García Fabregat Padilla, Víctor Manuel Sánchez Nava
Tecnológico de Monterrey, Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud. Monterrey, Nuevo León, México.

El síndrome de dificultad respiratoria aguda (SDRA) representa un reto clínico, especialmente cuando existen condiciones como estado unipulmonar y fístula broncopulmonar, que limitan la ventilación protectora y aumentan el riesgo de complicaciones. En estos casos, la oxigenación por membrana extracorpórea (ECMO) constituye una herramienta fundamental para sostener el intercambio gaseoso y permitir la recuperación pulmonar. Hombre de 57 años, con antecedente de cáncer pulmonar de células pequeñas tratado con lobectomía superior izquierda más broncoplastia y angioplastia. Ingresó por disnea súbita y neumonía en pulmón derecho. Tras manejo inicial, reingresa por fiebre persistente, realizándose lobectomía izquierda. En terapia intensiva desarrolla SDRA grave y fuga aérea por fístula bronquial. Se indica ventilación pulmonar selectiva y posteriormente ECMO venovenosa, convertida a veno-venoarterial durante la corrección quirúrgica y luego regresada a soporte pulmonar. Requirió 14 días de ECMO VV y 2 días de ECMO VVA, con mejoría progresiva en oxigenación y compliance. Se realizó traqueostomía y actualmente cursa destete ventilatorio. Este caso ejemplifica la complejidad del SDRA en un paciente unipulmonar con fístula bronquial, donde la ventilación convencional es insuficiente, resaltando el rol del ECMO como adyuvante clave en escenarios de alta complejidad.

MIOCARDITIS POR COXSACKIE B5: DESAFÍO EN LA UCI

Irma González Prado, Álvaro Flores Romero, Rafael Rascón Sabido,
Cindy Dánae Domínguez Angulo, Cristian Eduardo Badillo Morales
Hospital Millenium Medical Center Veracruz, México.

Introducción: la miocarditis por Coxsackie B5 es una causa rara de insuficiencia cardíaca aguda con síndrome cardiorrenal, requiriendo diagnóstico preciso y manejo intensivo. **Presentación del caso:** hombre de 45 años, sin antecedentes, ingresó el 27/05/2025 por insuficiencia cardíaca (NYHA II, FEVI 26%, ECCOT 27/05/2025) y edema agudo pulmonar. La biopsia endomiocárdica mostró inflamación aguda y crónica, focos de isquemia, fibrosis miocárdica, daño endotelial focal y hematoma organizado, negativo para tinción de Gram (03/06/2025). Serología confirmó Coxsackie B5 (1:500); angiografía descartó cardiopatía isquémica. Manejo: en la UCI, se administraron inotrópicos (levosimendán, milrinona), esteroides, azatioprina y manejo nefrológico por insuficiencia renal agudizada (creatinina inicial 2.7 mg/dL, 30/05/2025). **Resultados:** al egreso (06/06/2025), FEVI mejoró a 32%, creatinina a 1.36 mg/dL, pro-BNP a 628.1 pg/mL. Cultivos negativos, salvo *E. coli*/*Proteus mirabilis* en heces. Rehabilitación cardíaca (02/06/2025) fue exitosa. **Conclusión:** el diagnóstico confirmado por biopsia/serología y manejo multidisciplinario resolvió la miocarditis y síndrome cardiorrenal.

EMBOLIA CEREBRAL GRASA, EL ENEMIGO DEL POLITRAUMA

Francisco Israel Barragán Torres, Francisco Montoya López,
José Alberto Carapia Chávez, Ana Alicia Velarde Pineda

Unidad de Cuidados Intensivos, Centro Médico Nacional de Occidente, Instituto Mexicano del Seguro Social.

Introducción: el embolismo graso (EG) es una complicación del politrauma y la cirugía ortopédica con presentación insidiosa. Su variante cerebral puede manifestarse con deterioro neurológico progresivo. Se presenta un caso atípico con deterioro neurológico subagudo y anemia refractaria, que enfatiza la necesidad de una alta sospecha clínica. **Caso:** un paciente de 33 años con politraumatismo y fracturas graves sufrió un deterioro neurológico progresivo desde el tercer día, mioclonías persistentes y una anemia que no respondía a transfusiones. Esta combinación inusual de síntomas levantó la sospecha de EG. Los hallazgos clínicos incluyeron mioclonías y petequias. Los análisis de laboratorio mostraron una marcada elevación de la enzima CPK. La resonancia magnética confirmó el diagnóstico al revelar lesiones hiperintensas tipo *starfield* en el cerebro. El manejo se basó en soporte vital integral, incluyendo ventilación mecánica, vasopresores y cuidados críticos. No existe un tratamiento específico para el EG, por lo que el deterioro neurológico del paciente persistió. **Discusión:** la complejidad del EG requiere una alta sospecha en pacientes post-trauma. Este caso demostró que el diagnóstico se logra integrando la clínica, la elevación de la CPK y los hallazgos de imagen. Esto subraya la importancia de una evaluación multisistémica para el manejo oportuno, principalmente es soporte.

PRES HEMORRÁGICO EN LA UCI: REPORTE DE CASO

Leopoldo Jorge Rodríguez Cruz, José Luis Valdez Balderrama,
José Luis Pérez Rodríguez, Brian Noé Garnica Hernández,
Luz Gardenia Coronel Castañeda

Hospital Civil Antiguo «Fray Antonio Alcalde». Guadalajara, Jalisco.

Introducción: el síndrome de encefalopatía posterior reversible (PRES) puede presentarse con diversos síntomas, se desarrollan en cuestión de horas o días. A menudo, la presentación se produce en el contexto de hipertensión aguda no controlada. Sin embargo, el PRES puede causar hemorragia intracraneal y dar lugar a secuelas neurológicas o incluso la muerte. **Objetivo:** resaltar las manifestaciones clínicas inusuales, discutir los mecanismos fisiopatológicos y enfatizar la importancia del diagnóstico oportuno y manejo individualizado en la UCI. **Caso clínico:** mujer de 56 años de edad, con antecedentes de HAS y psoriasis, inicia con deterioro del estado de alerta caracterizado por desorientación, y posterior crisis convulsiva tónico clónica, manejándose vía aérea, RMN cráneo con datos de PRES hemorrágico. **Resultado:** tras diagnóstico oportuno, se instauraron medidas para control de la tensión arterial, crisis convulsivas y retiro de inmunosupresores, se retira de la VMI y se egresa de la UCI. **Discusión:** el PRES es un desorden con evolución transitoria y buen pronóstico cuando se identifica de manera temprana y se inicia tratamiento apropiado dirigido a la causa subyacente. Se estima que 15-30% de los casos de PRES pueden presentar un grado de hemorragia intracraneal esta complicación se ha asociado a mayor mortalidad y peor pronóstico neurológico.

IMPACTO DE SARCOPENIA EN PATOLOGÍAS RESPIRATORIAS

Diana Tovar Benítez, Alejandro Hernández Solís,
Grisel Hernández Ríos, Pablo Álvarez Maldonado

Servicio de Neumología y Cirugía de Tórax, Hospital General de México «Dr. Eduardo Liceaga».

Introducción: identificar las características clínicas y factores de riesgo asociados a sarcopenia en pacientes hospitalizados con patologías respiratorias. **Material y métodos:** estudio retrospectivo de julio de 2021 a julio de 2023, incluye a mayores de 18 años hospitalizados en el servicio de neumología de un hospital de tercer nivel. Se hizo un análisis bivariado y de regresión logística para evaluar la relación entre sarcopenia, biomarcadores séricos y mortalidad. **Resultados:**

incluyó 778 pacientes, 283 (36.4%) con riesgo de sarcopenia y 495 (63.7%) sin riesgo. Pacientes con riesgo de sarcopenia presentaron valores más bajos de linfocitos y albúmina séricos y más altos de urea y una mayor tasa de mortalidad (10.2% vs 4.2%, $p = 0.001$). El análisis de regresión logística mostró como factores de riesgo para desarrollar sarcopenia a la edad (razón de momios [RM] = 1.017, $p = 0.001$) y a las enfermedades cardíacas (RM = 1.828, $p = 0.014$), mientras que la albúmina sérica y un nivel socioeconómico medio se asocian a menor riesgo de sarcopenia: RM = 0.705, $p < 0.001$, y RM = 0.676, $p = 0.036$, respectivamente. **Discusión:** la detección precoz de sarcopenia aunado a rehabilitación temprana y nutrición podría impactar en el resultado de los pacientes con patología respiratoria.

TORMENTA TIROIDEA EN LA UCI

Cristian Efrén Contreras Altamirano,

Reyna Isabel Azua Guevara, Álvaro Eduardo Ramírez Gutiérrez,
Jorge Rosendo Sánchez Medina, Ángel Jonathan Woge Ávalos

Hospital Regional Pemex Ciudad Madero.

La tormenta tiroidea es una urgencia endocrinológica poco frecuente y potencialmente mortal. Presentamos el caso de una mujer de 59 años con antecedente de hipertiroidismo e inmunosupresión, interconsultada a la Unidad de Cuidados Intensivos por cuadro agudo de fiebre, taquicardia y hallazgos compatibles con tormenta tiroidea. A la valoración presentaba presión arterial de 160/80 mmHg, frecuencia cardíaca de 130 latidos por minuto, frecuencia respiratoria de 20 respiraciones por minuto, saturación de oxígeno de 95% y glucosa capilar de 75 mg/dL. Neurológicamente estaba alerta, con un FOUR score de 16 puntos. La exploración física evidenció cuello cilíndrico con aumento bilateral de la glándula tiroidea, dos nódulos en lóbulo derecho y uno en el izquierdo, temblor generalizado en reposo y escalofríos. Los estudios iniciales revelaron TSH suprimida y una puntuación de 60 en la escala de Burch-Wartofsky, confirmando el diagnóstico. Se inició manejo en la UCI con tiamazol, propranolol, dexametasona y solución de Lugol, junto con monitorización continua y soporte hemodinámico. Como hallazgos asociados, presentó candidiasis esofágica y otitis media por *Staphylococcus saprophyticus*. La evolución fue favorable, con resolución clínica en siete días. Este caso subraya la importancia del diagnóstico y tratamiento precoz para prevenir complicaciones multisistémicas.

SÍNDROME DE TAKOTSUBO, COMPLICACIÓN BRONCOSCÓPICA

Mónica Libertad Moya Alfaro, Marcos Vidals Sánchez,
José Carlos Gasca Aldama

Unidad de Cuidados Postquirúrgicos, Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias Ismael Cosío Villegas.

Introducción: la broncoscopia es una herramienta diagnóstico-terapéutica con complicaciones graves reportadas en 1.1%. **Caso clínico:** mujer de 73 años con hipertensión arterial sistémica en tratamiento, quien presentó disnea, tos y fiebre. Tres días después ingresó a urgencias con saturación de 80%, hipoxemia grave y alcalosis respiratoria. La tomografía mostró micronódulos centrolobulillares basales e hisopado positivo para virus parainfluenza 3. Durante la broncoscopia desarrolló inestabilidad hemodinámica por taquiarritmia, requiriendo intubación, antiarrítmico y vasopresores. En la UCI postquirúrgica, la ecocardiografía mostró acinesia apical e hipocinesia ventricular con base hipercontráctil, índice cardíaco 1.7 L/min/m² y gasto 2.7 L/min, compatibles con choque cardiogénico secundario miocardiopatía por estrés. **Discusión:** la hipoxemia durante broncoscopia incrementa la carga de trabajo cardíaco y puede inducir –aunque infrecuentes– arritmias que pueden asociarse a isquemia o disfunción ventricular, con mayor riesgo en pacientes > 60 años. **Conclusión:** la broncoscopia, habitualmente considerada segura, puede ocasionar complicaciones cardiovasculares graves en pacientes con factores de riesgo. Este caso enfatiza la necesidad de una valoración individual del procedimiento y del reconocimiento temprano de eventos adversos.

EMERGENCIA HIPERTENSIVA POR FEOCROMOCITOMA

Karla Espinosa Pérez Negrón, Ramiro Escudero Farías,
Carlos Iván Romero Vargas, Pedro Barriga Ferreyra
Unidad de Cuidados Intensivos, Hospital Regional de Morelia, ISSSTE.

Introducción: el feocromocitoma es un tumor productor de catecolaminas de las células cromafines del sistema nervioso simpático. Sus síntomas son hipertensión arterial sistémica, palpitaciones y disnea. Su diagnóstico: metanefrinas plasmáticas y urinarias, se confirma con tomografía computada. El tratamiento definitivo es quirúrgico. **Objetivo:** abordaje y tratamiento de emergencia hipertensiva asociada a feocromocitoma. **Material y métodos:** reporte de un caso. Mujer de 49 años, con palpitaciones, disnea y lumbalgia izquierda, TC abdomen; tumoración en glándula suprarrenal izquierda de 3 mm. Biopsia guiada por TC en medio privado. Presentó emergencia hipertensiva; edema agudo pulmonar cardiogénico, lesión renal aguda, fibrilación auricular paroxística e isquemia miocárdica; ingresa a nuestra unidad. Con ventilación mecánica invasiva, se inicia betabloqueador y diurético de asa, infusión de amiodarona. Coronariografía diagnóstica; sin lesiones. Cursó con disautonomía y necesidad de norepinefrina 0.40 µg/kg/min y vasopresina 0.06 UI/min. Se retira vasopresor y extubación. Se reinicia beta-1- y alfa-1 bloqueador. Metanefrinas séricas plasmáticas y urinarias de 2,693 pg/mL y 2,500 µg/24 horas respectivamente. Biopsia con feocromocitoma. Se realiza adrenalectomía laparoscópica, logra mejoría y egresa. **Discusión y conclusiones:** el feocromocitoma es tumor poco común, que puede ser mortal si no se diagnostica. El soporte multiorgánico es fundamental para otorgar tratamiento quirúrgico definitivo.

ALTERACIONES EN ILP VS INL EN EL NEUROCRÍTICO

Michell Estrella Montalvo Aguilar, Alberto Ortiz Hernández,
Iridia Itzel Franco González, María Isabel Cadena Valle,
Juan Esteban Blanco López
Hospital de Alta Especialidad de Veracruz.

Introducción: el abordaje terapéutico del paciente neurocrítico se diferencia de otros aspectos de la atención neuroquirúrgica, ya que depende en gran medida de la atención multidisciplinaria. Aunque el campo ha aportado avances para mejorar los resultados, en muchos casos, siguen siendo deficientes, por lo que se hecho hincapié en mejorar la atención a partir de un mejor reconocimiento de la severidad. **Objetivo:** analizar si los índices linfocito-plaqueta y neutrófilo-linfocito son buenos predictores de severidad. **Material y métodos:** se efectuó un estudio analítico, observacional, transversal y retrospectivo con registros de los expedientes de los pacientes con ingreso a la UCI diagnóstico de cualquier enfermedad neurocríticas por cualquier mecanismo. Se efectuó un análisis inferencial. **Resultados:** se estudiaron un total de 89 pacientes neurocríticos (73.0% hombres, edad media 42.9 ± 17.7 años), se evaluó la capacidad predictiva del índice neutrófilo-linfocito (INL) y el índice linfocito-plaquetas (ILP) sobre el desenlace clínico, que registró una mortalidad de 3.4%. El INL obtuvo un AUC de 0.395 ($p = 0.539$) y el ILP un AUC de 0.616 ($p = 0.495$), no siendo predictores de la severidad. **Discusión:** la utilidad pronóstica de biomarcadores en pacientes neurocríticos es un área de investigación, dada la necesidad de herramientas objetivas, accesibles y de bajo costo para estratificar el riesgo. Los hallazgos del presente sugieren un valor predictivo limitado de estos índices.

ÚTERO DE COUVELAIRE EN PREECLAMPSIA SEVERA

Alejandra Vargas Alcántara, José Alfredo Cortés Munguía,
Alfonso López González
Hospital General La Villa. CDMX.

Mujer de 27 años, G5 P2 C2 A1, con antecedentes de cesárea en 2017, parto pretérmino en 2023 con sepsis puerperal, aborto diferido en 2024 e IVU recurrentes. Ingresó a las 36.1 SDG (FUM) con preeclampsia severa (TA 150/110 mmHg, proteinuria 600 mg/dL), oligohidramnios (ILA 5 cm) y probable RCIU (peso fetal 2,300 g). Factores de

riesgo para útero de Couvelaire: preeclampsia severa, multiparidad, cesárea previa, obesidad (IMC 37.5 kg/m²) e IVU recurrentes. Presentó actividad uterina, cérvix con 2 cm de dilatación y FCF 144-150/min. Laboratorios: Hb 15 g/dL, plaquetas 173 mil, ácido úrico 7.46 mg/dL, EGO con nitritos y piuria. Cesárea urgente (09/09/2025) por riesgo materno-fetal, complicada por hemorragia obstétrica, atonía uterina y útero de Couvelaire, evolucionando a choque hipovolémico grado II. Requirió histerectomía obstétrica, ligadura de arterias hipogástricas, salpingectomía bilateral y drenaje Penrose. En la UCI, evolucionó estable, con retiro de vasopresores a las 24 horas, tromboprofilaxis con enoxaparina, ceftriaxona por IVU y analgesia. TAC abdomen con hallazgos propios del periodo postquirúrgica. Diagnósticos: preeclampsia severa, hemorragia obstétrica, choque hipovolémico, IVU.

ROTEM EN CID POR SEPSIS: HERRAMIENTA VITAL EN LA UCI

Maria Dioselina Ruiz Barrera,*[‡] Karel Zertuche López,*[§]
Leticia Guerrero Navarrete,*[¶] Lilianna Ponce Baños,*[¶]
María Alacieli Galván Merlos*[¶]

* Unidad de Cuidados Intensivos, Hospital Regional de Alta Especialidad de Ixtapaluca. [‡] Residente de segundo año de Medicina Crítica. [§] Residente de primer año de Medicina Crítica. [¶] Médico adscrito a la Unidad de Cuidados Intensivos. [¶] Jefe de la Unidad de Cuidados Intensivos.

La coagulación intravascular diseminada (CID) constituye una de las complicaciones más graves en el contexto de sepsis, caracterizada por un estado de consumo de factores de coagulación, plaquetas e hiperfibrinólisis, con riesgo simultáneo de hemorragia y trombosis. Presentamos a un hombre de 30 años, ingresado a la unidad de cuidados intensivos por choque séptico de origen neurológico, que evolucionó rápidamente a falla orgánica múltiple. Se documentó trombocitopenia severa, tiempos de coagulación prolongados, dímero D marcadamente elevado e hipofibrinogenemia crítica. La viscoelastografía (ROTEM) inicial evidenció ausencia de formación de coágulo en FIBTEM, confirmando el diagnóstico de CID en fase de consumo. Tras la administración de fibrinógeno intravenoso y ácido tranexámico se observó mejoría parcial en la formación de fibrina, aunque las pruebas EXTEM e INTEM persistieron prolongados, reflejando déficit de factores de coagulación. Este caso ilustra la utilidad del ROTEM como herramienta diagnóstica dinámica que permitió guiar el manejo hemostático de forma dirigida y racional, evitando transfusiones empíricas y evidenciando el mal pronóstico asociado a CID secundaria a sepsis grave.

CORAZÓN-PULMÓN EN ECMO ¿BUSCANDO EL PEEP «IDEAL»?

Jannette Ramírez-Cortés, José Francisco Ávila-Silva,
Vania Daniela Nina-Saucedo, Marcos Vidals-Sánchez,
José Carlos Gasca-Aldama, Ismael Maldonado-Beltrán
Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias Ismael Cosío Villegas.

Introducción: la hipertensión pulmonar (HP) grupo IV por tromboembolia pulmonar crónica (TEP) puede inducir falla ventricular derecha (FVD), complicando el manejo ventilatorio. Este caso destaca la interacción corazón-pulmón al optimizar la presión transpulmonar con balón esofágico y ecocardiografía enfocada (POCUS). **Objetivo:** analizar la evolución de una paciente en ECMO por neumonía organizada postinfecciosa, enfatizando el impacto del ajuste de PEEP en la hemodinamia cardíaca derecha. **Material y métodos:** mujer de 32 años con TEP crónica ingresó en agosto de 2025 por neumotórax y disnea, requiriendo ECMO veno-venoso. En el día 17 de soporte, se realizó un taller con balón esofágico para determinar el PEEP óptimo, complementado con ecocardiografía para medir el tiempo de aceleración de la arteria pulmonar (TAAP). **Resultados:** el balón esofágico identificó un PEEP ideal de 8 cmH₂O (menor strain). Sin embargo, cada incremento unitario de PEEP acortaba el TAAP (~100 ms), exacerbando la inestabilidad hemodinámica, confirmada por POCUS. **Conclusión:** optimizar la ventilación requiere equilibrar la oxigenación y la función cardíaca derecha, en todos los pacientes, no solo en hiperten-

sión pulmonar. El balón esofágico y la ecocardiografía enfocada son esenciales, pero ignorar la interacción corazón-pulmón puede agravar la inestabilidad hemodinámica, comprometiendo desenlaces.

ESTATUS EPILEPTICO EN ENFERMEDAD DE CREUTZFELDT-JAKOB

Ingrid Adriana Coronado Pérez, José de Jesús Mukul Alcocer, Tamara Hernández Morales

Centro Médico ISSEMYM Lic. Arturo Montiel Rojas, Metepec. Estado de México.

Introducción: la enfermedad de Creutzfeldt-Jakob (ECJ) es una encefalopatía espongiiforme por priones, poco frecuente y de alta mortalidad, se caracteriza por demencia rápidamente progresiva, síntomas motores, convulsiones y hallazgos característicos en EEG y neuroimagen, el diagnóstico es clínico-apoyado en LCR (RT-QuIC, proteína 14-3-3, TAU) y RM cerebral. La presentación con estado epiléptico no convulsivo súper-refractario es inusual y de muy mal pronóstico.

Presentación del caso: hombre de 63 años con antecedente familiar de enfermedad neurológica sugestiva de priones. Con un año de evolución caracterizada por deterioro cognitivo y cambios conductuales, episodios convulsivos, ingreso por estado epiléptico no convulsivo súper-refractario, RM cerebral: hiperintensidad cortical y en ganglios basales con restricción en difusión, LCR: proteína 14-3-3 y TAU panel infeccioso y paraneoplásico negativos. Diferenciales descartados: encefalitis autoinmune, causas infecciosas y metabólicas. Estado epiléptico SRSE es una manifestación rara en ECJ y marca peor pronóstico. La ECJ debe sospecharse en pacientes con demencia rápidamente progresiva + mioclonías + hallazgos característicos en EEG/RM. La presentación como estado epiléptico súper-refractario es rara, pero debe considerarse en pacientes críticos sin causa clara. El diagnóstico temprano evita procedimientos innecesarios y permite orientar adecuadamente a la familia hacia decisiones terapéuticas realistas y cuidados paliativos.

UTILIDAD DEL GALACTOMANANO EN LAVADO BRONQUIAL

Alejandro Hernández-Solis, Kevin Arizmendi-Venegas, Diego Vidales-Torres, Pablo Álvarez-Maldonado, Guillermo Velázquez-Samano

Servicio de Neumología y Cirugía de Tórax, Servicio de Alergia e Inmunología, Hospital General de México «Dr. Eduardo Liceaga». CDMX, México.

La aspergilosis pulmonar invasiva (API) es una infección fúngica grave que afecta predominantemente a pacientes inmunocomprometidos, con elevada morbilidad y mortalidad en la UTI. La identificación temprana del hongo *Aspergillus* es esencial para el inicio oportuno del tratamiento. El objetivo fue evaluar la eficacia diagnóstica del galactomanano en lavado broncoalveolar (LBA), comparado con cultivo en medio Sabouraud y visión directa, en pacientes graves hospitalizados en el Servicio de Neumología del Hospital General de México. Se realizó un estudio observacional, retrospectivo y analítico, revisando 100 expedientes de pacientes con síntomas respiratorios y factores de riesgo para API entre agosto de 2022 y agosto de 2024. Se aplicaron pruebas diagnósticas de galactomanano, cultivo y visión directa, analizando sensibilidad, especificidad y concordancia. El galactomanano mostró mayor sensibilidad diagnóstica frente a las otras pruebas, con especificidades similares (> 90%). Sin embargo, tanto el cultivo como la visión directa presentaron baja sensibilidad y escasa concordancia (índices kappa < 0.35), limitando su utilidad como pruebas iniciales. El galactomanano en LBA es clave para detectar API, destacando por su especificidad y utilidad diagnóstica en pacientes inmunocomprometidos y en la UTI, donde se presenta alta mortalidad, aunque requiere interpretación clínica ante resultados como falsos negativos.

TRATAMIENTO DE HEMORRAGIA MASIVA POST CX CARDIACA

Rosa Steffany Tenorio Astudillo, Ahtziri Yunuen Rodríguez Santos, Janet Silvia Aguirre Sánchez, Braulia Aurelia Martínez Díaz

Centro Médico ABC, Ciudad de México.

Introducción: la hemorragia masiva en el postoperatorio inmediato de cirugía cardíaca por disección aórtica es una de las complicaciones más complejas debido a su impacto en la mortalidad, por lo que requiere identificación y manejo oportuno por equipo médico.

Objetivo: describir las intervenciones terapéuticas en paciente con sangrado masivo postcirugía cardíaca por disección aórtica DeBakey I en la Unidad de Cuidados Intensivos. **Caso clínico:** hombre de 61 años que cursaba postoperatorio inmediato de cirugía Bentall y De Bono + revascularización coronaria, en unidad de terapia intensiva se mantuvo con ventilación mecánica invasiva con apoyo vasopresor, inotrópico y monitoreo hemodinámico avanzado, con incremento en sangrado por sonda retroesternal cursando con choque hipovolémico, requirió transfusión de 14 concentrados eritrocitarios, seis plasmas frescos congelados, 10 crioprecipitados y se guió mediante tromboelastograma manejo con hemoderivados, posteriormente por monitoreo con datos de choque obstructivo, se realizó exploración mediastinal extrayendo coágulos de cavidad pericárdica sin identificar hemorragia activa ni sitio quirúrgico sangrante, paciente respondió a terapia transfusional y cursó con mejoría de estado hemodinámico, logrando extubación exitosa y evolución favorable. **Discusión:** este caso demuestra que el manejo oportuno de hemorragia masiva postcirugía cardíaca en especial en el caso de disección aórtica mejora pronóstico y mortalidad.

INTERCAMBIO PLASMÁTICO SÍNDROME PULMÓN-RIÑÓN LES

Sandra Yuliana Ramírez Lázaro, Carlos Jiménez Correa

UMAE No. 1, Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional del Bajío.

Introducción: el síndrome pulmonar-renal combina glomerulonefritis rápidamente progresiva y hemorragia alveolar difusa. Es causado principalmente por vasculitis de pequeños vasos asociada con ANCA o enfermedad de la membrana basal glomerular. Otras causas incluyen lupus eritematoso sistémico (LES). El tratamiento incluye inmunosupresores y, frecuentemente, recambio plasmático, aunque la mortalidad sigue siendo alta. **Caso clínico:** mujer de 20 años con LES y nefritis lúpica. Ingresó con insuficiencia renal, hematuria, anemia y deterioro neurológico. Se documentó hemorragia alveolar difusa. Recibió metilprednisolona, rituximab e inmunoglobulina. Por persistencia de la actividad lúpica, se inició recambio plasmático con parámetros de flujo de sangre de 250 mL/min, reinfusión prefiltrado 100 mL/h, y sustitución de 1,800 mL/h, con fracción de filtración de 17%. Posteriormente se añadió terapia de reemplazo renal continua. Pese a estas medidas, desarrolló crisis convulsivas y evento cerebrovascular isquémico severo. **Discusión:** el LES puede causar síndrome pulmonar-renal, aunque es infrecuente. La plasmátesis es clave en casos graves, pero su eficacia puede verse reducida si se administra después de la inmunoglobulina, como ocurrió en este caso. El tratamiento debe iniciarse en secuencia adecuada para optimizar resultados. **Conclusión:** la plasmátesis es vital en formas graves con hemorragia alveolar o daño renal rápido. Su correcta indicación y secuencia terapéutica pueden mejorar el pronóstico significativamente.

CETOACIDOSIS EUGLUCÉMICA EN PACIENTE CON LES

María Dioselina Ruiz Barrera,*[‡] Alejandra Torres Aguilar,*[‡] Aldo Giovanni Cervantes Durana,*[§] Jorge Omar Castro Meza,*[¶] María Alaciél Galván Merlos*^{||}

* Unidad de cuidados intensivos, Hospital Regional de Alta Especialidad de Ixtapalapa. [‡] Residente de segundo año de Medicina Crítica. [§] Residente de primer año de Medicina Crítica. [¶] Médico adscrito a la Unidad de Cuidados Intensivos. ^{||} Jefe de la Unidad de Cuidados Intensivos.

Hombre de 32 años con antecedente de lupus eritematoso sistémico (LES) en tratamiento irregular con esteroides, sin diagnóstico previo de diabetes mellitus, ingresó a unidad de terapia intermedia con diagnóstico de cetoacidosis euglucémica. Presentaba disnea progresiva, vómito, fiebre no cuantificada y mal estado general. A su ingreso se documentó acidosis metabólica con anión gap elevado, glucemia de 189 mg/dL, cetonuria de 150 mg/dL, hipofosfatemia y proteinuria. El

estudio de autoanticuerpos reveló GAD65 positivo, confirmando diabetes autoinmune latente del adulto (LADA). Se descartó infección activa, y los reactantes de fase aguda elevados, junto con hipocomplementemia y eritema malar, sugirieron actividad lúpica sistémica. Se inició protocolo de manejo intensivo con insulina intravenosa, soluciones glucosadas, reposición electrolítica y monitoreo estrecho. El paciente evolucionó favorablemente con resolución de la acidosis y estabilización hemodinámica. El caso representa una presentación inusual de cetoacidosis euglicémica como forma de debut de LADA, precipitada por un brote de LES. Este cuadro clínico subraya la importancia de considerar causas autoinmunes en pacientes con descompensación metabólica atípica y la necesidad de vigilancia multidisciplinaria en contextos críticos. La detección oportuna permitió un abordaje integral que favoreció la recuperación clínica y metabólica del paciente.

INTOXICACIÓN POR RATICIDA TRES CABEZAS

Laura Carolina Lizama Quiñonez, Brian Noé Garnica Hernández, Luz Gardenia Coronel Castañeda, Obed Peña Parra, Sergio Jacobo Gómez Villaseca

Hospital Civil Antiguo «Fray Antonio Alcalde». Guadalajara, Jalisco.

Introducción: el rodenticida fluoroacetato de sodio es una sustancia altamente tóxica que inhibe el ciclo de Krebs por bloqueo de la aconitasa ocasionando depleción del ATP. Por su letalidad, su uso ha sido restringido en México. Su venta fuera del marco legal ha provocado eventos de intoxicación incidental o bajo intenciones suicidas, siendo un reto diagnóstico y terapéutico. **Objetivo:** recalcar las manifestaciones clínicas de intoxicación no asociadas al fluoroacetato de sodio en roedores de venta libre y las implicaciones médicas. **Presentación:** hombre de 40 años ingresado por deterioro neurológico, bradicardia, miosis, broncoespasmo; presenta parada cardíaca a pesar de atropinización, se realiza intubación orotraqueal, ingresa a la UCI para continuar manejo. **Resultado:** se refiere caso al servicio de información toxicológica «SINTOX», se inicia manejo con pralidoxima, durante evolución presenta fasciculaciones generalizadas en ausencia de actividad epileptógena; se egresa de la UCI para seguimiento y rehabilitación. **Discusión:** la intoxicación con «tres cabezas» y reportes en la literatura se centran en el análisis de la fisiopatología del fluoroacetato de sodio del cual no existe antídoto ni manejo específico más allá de la terapia de soporte. Este producto puede contener otras sustancias no registradas, enfatizando la importancia del manejo del «toxíndrome» y no del tóxico.

FILMARRAY VS CULTIVO EN NAVM: ¿NUEVA HERRAMIENTA?

Ana Elena Sánchez Anguiano, Erick Eduardo Ortiz Unzueta, Alejandra Leticia Mendiola Rojas

UMAE Hospital de Traumatología y Ortopedia Lomas Verdes, Instituto Mexicano del Seguro Social.

Introducción: la neumonía asociada a la ventilación mecánica (NAVM) representa una complicación frecuente en pacientes críticos, con alta morbilidad. La identificación rápida y precisa del agente etiológico es esencial para optimizar el tratamiento antimicrobiano. El FilmArray es una herramienta de biología molecular automatizada que permite detectar múltiples patógenos respiratorios en pocas horas. **Objetivo:** comparar la sensibilidad y especificidad del panel respiratorio FilmArray con el cultivo convencional de secreción bronquial para el diagnóstico etiológico de NAVM. **Material y métodos:** estudio observacional y retrospectivo realizado en una unidad de cuidados intensivos. Se incluyeron pacientes con sospecha clínica de NAVM. A cada paciente se le tomó una muestra de secreción bronquial para cultivo y para análisis simultáneo mediante FilmArray. Se compararon los resultados de ambas pruebas, utilizando el cultivo como estándar de referencia. **Resultados:** se incluyeron 72 pacientes. El FilmArray presentó una sensibilidad de 95.3% y una especificidad de 82.4% para la detección de patógenos respiratorios. Detectó microorganismos en 85% de los casos donde el cultivo fue negativo, sugiriendo

una mayor capacidad para identificar patógenos de difícil cultivo. **Discusión:** el FilmArray demostró ser una herramienta útil para el diagnóstico rápido de NAVM, con alta sensibilidad. Puede complementar al cultivo tradicional, favoreciendo un tratamiento dirigido más temprano.

FACTORES DE RIESGO DE PACIENTES CON VIH EN LA UCI

Grisel Hernández-Ríos, Pablo Álvarez-Maldonado, Alejandro Hernández-Solís, Diego Antonio Vidales Torres

Servicio de Neumología y Cirugía de Tórax, Hospital General de México «Dr. Eduardo Liceaga».

Introducción: los pacientes con VIH positivo a menudo requieren tratamiento en la unidad de cuidados intensivos. La causa de ingreso en la UCI de los pacientes VIH ha cambiado durante la era de terapia antirretroviral (TARV). **Objetivo:** describir la epidemiología de la enfermedad en la UCI. **Material y métodos:** estudio descriptivo, retrospectivo. Pacientes VIH+ que ingresaron a la UCI de septiembre de 2017 a mayo de 2025. Se registraron comorbilidades, coinfección; causa de ingreso, scores de gravedad (SOFA, SAPS III), ventilación mecánica, fármacos vasoactivos, y mortalidad en la UCI. **Resultados:** se analizaron 62 pacientes, de los cuales 24% tuvo tuberculosis como coinfección más frecuente, 50 pacientes presentaron falla respiratoria al ingreso, de los cuales 54.8% ameritó ventilación mecánica invasiva, 64% de pacientes ameritó uso de vasopresor al ingreso. La media de SOFA fue 7.85 ± 4.06 , SAPS III 47.09 ± 20.41 ; sin embargo, no se encontraron diferencias significativas en mortalidad en nuestro análisis. **Discusión:** en nuestra muestra, la causa infecciosa, representa 40% de los ingresos. Este porcentaje es notablemente más bajo que en la era pre TARV, alcanzando en la actualidad un porcentaje similar al paciente no VIH. Las causas derivadas de la cronicidad de la enfermedad, cobran mayor peso siendo similares a los pacientes no VIH.

CHOQUE TÓXICO SÉPTICO: URGENCIA CRÍTICA

Paloma Elizabeth Sandoval Chávez, Estephania Reyes Botello, José Ernesto Salamanca González, Ervin Manzo Palacio

Hospital Ángeles Metropolitano.

Hombre de 49 años, previamente sano, que presentó cuadro de fiebre, mialgias y aumento de volumen doloroso en muslo derecho. A su ingreso a urgencias se documentó choque séptico con acidosis metabólica severa y lactato elevado. Estudios de imagen evidenciaron miositis extensa y colección suprarrotuliana; se inició antibioticoterapia de amplio espectro y soporte hemodinámico. Evolucionó a fallo multiorgánico (lesión renal aguda AKIN III, hepatopatía por choque, trombocitopenia), requiriendo ventilación mecánica, doble vasopresor y terapia de reemplazo renal continua. Se confirmó infección por *Streptococcus pyogenes* productor de toxinas, integrándose síndrome de choque tóxico y alto riesgo de síndrome compartimental. Se realizó fasciotomía, artrotomía y desbridamientos seriados, incluyendo miomectomía y colocación de terapia VAC. A pesar de mejoría parcial hemodinámica, persistió necrosis muscular extensa, indicándose desarticulación coxofemoral derecha. En el postoperatorio presentó hiperkalemia grave refractaria al tratamiento, secundaria a insuficiencia renal, que desencadenó arritmia ventricular y paro cardiorrespiratorio. Tras 45 minutos de RCP avanzada, sin retorno a la circulación espontánea, se declaró el fallecimiento.

INTOXICACIÓN POR METFORMINA EN MANEJO CON TRRC

Sayra Giselle Torres Bustamante, Francisco Javier Ruíz Corzo, Diego Ernesto Pacheco Zavala, Karen Elena Ortega Verdugo, Sitali Analleli Romero Grande

Unidad de cuidados intensivos, Hospital General de León. León, Guanajuato, México.

Introducción: la acidosis láctica asociada a metformina (ALAM) es una patología potencialmente mortal, requiere de terapia de reempla-

zo renal continua (TRRC) acorde al estado de gravedad y depuración farmacológica. **Objetivo:** describir el abordaje y manejo con TRRC en intoxicación por metformina, evolución clínica y bioquímica durante su estancia en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI). **Caso clínico:** paciente de 51 años, con diabetes no insulino dependiente en tratamiento con metformina. Inició padecimiento de una semana de evolución presencia náusea, vómitos, a pesar cuadro clínico continuó con tratamiento habitual agregándose ataque al estado general. Ingresó a urgencias consciente y deshidratada, resto sin datos relevantes. Gasometría con acidemia metabólica, iniciándose reanimación con cristaloideos, con deterioro en la función renal sin respuesta a manejo inicial y empeoramiento del ácido base, evolucionó al deterioro hemodinámico sin mejoría global sospechándose de intoxicación por metformina como ALAM y se ingresó a la UCI. Se inició TRRC de alto flujo en hemodiafiltración venovenosa continua (HDFVVC) durante 33 horas, con mejoría bioquímica y hemodinámica. **Discusión:** se describe el uso de TRRC en intoxicación por metformina, destacando la ALAM y compromiso renal, la literatura describe reporte de casos donde proponen TRRC que permite la recuperación renal y hemodinámica de pacientes críticos, con resultados favorables en supervivencia de la enfermedad.

IUC PREDICTOR DE LRA EN PREECLAMPSIA

Michell Estrella Montalvo Aguilar, Indira Itzel Franco González, María Isabel Cadena Valle, Alberto Ortiz Hernández, Juan Esteban Blanco López

Hospital de Alta Especialidad de Veracruz.

Introducción: la preeclampsia es reconocida como una de las etiologías primarias de la LRA asociada al embarazo. Se ha planteado que el índice urea-creatinina (IUC) elevado identifica a un grupo de pacientes con un riesgo incrementado de mortalidad a largo plazo, de forma independiente a la LRA. **Objetivo:** determinar que el índice urea-creatinina es un predictor de fracaso renal. **Material y métodos:** a partir de la revisión de los expedientes clínicos se capturó la información retrospectiva para descripción y análisis de tipo inferencial. **Resultados:** se seleccionaron 24 pacientes con preeclampsia, 6 (25%) desarrollaron (LRA). El grupo con LRA presentó valores medios más elevados del IUC tanto al ingreso (49.2 ± 19.9 vs 32.6 ± 12.3) como a las 24 horas. La capacidad predictiva del IUC al ingreso para LRA por el área bajo la curva (AUC) fue de 0.759 ($p = 0.062$), con una razón de ventajas (OR) de 2.00 (IC95%: 0.31-13.06) ($p = 0.465$). **Discusión:** la ausencia de una asociación predictiva estadísticamente significativa entre el IUC y la incidencia de LRA en este estudio es un hallazgo que coincide con las observaciones en la literatura sugiriendo que la elevación del IUC puede no ser un reflejo directo del proceso fisiopatológico intrínseco o bien de las diferencias en la severidad clínica que conduce a la LRA.

DIABETES INSÍPIDA GESTACIONAL: REPORTE DE UN CASO

Eduardo Matías González, Karla Guadalupe Rico Hernández, Jovanhy Castillo Amador

Hospital Regional 1º de Octubre, ISSSTE.

Introducción: la diabetes insípida gestacional es una endocrinopatía poco frecuente, vinculada al exceso de vasopresinasa placentaria o a su deficiente degradación hepática, que aparece habitualmente en el tercer trimestre y puede asociarse a complicaciones materno-fetales graves, requiriendo diagnóstico y manejo oportuno. **Objetivo:** presentar el caso de una paciente con embarazo gemelar más hemorragia obstétrica y posteriormente desarrollando diabetes insípida gestacional. **Material y métodos:** mujer de 46 años de edad, en puerperio postquirúrgico mediato secundario a embarazo gemelar, cursando con hemorragia obstétrica pasando a la UCI en donde presenta cuadro de poliuria más elevación de sodio y trastorno de la osmolaridad, se realizan electrolitos urinarios con lo que se integra diagnóstico de diabetes insípida gestacional. **Resultados:** presentó limitación de la misma posterior a tratamiento con desmopresina vía intranasal. **Dis-**

cusión: la diabetes insípida gestacional es una complicación rara, pero clínicamente relevante, asociada a embarazos múltiples y alteraciones hepáticas. Su presentación puede confundirse con síntomas fisiológicos, retrasando el diagnóstico. La confirmación bioquímica y el tratamiento con desmopresina permiten controlar la poliuria y prevenir complicaciones maternas y perinatales potencialmente graves. **Conclusiones:** se abordó cuadro de poliuria, integrando antecedentes, cuadro clínico y resultados de laboratorios llegando al diagnóstico de diabetes insípida gestacional.

ÍNDICE PCT/PCR Y MORTALIDAD EN SEPSIS

Alejandro Delgadillo Díaz, Jorge Chávez Pacheco, Víctor Samuel Rivera Nuño

Hospital General Regional No. 6 «Lic. Ignacio García Téllez», Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). Ciudad Madero, Tamaulipas, México.

Introducción: la sepsis es una de las principales causas de ingreso y mortalidad en unidades de cuidados intensivos (UCI). A nivel mundial afecta a cerca de 31 millones de personas cada año y en México representa hasta 30% de los ingresos a la UCI, con una mortalidad que oscila entre 30 y 50%. Se ha propuesto que el índice procalcitonina/proteína C reactiva (PCT/PCR) podría servir como marcador pronóstico accesible y de bajo costo. **Objetivo:** evaluar la correlación entre el índice PCT/PCR y la mortalidad en pacientes con sepsis en la UCI del Hospital General Regional No. 6, Ciudad Madero, Tamaulipas. **Material y métodos:** estudio observacional, retrospectivo y transversal en 47 pacientes con sepsis (marzo 2024-marzo 2025). Se registraron edad, sexo, procalcitonina, PCR, índice PCT/PCR y estado vital al egreso. Se aplicó estadística descriptiva, pruebas de normalidad, Mann-Whitney, regresión logística y curva ROC. **Resultados:** edad media 54.1 años; 51% hombres. Mortalidad global 46.8%. El índice PCT/PCR tuvo media 1.58 ± 2.36 . No hubo diferencias significativas entre sobrevivientes y fallecidos ($p = 0.447$). El modelo logístico no mostró significancia para índice PCT/PCR, edad o sexo. El área bajo la curva ROC fue 0.60 de poder discriminativo. **Discusión:** en esta cohorte, el índice PCT/PCR no se correlacionó con la mortalidad. El tamaño muestral limitado pudo influir en los resultados. Se requieren estudios con mayor población para confirmar su utilidad como predictor pronóstico.

RESCATE PULMONAR: PRONO PROLONGADO, OBESIDAD Y SDRA

Karen Harumi López Rodríguez, Sandra Paola Ávila Villalobos, José Enrique Ramírez Mojica, Eduardo Rodríguez Puente, José Carlos Gasca Aldama

Unidad de Cuidados Intensivos, Hospital Juárez de México.

Existen pocos datos acerca de la ventilación mecánica en pacientes con obesidad mórbida y síndrome de dificultad respiratoria aguda (SDRA), patologías comunes en Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), que son un desafío clave en la fisiología cardiopulmonar, debido a que su manejo repercute directamente en la sobrevida del paciente. Paciente masculino de 44 años con diagnóstico de SDRA severo (pH 7.38, PaO_2 30 mmHg, paCO_2 53, HCO_3 19.3) con optimización de ventilación mecánica protectora, presentando hipoxemia refractaria persistente, posteriormente se indicó el uso de posición prono con respuesta tardía, cumpliendo con criterios EOLIA para oxigenación de membrana extracorpórea (ECMO). Sin acceso al mismo, posición prono ininterrumpida vigilancia ultrasonográfica, hemodinámica y neurológica, con mejoría de los parámetros respiratorios (pH 7.43, PCO_2 36, PO_2 91, HCO_3 19.7, Lac 0.9, FiO_2 40%) presentó miopatía del enfermo en estado crítico, por lo que se realizó traqueostomía percutánea con rehabilitación física activa a la recuperación funcional. Logrando decanulación posterior de la traqueostomía e integración completa social del paciente. El manejo multidisciplinario, por parte de terapia intensiva, neumología, rehabilitación y nutrición clínica conformando el equipo de rescate pulmonar mejora la supervivencia en el paciente con SDRA y obesidad mórbida.

COMPARACIÓN DEL ÍNDICE PROCALCITONINA/ALBÚMINA VS MARCADORES DE INFLAMACIÓN COMO PREDICTORES DE MORTALIDAD EN EL TCE EN HGR NO. 58, IMSS

Carlos Galvés Banda,* Celenys Bermúdez Lago,†
Rolando García López‡

* Hospital General Regional No. 58. † Médico residente de Medicina del Enfermo en Estado Crítico.

Comparar el índice procalcitonina/albumina con otros marcadores de inflamación como predictores de mortalidad tales como proteína C reactiva, albumina, índices PCR/albumina, neutrófilo/linfocito en pacientes con traumatismo craneoencefálico del HGR No. 58 del IMSS de enero a agosto de 2025. El cual incluyó a todos los pacientes con TCE que fueron evaluados a las 6 horas de su ingreso hospitalario o a la UCI con los biomarcadores de interés para el presente como: proteína C reactiva, albumina, índices PCR/albumina, neutrófilo/linfocito y procalcitonina/albumina. Con respecto al análisis estadístico, se realizarán análisis inferenciales que se evaluarán a través de una χ^2 y un valor de $p < 0.05$ se considerará significativo. **Resultados:** en la población de estudio la mayoría eran hombres con $n = 45$ (65.2%), en a la clasificación o gravedad del TCE tanto los pacientes con una clasificación grave como moderado reportaron una frecuencia muy similar con $n = 36$ (52.2%) y $n = 30$ (43.5%); respectivamente. Se registraron $n = 18$ (26.1%) decesos en la población. Al realizar la comparación de acuerdo con los valores bioquímicos respecto al egreso del paciente, destacó que los parámetros de procalcitonina, PCR, índice PCR/albumina, procalcitonina/albumina e índice neutrófilo/linfocito evidenciaron resultados significativos $p \leq 0.05$.

FOCUS EN ICC Y MIOCARDIOPATÍA HIPERTRÓFICA

César Mauricio Adame Ramírez,
Javier Moreno Rodríguez, Pablo Zamudio Guerra,
Pavel Eledín Aguilera González, Beatriz Cruz Muñoz
Hospital Country 2000, Guadalajara, Jalisco.

Caso clínico: hombre de 48 años, con antecedentes de hipertensión, diabetes mal controlada, y secuelas de dos eventos vasculares cerebrales. Acude por presentar astenia, desorientación, mareo y disnea, con emergencia hipertensiva 180/110 mmHg y datos de edema agudo pulmonar, hiperglucemia (360 mg/dL), leucocitosis 16,530/ μ L, NT-pro-BNP 2,890 pg/mL y elevación de PCR (129 mg/L). Electrocardiograma inicial con taquicardia sinusal y nuevo BRDHH. FOCUS al ingreso en UTI se visualiza grosor septal de 26 mm, pared posterior del VI de 15 mm, FACVI 25.5% y no se visualiza OTSVI, iniciando manejo precoz con diuréticos, ARA II, dapagliflozina, estatinas, trombolitico por falla cardiaca y posterior a estabilización uso de betabloqueador. La cardioponancia confirmó miocardiopatía hipertrófica (MCH) con fibrosis miocárdica extensa (32%), realce tardío transmural en septo (24 mm) y pared anterior, además de reforzamiento intramiocárdico difuso apical. La evolución clínica fue favorable hasta su egreso, con pronóstico reservado dada la magnitud de la fibrosis, el riesgo de arritmias malignas, progresión de insuficiencia cardiaca y muerte súbita. **Conclusión:** la MCH representa un desafío diagnóstico en la UTI, el uso de la ultrasonografía a pie de cama permite la alta sospecha e inicio precoz y oportuno del manejo, confirmando posteriormente con cardioponancia, permitiendo así la adecuada evolución durante su estancia.

MIXEDEMA POR HIPOTIROIDISMO POSTIROIDEOTOMÍA

Valentín Eduardo Hernández Martínez,
Valeria Stephanie Dorador Guevara, Carlos Jiménez Correa
UMAE T1, Centro Médico Nacional del Bajío, Instituto Mexicano del Seguro Social. León, Guanajuato.

Introducción: el estado mixedematoso es una urgencia endocrínica poco frecuente pero potencialmente fatal. Su reconocimiento temprano y el manejo intensivo son esenciales para disminuir la elevada mortalidad asociada. **Objetivo:** describir el abordaje diagnósti-

co y terapéutico de un caso clínico de estado mixedematoso severo, hipertiroidismo tratado con tiamazol, postiroideotomía total electiva, con evolución crítica en la UCI. **Caso clínico:** hombre de 36 años, antecedente de hipertiroidismo tratado con tiamazol y seguimiento endocrinológico, sometido a tiroideotomía total electiva. En el postoperatorio inmediato presentó deterioro del estado de conciencia, bradicardia, hipotensión, hipoventilación y edema pulmonar agudo. Con puntaje de 100 en la escala de Popoviciu, confirmando estado mixedematoso. Requirió ventilación mecánica, norepinefrina, levotiroxina enteral en dosis elevadas, hidrocortisona y diuréticos. Presentó disfunción ventricular, requirió monitoreo hemodinámico avanzado y ecocardiografía crítica. Evolucionó favorablemente hasta lograr egreso. **Discusión:** este caso subraya cómo el uso de tiamazol puede inducir hipotiroidismo profundo y, sumado a la suspensión abrupta tras la tiroideotomía, precipitar una crisis endocrinológica grave. La literatura destaca que el hipotiroidismo iatrogénico es una causa subestimada de estado mixedematoso. Si bien el manejo intensivo relacionado a monitoreo e intervenciones ventilatorias, hemodinámicas y neurológicas, permitió la recuperación, la verdadera estrategia radica en un control endocrinológico pre y postoperatorio.

INTENTO SUICIDA CON ETILENGLICOL: REPORTE CLÍNICO

Julia Teresa Rochin Parra, Andrea Guadalupe de la Torre Rittscher,
Adolfo Antonio Caraballo Caballero, Audrey Camille Camacho Espino,
Jesús Manuel Santiago Ávila
Hospital Civil de Culiacán.

Introducción: la intoxicación por etilenglicol es una condición crítica que pone en riesgo la vida, provocando acidosis metabólica, insuficiencia renal y deterioro neurológico. El tratamiento temprano con antídotos y manejo intensivo es esencial para la supervivencia. **Objetivo:** presentar el caso de un paciente con intoxicación masiva por etilenglicol y coingesta de acetona y peróxido de hidrógeno, que logró una evolución favorable gracias a un enfoque multidisciplinario. **Material y métodos:** hombre de 36 años con trastorno depresivo mayor, que ingirió 2-3 L de etilenglicol, acetona y peróxido de hidrógeno en un intento suicida. Fue trasladado a urgencias, se realizó lavado gástrico, administración de pantoprazol, etanol, intubación orotraqueal y sedoanalgesia, así como bloqueo neuromuscular. **Resultados:** desarrolló acidosis mixta, neumonía por broncoaspiración, infección por *Candida spp.*, síndrome de distrés respiratorio agudo e insuficiencia renal. Requirió soporte ventilatorio y vasopresor, además de tratamiento antibiótico. Tras una fallida extubación, se realizó traqueotomía y, posteriormente, mostró recuperación neurológica, hemodinámica y renal. **Discusión:** este caso destaca la importancia del diagnóstico temprano y el manejo intensivo en intoxicaciones graves. La intervención oportuna, el uso de etanol y el adecuado soporte terapéutico permitieron una evolución favorable, pese alta letalidad del etilenglicol y falla orgánica múltiple.

FALLA DERECHA: DIAGNÓSTICO Y TERAPIA COMBINADA

Vania Daniela Nina Saucedo, Jannette Ramírez Cortés,
Marcos Vidals Sánchez
Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias Ismael Cosío Villegas.

Introducción: la hipertensión pulmonar (HP) puede provocar falla ventricular derecha (FVD) al incrementar la postcarga, causando desacoplamiento ventrículo-arteria pulmonar, dilatación ventricular e insuficiencia tricuspídea, con alta morbilidad en pacientes críticos. **Objetivo:** describir el manejo diagnóstico y terapéutico de la FVD secundaria a HP. **Material y métodos:** se analizó un caso de un varón de 55 años con HP tipo III (PSAP 65 mmHg) secundario a síndrome combinado de neumonía intersticial no específica y enfisema pulmonar, en protocolo de trasplante pulmonar. Se emplearon ecocardiografía, catéter de Swan-Ganz y monitoreo hemodinámico tras un evento de parada cardiaca. **Resultados:** postprocedimiento odontológico, el paciente presentó hipoxemia, paro cardiorrespiratorio e inestabilidad hemodinámica. La ecocardiografía confirmó FVD

severa (TAPSE/PSAP 0.081 mm/mmHg). El catéter de Swan-Ganz mostró PAPm 83 mmHg y RVP 1,662 dyn·s·cm⁻⁵. Se instauraron norepinefrina, vasopresina, levosimendán e iloprost inhalado, logrando estabilización hemodinámica. **Conclusión:** la FVD secundaria a HP requiere diagnóstico rápido mediante ecocardiografía y monitoreo invasivo, junto con terapias combinadas (vasopresores, inotrópicos y prostaciclina) para optimizar desenlaces en pacientes críticos.

HIPOCALCEMIA Y SEVERIDAD EN HEMORRAGIA OBSTÉTRICA

Hugo Alberto Melchor Villanueva, Alfonso López González

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

Introducción: a pesar de los esfuerzos para reducir las tasas de hemorragia obstétrica (HO), sigue siendo una de las causas más comunes de morbilidad y mortalidad materna. Aproximadamente del 3 al 5% de las pacientes obstétricas experimentarán HO. **Objetivo:** analizar la hipocalcemia como factor predictivo de severidad en pacientes con hemorragia obstétrica en la Unidad de Cuidados Intensivos. **Material y métodos:** se llevó a cabo estudio observacional, descriptivo, trasversal y retrospectivo en el Hospital General La Villa que incluyó pacientes ingresadas en la UCI por hemorragia obstétrica de enero de 2024 a diciembre de 2024. **Resultados:** para la hipocalcemia sérica encontramos que los casos graves de HO grave se observaron en un mínimo con hipocalcemia leve ($n = 1$, 3.45%), seguidos en frecuencia aquellos con hipocalcemia moderada ($n = 3$, 10.34%) y en su mayoría con hipocalcemia severa ($n = 7$, 24.14%) (χ^2 18.13, $p < 0.001$). **Discusión:** en el presente es posible inferir que la hipocalcemia tanto sérica como iónica es un factor predictivo estadísticamente significativo de la severidad de HO en la Unidad de Cuidados Intensivos.

FALLA HEPÁTICA HIPERAGUDA POR METFORMINA

Edgar Antonio León Vázquez, Blanca Estela Herrera Morales, José Alfredo Cortés Munguía

Hospital General Regional No. 196. Ecatepec de Morelos, Estado de México.

Se presenta caso clínico de un paciente femenino de 27 años de edad quien es encontrada por sus familiares con deterioro neurológico caracterizado por indiferencia al medio, con antecedente de tratamiento psicológico, quien ingresa al Servicio de Urgencias con tenciones arteriales no perfusorias, disnea y Glasgow de 9 puntos (m4, o2, v2), a la exploración física se parecían hematomas en miembros pélvicos y torácicos, al interrogatorio dirigido los familiares refieren encontrar blíster vacíos de varios medicamentos, realizándose balance de los siguientes medicamentos ingeridos metformina 54.4 gramos, butilhioscina 100 mg, metamizol 2.5 gramos y metronidazol 3 gramos, en el contexto de intento de suicidio, la paciente había tenido atención primaria en otra unidad; sin embargo, se pide alta voluntaria llegando a nuestra unidad, la paciente es ingresada a la UCI de forma directa, con acidosis metabólica refractaria a tratamiento, hipoglucemia recurrente y datos de falla multiorgánica secundaria a falla hepática hiperaguda, renal, cardiovascular y respiratoria, se decide manejo de vía aérea e inicio de terapia de prisma al no tener mejoría del estado ácido-base, se ajusta tratamiento médico y se continúa con terapia de soporte.

DEBUT ATÍPICO DE CRISIS MIASTÉNICA

Sandra Paola Ávila Villalobos, Karen Harumi López Rodríguez, Ricardo Daniel Estrada Moreno, Francisco Javier Ramírez Almaraz, José Carlos Gasca Aldama

Unidad de Cuidados Intensivos, Hospital Juárez de México.

La *miastenia gravis* (MG) es una enfermedad autoinmune que afecta la placa neuromuscular por la presencia de anticuerpos antirreceptor de acetilcolina. Una crisis miasténica (CM) es la manifestación más grave, haciendo referencia a debilidad severa que requiere intubación o soporte respiratorio no invasivo. Se trata de una paciente de 51 años, antecedente de ingreso previo a Unidad de Cuidados Intensivos por insuficiencia respiratoria que ameritó manejo avanzado de vía aérea,

con dificultades en el *weaning* por disfunción diafragmática. Acudió nuevamente por disfagia posterior a su egreso, sin embargo, con insuficiencia respiratoria que amerita nuevamente soporte mecánico. Durante su estancia se evidencia ptosis bilateral progresiva y debilidad de la cintura escapular, se solicitaron velocidades de conducción con estimulación repetitiva que mostraron disminución de la amplitud mayor de 10% concordante con un trastorno postsináptico de la unión neuromuscular. Se inició inmunoglobulina, piridostigmina y prednisona, con lo cual presentó mejoría. Se realizó traqueostomía por fallo al *weaning*. Una valoración integral permite la detección de patologías que por la condición de los pacientes críticos pasa desapercibida. La identificación de la afección de nervios periféricos despertó la sospecha de una afección motora y los estudios de conducción nerviosa permitieron el diagnóstico de la CM.

CIRCUNFERENCIA DE PANTORRILLA Y SUPERVIVENCIA

Fernanda Alejandra Rojas Arzate, Carlos Alfredo Galindo Martín, Gloria Iveth Rodríguez Soto, Naomi Guadalupe Vieyra, Alberto Valles Guerrero

Hospital San Ángel Inn Universidad.

Introducción: la evaluación del estado nutricional y su relación con la supervivencia en pacientes críticos representa un aspecto clave en el pronóstico dentro de la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI). Entre los indicadores, la circunferencia de pantorrilla se ha propuesto como un marcador accesible de reserva muscular y posible predictor de desenlaces clínicos. **Objetivo:** determinar la asociación entre circunferencia de pantorrilla y la supervivencia en pacientes ingresados en la UCI. **Material y métodos:** se analizaron 99 pacientes hospitalizados, divididos en supervivientes ($n = 79$) y no supervivientes ($n = 20$). Las variables cuantitativas se evaluaron mediante pruebas de normalidad y comparaciones estadísticas correspondientes (t de Student, U de Mann-Whitney). Las cualitativas se contrastaron con χ^2 o exacta de Fisher. Se aplicaron modelos de regresión de Cox, ajustados y no ajustados, considerando edad, SOFA, PCR, índice UCR y circunferencia de pantorrilla. Se utilizó RStudio (versión 2025.05.1 + 513). **Resultados:** los supervivientes presentaron menor edad, menor estancia en la UCI, menos necesidad de ventilación mecánica invasiva y mayor circunferencia de pantorrilla. La regresión de Cox mostró a la circunferencia de pantorrilla como factor independiente asociado con supervivencia, aumentando 7% la probabilidad por cada centímetro adicional. **Discusión:** los hallazgos sugieren que la circunferencia de pantorrilla constituye un indicador simple y útil en la valoración pronóstica, superando incluso escalas tradicionales como SOFA en el modelo ajustado.

CRISIS TIROTÓXICA EN EMBARAZO DE 14.4 SDG

Magdalena Teresa Bautista Cayetano, Jesús Carlos Briones Garduño, Annanda Iveth Márquez, Luis Fernando Mendoza Contreras, Jorge Tonatiah Pérez Cruz, Luis Fernando Huayllani Gutiérrez

Unidad de Cuidados Intensivos Obstétricos, Hospital General de México «Dr. Eduardo Liceaga».

Mujer de 21 años del Estado de México diagnosticada cinco semanas previas con hipertiroidismo en tratamiento con propranolol 10 mg cada 8 horas, el día 19/09/25 a las 13 horas presenta palpitations, taquicardia, diaforesis náuseas, intolerancia a la vía oral, siendo ingresada a choque con FC 171 lpm, FR 33 rpm, saturación 96%, TA 147/99 mmHg, TAM 115 mmHg, GASV PH 7.18, PCO₂ 20, PO₂ 61, LAC 4.1, BE -20.9, AG 27, HCO₃ 7.5, consciente, orientada, sin compromiso inicial de la gestación se realiza ecografía con patrón BLUE líneas A, VCI diam max 1.4 mm, diam min 0.9, colapsabilidad de 39% como prueba a tolerancia a volumen, ITV 17, TSVI 1.9 mm, GC 7.76, IC 3.8, RVS 1447, IRVS 2,894 se inicia tratamiento con propranolol 40 mg VO cada 8 horas, hidrocortisona 100 mg IV cada 8 horas, lugol cinco gotas VO cada 8 horas, tiamazol 20 mg VO cada 12 horas, reanimación hídrica según protocolo ROSE presentando buena evolución clínica

con estabilidad hemodinámica; sin embargo, a las 24 horas de su estancia presenta pérdida temprana de la gestación con un peso de 108 g siendo egresada a piso para protocolo de interrupción.

GOLPE DE CALOR: SUPERVIVENCIA INESPERADA

Diana Alejandrina Treviño Sandoval,
Janeth Pamela Romero Esparza, Gustavo Adrián Soto Hernández
Hospital General de Tampico «Dr. Carlos Canseco».

Hombre en la quinta década de la vida de ocupación operario de limpieza urbana, sin antecedentes crónico degenerativos, ingresó a urgencias tras colapso súbito en vía pública, con hipertermia extrema, alteración neurológica, y traumatismo craneoencefálico severo, requiriendo soporte vasopresor dual y soporte ventilatorio, se admitió en UCI, donde se identificaron disfunciones orgánicas múltiples, en sus primeros días desarrolló rhabdomiólisis severa, lesión renal aguda KDIGO III, insuficiencia hepática transitoria, CID, hemorragias múltiples y fiebre refractaria, como tratamiento se incluyó sedoanalgesia óptima, medidas de neuroprotección, osmotherapia por hipertensión endocraneana, control térmico con medidas de enfriamiento interno y externo, corrección hidroelectrolítica y cistostomía suprapúbica por obstrucción uretral y soporte transfusional. Gradualmente presentó recuperación neurológica, estabilidad hemodinámica, control térmico adecuado, desvinculación de ventilación mecánica, recuperación de la función renal y hepática con remisión de coagulopatía. Tras 10 días de estancia en UCI egresó con Rankin modificado grado 2. El golpe de calor puede originar disfunción orgánica secuencial, la detección temprana e inicio inmediato de medidas de enfriamiento, así como implementación de soporte avanzado son cruciales en la supervivencia y recuperación funcional.

FALLA ORGÁNICA MÚLTIPLE ASOCIADA A ROTAVIRUS

Rubí Solís Hernández, Alfredo Aisa Álvarez,
Janet Silvia Aguirre Sánchez, Braulia Aurelia Martínez Díaz
Centro Médico ABC.

Introducción: el rotavirus es un patógeno viral común que causa gastroenteritis aguda, principalmente en niños menores de cinco años, pero también puede desencadenar complicaciones graves como el fallo orgánico múltiple (FOM) en casos severos. **Presentación del caso:** mujer de 78 años con antecedente de sepsis abdominal con resección de colon e intestino delgado. Encefalopatía metabólica, bilirrubinas elevadas, INR prolongado y patrón colestásico (datos de falla hepática aguda), biopsia hepática transyugular, con resultado de hepatitis crónica leve, con congestión sinusoidal, esteatosis macro y microvesicular de 10%, criterios de manejo avanzado de vía aérea, lesión renal aguda, con oliguria y elevación de azoados con encefalopatía urémica, por lo que se inició sustitución renal con hemodiálisis intermitente, FAGI con rotavirus, cobertura a meropenem y doxiciclina, con adecuado control de foco infeccioso, mejoría de la función renal y posterior egreso a domicilio. **Conclusiones:** el FOM por rotavirus representa una complicación letal evitable, impulsada por deshidratación e inflamación sistémica, infecta enterocitos del intestino delgado, liberando toxinas (como NSP4) que inducen diarrea osmótica y secretora. Daño multiorgánico: isquemia tisular secundaria activa citoquinas proinflamatorias (IL-6, TNF- α), promoviendo disfunción endotelial y coagulación intravascular diseminada. Las futuras investigaciones deben enfocarse en terapias dirigidas contra NSP4 para reducir mortalidad.

NEUROMONITOREO MULTIMODAL PARA TOMA DE DECISIONES

Eduardo Rodríguez Puente, Karen Harumi López Rodríguez,
Osvaldo Alexis Marché Fernández, Alejandra Aguilar García,
José Carlos Gasca Aldama
Unidad de cuidados intensivos, Hospital Juárez de México.

El neuromonitoreo multimodal implica la combinación de tres o más dispositivos invasivos para obtener una visión integral de la función

neurológica del paciente neurocrítico y guiar las decisiones terapéuticas, principalmente en situaciones de lesión cerebral grave como: catéter de presión intracraneal (PIC), oxigenación cerebral (PtiO₂), electroencefalograma (EEG), neuroimagen, Doppler transcraneal continuo (DTC), índice del estado del paciente (PSI), entre otros. Reportamos un paciente masculino de 25 años con traumatismo craneoencefálico severo que recibió neuromonitoreo multimodal: PIC 28 mmHg, PO₂ 36 mmHg, PtiO₂ 4.8 mmHg, PSI 32, TAC cráneo hemorragia intraparenquimatosa derecha y edema cerebral con optimización de sedoanalgesia y neuroprotección ventilatoria. Con los valores obtenidos se decide craniectomía descompresiva; una PtiO₂ < 5 mmHg por > 4 horas se asocia con mayor mortalidad. Posterior al manejo definitivo, se reporta PIC 11 mmHg, PO₂ 67 mmHg, PtiO₂ 26 mmHg, ecografía pupilar 2.3 mm/2.2 mm, DTC: velocidad sistólica 185 mmHg, diastólica 69 mmHg, media 107 mmHg, PIC 10 mmHg, EEG normal, con buena progresión neurológica, retiro de sedación, SetScore 5, ENIO 98, ACS 2, lo que permitió la extubación temprana exitosa, con egreso de la UCI por mejoría clínica. La integración de un neuromonitoreo multimodal, permite la individualización del paciente para determinar el manejo adecuado y mejorar el pronóstico.

CATÉTER INTRAPARENQUIMATOSO EN LA UCI: SERIE DE CASOS

Mauricio González Hernández, Francisco Javier Ramírez Almaraz,
Karen Harumi López Rodríguez, José Carlos Gasca Aldama,
Osvaldo Alexis Marché Fernández
Departamento de Medicina Intensiva, Hospital Juárez de México. Ciudad de México.

Introducción: la hipertensión intracraneal es una complicación frecuente en pacientes neurocríticos y, cuando no se identifica ni trata oportunamente, se asocia con elevada morbimortalidad. El monitoreo con catéter intraparenquimatoso sigue siendo el estándar de referencia, aunque actualmente existe interés por integrar técnicas multimodales que apoyen la toma de decisiones. **Objetivo:** presentar la experiencia en la colocación de catéteres intraparenquimatosos en la UCI de nuestro hospital e identificar su papel dentro de un abordaje multimodal de monitoreo neurocrítico. **Material y métodos:** serie retrospectiva de casos en 2025 con indicación de monitoreo de presión intracraneal, con catéteres colocados por personal médico de la UCI. Se analizaron variables demográficas, técnica, valores de PIC, complicaciones y desenlaces. **Resultados:** se incluyeron seis pacientes, edad promedio 37 años, hombres 67% y mujeres 33%. La PIC máxima fue 33.6 mmHg. Todos los procedimientos se realizaron en el punto de Kocher, con éxito técnico de 100% y sin complicaciones mayores. El valor invasivo motivó cirugía en dos casos. Cinco pacientes egresaron vivos, uno requirió traqueostomía y uno falleció. **Discusión:** la colocación de catéteres intraparenquimatosos en la UCI es segura y útil, y su integración con técnicas no invasivas puede fortalecer el monitoreo multimodal.

INL VS PCT EN SEPSIS BAJO TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO

Francisco de Jesús Gurrola Morales, Jorge Chávez Pacheco,
Krysthell García de la Garza, Artemisa Vázquez Dondiego
Hospital General Regional No. 6, Instituto Mexicano del Seguro Social. Ciudad Madero, Tamaulipas.

Introducción: la sepsis es una causa principal de mortalidad en cuidados intensivos. La procalcitonina (PCT) es un biomarcador validado para guiar la duración del antibiótico; el índice neutrófilo/linfocito (INL) se propone como marcador accesible, aunque su utilidad como sustituto de la PCT no está establecida. **Objetivo:** evaluar si el INL presenta un comportamiento equivalente al de la PCT para guiar la suspensión de antibióticos en sepsis. **Material y métodos:** estudio observacional retrospectivo en la unidad de cuidados intensivos del Hospital General Regional No. 6, Instituto Mexicano del Seguro Social, Ciudad Madero, Tamaulipas, marzo 2024-marzo 2025. Se incluyeron 43 pacientes con sepsis tratados con antibióticos. Se analizaron edad, sexo, INL y PCT al inicio y a las 72 horas. Se aplicaron Wilcoxon y Spearman. **Resultados:**

tados: edad media 56 años; 58% hombres. INL inicial mediana 16.2, descendió a 12.5 a las 72 horas ($p = 0.077$). PCT inicial mediana 10 ng/mL, bajó a 3.1 ng/mL ($p = 0.001$). No hubo correlación entre INL y PCT al inicio ($\rho = -0.03$; $p = 0.85$) ni a las 72 horas ($\rho = 0.03$; $p = 0.85$). **Discusión:** la PCT confirmó su valor para guiar la suspensión de antibióticos. El INL mostró descenso sin significancia y no correlacionó con la PCT, por lo que no es un sustituto. Podría explorarse como complemento en contextos con recursos limitados, aunque se requieren más estudios para definir su papel clínico.

APOPLEJÍA HIPOFISARIA Y COMPROMISO ENDOCRINO AGUDO

Nayeli Magali Bárcenas Gutiérrez,*[‡]

Herendira Senica Rodríguez García,*[‡] Etna Paola Gordillo Velasco,*[‡]

María Dioselina Ruiz Barrera,*[§] María Alaciél Galván Merlos*[¶]

* Unidad de Cuidados Intensivos, Hospital Regional de Alta Especialidad de Ixtapaluca. [‡] Residente de primer año de Medicina Crítica. [§] Residente de segundo año de Medicina Crítica. [¶] Jefe de la Unidad de Cuidados Intensivos.

La apoplejía hipofisaria es una entidad neuroendocrina aguda, caracterizada por hemorragia o infarto súbito de un adenoma hipofisario, frecuentemente macroadenomas, que puede poner en riesgo la vida del paciente si no se identifica y trata oportunamente. Su presentación clínica suele ser abrupta, con cefalea intensa, alteración del estado de conciencia, signos visuales y, en muchos casos, disfunción hormonal múltiple. Se reporta el caso de un varón de 61 años, previamente sano, quien ingresó por cefalea de instalación súbita acompañada de estatus epiléptico y bradilalia. La resonancia magnética reveló macroadenoma hipofisario con hemorragia aguda. Debido al compromiso neurológico, se realizó resección transfenoidal de urgencia, sin complicaciones postquirúrgicas. Posteriormente, el paciente presentó bradicardia extrema sin repercusión hemodinámica, descartándose causas estructurales, metabólicas o respiratorias. El perfil hormonal confirmó insuficiencia suprarrenal, hipotiroidismo central, hipogonadismo e inicio de diabetes insípida central. Se instauró manejo sustitutivo con hidrocortisona, levotiroxina, desmopresina y testosterona, con respuesta clínica y hemodinámica favorable. Este caso subraya la importancia del diagnóstico precoz y del abordaje multidisciplinario en la apoplejía hipofisaria. La intervención quirúrgica oportuna y la reposición hormonal dirigida son fundamentales para optimizar el pronóstico funcional y reducir la morbilidad asociada.

HEMORRAGIA EN HEMOFILIA: DIAGNÓSTICO EN LA UCI

María Dioselina Ruiz Barrera,*[‡]

Cristina Elizabeth Madera Maldonado,*[§] Jorge Omar Castro Meza,*[¶]

Liliana Ponce Baños,*[¶] María Alaciél Galván Merlos*[¶]

* Unidad de Cuidados Intensivos, Hospital Regional de Alta Especialidad de Ixtapaluca. [‡] Residente de segundo año de Medicina Crítica. [§] Médico especialista en Hematología y Alta Especialidad en Coagulación y Trombosis. [¶] Médico adscrito a la Unidad de Cuidados Intensivos. [¶] Jefe de la Unidad de Cuidados Intensivos.

Se presenta el caso de un hombre de 47 años, previamente sin antecedentes hematológicos conocidos, que ingresó a urgencias con gingivorragia incoercible posterior a procedimiento odontológico, complicada con episodios de síncope y choque hipovolémico. A su ingreso a la unidad de terapia intensiva se documentó palidez generalizada, taquicardia, hipotensión y hemoglobina en 6.8 g/dL, con descenso ulterior hasta 4.8 g/dL pese a reposición de volumen. El abordaje inicial se orientó hacia hemorragia mucocutánea severa con sospecha de trastorno congénito de la coagulación, considerando enfermedad de von Willebrand tipo 2N frente a hemofilia A leve. El manejo incluyó monitoreo hemodinámico estricto, fluidoterapia balanceada, transfusión de múltiples concentrados eritrocitarios, soporte con ácido tranexámico y sustitución específica con factor VIII recombinante. El paciente evolucionó con estabilidad progresiva tras control del sangrado y recuperación parcial de cifras en biometría hemática. Se confirmó actividad reducida de factor VIII (13.5%), inhibidor negativo y factor de von Willebrand elevado, integrando diagnóstico de hemofilia A. Este

caso resalta la importancia de la sospecha diagnóstica temprana en terapia intensiva ante hemorragias desproporcionadas, así como la necesidad de instaurar sustitución dirigida de factor VIII en el contexto de choque hipovolémico para evitar complicaciones fatales.

NECRÓLISIS EPIDÉRMICA TÓXICA SECUNDARIA A ENFORTUMAB

Juvenal Franco Noguez,* Alejandro Díaz Esquivel,[‡]

Celso Montoya González,[§] Janet Silvia Aguirre Sánchez,[¶]

Braulia Aurelia Martínez Díaz[¶]

* Residente de tercer año de Medicina Crítica del Centro Médico

ABC. [‡] Médico adscrito de Terapia Intensiva del Centro Médico ABC.

[§] Médico adscrito de Terapia Intensiva del Centro Médico ABC. [¶] Jefa

del departamento de Medicina Crítica, campus Observatorio. [¶] Jefa

del departamento de Medicina Crítica, campus Santa Fe.

Se trata de una mujer de 68 años edad que cuenta con los antecedentes patológicos de importancia de carcinoma vesical epitelial y vasculitis asociada a ANCA anti-PR3 que inició su padecimiento posterior a administración de enfortumab vedotin, comenzando con Rash, exantema maculopapular y mucositis dos días posteriores presentó deterioro neurológico, lesiones en piel con signo de Nikolsky positivo y falla renal aguda por lo que se le agregó metilprednisolona, inmunoglobulina y dosis única de anti-TNF a su ingreso con 26% de área corporal afectada, alcanzando a los dos días de ingreso 90% de afectación con presencia necrosis en mucosa oral. Se tomó cultivo faríngeo resultando positivo para *Mucor circinelloides*, se amplió cobertura antifúngica con anfotericina B liposomal y caspofungina. Se inició manejo avanzado de la vía aérea y cuidados de paciente gran quemado con control estricto de líquidos y aislamiento en cuarto de presión positiva, la paciente presentó trombocitopenia grave, deterioro de la función renal aguda que requirió terapia de remplazo renal, descontrol hipertensivo ameritando infusión intravenosa de vasodilatadores, padeció colitis ulcerosa aguda por endoscopia y durante su evolución se mantuvo en manejo conjunto con oncología, dermatología, reumatología e infectología.

ROL DE LA BRONCOSCOPÍA EN LESIÓN INHALATORIA

Alicia Eunice Orozco Villanueva,

Reyna Isabel Azúa Guevara, Álvaro Eduardo Ramírez Gutiérrez,

Theno Alexandro Turrubiates Hernández, Jorge Rosendo Sánchez Medina

Hospital Regional Cd. Madero, Petróleos Mexicanos.

Mujer de 45 años con antecedente de hipertensión arterial y diabetes mellitus tipo II. Ingresó a la unidad de cuidados intensivos por quemadura de vía aérea por inhalación de monóxido de carbono por 45 min en incendio dentro de su domicilio. Requirió manejo de vía aérea en urgencias por: taquipnea, nariñas con presencia de quemadura de vibras, hiperemia, edema, así como restos carbonáceos al igual que en mucosa oral, hiperemia faríngea, sin presencia de estridor laríngeo, sin datos de quemaduras en cara y cuello. Se realizó fibrobroncoscopia flexible a pie de cama y se observó vía aérea superior con hiperemia, edema, leucoplasia y sangrado retronasal. Después se introduce por TOT con presencia de lesiones carbonáceas con tejido friable y secreciones verdosas con presencia de hollín en todo su trayecto. Por presencia de daño endotelial y necrosis de la mucosa traqueobronquial se inició heparina 5 mil UI nebulizada cada 4 horas y salbutamol, así como lavados bronquiales con esteroides (tres lavados totales) con mejoría clínica tanto en disminución del edema de vía aérea como en secreciones, se logró extubar al tercer día sin ninguna complicación.

TAPONAMIENTO CARDIACO, PRESENTACIÓN INUSUAL EN AR

Ana Paulina Cortés Vásquez, Paola Overall Salazar,

Guadalupe Andalón Vélez

Hospital General «Dr. Manuel Gea González». Ciudad de México.

La artritis reumatoide (AR) es una enfermedad inflamatoria, autoinmune y multisistémica, la pericarditis restrictiva es una manifestación

infrecuente presentándose en < 10%. Este reporte describe un caso sin diagnóstico previo de AR quien acudió a urgencias con inestabilidad hemodinámica y derrame pericárdico severo. Mujer de 55 años con hipertensión arterial y diabetes tipo 2. Inició con dolor torácico y disnea, recibió tratamiento inhalado y paracetamol sin mejoría, una semana después acudió a urgencias. Ingresó con inestabilidad hemodinámica (norepinefrina a 0.27 mcg/kg/min), por lo que se administró vasopresor (vasopresina a 0.04 unidades). Realizaron ECOTT evidenciando derrame pericárdico y realizaron pericardiocentesis obteniendo 310 mL de líquido, con mejora del estado hemodinámico. Fue trasladada a la UCI, donde realizamos TAC de tórax reportando derrame pericárdico severo y derrame pleural bilateral. Realizaron ventana pericárdica drenando 700 mL de material serohemático. Descartamos causas infecciosas y neoplásicas del líquido pericárdico, realizamos anti CCP/factor reumatoide positivos, ANA negativo diagnosticando AR e iniciamos tratamiento. Continuó con adecuada evolución clínica, se egresó de la UCI. ECOTT de seguimiento con derrame pericárdico no significativo. Egresó a domicilio con metrotexato 25 mg semanal. El tamponade en el contexto de AR es una entidad poco descrita en la literatura, de ahí la importancia de nuestro caso. No se han establecido guías de tratamiento basados en evidencia para el manejo en la práctica clínica.

HEMORRAGIA ALVEOLAR POR LUPUS Y SAF

Lucero Durán Santana, Alfredo Arellano Ramírez, Liliana Ponce Baños, María Alaciel Galván Merlos, Guadalupe Vera Aguirre
Hospital Regional de Alta Especialidad de Ixtapaluca.

Introducción: la hemorragia alveolar difusa (HAD) es una emergencia que implica sangrado masivo en los espacios alveolares distales sin lesiones endobronquiales focales. Su presentación en lupus eritematoso sistémico (LES) es rara pero letal, con mortalidad de hasta 65%. La coexistencia de síndrome de anticuerpos antifosfolípidos catastrófico (SAF-C) multiplica el riesgo de tromboembolismo y complicaciones hematológicas. **Objetivo:** analizar el abordaje multidisciplinario requerido en la hemorragia alveolar difusa asociada a LES y SAF-C. **Caso clínico:** mujer de 21 años con antecedente de LES, que inició padecimiento con hemoptisis, fiebre, dolor torácico y disnea. Requirió ingreso por deterioro ventilatorio y hemodinámico. Se documentó hemorragia alveolar activa por broncoscopia, SDRA severo, acidosis mixta e hipercapnia. Se aplicaron medidas ventilatorias avanzadas, pronación, terapia de reemplazo renal (KDIGO V), glucocorticoides, recambio plasmático y anticoagulación guiada por pruebas viscoelásticas por SAF-C con triple marcador positivo. **Discusión:** a pesar del manejo intensivo, la paciente presentó tromboembolia pulmonar y paro cardiorrespiratorio, evidenciando la gravedad del cuadro. **Conclusión:** la HAD en LES con SAF-C representa un escenario clínico de alta mortalidad que exige diagnóstico temprano, soporte ventilatorio agresivo, control de la actividad autoinmune y anticoagulación personalizada. Haciendo énfasis en la importancia de un abordaje integral.

RICKETTSIOSIS Y SÍNDROME DE GUILLAIN-BARRÉ

Oscar Octavio Ceseña Castorena, Katia Camacho Reyes, Gritzel Rosalía Hernández Arias, Martha Berenice Enciso Anaya, Adrián Valadez
Hospital Regional «Dr. Valentín Gómez Farías», ISSSTE.

Se trata de una mujer de 53 años de edad, sin crónico degenerativos, quien presenta a finales del mes de junio de 2025 diarrea autolimitada, fiebre, rash caracterizado por eritema con halo. Posteriormente el día 04 de julio nota la presencia de sensación de ardor y hormigueo en lengua. El lunes 07/07/2025 presenta disfagia a líquidos y parestesias en manos que remitió espontáneamente, acude a urgencias a valoración por referir debilidad de miembros pélvicos que impiden la marcha. A su llegada se solicita tomografía simple de cráneo, sin evidencia de lesiones, es valorada por el Servicio de Neurología quien evidencia afectación bulbar. Se inicia manejo médico con inmunoglo-

bulina G humana, sin adecuada respuesta, requiriendo manejo avanzado de la vía aérea. Los estudios iniciales incluyeron resonancia magnética sin hallazgos específicos, punción lumbar sin disociación citoalbuminológica en LCR, electromiografía con evidencia de componente axonal motor puro compatible con síndrome de Guillain-Barré en su variante AMAN, se inicia manejo con plasmaféresis con cinco recambios, persistiendo debilidad, se realiza traqueostomía y gastrotomía, se solicita anticuerpos anti-Rickettsia con resultado positivo, lo que sugiere una asociación poco descrita entre esta zoonosis y el SGB variante axonal, por lo que se inicia manejo con doxiciclina.

MIXOMA AURICULAR Y OBSTRUCCIÓN DINÁMICA MITRAL

Miguel Ángel Rosado Chi
Residente de Medicina Crítica, Centro Médico Nacional
«Lic. Ignacio García Téllez», IMSS. Mérida, Yucatán, México.

El mixoma auricular es el tumor cardíaco primario benigno más frecuente, con manifestaciones clínicas diversas que pueden simular insuficiencia cardíaca o valvulopatías. Su diagnóstico oportuno es fundamental, especialmente cuando condiciona repercusión hemodinámica significativa. Se presenta el caso de una mujer de 41 años con disnea progresiva hasta clase funcional NYHA II. Los estudios ecocardiográficos revelaron una tumoración auricular izquierda de 38 x 30 mm, homogénea e hipocogénica, altamente móvil, dependiente del septum interauricular, que protruía dinámicamente hacia el anillo mitral generando obstrucción intermitente con gradientes elevados y repercusión en la aurícula izquierda y la presión pulmonar. Estos hallazgos fueron determinantes para orientar el diagnóstico de mixoma auricular izquierdo. La paciente fue sometida a resección quirúrgica con reconstrucción del septum mediante parche de pericardio bovino y redireccionamiento de seno coronario, cursando con adecuada evolución postoperatoria bajo manejo en unidad de cuidados intensivos. Este caso ilustra el valor de la ecocardiografía como herramienta diagnóstica esencial y resalta la importancia del abordaje quirúrgico temprano y multidisciplinario en pacientes con mixoma auricular, particularmente cuando se asocia a obstrucción dinámica y riesgo de complicaciones potencialmente fatales.

ENCEFALITIS VÍRICA ASOCIADA A SÍNDROME DE PRES

Adriana Berenice De la Rosa Núñez, María Fernanda Ceja Esquivel, Gritzel Rosalía Hernández Arias, Katia Camacho Reyes, Marco Favio Delgado Martínez
Hospital Regional «Dr. Valentín Gómez Farías», ISSSTE.

Hombre de 44 años con diagnóstico de hipertensión arterial de 10 años de evolución en aparente control, inicia con cefalea acompañado de amaurosis y fotopsias, así como cifras de tensión arterial elevadas, de primera instancia valorado por oftalmólogo quien diagnostica neuritis óptica y decide inicio con bolos de corticoide sistémico sin mejoría añadiéndose deterioro del estado de alerta, por lo que se decide su intubación en servicio de urgencias, se realiza resonancia magnética de cráneo donde revela edema cerebral vasogénico característico de síndrome de PRES, perfil autoinmune negativo, se realiza punción lumbar identificando infección por herpes virus tipo 1, se realiza electroencefalograma positivo a estatus epiléptico no convulsivo por lo que se inicia tratamiento con levetiracetam y DFH, aciclovir 1 mg/kg durante 14 días, así como antihipertensivo intravenoso, durante su estancia hospitalaria desarrolla neumonía asociada con ventilación mecánica, agente identificado *Klebsiella*, inicia cobertura con carbapenémico, se realiza nueva punción lumbar sin detectar agente viral. solicitamos nuevo electroencefalograma sin persistencia del estatus epiléptico, por lo que se decide ventana neurológica con adecuada progresión ventilatoria por lo que se decide extubación, tras 48 horas sin fracaso a la misma, en cuanto a lo neurológico el paciente sigue órdenes simples, moviliza extremidades, refiriendo disminución de la agudeza visual revalorado por oftalmología quien diagnostica como secuela necrosis retiniana rápidamente progresiva. Se decide su egreso a piso para continuar rehabilitación física.

MENINGOENCEFALITIS EN LA UCI POR CMV: CASO CLÍNICO

Brian Noé Garnica Hernández,
Leopoldo Jorge Rodríguez Cruz, Rubén Garibay Montoy,
Obed Peña Parra, Mariana Melisa Jiménez Bernal
Hospital Civil Antiguo «Fray Antonio Alcalde». Guadalajara, Jalisco.

Introducción: la meningoencefalitis es una enfermedad grave que afecta meninges y parénquima cerebral. La infección por citomegalovirus (CMV) en el sistema nervioso central suele asociarse a inmunosupresión severa. Su aparición en pacientes críticos sin inmunosupresión manifiesta en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) representa un reto diagnóstico debido a su presentación inespecífica y similitud con otras etiologías comunes. Presentación: paciente femenino de 26 años ingresó en neurocirugía por hidrocefalia y disminución del nivel de conciencia. Se realizó tomografía de cráneo y se colocó una ventriculostomía. El análisis del líquido cefalorraquídeo mostró leucocitosis (480), predominio polimorfonuclear (62.45%), glucosa baja (4 mg/dL) y proteínas elevadas (84,600 mg/dL). La prueba FilmArray detectó CMV, iniciándose tratamiento con ganciclovir. **Objetivo:** analizar un caso de meningoencefalitis en la UCI causada por CMV, resaltando su importancia como etiología infrecuente pero relevante para diagnóstico y tratamiento oportunos. **Resultado:** pese al manejo adecuado, la paciente tuvo evolución desfavorable que terminó en fallecimiento, evidenciando la gravedad y dificultad diagnóstica de CMV en pacientes críticos. **Discusión:** CMV es causa rara pero importante de meningoencefalitis en pacientes críticos. Se debe considerar en el diagnóstico diferencial, especialmente ante falla terapéutica empírica. La detección y manejo temprano pueden mejorar pronóstico, aunque la morbilidad sigue siendo alta.

DISFUNCIÓN MIOCÁRDICA POR SEPSIS

Estephania Reyes Botello, Paloma Elizabeth Sandoval Chávez,
José Ernesto Salamanca González, Ervin Manzo Palacios,
Erick Jovary Gómez Cruz
Hospital Ángeles Metropolitano.

Hombre de 51 años con colangitis aguda grado III secundaria a disfunción de prótesis biliar, que desarrolló choque séptico abdominal con lesión miocárdica y evolución a miocardiopatía séptica. Al ingreso presentó hipotensión grave, fiebre y alteración del estado de conciencia, requiriendo norepinefrina y vasopresina. Los estudios evidenciaron elevación marcada de troponina I (3,408 ng/L), así como disfunción biventricular (FAVD 15%, TAPSE 12 mm, onda S 9.6 cm/s, índice TEI 0.7, SGL 14%, MAPSE 7 mm, ITV VI 14 mm, índice VD/VI 0.43, FEVI 40%, GC 2.94 L/min). El electrocardiograma mostró elevación dinámica del ST. La coronariografía evidenció lesión del 50% en la descendente anterior proximal, sin isquemia significativa (RFR negativa). El manejo incluyó reanimación guiada por ecocardiografía, soporte vasoactivo, inodilatador (levosimendán) y antibióticos de amplio espectro, logrando mejoría progresiva (FAVD 35%, TAPSE 19 mm, onda S 10 cm/s, índice TEI 0.3, SGL 15%, MAPSE 12 mm, ITV VI 21 mm, índice VD/VI 0.8, FEVI 58%, GC 4.94 L/min) y normalización de biomarcadores. Este caso resalta la importancia del diagnóstico diferencial entre lesión miocárdica inducida por sepsis y miocardiopatía séptica, así como el valor de la ecocardiografía seriada y la fisiología coronaria en el abordaje del choque séptico con compromiso cardiovascular.

NET DE GRAN EXTENSIÓN: EXPERIENCIA DE MANEJO EN LA UCI

Frida Mariana Barrera Velarde,*[‡] Patricia Marisol Campos Carlos,*[‡]
Rosalba Álvarez Ponce de León,*[§] Carlos Jiménez Correa*[¶]

* Unidad Médica de Alta Especialidad T1, IMSS. León, Guanajuato. [‡] Residente de Medicina Crítica, Unidad de Cuidados Intensivos. [§] Residente de Urgencias Médico Quirúrgicas. [¶] Profesor Titular, Unidad de Cuidados Intensivos.

Introducción: la NET es una reacción mucocutánea grave inducida por fármacos, con afectación superior a 30% de la superficie corporal, rápida progresión y elevada mortalidad. Su manejo exige diagnóstico temprano, retiro del agente causal y cuidados intensivos multidisciplinarios. Entre las terapias inmunomoduladoras propuestas destacan inmunoglobulina intravenosa, corticosteroides y ciclosporina. **Objetivo:** presentar el abordaje diagnóstico y soporte terapéutico exitoso en el caso de una mujer de 51 años quien desarrolló dermatosis ampollosa extensa con compromiso mucoso y ocular severo secundario a NET. **Presentación de caso:** femenino con antecedentes de hipertensión, dislipidemia e hiperuricemia en tratamiento con alopurinol. Ingresó a la UCI con afectación de 90% de la superficie corporal secundaria a ingesta farmacológica, lesión renal aguda KDIGO I y complicaciones respiratorias que requirieron ventilación mecánica, manejo de broncoespasmo y traqueostomía temprana. La paciente recibió reanimación hídrica guiada por protocolo de Saint Louis, soporte renal y hemodinámico, inmunoglobulina intravenosa y esteroides, frenando la progresión cutánea. Su evolución se complicó con sepsis por colonización de lesiones y sobrecarga hídrica, que fueron controladas mediante antibioticoterapia dirigida, ventilación mecánica y uso de diurético. **Discusión:** este caso resalta la importancia del abordaje integral y multidisciplinario en la NET, donde la intervención temprana, la monitorización avanzada y la colaboración interprofesional impactan en el pronóstico exitoso y constituyen un aprendizaje fundamental en la UCI.

ABORDAJE DE LA HIPERTENSIÓN PULMONAR AGUDIZADA

Sayra Giselle Torres Bustamante, Alexia Sarahi de la Cruz Abam,
Diego Ernesto Pacheco Zavala, Karen Elena Ortega Verdugo,
Alethia Abigail Winzig Gómez

Unidad de Cuidados Intensivos, Hospital General
de León. León, Guanajuato, México.

Introducción: el manejo en la UCIA de la hipertensión pulmonar agudizada con falla respiratoria requiere cateterismo derecho y disminuir la postcarga del ventrículo derecho para evitar los efectos deletéreos de la presión positiva; sin embargo, en este caso clínico se detalla el uso de monitoreo no invasivo en este tipo de pacientes. **Objetivo:** describir abordaje terapéutico en hipertensión pulmonar crónica agudizada y uso de óxido nítrico (iNO). **Presentación del caso:** paciente de 24 años, antecedente de LES de 10 años, hipertensión pulmonar con riocigat, antecedente de TEP en 2020. Acudió por disnea y desaturación de 30% de 24 horas, requirió manejo avanzado de la vía aérea e ingreso a la UCIA, sin respuesta a ventilación mecánica convencional y uso de PEEP, persistiendo con hipoxemia, se valora por ultrasonido enfocado con dilatación de cavidades derechas, datos de *cor pulmonale* crónico agudizado y estimaciones de presiones pulmonares suprasistémicas, iniciándose iNO con mejoría de SpO₂, se valoró por ecocardiografía quien sugiere inicio de bosentán, continuar con iNO y envío a tercer nivel. **Discusión:** se presenta caso clínico de paciente con hipertensión pulmonar crónica tipo IV, cuadro de agudización de falla derecha, abordaje de manera no invasiva de función cardíaca y la repercusión por la ventilación mecánica.



Resúmenes de Trabajos Libres Póster

Abstracts of Free Papers Poster

TROMBOSIS VENOSA CEREBRAL (TVC) EN SAF

Mariely Fernández García, Blanca Estela Herrera Morales

Hospital General Regional 196 «Fidel Velazquez».

Introducción: la trombosis de las venas cerebrales se ha visto como la primera manifestación de SAF, aunque es poco común. Se asocia a SAF primario en 79% de los casos. El desarrollo de TVC se ha visto que conduce al diagnóstico de SAF en 86% de los casos. Mantenerlo presente es importante para evitar secuelas al alta hospitalaria. **Objetivo:** presentar un caso clínico de una paciente previamente sana que presentó TVC secundaria SAF, haciendo énfasis en su incidencia, diagnóstico y manejo. **Materiales y métodos:** se presenta un caso clínico de una paciente de 25 años, quien presentó en forma súbita crisis convulsiva, con datos de focalización posterior a aborto espontáneo de 19 SDG. Se realizó una revisión actualizada del tema. **Resultados:** la paciente recuperó su función a las dos semanas respondiendo satisfactoriamente al manejo farmacológico instaurado. **Conclusiones:** se concluye que la presencia de TVC en SAF es sumamente rara, que sólo se presenta en pacientes ligeramente más jóvenes que la edad media promedio. Es esencial la búsqueda de anticuerpos antifosfolípidos para enfocar la terapéutica. La trombosis de las venas cerebrales se presenta mayormente en mujeres jóvenes con una relación 3:1. Representa sólo 0.5-1% de los EVC. La etiología más frecuente es la trombofilia genética en 20-30% de los pacientes, SAF 5.6% y LES 1%. Los síntomas más comunes son la cefalea (84%), deficiencias motoras (29.6%) y crisis epilépticas (10%). El estándar de oro es la resonancia magnética. El tratamiento es anticoagulante.

AZUL DE METILENO EN VASOPILEJIA POST-BENTALL

Aaron Tito Santiago López, Jorge Adrián Ramos Guerrero

Hospital Regional de Alta Especialidad de Oaxaca.

Introducción: el síndrome vasopléjico es una complicación grave postcirugía cardíaca, caracterizada por hipotensión severa refractaria a vasopresores. El azul de metileno se ha descrito como una terapia efectiva en estos casos. Presentamos un caso de síndrome vasopléjico severo posterior a cirugía de Bentall-De Bono con nueve horas de circulación extracorpórea, tratado exitosamente con azul de metileno. **Objetivo:** demostrar la eficacia del azul de metileno como terapia de rescate en síndrome vasopléjico severo tras cirugía cardíaca con circulación extracorpórea prolongada. **Material y métodos:** estudio descriptivo basado en la revisión del expediente clínico y revisión bibliográfica. **Resultados:** mujer de 33 años con síndrome de Marfan, sometida a cirugía de Bentall-De Bono, con 9 h 48 min de circulación extracorpórea. En el postquirúrgico inmediato cursó con síndrome vasopléjico severo, hipotensión severa refractaria, pese a norepinefrina 0.7 µg/kg/min y vasopresina 0.06 UI/min. Se administró una dosis de azul de metileno (1 mg/kg) con posterior reducción de vasopresores, extubación exitosa y evolución favorable. **Discusión:** el azul de metileno inhibe la guanilato ciclasa, disminuyendo el GMPc y aumentando las resistencias vasculares sistémicas. La evidencia aún es limitada, pero está ganando relevancia como terapia de rescate costo-efectiva, con eficacia documentada en síndrome vasopléjico refractario postcirugía cardíaca.

HELLP, PREECLAMPSIA Y LLA EN GESTANTE DE 27 AÑOS

Heriberto Herrera Vázquez, Joaquín David Torres Avilez,

Alma Rosa Silva Barrios

UMAE «Ignacio García Téllez», IMSS.

Femenino de 27 años, sin antecedentes de importancia, inicia su padecimiento actual el día 08/12/2025 con presencia de dolor abdominal EVA 9/10, acompañado de náuseas, acude a HGZ e inicia protocolo de estudio donde se observa pancitopenia, por lo que se decide realizar una transfusión de 3 CE durante su hospitalización; con presencia de hipoglicemias. Posteriormente es enviado a esta unidad ante la sospecha de leucemia linfoblástica. A su ingreso a esta unidad, con presencia de cifras tensionales elevadas 160/70, elevación de las transaminasas, aumento de las bilirrubinas, por lo que se integra preeclampsia con criterios de severidad y síndrome de HELLP, cumpliendo además con seis criterios de Swansea, con probabilidad alta de hígado graso en el embarazo, el cual ameritó manejo con antihipertensivos y se decidió la interrupción del embarazo. Se realiza AMO, donde se evidencia leucemia linfoblástica aguda L1. Se inicia tratamiento citorreducción con esteroide, cursando como complicación con síndrome de lisis tumoral, el cual ameritó reanimación hídrica y manejo con alopurinol. Paciente cursa con mejora, por lo que se egresa a piso. La importancia radica en que la combinación de estas enfermedades representa un reto diagnóstico y terapéutico con impacto directo en la supervivencia y calidad del binomio.

EICH MULTIORGÁNICA TRATADA CON FOTOAFÉRESIS

Marco Antonio Montes de Oca,

Giovanni Francisco Domínguez Quintero, Janet Silvia Aguirre Sánchez

Centro Médico ABC.

Introducción: la enfermedad de injerto contra huésped es una complicación grave posterior al trasplante de células hematopoyéticas, su manejo es complejo y amerita tratamiento dentro de la unidad de cuidados intensivos ya que puede afectar a varios órganos. La disponibilidad de tratamientos depende del centro hospitalario. En este caso se realizó fotoaféresis por afectación hepática y gastrointestinal. **Presentación del caso:** paciente masculino de 65 años quien cuenta con diagnóstico de síndrome mielodisplásico de alto riesgo y leucemia mieloide aguda. Ingresó por deterioro de la función respiratoria, requiriendo ventilación mecánica no invasiva, además de cuadro gastrointestinal caracterizado por diarrea, sangrado de tubo digestivo, fiebre y sin identificarse causa infecciosa. Elevación de bilirrubinas hasta 22 mg/dL, a expensas de la directa. Recibió tratamiento con fotoaféresis durante su estancia en la terapia intensiva y presentó falla orgánica múltiple. **Discusión:** los pacientes con enfermedad de injerto contra huésped requieren monitorización continua, ya que son casos complejos con involucramiento de diferentes órganos. Pueden requerir múltiples apoyos orgánicos, como en este caso, y tratamiento especializado y específico, en este caso el tratamiento con fotoaféresis extracorpórea que se utiliza para tratar la presentación, tanto aguda como crónica, de esta patología, en un contexto complejo con involucramiento multiorgánico.

LACTATO Y MORTALIDAD EN PACIENTES CON SDRA EN UCI

Guillermo David Escalona Muñoz, Alfonso López González

Hospital General «La Villa». Ciudad de México.

El estudio evalúa el lactato sérico como predictor de mortalidad en SDRA grave en UCI. Se justifica por la alta letalidad del SDRA y la necesidad de identificar factores pronósticos fiables. El objetivo fue determinar la correlación entre niveles de lactato y mortalidad en pacientes del Hospital General «La Villa». Se realizó un análisis observacional retrospectivo, revisando expedientes de 40 pacientes con SDRA y midiendo lactato al ingreso. Se halló que lactatos ≥ 5 mmol/L aumentan 4.5 veces el riesgo de muerte (OR ajustado 3.8), siendo la mortalidad global de 50% mayor en mayores de 68 años. Se observó diferencia significativa entre lactato de fallecidos (6.7 mmol/L) y so-

brevivientes (4.1 mmol/L). Se recomienda el monitoreo rutinario de lactato y ajustar umbrales según población geriátrica. Si bien limita la muestra y tipo de medición, los datos aportan evidencia local útil y justifican estudios multicéntricos futuros.

ESTATUS EPILÉPTICO SUPER-REFRACTARIO EN UCI

Tamara Hernández Morales, Ingrid Adriana Coronado Pérez

Centro Médico ISSEMYM «Lic. Arturo Montiel Rojas».

Introducción: el estatus epiléptico super-refractario (EESR) es una condición neurológica grave definida por la persistencia de actividad epiléptica clínica o electroencefalográfica ≥ 24 horas pese a su tratamiento, o su recurrencia al intentar retirarlo. Representa menos del 15% de los casos de estatus epiléptico, con elevada mortalidad y secuelas neurológicas. **Presentación del caso:** varón de 39 años, previamente sano, policía, que posterior a evento estresante presentó cambios conductuales progresivos, hipofonía, conductas inapropiadas y deterioro funcional. Inicialmente diagnosticado con brote psicótico, recibió quetiapina en dosis altas. Posteriormente desarrolló ataxia, mutismo, agitación psicomotriz, rigidez, fiebre y movimientos anormales. TAC de cráneo sin alteraciones. Punción lumbar: cinco células, glucosa 57 mg/dL, proteínas 0.54 g/dL, sin microorganismos. EEG con disfunción cortical generalizada y actividad irritativa parietal izquierda. Al ingresar a UCI, evolucionó a estatus epiléptico refractario, requiriendo benzodiacepinas, antiepilépticos múltiples y anestésicos IV, clasificándose como EESR. **Conclusión:** el EESR puede debutar en adultos jóvenes previamente sanos, simulando inicialmente cuadros psiquiátricos. El diagnóstico oportuno, el EEG continuo y la terapia multimodal son esenciales para reducir la morbilidad. Este caso resalta la necesidad de considerar etiologías neurológicas en cuadros conductuales atípicos y refractarios.

COAGULACIÓN Y ESTANCIA EN UCI OBSTÉTRICA

Álvarez Salgado Kimbberly, Jorge Chávez Pacheco,
Celso Enrique Aguilar Alvarado, Blanca Esthela Granados Mata,
Sonia Isanami Sánchez García

Hospital General Regional No. 6, IMSS, Ciudad Madero, Tamaulipas, México.

Introducción: la hemorragia obstétrica causa cerca de 27% de las muertes maternas a nivel mundial y 23% en México, hasta 10% de las mujeres en el periparto presenta hemorragia significativa que puede requerir manejo en UCI. Su manejo en UCI exige identificar factores que predigan estancia prolongada. **Objetivo:** evaluar si las pruebas de coagulación estándar (tiempo de protrombina [TP] y tiempo de tromboplastina parcial activada [TTPa]) predicen la estancia en UCI en pacientes con hemorragia obstétrica. **Material y métodos:** estudio observacional y retrospectivo en la UCI del Hospital General Regional No. 6 (IMSS, Ciudad Madero), enero-abril 2025. Se incluyeron 39 pacientes; se registraron edad, gestas, TP y TTPa. Se definió corta estancia como < 7 días y larga estancia como ≥ 7 días. El análisis se realizó en SPSS v.25 con pruebas de asociación y regresión logística. **Resultados y discusión:** la edad media fue de 28.9 ± 6.4 años, con tres gestas en promedio. Noventa y dos punto tres por ciento presentó corta estancia ($n = 36$) y 7.7% prolongada ($n = 3$). Cuarenta y un por ciento tuvo TP de 13.6-15.5 s, 30.8% normal y 28.2% > 15.6 s; 51.3% presentó TTPa > 36 s. No se halló asociación significativa entre TP o TTPa y estancia ($\chi^2 p = 0.959$ y $p = 0.079$, respectivamente). La regresión logística no identificó predictores independientes ($p > 0.05$). Se concluye que TP y TTPa no predicen estancia prolongada; se sugiere explorar marcadores como fibrinógeno o dímero D en futuras investigaciones.

CASO POR INTOXICACIÓN AGUDA POR ROPIVACAÍNA EN UCI

Aldo Giovanni Cervantes Durana,*†

María Dioselina Ruiz Barrera,*‡ Leticia Guerrero Navarrete,*¶

Liliana Ponce Baños,*¶ María Alaciel Galván Merlos*||

* Hospital Regional de Alta Especialidad de Ixtapaluca. † Residente de primer año de Medicina Crítica. ‡ Residente de segundo año de Medicina Crítica. ¶ Médico adscrito a la Unidad de Cuidados Intensivos. || Jefe de la Unidad de Cuidados Intensivos.

Paciente femenino de 31 años con diagnóstico de cáncer de mama izquierdo metastásico a hueso (estadio clínico IV), en tratamiento con letrozol, gosereline, palbociclib y denosumab, fue intervenida quirúrgicamente mediante mastectomía radical modificada izquierda y mastectomía simple derecha. En el transoperatorio recibió anestesia general y analgesia peridural con ropivacaína. Al término del procedimiento presentó paro cardiorrespiratorio, con retorno espontáneo de la circulación tras tres ciclos de RCP y administración de adrenalina. Fue trasladada a la unidad de cuidados intensivos, donde presentó un segundo paro cardiorrespiratorio en la primera hora de ingreso. Se instauró ventilación mecánica, sedación continua, soporte vasopresor, y manejo neurocrítico con hipotermia terapéutica y neuromonitoreo. Se documentó hipertensión intracraneal con PIC de hasta 24 mmHg, la cual respondió a manitol. A nivel metabólico, se observó hipertrigliceridemia severa (1,185 mg/dL), poliuria (4,370 mL/24h), acidosis metabólica leve, y balances negativos persistentes en contexto de infusión prolongada de propofol y emulsión lipídica. Ante la sospecha de toxicidad sistémica por ropivacaína (LAST), se suspendió el anestésico local y se instauró terapia con emulsión lipídica intravenosa, con mejoría clínica progresiva. El caso enfatiza la importancia de reconocer oportunamente esta entidad potencialmente reversible mediante intervenciones dirigidas y soporte intensivo.

MONITOREO NEUROLÓGICO INVASIVO EN UTI

Sergio Alberto Margalli Vázquez, Janet Aguirre Sánchez,

Braulia Aurelia Martínez Díaz, Manuel Ruiz Álvarez

Departamento de Medicina Crítica, Centro Médico ABC. Ciudad de México.

Introducción: el monitoreo invasivo de la presión intracraneal en terapia intensiva tiene sus ventajas y desventajas. Se presenta un caso de paciente joven con hemorragia intraventricular, el cual durante su estancia tuvo medición invasiva de PIC, monitoreo Doppler transcraneal, monitoreo SED LINE y NIRS, así como complicaciones de la ventriculostomía. **Objetivo:** revisar la importancia del monitoreo neurológico invasivo y no invasivo en UTI. **Caso clínico:** masculino 31 años, sin antecedentes. Tuvo cefalea súbita en domicilio, náuseas y emesis, acude a urgencias con deterioro neurológico; se detecta por TAC tumoración intracraneal con hemorragia intraventricular que condiciona hidrocefalia. Se realizó craneotomía, resección de tumor (subependimoma) y colocación de catéter de ventriculostomía. Ingresa a UTI para cuidados neuro-críticos. **Resultados:** se concluyó subependimoma con hemorragia intraventricular e hidrocefalia no comunicante; tuvo monitoreo invasivo (PIC) y no invasivo (DTC); requirió vasopresor para alcanzar metas de perfusión cerebral; se continuó monitoreo SED LINE, NIRS, seguimiento por TAC y electroencefalograma. **Discusión:** durante el monitoreo desarrollo edema cerebral, estatus epiléptico y aumentos en PIC; debido al neuromonitoreo el paciente tuvo las intervenciones adecuadas en tiempo y forma. **Conclusión:** caso clínico complicado en cuanto a diagnóstico, tratamiento y pronóstico, respondió adecuadamente a manejo.

MIASTENIA GRAVIS ATÍPICA EN UCI: REPORTE DE CASO

Víctor Anaya Calderón, Mario Valencia Gutiérrez,

Adriana Calderón Guillén, Gaudencio Anaya Sánchez

Hospital Regional de Morelia, ISSSTE.

Introducción: la miastenia gravis es el trastorno más común de la unión neuromuscular, caracterizado por debilidad muscular fluctuante que típicamente afecta músculos oculares, bulbares y de las extremidades, con una prevalencia de 20 por 100,000 habitantes. Exhibe un predominio femenino en menores de 40 años y masculino en mayores de 50. **Objetivo:** describir la presentación atípica de miastenia gravis en un paciente masculino de 43 años, sin antecedentes de importancia. **Material y métodos:** reporte de caso de un paciente atendido en la unidad de cuidados intensivos. **Resultados:** varón de 43 años ingresado con sospecha inicial de síndrome de Guillain-Barré. Su padecimiento comenzó seis semanas antes con debilidad en miembros pélvicos de progresión ascendente, requiriendo manejo avanzado de

la vía aérea. La diplopia fue un hallazgo tardío. Se trató con inmunoglobulina (0.4 mg/kg/día por 10 días). El diagnóstico se confirmó con anticuerpos anti-receptor de acetilcolina (0.9 nmol/L), estableciendo miastenia gravis de presentación atípica. **Discusión y conclusión:** este caso ejemplifica la crucial pregunta: «¿Qué realmente tiene mi paciente?». La intervención adecuada, guiada por una evolución atípica y el estudio de diagnósticos diferenciales durante su estancia, fue clave para el diagnóstico y egreso exitoso. Destaca la importancia de considerar la miastenia gravis incluso sin el cuadro clásico.

CHOQUE PROFUNDO TRAS PLEURODESIS QUÍMICA

Ángel Jonathan Woge Avalos, Álvaro Eduardo Ramírez Gutiérrez, Reyna Isabel Azua Guevara, Jorge Rosendo Sánchez Medina, Cristian Efrén Contreras Altamirano

Hospital Regional Ciudad Madero de Petróleos Mexicanos.

Paciente masculino de 51 años, con antecedentes de diabetes mellitus tipo 2 e hipertensión arterial sistémica, referido por tumor renal derecho (T1bN1M0, estadio II) y derrame pleural bilateral recurrente tratado con toracocentesis previas. Ingresó disneico pero hemodinámicamente estable. Se realizó nefrectomía derecha y, durante el procedimiento, ventana diafragmática derecha para favorecer drenaje pleural, lo que condicionó neumotórax a tensión postquirúrgico con paro cardiorrespiratorio, del cual fue reanimado exitosamente. Se colocaron sondas pleurales bilaterales e ingresó intubado a UCI. Posteriormente desarrolló disfunción renal aguda, requiriendo hemodiálisis mediante catéter Mahurkar y soporte vasopresor prolongado. Se realizó traqueostomía. Tras mejoría progresiva con retiro de sedación y vasopresores, y tras persistencia del derrame pleural derecho, se indicó pleurodesis química con tetraciclina (cuatro cápsulas disueltas), lidocaína al 2% (50 mL) e isodine (250 mL). De forma inmediata presentó choque profundo con necesidad de doble vasopresor y esteroides, interpretado como evento multigénico en paciente críticamente complejo. Logró recuperación del estado de choque en 72 h. Egresó de UCI días después, pero falleció tras 69 días de hospitalización por cáncer de células claras confirmado por histopatología. El caso ilustra choque multifactorial grave postpleurodesis en paciente oncológico vulnerable en contexto de enfermedad crítica avanzada.

SEDACIÓN INHALADA EN GRAN QUEMADO CON SDRA

Alan Orlando Reyes Sagastegui, Leslie Nieto Galván, Reyna Isabel Azua Guevara, Jorge Rosendo Sánchez Medina, Álvaro Eduardo Ramírez Gutiérrez

Hospital Regional de Ciudad Madero de Petróleos Mexicanos.

Introducción: el manejo de la sedación en pacientes gran quemados ($\geq 20\text{-}25\%$ SCT) con síndrome de dificultad respiratoria aguda (SDRA) es un desafío terapéutico. Los anestésicos volátiles como el isoflurano han emergido como una alternativa eficaz a la sedación intravenosa en la UCI. **Objetivo:** describir la seguridad y eficacia del isoflurano administrado mediante el dispositivo Sedaconda® en un paciente gran quemado con SDRA. **Caso clínico:** paciente masculino de 49 años, hipertenso, con quemaduras de segundo grado en el 56% de la SCT por fuego directo, desarrolló SDRA severo. Requirió ventilación mecánica invasiva, pronación y sedación profunda. Se administró isoflurano por Sedaconda® y fentanilo (RASS -5). A las 48 horas se suspendió la sedación, pero se reinició por agitación importante. Tras traqueostomía temprana, se logró retirar el isoflurano y continuar con ventilación en presión soporte (RASS -1). **Conclusión:** el uso de isoflurano con Sedaconda® fue seguro y efectivo, permitiendo una sedación profunda, con ventajas como rápida titulación, menor acumulación sistémica y efectos antiinflamatorios. Su uso en pacientes críticos podría optimizar desenlaces y reducir complicaciones asociadas a la sedación prolongada.

DIAGNÓSTICO DE TEP Y TAPONAMIENTO CON US CRÍTICO

Eder Alexis Méndez Cruz, Laura Carballo Molina

Hospital Regional de Poza Rica de Petróleos Mexicanos.
Poza Rica de Hidalgo, Veracruz.

Introducción: el choque cardiogénico es una condición crítica en la unidad de cuidados intensivos, con alta mortalidad si no se identifica y trata de forma oportuna. Entre sus causas reversibles destacan la tromboembolia pulmonar (TEP) y el taponamiento cardiaco, entidades en las que el ultrasonido crítico a pie de cama puede ser determinante.

Objetivo: describir dos casos clínicos donde la ecocardiografía crítica permitió el diagnóstico oportuno de TEP y taponamiento cardiaco como causas de choque cardiogénico. **Material y métodos:** serie retrospectiva de dos pacientes adultos ingresados en UCI. Se realizaron ecocardiografías a pie de cama como parte del abordaje inicial ante choque de causa no definida. **Resultados:** el primer caso fue un paciente postoperado de columna con disnea súbita e inestabilidad hemodinámica. La ecocardiografía mostró disfunción del ventrículo derecho, signo de McConnell y patrón hiperdinámico. La angio-TAC confirmó TEP bilateral. El segundo caso fue un paciente con infarto agudo al miocardio con elevación del ST y deterioro hemodinámico. El ultrasonido reveló derrame pericárdico con colapso de cavidades derechas, confirmando taponamiento. Se realizó pericardiocentesis con mejoría clínica. **Discusión:** aunque los hallazgos ecocardiográficos están bien descritos, no siempre se identifican claramente. Su reconocimiento oportuno permite intervenciones que pueden salvar vidas.

NEUROMONITOREO EN NEUMOENCÉFALO A TENSIÓN

Siw King Wong Romero, Juan Francisco Antonio Vázquez, Mónica Libertad Moya Alfaro, José Carlos Gasca Aldama, Marcos Sánchez Vidals

Unidad de Cuidados Intensivos, Hospital Juárez de México.

Introducción: el neumoencéfalo puede ser asintomático o presentar repercusiones neurológicas al aumentar la presión intracraneal (PIC), condición que se define como neumoencéfalo a tensión. Por ende, se han propuesto signos para discriminar entre un neumoencéfalo asintomático y uno a tensión, siendo el signo del Monte Fuji uno de los más relevantes, ya que este último podría considerarse una emergencia neuroquirúrgica. La neurosonología ha permitido evaluar la PIC a pie de cama de manera no invasiva, independientemente de la imagen tomográfica, facilitando la toma de decisiones tempranas respecto al manejo médico-quirúrgico. **Caso clínico:** hombre de 70 años con antecedentes de hipertensión arterial sistémica y fibrilación auricular persistente de larga evolución. Inició un cuadro clínico caracterizado por disminución de la fuerza en extremidad torácica y pélvica izquierda, disartria y desviación de la comisura labial, por lo que acudió a servicio de urgencias. Mediante tomografía se evidenció un hematoma subdural subagudo y se realizó craniectomía; 24 horas después de la cirugía se realizó una tomografía de cráneo que demostró el signo de Monte Fuji. Se realizó neuromonitoreo mediante DCTC durante 11 días, con un IP de la arteria cerebral media (ACM) que se mantuvo en un promedio de 0.9-1.2 y sin incremento en la PIC estimada mediante la fórmula de Bellner. Se optó por un manejo conservador.

WEANING CARDIACO EN PACIENTE CON FEVI REDUCIDA

Francisco Valdez Castillo, Omar Uriel Sánchez Alba, Ángel Llerenas Cárdenas, José Eduardo Valencia Pedraza

Unidad de Cuidados Intensivos. Hospital General Regional No. 58.

Introducción: el destete de la ventilación mecánica en pacientes cardiopatas con fracción de eyección reducida implica retos, especialmente si cursan con eventos agudos cardiorrespiratorios. **Presentación del caso:** paciente masculino de 59 años con DM2, HAS y miocardiopatía isquémica, FEVI de 30%. Ingresó por disnea. Requiere VMNI y posteriormente VMI. Durante la intubación presenta broncoaspiración seguida de paro cardiorrespiratorio; se realiza RCP y desfibrilación con retorno a circulación espontánea. En UCI, tras estabilización hemodinámica, se inicia protocolo de destete. Se realiza prueba de respiración espontánea, ya que presenta estertores y opacidades. Se ajusta el protocolo a enfoque cardiaco con optimización de niveles de Pro-BNP. Se logra desvinculación exitosa de la ventilación mecánica, pasando a ventilación no invasiva. **Discusión:**

la falla en el destete en pacientes con disfunción ventricular puede deberse a congestión cardiogénica. El enfoque individualizado con soporte ventilatorio ajustado y monitoreo cardiovascular permitió un *weaning* exitoso. La adaptación del protocolo a un enfoque cardiopata (optimización hemodinámica, PEEP personalizada, monitoreo de biomarcadores y función cardíaca) mejora la probabilidad de éxito. Paciente con falla cardíaca previa, la elevación de Pro-BNP de más de 12-14% sobre el valor inicial, antes y al término de la prueba de ventilación espontánea: VPP 83%, VPN 82%.

TROMBOEMBOLIA PULMONAR, USO DE SISTEMA EKOS

Samuel Ramos Margarito

Hospital Star Médica Centro. CDMX.

Masculino 51 años, disnea súbita, dolor torácico, síncope, desaturado, tromboembolia pulmonar, vasos subsegmentarios ambos lóbulos inferiores, derrame pleural ecote con crecimiento de aurícula, instalamos sistema EKO, con resolución de cuadro, flujos vasculares normales.

SOPORTE MECÁNICO POSTCIRUGÍA VALVULAR CARDIACA

Jaime Gudiño-Martínez, Erika Magali Flores Mora, Carlos Eduardo Chávez Pérez, René Daniel Gómez Gutiérrez, Víctor Manuel Sánchez Nava

Hospital Zambrano Hellion, Tecnológico de Monterrey, Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud. Monterrey, Nuevo León, México.

Los pacientes sometidos a cirugía cardíaca presentan complicaciones y evoluciones con características únicas. El soporte mecánico para garantizar perfusión y estabilidad hemodinámica forma parte del arsenal médico en cirugías cardíacas de alta complejidad. Mujer de 57 años, con antecedente de estenosis aórtica, previamente tratada con reemplazo quirúrgico con válvula mecánica, con degeneración protésica e insuficiencia mitral severa por degeneración mixedematosa. Se realiza procedimiento Commando (reemplazo valvular mitro-aórtico + reconstrucción del anillo fibroso intervalvular) con evolución tórpida en el postquirúrgico, con dependencia de doble vasopresor e inotrópico, presentando *flutter* auricular que requirió cardioversión eléctrica. Presenta paro cardíaco que, tras un ciclo de RCP, presenta RCE; se decide canular a ECMO-VA como estrategia de soporte y perfusión, el cual se presenta con baja pulsatilidad, motivo por el cual se añade BIAC, así como manejo médico. Continuo soporte mecánico, 12 días en ECMO y 14 en BIAC, con recuperación de la función cardíaca nativa evidenciada por una mejoría de la FEVI hasta un 45%, con destete y suspensión de vasopresores e inotrópicos. Tras 20 días de estancia, se egresa con manejo médico para insuficiencia cardíaca y FA. El caso ejemplifica la complejidad del postoperatorio del procedimiento Commando, donde la inestabilidad hemodinámica requirió soporte mecánico avanzado con ECMO-VA y BIAC. La recuperación exitosa tras su uso combinado resalta la importancia del abordaje multidisciplinario y del soporte circulatorio temprano en pacientes críticos de alta complejidad.

DE LA HSA ANEURISMÁTICA AL SÍNDROME DE TAKOTSUBO

Larissa Aidé Andrade Rodríguez, Beatriz Cruz Muñoz, Carlos Alberto Rodríguez Solís

Hospital Country 2000.

El síndrome de Takotsubo (ST), descrito inicialmente en 1990 en Japón, es una miocardiopatía aguda y reversible caracterizada por disfunción transitoria del ventrículo izquierdo, habitualmente desencadenada por estrés físico o emocional. Su presentación clínica imita un síndrome coronario agudo, con alteraciones electrocardiográficas, elevación de biomarcadores y, en ocasiones, evoluciona a choque cardiogénico hasta en el 10% de los casos. En la hemorragia subaracnoidea aneurismática, su aparición es rara, pero atribuible a la descarga catecolaminérgica y al estrés quirúrgico. Presentamos el caso de una paciente femenina de 88 años, previamente sana, ingresada con hemorragia subaracnoidea Fisher IV secundaria a aneurisma de la arteria comunicante anterior. Tras craneotomía y clipaje aneurismático, desarrolló choque cardiogé-

nico con requerimiento de norepinefrina. El electrocardiograma mostró bloqueo completo de rama izquierda y troponina elevada; el ecocardiograma evidenció acinesia septal y apical, sugestiva de ST. El manejo incluyó vasopresina, soporte ventilatorio, diuréticos y terapia antibiótica, con recuperación parcial de la fracción de eyección (44%). Este caso enfatiza que el ST constituye un reto diagnóstico y terapéutico en pacientes neurocríticos. Reconocerlo oportunamente permite evitar catecolaminas potencialmente deletéreas, optimizar el soporte hemodinámico y mejorar la evolución clínica, subrayando la necesidad de protocolos diagnósticos integrados en unidades de cuidados intensivos.

¿QUÉ PODEMOS APRENDER DE 5% DE GUILLAIN-BARRÉ?

Jessica Isabel Merlos Rico, Ingrid Jackeline Mandujano Samayoa, Raymundo Faustino Rodríguez Badillo

Hospital General «Dr. Manuel Gea González». Ciudad de México.

Masculino de 50 años sin antecedentes crónico-degenerativos, infectocontagiosos, ni inmunizaciones. Inicia el día 24/08/25 con disminución de fuerza muscular y parestesias en brazo izquierdo sin acudir a valoración, progresa con disminución de fuerza en pierna izquierda, dificultad a la deambulación y realización de actividades. Deciden acudir a urgencias el 26/08/25; al ingreso con hemiplejía izquierda, reflejos conservados, sensibilidad conservada, solicitan TAC de cráneo, sin visualizar lesiones intra/extra axiales, manejado durante estancia como EVC isquémico, fuera de tratamiento trombolítico. Durante turno presenta disfonía, disnea, secreciones y uso de músculos accesorios; se decide intubación orotraqueal; solicitan radiografía con imagen sugestiva a neumonía por broncoaspiración; inician antibiótico; se interconsulta a terapia intensiva. A su ingreso (28/08/25) FOURscore de 9 puntos (E4,M0,B4,R1), con analgesia, hemiplejía izquierda, arreflexia, sensibilidad conservada, con progresión a extremidades derechas de mismas características descendentes, ventilatorio con una fracción de excursión diafragmática del 10%, radiografía con elevación de hemidiafragma derecho, evolución tórpida y con clínica de neurona motora inferior, se decide punción lumbar con presencia de proteínas normales y mononucleares elevados; tras sospecha de polineuropatía, se inicia manejo con Inmunoglobulina. Se obtienen resultados de electromiografía con alteraciones indicativas de polineuropatía motora pura, degeneración axonal, compatible con variante AMAN.

MÁS QUE SEPSIS, FALLA MULTIORGÁNICA POR HLH EN UCI

Leonardo Daniel Maxemin Tirado,*‡

Oscar Martínez Esparza,*‡ Ana Alicia Velarde Pineda,*‡

Martha Arisbeth Villanueva Pérez,*§ Evelyn Sandoval Macías*§

* Hospital de Especialidades, Centro Médico Nacional de Occidente (HE-CMNO), IMSS. ‡ Unidad de Cuidados Intensivos. § Departamento de Patología.

Masculino de 18 años, campesino, sin comorbilidades, con exposición a pecuarios y leche no pasteurizada, inició con dolor abdominal postprandial, agregándose fiebre, malestar e ictericia a los 13 días. Acudió al hospital diagnosticándose colangitis aguda con datos de LRA KDIGO III y acidosis metabólica. Se descartó obstrucción biliar y se ingresó a UCI con tratamiento antibiótico (meropenem/doxiciclina), requirió hemodiálisis. Citopenia persistente, hepatoesplenomegalia, hipertrigliceridemia, consumo de fibrinógeno y hemofagocitos en aspirado de MO. A pesar del soporte, presentó deterioro ventilatorio requiriendo alto flujo. Posteriormente inició con hemorragia digestiva. Datos de sepsis abdominal, CID, síndrome hemofagocítico (HLH) y falla hepática. Finalmente, falla ventilatoria y circulatoria, aumento de PIA, por lo que requirió intubación, bloqueo neuromuscular, soporte hemodinámico y HDFVVC, desarrollando FOM que desencadenó la muerte. El cuadro es compatible con un HLH secundario, un trastorno hiperinflamatorio grave caracterizado por activación descontrolada de linfocitos T y macrófagos, con liberación masiva de citoquinas y FOM. En adultos suele ser secundario a infecciones o neoplasias hematológicas y se confunde con sepsis en UCI, retrasando el diagnóstico. La mortalidad es elevada, requiriéndose manejo multidisciplinario, soporte vital, control del desencadenante e inmunosupresión según

guías HLH-2004 y terapias emergentes. Las guías enfatizan diagnóstico temprano, biomarcadores y manejo multidisciplinario para mejorar supervivencia.

ÍNDICE PCR/ALBUMINA EN MORTALIDAD DE NEUROCRÍTICOS

Cristina Victoria Aguilar Antonio, Alberto Cristobal Puebla,
Adriel Martínez Mora, Antonio Martín Orduña Beltrán
Hospital General «Matilde Petra Montoya Lafragua» ISSSTE.

Introducción: la mortalidad en pacientes neurocríticos representa un desafío en la unidad de cuidados intensivos (UCI). La proteína C reactiva (PCR) y la albúmina son biomarcadores que reflejan el estado inflamatorio y nutricional. Su relación (índice PCR/Albúmina) ha sido propuesto como predictor pronóstico en diversas condiciones críticas, aunque su utilidad en neurocríticos aún es incierta. **Objetivo:** evaluar la capacidad del índice PCR/Albúmina para predecir la mortalidad intrahospitalaria en pacientes con patología neurocrítica. **Material y métodos:** estudio observacional retrospectivo, en adultos ingresados a la UCI por trauma craneoencefálico, evento cerebrovascular isquémico o hemorrágico y hemorragia subaracnoidea. Se registraron niveles de PCR y albúmina en las primeras 12 horas del ingreso. La variable principal fue mortalidad intrahospitalaria. Se aplicaron pruebas t de Student, curvas ROC y regresión logística binaria. **Resultados:** se incluyeron 28 pacientes (71.4% hombres). No se observaron diferencias significativas en PCR (10.7 vs 7.1), albúmina (3.1 vs 3.0) e índice PCR/Albúmina (3.3 vs 2.8) entre fallecidos y sobrevivientes. El análisis ROC mostró baja capacidad discriminatoria (AUC = 0.55; IC95%: 0.30-0.81). La regresión logística no identificó asociación significativa con mortalidad (OR = 0.16; $p = 0.199$). **Discusión:** en esta cohorte, el índice PCR/Albúmina no fue viable como biomarcador pronóstico de mortalidad. Se requieren estudios con mayor tamaño muestra para confirmar su utilidad en pacientes neurocríticos.

ENCEFALOPATÍA POR CONTRASTE: UN ENIGMA CLÍNICO

Mariana Ponce Gutiérrez, Yolanda Aburto Murrieta,
Axel Pedraza Montenegro, Braulia Aurelia Martínez Díaz,
Janet Aguirre Sánchez
Departamento de Medicina Crítica «Mario Shapero». Centro Médico ABC.

Introducción: la encefalopatía por contraste es una complicación asociada a los procedimientos endovasculares poco frecuente, donde se presentan síntomas neurológicos similares a los de un accidente cerebrovascular (déficits motores o sensoriales, alteraciones en el lenguaje, alteraciones visuales), en la mayoría de sus casos reversible, que alerta al intensivista y demanda un abordaje integral. **Presentación del caso:** paciente de 39 años, quien ingresa de manera programada a sala de hemodinamia tras el diagnóstico de cuatro aneurismas en carótidas internas (dos izquierdo y dos derecha), para colocación de divisor de flujo. Posterior a la administración de contraste, presentó somnolencia, afasia motora y hemiparesia derecha. Se realizó abordaje, descartando accidente cerebrovascular, espasmo arterial, disección o crisis convulsivas. Se inició tratamiento con esteroide y líquidos intravenosos con resolución de los síntomas en 48 horas. **Conclusión:** la presentación de la encefalopatía por contraste puede ser muy variable, desde ceguera cortical hasta encefalopatía, convulsiones y hemiparesia. Se debe considerar en cualquier paciente con confusión aguda con antecedente de administración reciente de contraste sin obviar las pruebas pertinentes, siendo un diagnóstico de exclusión. El tratamiento consiste en soporte con reporte de uso de esteroide, lo que disminuye el tiempo de resolución de la sintomatología y, por tanto, está asociado a buen pronóstico.

NUTRICIÓN Y DESENLACES EN PACIENTES CRÍTICOS DE LA UCI

Julio César Rivera Soto, Janet Silvia Aguirre Sánchez,
Braulia Aurelia Martínez Díaz, Adrián Palacios Chavarría,
Abraham Sebastián García Zamorano
Centro Médico ABC.

Introducción: la desnutrición calórico-proteica es frecuente en pacientes críticos y está relacionada con complicaciones infecciosas y mortalidad. No obstante, el impacto de alcanzar metas nutricionales óptimas durante la estancia en UCI permanece controvertido. **Objetivo:** evaluar la asociación entre la adecuación del soporte nutricional y los desenlaces clínicos en pacientes críticos adultos. **Material y métodos:** estudio observacional retrospectivo realizado en la UCI de un hospital de tercer nivel. Se incluyeron pacientes adultos con estancia ≥ 72 h, entre 2019 y 2024. Se recolectaron datos demográficos, clínicos, nutricionales y desenlaces hospitalarios. La adecuación se definió como alcanzar $\geq 70\%$ del requerimiento calórico en los primeros siete días de estancia en UCI. **Resultados:** fueron estudiados aproximadamente 500 pacientes. Inicialmente, menos del 50% alcanzó la meta nutricional. Aquellos pacientes con aporte inadecuado ($< 70\%$) presentaron mayor mortalidad y estancias prolongadas en UCI. **Discusión:** estos hallazgos refuerzan la relevancia de optimizar la terapia nutricional en los primeros días de estancia en UCI. Un análisis detallado permitirá identificar factores asociados a la infranutrición y generar estrategias institucionales para mejorar el soporte nutricional.

COMPLICACIONES DE TERAPIA DE REEMPLAZO RENAL

Mario Ignacio Robles Betancourt,
Alfonso López González, Alfredo Cortes Munguía
Secretaría de Salud de la Ciudad de México, IMSS
Bienestar, Hospital General La Villa.

Introducción: la lesión renal aguda (LRA) es un síndrome asociado con diferentes etiologías y procesos fisiopatológicos, reflejándose en decremento de la función renal, llevando a retención de productos de desecho, deterioro de la homeostasis electrolítica y alteración de las concentraciones de fármacos, además de inducir una respuesta inflamatoria generalizada. **Objetivo:** analizar la prevalencia de complicaciones y mortalidad asociada en pacientes críticos sometidos a terapia de reemplazo renal lenta continua. **Material y métodos:** se utilizó estadística descriptiva: 1) medidas de tendencia central (media, mediana); 2) medidas de dispersión (rango, desviación estándar); 3) frecuencias y porcentajes. **Resultados:** se integraron 55 expedientes clínicos. La edad fue de 40.98 ± 12.13 años. Predominaron los hombres (50.90%). Los diagnósticos de ingresos fueron principalmente traumatismo de extremidades (20.0%), intoxicación (20.0%) y traumatismo craneoencefálico (20.0%). La TRRLC registró una duración de 17.78 ± 4.97 horas. Las complicaciones asociadas con TRRLC se presentaron en 69.1% de los pacientes, siendo principalmente cardiovasculares (28.95%) e hidroelectrolíticas (28.95%). La estancia hospitalaria fue 7.22 ± 2.89 días. El resultado clínico predominante fue mejoría (70.9%), seguido por defunción (29.1%). **Conclusión:** la prevalencia de complicaciones y mortalidad asociada en pacientes críticos sometidos a terapia de reemplazo renal lenta continua en el Hospital General La Villa durante enero 2021 y diciembre 2023 fue de 69.1 y 29.1% respectivamente.

DELTA DÍMERO D PLAQUETAS CON CHOQUE SÉPTICO

Norma Téllez López, Alfonso López González,
Claudia María Mesa Dávila
Hospital General La Villa.

La medición del delta del dímero D y plaquetas en pacientes con coagulación intravascular diseminada en pacientes en fase trombótica con choque séptico, se asocia a mayor mortalidad. Si existe mayor elevación de dímero D y disminución en los niveles séricos de plaquetas, se observará mayor mortalidad en pacientes con sepsis y coagulopatía inducida por sepsis. Se realizó un estudio observacional, analítico, retrospectivo, unicéntrico, descriptivo, cuantitativo en el periodo comprendido de marzo 2024 a junio 2025 en el Hospital General La Villa. Se empleó la prueba estadística de Fisher-Freeman, cuyo resultado fue de $p > 0.05$, por lo que se aplicó la prueba coeficiente de correlación de Spearman para evaluar la relación en-

tre el dímero D y plaquetas (trombocitopenia), obteniendo un valor de $p > 0.001$ ($p=60$). Los resultados obtenidos a través de la prueba exacta de Fisher (p -valor = 0.001) y el *odds ratio* (OR = 10.33; IC 95%: 2.68 - 39.78) indican que el grupo 1 presenta un mayor riesgo de mortalidad en comparación con el grupo 3, donde se demuestra una asociación significativa entre los factores evaluados dímero D y trombocitopenia como predictor de mortalidad. **Conclusiones:** este estudio destaca la relevancia de los valores de Dímero D y plaquetas como predictores de mortalidad en pacientes con sepsis, especialmente en contextos de respuesta inflamatoria intensa y activación descontrolada de la coagulación. Los hallazgos sugieren la necesidad de estrategias de detección temprana y ajustes terapéuticos personalizados para mejorar los desenlaces clínicos en esta población.

UTILIDAD DEL IRR EN LESIÓN RENAL POR SEPSIS

José Juan Jiménez Orozco, Alfonso López González

Hospital General La Villa.

Introducción: el índice de resistencia renal (IRR) puede ser útil para detectar lesión renal aguda (LRA) en pacientes con sepsis. **Objetivo:** determinar la utilidad del IRR para detectar lesión renal en sepsis. **Material y métodos:** estudio descriptivo, observacional y retrospectivo en UCI con 60 pacientes mayores de 18 años con sepsis. Se determinó IRR mediante ecografía Doppler con punto de corte de 0.70 para LRA. Análisis con χ^2 ($p < 0.05$) y OR con IC95%. **Resultados:** 21 pacientes (35%) presentaron LRA. Edad: con LRA 74 ± 11 años, sin LRA 75 ± 12 años. Mortalidad: 48% con LRA vs 10% sin LRA. IRR > 0.70 presente en 67% con LRA vs 10% sin LRA ($p < 0.000$, OR 17, IC95% 4.4-69.2). Curva ROC mostró discriminación del 21%. **Conclusión:** el IRR estuvo asociado a LRA en pacientes con sepsis, mostrando utilidad para su detección temprana.

PTT ASOCIADA A SÍNDROME DE HELLP

Erick Alberto Islas Hernández, Montserrat Torres Macotela,

Daniel Blanco Manrique, Joaquín David Torres Avilés,

Ricardo Montes González

Unidad Médica de Alta Especialidad «Ignacio García Téllez». Mérida, Yucatán.

Las microangiopatías trombóticas del embarazo son síndromes graves caracterizados por daño endotelial, trombosis microvascular y daño multiorgánico. Incluyen preeclampsia/HELLP, púrpura trombocitopénica trombótica (PTT), síndrome urémico hemolítico y síndrome antifosfolípido catastrófico. La PTT es infrecuente, con una incidencia estimada de 1 por cada 25,000-100,000 embarazos, pero potencialmente mortal, al asociarse con anemia hemolítica, trombocitopenia y falla orgánica múltiple. Mujer de 30 años, secundigesta, ingresa a UCIA posterior a cesárea urgente indicada por preeclampsia severa y síndrome de HELLP Mississippi I. Durante su estancia, desarrolló lesión renal aguda KDIGO 3 (creatinina: 4.0 mg/dL), bicitopenia con anemia grado III (Hb 6.1 g/dL) y trombocitopenia moderada (55,000/ μ L), hemólisis significativa (DHL: 2,168 U/L, esquistocitos y microesferocitos en frotis, hipertransaminasemia (AST: 246 U/L, ALT: 468 U/L) e hiperbilirrubinemia. Se solicitó actividad de ADAMTS-13, reportando 5% con anticuerpos IgG positivos (> 15 U/mL), confirmando PTT adquirida. Recibió manejo intensivo con hemodiálisis (cuatro sesiones), transfusiones y esquema antihiper-tensivo cuádruple con FEVI conservada en ecocardiograma. La paciente cursó con mejoría hemodinámica y renal, con recuperación de recuento plaquetario (322,000/ μ L), posibilitando su egreso en buenas condiciones a Medicina Interna/Hematología y continuar tratamiento con plasma fresco congelado. Esta patología es de notable interés por su morbilidad asociada y su mejora pronóstica por terapéutica oportuna.

SAF Y TEP EN EL EMBARAZO: REPORTE DE UN CASO

Jovanhy Castillo Amador, Janette Alondra Callejas Velarde

Hospital Regional Primero de Octubre, ISSSTE. CDMX.

Introducción: la TEP en embarazo con SAF es una situación grave por la alta mortalidad materna y fetal. **Objetivo:** describir el desenlace de una paciente que cursó con TEP en el postquirúrgico por interrupción del embarazo, con alto riesgo de mortalidad por contar con diagnóstico de SAF. **Material y método:** femenino de 37 años, antecedente de trombocitopenia en protocolo de estudio, cursando gesta 4 de 22.5 SDG, inicia con sangrado transvaginal y dolor urente en región de epigastrio, sin otra sintomatología agregada; acude a urgencias obstétricas, ingresada como código mater; presenta abundante sangrado y datos de sufrimiento fetal, decidiendo interrupción del embarazo vía abdominal urgente. **Resultados:** se recibe en UCI en postquirúrgico inmediato con disfunción pulmonar, cardiovascular, renal y hematológica; presenta taquicardia sinusal, complejo de McGinn-White y aumento en requerimiento de FiO_2 . Se calculan escalas para TEP: WELLS 6, GENEVA 10, YEARS y PERC positivo, con riesgo intermedio-alto. Se realiza AngioTAC de tórax, dando imagen de zona con defecto de llenado en arteria lobar superior del pulmón derecho. **Discusión:** el tratamiento oportuno de TEP y el abordaje de las alteraciones hematológicas, permitieron llegar al diagnóstico y manejo del SAF, siendo la clave del éxito en el pronóstico y resultado.

EVALUACIÓN MULTIDIMENSIONAL DE WEANING EN UCI

Francisco Javier Ramírez Almaraz,

Marcos Antonio Amezcua Gutiérrez, Mario Arturo Carrasco Flores,

Jessica Garduño López, José Carlos Gasca Aldama

Hospital Juárez de México. Ciudad de México.

Introducción: el *weaning* abarca aproximadamente 40% del tiempo de ventilación mecánica. Para acortar este período, se evalúan predictores que determinan una extubación exitosa. **Objetivo:** describir las características clínicas, predictores de extubación e incidencia de *weaning* fallido en pacientes críticos. **Material y métodos:** estudio prospectivo, observacional, unicéntrico, de seis meses de duración, que incluyó pacientes mayores de 18 años, con 24 h de intubación, sometidos al protocolo de extubación. Se recabaron datos epidemiológicos y se evaluó: NIF, P0.1, Tobin, IWI, CROP, ExPreS, parámetros clínicos de protección de vía aérea, prueba de fuga, ultrasonografía diafragmática, prueba de ventilación espontánea y vigilancia durante 72 h postextubación. **Resultados:** 35 pacientes fueron evaluados, 57.1% eran hombres, edad promedio 44.4 años; 28.6% tenía hipertensión arterial, 20% diabetes, 68.6% sepsis; promedio de SOFA, APACHE y SAPS II de 6.29, 11.8 y 30.5, respectivamente. La incidencia de *weaning* fallido fue de 14.3%. Se encontró que la excursión y velocidad diafragmáticas izquierdas tuvieron una asociación estadísticamente significativa con el *weaning* exitoso ($p = 0.017$ y $p = 0.008$). **Discusión:** la incidencia de *weaning* fallido fue menor que la reportada en la literatura internacional, posiblemente debido al uso de un abordaje multidimensional. Se encontró significancia estadística en predictores de ultrasonografía diafragmática.

AGENTES ETIOLÓGICOS Y RESISTENCIA PACIENTES EN VMI

Carlos Gálves Banda, Arnulfo González Fernández,

Celenys Bermúdez Lago

Hospital General Regional No. 58.

Introducción: la neumonía asociada a ventilación mecánica representa la infección más común en la UCI. Se describe en los últimos años el aumento en la incidencia entre bacterias gramnegativas con alta resistencia a antibióticos, las cuales provocan un escenario clínico grave. Este proceso inicia con la intubación mediante la colonización traqueobronqueal por patógenos, seguido de una infección a parénquima pulmonar; las repercusiones de esta patología incrementa los días de ventilación mecánica, así como la estancia en UCI, aumentando la morbilidad y mortalidad, así como los costos para los sistemas nacionales de salud. El objetivo de este estudio es asociar la resistencia con el agente etiológico involucrado en esta UCI, ya que la determinación local entre nuestras variables es de vital importancia para la delimitación temprana de antibioticoterapia empírica con

posterior ajuste guiada por antibiograma, lo cual optimiza los recursos disponibles en nuestro hospital. **Objetivos:** descripción de agentes etiológicos y resistencia en pacientes bajo ventilación mecánica que desarrollan neumonía asociada a ventilador ingresados a la UCI en el HGR No. 58. **Material y métodos:** se llevará a cabo un estudio observacional, analítico, transversal y retrospectivo en el servicio de Unidad de Cuidados Intensivos Adultos del Hospital General Regional No. 58, de enero 2022 a enero 2024. El presente estudio de investigación se considera autofinanciable; el hospital en el que se desarrollará la investigación cuenta con los recursos, material, espacio y equipo necesario para el desarrollo del estudio.

NEOPLASIA SUPRARRENAL Y CHOQUE HIPOVOLÉMICO EN UCI

Karla Deyanira Núñez Pedroza, Gabriel Ulises Carrillo Cortes

Paciente masculino de 19 años con síndrome de Cushing, hipertensión arterial y diabetes mellitus mal controlada. Ingresó por dolor abdominal, distensión, edema y pérdida ponderal. Tomografía abdominopélvica muestra masa suprarrenal derecha de 18 × 13 × 12 cm, heterogénea, con áreas necróticas y sangrado activo. Se realiza adrenalectomía el 14 de mayo. Durante el procedimiento presenta sangrado estimado en 2,300 mL; se empaqueta y se transfunden cinco paquetes globulares. Ingresó a UCI con choque hipovolémico, anuria y falla multiorgánica. Se inician vasopresores, hemodiálisis y esteroides. El 16 de mayo se reinterviene por sangrado hepático activo (2,300 mL), colocando compresas y hemostático local. El 21 de mayo se retiran sin sangrado. Cursa con sepsis abdominal, coagulación intravascular diseminada e insuficiencia adrenal. Requiere antibióticos de amplio espectro, nutrición parenteral, ventilación mecánica, sedación profunda y bloqueo neuromuscular. El 26 de mayo se extuba con CPAP. El 29 de mayo presenta paro cardiorrespiratorio; se logra retorno a la circulación. El 3 de junio sufre nuevo paro, también con recuperación. Evolucionó críticamente, con deterioro progresivo, complicaciones metabólicas, respiratorias y hemodinámicas. Se mantiene grave, con pronóstico reservado durante toda su estancia en UCI.

CID EN UCI: EL ESTADO TROMBÓTICO DE LA SEPSIS

Deyanira Trinidad Águeros, Theno Alexandro Turrubiates Hernández, Álvaro Eduardo Ramírez Gutiérrez, Reyna Isabel Azúa Guevara, Jorge Rosendo Sánchez Medina
Hospital Regional Ciudad Madero, Petróleos Mexicanos. Ciudad Madero, Tamaulipas.

Paciente femenina de 68 años con antecedentes de trombosis venosa extensa, enfermedad multiinfarto con evento cerebrovascular isquémico y lesión renal aguda. Ingresó a la unidad de cuidados intensivos por insuficiencia respiratoria aguda e infarto cerebral maligno, requiriendo ventilación mecánica y soporte vasopresor. Durante su evolución, desarrolló sepsis grave secundaria a endocarditis bacteriana con vegetación mitral, condición que se asocia a elevada carga inflamatoria y estado protrombótico. Durante su estancia en UTI la paciente presentó hallazgos clínicos y de laboratorio compatibles con coagulación intravascular diseminada (CID): trombocitopenia progresiva, anemia severa, prolongación de tiempos de coagulación, dímero D elevado y consumo de fibrinógeno. Se observaron manifestaciones trombóticas (trombosis venosa extensa, infarto cerebral) coexistiendo con sangrado. La CID fue interpretada como complicación secundaria a la sepsis por endocarditis, con posible participación de un proceso neoplásico subyacente. A pesar del manejo multidisciplinario, la paciente evolucionó a falla multiorgánica y falleció.

PROGRAMA DE CUIDADOS POST-UCI DEL COMMECG

Carlos Jiménez Correa,*[‡] José Luis Espinosa Camacho,*[‡] Kenia González Perales*[‡]

* Colegio de Medicina Crítica y Terapia Intensiva de Guanajuato A.C. [‡] Secretario. [§] Presidente. [¶] Tesorera.

Introducción: el programa de cuidados post-UCI del COMMECG busca rehabilitación integral en el paciente críticamente enfermo, previniendo secuelas físicas, cognitivas y emocionales para mejorar la calidad. **Objetivos:** describir el proceso de los cuidados post-UCI en la recuperación integral de pacientes egresados y su impacto en el proceso de seguimiento clínico. **Material y métodos:** estudio prospectivo, comprendiendo de enero a agosto 2025 con pacientes egresados de UCI; seguimiento clínico, funcional y psicológico mediante escalas validadas, entrevistas y controles periódicos multidisciplinarios. **Resultados:** se obtuvo los datos de 35 pacientes, quienes se les dio seguimiento clínico dentro de los primeros 10 días posterior a su egreso a domicilio. Para debilidad muscular, se evaluó la escala *Short Physical Performance Battery*, donde se encontró, principalmente, que menos de 10% de los pacientes se encontraban con 0 puntos (pobre recuperación), disnea y uso de O_2 *mMRC Dyspnea Scale* con 11% en grado 4, *Mini Nutritional Assessment* (MNA) 18% con riesgo de malnutrición, autonomía funcional a través del índice de Barthel 15% totalmente dependientes de sus cuidadores, ajuste farmacológico en patologías crónicas, descontrol glucémico e hipertensivo. Área psicológica con 16% con depresión grave a través de la escala PHQ-9 (*Patient Health Questionnaire-9*). Además, se cuenta con apoyo psicológico y nutricional para su manejo.

DIAGNÓSTICO DE GRANULOMATOSIS CON POLIANGEÍTIS

José Alberto García Bastida,*[‡] Edgar Ortiz Juárez,*[§] Aaron Alació Ávila,*[§] Marco Antonio Silva Medina*[¶]

* Centro Médico «Lic. Adolfo López Mateos» (CMLALM). IMSS Bienestar. [‡] Médico residente de primer año, especialidad en Medicina Crítica. [§] Médico adscrito al CMLALM, especialidad en Medicina Crítica. [¶] Subdirector de Urgencias del CMLALM.

Paciente masculino de 33 años, previamente sano, con cuadro de pétéquias en extremidades inferiores, tos en accesos y fiebre de 39 °C de 15 días de evolución. Ingresó al área de choque por dificultad respiratoria, requiriendo manejo avanzado de vía aérea y traslado a la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI). Durante la estancia se identificó hemorragia alveolar difusa y, ante la sospecha de vasculitis, se inició protocolo para enfermedad autoinmune. Los estudios confirmaron granulomatosis con poliangeítis (GPA) mediante la detección de anticuerpos anticitoplasma de neutrófilos (c-ANCA) dirigidos contra la proteína PR3. Este hallazgo permitió un diagnóstico rápido y certero, lo que facilitó la instauración temprana de un tratamiento intensivo. El abordaje incluyó inmunosupresión con glucocorticoides y ciclofosfamida, además de plasmáferesis debido a la afectación renal grave y a la hemorragia alveolar, medidas orientadas a eliminar anticuerpos patogénicos y prevenir la progresión hacia insuficiencia renal irreversible. Este manejo agresivo contribuyó a la estabilización clínica, al control del proceso inflamatorio y a la recuperación orgánica. Tras evolución favorable, el paciente logró egresar de la UCI en condiciones de mejoría, destacando la importancia del diagnóstico temprano y del tratamiento combinado en casos graves de GPA.

HEMATOMA PERIRRENAL EN PACIENTE CON SAF Y LUPUS

Patricia Marisol Campos Carlos

Residente de Medicina Crítica. Unidad de Cuidados Intensivos UMAE T1, IMSS. León, Guanajuato.

Introducción: el trasplante renal es la terapia de elección en enfermedad renal crónica terminal. En pacientes con lupus eritematoso sistémico y síndrome antifosfolípido, el riesgo de complicaciones trombóticas y hemorrágicas incrementa la complejidad perioperatoria. **Objetivo:** reportar el caso de una paciente con nefropatía lúpica y síndrome antifosfolípido sometida a trasplante renal de donador vivo relacionado, que presentó hematoma perirrenal y requirió manejo crítico en UCI. **Material y métodos:** mujer de 40 años, con enfermedad renal crónica secundaria a lupus y anticoagulación crónica. Fue sometida a trasplante renal con reimplante ureteral tipo Lich-Gregoir. Se

registraron datos clínicos, paraclínicos y evolución en UCI tras complicación hemorrágica. **Resultados:** en el postoperatorio inmediato presentó hipotensión refractaria, coagulopatía y descenso de hemoglobina. Fue trasladada a UCI, donde se instauró manejo hemodinámico avanzado con norepinefrina y vasopresina, reanimación hídrica, transfusión de hemoderivados y ventilación mecánica invasiva para reducir el consumo de oxígeno. La monitorización invasiva documentó bajo gasto cardíaco con respuesta parcial a volumen. El hematoma perirrenal fue considerado la complicación principal. **Discusión:** el trasplante renal en pacientes con lupus y anticoagulación por síndrome antifosfolípido conlleva alto riesgo hemorrágico. El soporte intensivo en UCI, con manejo hemodinámico y vigilancia multidisciplinaria, resulta esencial para preservar la vida y la función del injerto.

ENCEFALITIS AUTOINMUNE ANTI-GAD65: CASO CLÍNICO

Jovanhy Castillo Amador, Katia Aime Ramírez Luna

Hospital Regional 1º Octubre, ISSSTE.

Introducción: la encefalitis autoinmune es una causa emergente de estatus epiléptico de nuevo inicio (NORSE), especialmente compleja en pacientes con anticuerpos anti-GAD65, quienes presentan evolución prolongada, crisis refractarias y requieren inmunoterapias avanzadas. **Objetivo:** presentar el caso de un paciente masculino con encefalitis autoinmune anti-GAD65, enfatizando los hallazgos radiológicos y la respuesta clínica favorable a plasmaféresis tras fracaso de terapias convencionales. **Material y métodos:** se describe un paciente ingresado a la Unidad de Cuidados Intensivos por estatus epiléptico focal motor y no motor de inicio reciente. Se realizaron estudios seriados de resonancia magnética, perfil inmunológico y determinación de anticuerpos neuronales en líquido cefalorraquídeo. **Resultados y discusión:** se confirmó anticuerpo anti-GAD65 positivo. La resonancia mostró lesiones en sustancia blanca periventricular, cortical e infratentorial, con atrofia cortical y subcortical en estructuras límbicas, siderosis frontal izquierda y hallazgos sugestivos de necrosis cortical laminar o hemorragia subaracnoidea focal crónica. A pesar del tratamiento con múltiples fármacos anticonvulsivos, esteroides e inmunoglobulina, persistió refractariedad. La plasmaféresis produjo mejoría clínica y disminución de la actividad epiléptica. **Conclusión:** este caso evidencia que la encefalitis anti-GAD65 puede presentar hallazgos radiológicos progresivos y crisis refractarias, y que la plasmaféresis constituye una alternativa eficaz. El diagnóstico temprano y el manejo multidisciplinario son esenciales para mejorar el pronóstico funcional.

AZUL DE METILENO COMO RESCATE HEMODINÁMICO

José Ángel López Hurtado, Manuel José Rivera Chávez, Isaac Antonio Rubio Álvarez

Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajío.

Introducción: el choque séptico refractario, según la *Surviving Sepsis Campaign* (2021), se define como la persistencia de hipotensión y disfunción orgánica pese a reanimación con fluidos y altas dosis de vasopresores, representando un desafío crítico con alta mortalidad. La vasoplejía mediada por óxido nítrico es un mecanismo clave. El azul de metileno, inhibidor de la guanilato ciclasa soluble, ha emergido como terapia adyuvante capaz de mejorar el tono vascular y reducir la necesidad de vasopresores, con evidencia clínica que respalda su eficacia en casos seleccionados de choque séptico refractario. **Objetivo:** describir la utilidad del azul de metileno como tratamiento adyuvante en choque séptico refractario, resaltando su impacto en la estabilidad hemodinámica y la reducción de vasopresores. **Presentación del caso clínico:** varón de 57 años con antecedentes oncológicos, ingresó a UCI el 11/09/25 por peritonitis secundaria a fuga de anastomosis, desarrollando choque séptico refractario a norepinefrina y vasopresina. Se administraron bolos de azul de metileno los días 11 y 12/09/25, con mejoría hemodinámica: retiro de vasopresina el 12/09/25 y suspensión de norepinefrina el 17/09/25. Evolucionó favorablemente hasta egreso de UCI. **Discusión y conclusiones:** el azul de metileno constituye una herramienta valiosa para modular la va-

soplejía en choque séptico refractario. Este caso refuerza su eficacia y seguridad como terapia adyuvante, evidenciando su potencial para mejorar la práctica clínica en cuidados críticos.

ABORDAJE DE MIELOSUPRESIÓN EN LA UCI: REPORTE DE CASO

Marco Antonio Sedano Gómez

Hospital Regional ISSSTE de Morelia. Morelia, Michoacán.

La mielosupresión es una patología infrecuente en la Unidad de Cuidados Intensivos, sin embargo, sus complicaciones pueden tener un gran impacto en la morbilidad cuando se presenta en el contexto de un paciente en estado crítico. Se define como una supresión aguda de la médula ósea que provoca una disminución de la producción de células sanguíneas (eritrocitos, leucocitos y megacariocitos); es el efecto adverso más común de la terapia citotóxica para el tratamiento del cáncer. Se describe el caso de una paciente de 68 años, quien ingresa a esta unidad referida de clínica particular por un cuadro de disnea e hipotensión de 12 días de evolución. Inició con odinofagia que progresó hasta anorexia, edema de la vía aérea y datos clínicos de choque distributivo; se administra manejo con vasopresores, manejo avanzado de la vía aérea y antibioticoterapia empírica con base en cefepime y levofloxacino; se toman estudios de laboratorio, donde destaca pancitopenia con presencia de agranulocitosis; recibe valoración por el servicio de hematología y manejo con filgrastim y ácido fenólico. Pasa a la unidad de cuidados intensivos, donde se continúa el abordaje diagnóstico y terapéutico.

WEANING EN PACIENTES CON VÍA AÉREA DIFÍCIL

Itzel Villanueva Delgado, Alfonso López González,

Alfredo Cortes Munguía

Hospital General La Villa.

Introducción: el éxito en el destete de la ventilación mecánica mejora los desenlaces clínicos, mientras que el fracaso aumenta el riesgo de reintubación, estancia hospitalaria y mortalidad. Sin embargo, el proceso de destete es heterogéneo, con diferencias en criterios, manejo de la sedación y uso de protocolos. **Objetivo:** evaluar de forma homogénea los factores predictivos asociados con el destete exitoso de la ventilación mecánica y demostrar que la estandarización de los criterios de extubación reduce la tasa de fracaso de extubación en pacientes con vía aérea difícil en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI). **Material y métodos:** estudio descriptivo, observacional, transversal, retrospectivo y analítico. **Resultados:** se analizaron 35 pacientes con ventilación mecánica invasiva, con edad media de 44.6 años, predominando el sexo femenino (68.57%). Se observó que la vía aérea contextual se asoció con mayor tasa de fracaso del destete (18.18%) y mortalidad. El éxito del destete fue del 94.29%, con una mortalidad del 5.71%, siendo la edad un predictor significativo ($p = 0.02$). Parámetros como $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2$, pH y FiO_2 se asociaron fuertemente a la mortalidad ($p < 0.001$). El volumen minuto $> 10 \text{ mL/kg}$ y una prueba de fuga negativa se vincularon con éxito del destete ($p = 0.03$ y $p = 0.05$, respectivamente).

SLT CLÍNICO ATÍPICO EN MIELOMA MÚLTIPLE: CASO EN UCI

Montserrat Torres Macotela, Erick Alberto Islas Hernández, Dulce Mariana Tamayo Pérez, Patricia Berenice Bolado García, Joaquín David Torres Avilés

Unidad Médica de Alta Especialidad «Ignacio García Téllez». Mérida, Yucatán.

Introducción: el síndrome de lisis tumoral (SLT) clínico en mieloma múltiple es infrecuente. En MM de novo, la incidencia de SLT es de 3.3%; Con uso de Bortezomib llega a 12.7%. **Caso clínico:** mujer de 26 años, VIH en TAR con arunavir/Cobicistat 800/150 mg c/24 h, Dolutegravir 50 mg c/24 h y profilaxis TMP/SMX 160/800 mg L-M-V, ERC (Cr basal 2.6 mg/dL, TFG 25 mL/min/1.73 m²). Mieloma múltiple IgG DS IIb, ISSIII primer ciclo. Inició VTD (Bortezomib-Talidomida-Dexametasona). Al día 13 presenta: náuseas, vómitos, calambres,

parestias y oliguria, agregándose evento de crisis epiléptica tónico clónica generalizada que cede a la administración de benzodiacepina. ECG: taquicardia sinusal con T hiperagudas, QTc 0.44 sg. Laboratorios: ácido úrico 15.8 mg/dL, potasio 6.9 mmol/L, P 8.2 mg/dL, Ca iónico 0.3 mmol/L, LDH 1,250 U/L; Cr 5.9 mg/dL, cumpliendo criterios de Cairo Bishop. Ingres a UCIA: se inicia administración de calcio IV por cambios en ECG; medidas antihiperkalemicas, así como manejo hídrico con soluciones isotónicas guiado por ecografía para optimizar uresis; suspensión de nefrotóxicos y ajuste de dosis. Sin embargo, tras no tener franca mejoría, se inicia terapia de reemplazo renal lenta continua con *Prisma Flex*, con resolución del padecimiento a las 48 horas posteriores.

ENDOCARDITIS COMPLICADA EN PACIENTE CON VIH

Ricardo Montes González, Delia López Palomo,
Miguel Ángel Rosado Chi, Erick Alberto Islas Hernández,
Julio César Poot Magaña

Unidad de Alta Especialidad, Hospital de Especialidades Centro
Médico Nacional «Ignacio García Téllez». Mérida, Yucatán

Masculino de 50 años, con antecedente de infección por VIH en tratamiento con bictarvy con carga viral indetectable, sin antecedentes de toxicomanías; ingresa por cuadro de crisis epilépticas de primera vez sin datos de focalización; por resonancia magnética se evidenciaron infartos lacunares crónicos y se descartó neuroinfección por LCR y PCR-multiplex de LCR; durante su abordaje se evidencia soplo sistólico en foco mitral y, tras ECOTT, se observan vegetaciones en válvula mitral con perforación de valva posterior, la cual progresó hacia insuficiencia mitral severa, pseudoaneurismas en anillo posterior y pared posterior de aurícula, ameritando sustitución de válvula mitral, cierre de defecto septal y reconstrucción del techo de la aurícula con desarrollo de síndrome de bajo gasto post-cardiotomía, por lo que ameritó manejo en la unidad de cuidados intensivos para vigilancia cardio-hemodinámica y cumplimiento de esquema antibiótico de seis semanas con ceftriaxona y vancomicina.

¿TPE DE ALTO VOLUMEN O ESTÁNDAR EN FALLA HEPÁTICA?

José Enrique Ramírez Mojica, Eduardo Puente Rodríguez,
Karen Harumi López Rodríguez, José Carlos Gasca Aldama

Unidad de Cuidados Intensivos Adultos. Hospital Juárez de México.

El recambio plasmático terapéutico ha demostrado disminuir la inflamación y la gravedad en casos de insuficiencia hepática aguda, actuando como único soporte con sobrevida libre de trasplante. Los protocolos que emplean un volumen estándar muestran una reducción de parámetros bioquímicos, menos complicaciones y una menor necesidad de plasma, en comparación con los de alto volumen, evidenciando ventajas similares. Se realizó una comparación de la eficacia bioquímica y clínica entre el recambio plasmático de alto volumen y el de volumen estándar en adultos con insuficiencia hepática, mediante el análisis retrospectivo, comparativo, descriptivo de una serie de 10 pacientes; 80% varones, edad media 31 ± 8.1 años; APACHE medio 13.6, SOFA medio 6.6, MELD medio 36 puntos, *Kings College* medio 1 punto, con causas homogéneas en ambos grupos. Cinco tratados con alto volumen, cinco con volumen estándar. No se observaron diferencias estadísticamente significativas en las principales variables bioquímicas. El protocolo de volumen estándar requirió menor cantidad de plasma y menor uso de recursos. El recambio de volumen estándar presenta una eficacia bioquímica y clínica comparable al de alto volumen para tratar la falla hepática, con un consumo menor de plasma.

ECMO-VA COMO RESCATE EN TEP: CASO CLÍNICO

Diana Laura López Pérez, Norman Josué Rivera Pineda,
Mijail Frías Abrahamov, Alberto Valles Guerrero

Hospital San Ángel Inn Universidad.

Introducción: la tromboembolia pulmonar de alto riesgo puede generar falla aguda del ventrículo derecho y choque obstructivo con ries-

go de mortalidad elevada. En pacientes refractarios a terapia inicial, el soporte extracorpóreo mediante ECMO veno-arterial (ECMO-VA) ofrece estabilización hemodinámica y funciona como puente a reperusión. **Caso clínico:** paciente de 78 años, con antecedentes de hipertensión arterial y dislipidemia, consultó por disnea progresiva. El diagnóstico confirmó tromboembolia pulmonar. La angiografía pulmonar mostró un trombo cabalgado en la arteria pulmonar derecha con extensión a ramas media e inferior, mientras que el ecocardiograma evidenció dilatación y disfunción del ventrículo derecho, junto con insuficiencia tricuspídea severa. Inicialmente se administró anticoagulación y terapia dirigida por catéter con sistema EKOS. Sin embargo, la paciente persistió con inestabilidad hemodinámica y deterioro progresivo, a pesar de soporte vasopresor y medidas convencionales. Ante este escenario crítico, se decidió instaurar soporte extracorpóreo con ECMO veno-arterial (ECMO-VA), lo que permitió restablecer parámetros de perfusión y oxigenación. Posteriormente se efectuó trombectomía mecánica con sistema *FlowTriever*, logrando la extracción de material trombótico y una mejoría hemodinámica sostenida, lo que facilitó el retiro exitoso del ECMO en los días siguientes.

CATÉTER PERIDURAL TORÁCICO EN TÓRAX INESTABLE

Adriana Berenice De la Rosa Núñez,
María Fernanda Ceja Esquivel, Adrián Benjamín Valadez Pérez,
José Octavio Ramírez Reyes, Aida Alejandra Meza Rivas

Hospital Regional «Dr. Valentín Gómez Farías» ISSSTE.

Masculino de 45 años de edad; antecedentes: fumador (una cajetilla al día por 20 años), IT 20, radiculopatía de C3-C4-C5-C7 crónica en seguimiento con neurocirugía. Sufre accidente automovilístico con cinemática de alta energía, generando contusión directa en tórax, fractura del tercer a octavo arco costal izquierdo y tercero, quinto, sexto arco costal derecho; acude ambulancia al sitio de accidente donde lo intuban, se traslada y en urgencias diagnostican neumotórax izquierdo, colocando sonda pleural izquierda. Tras 10 días, se deriva a tercer nivel; a su ingreso a UCI, presenta infección de catéter venoso central y neumonía asociada a ventilación mecánica con intubación prolongada; se realiza traqueostomía guiada por broncoscopia. Se aplica bloqueo erector espinal en T8 – T9 con ropivacaína 0.2%, ecoguiado; se ajusta tratamiento con linezolid y zeficefta. Como estrategia analgésica continua, se decide colocar catéter peridural torácico T9-T10; se tuneliza para protección y mayor duración. Inicia infusión analgésica peridural con lidocaína al 0.7% + fentanilo 1 µg/mL, a administrar 10 mL/h con cobertura hasta metamera T3. Secundario a procedimiento, paciente presenta disminución de la frecuencia cardíaca secundaria al estímulo doloroso con mejora en el acoplamiento ventilatorio, lo que permite programar dentro de parámetros de protección pulmonar; pasa a quirófano para fijación de las fracturas, donde se procede con infusión continua por catéter peridural con adecuada progresión ventilatoria, por lo que se decide colocar tienda de traqueostomía. Se decide su egreso a piso para continuar rehabilitación física.

ANGIOFIBROMA CELULAR DE VULVA: ENTIDAD A INVESTIGAR

José Iván Ortiz Carlos,* Celenys Bermúdez Lago*‡
Rolando García López,*‡ Carlos Gálves Banda*

* Hospital General Regional No 58 (HGR 58), IMSS. ‡ Médico
residente de Medicina del Enfermo en Estado Crítico.

Inicia padecimiento actual el día de 09/03/2025 con dolor abdominal inferior y región genital, por lo cual es traída a esta unidad a valoración a las 22:30 hrs; llega inconsciente, traída por familiar (espos). Se activa código ERIOR por parte de ginecología y obstetricia; se realiza rastreo ultrasonográfico fetal, en donde se observa ausencia de frecuencia cardíaca fetal, producto óbito, más tumoración abdominal, por lo que se pasa a sala quirúrgica en manejo por ginecología y en manejo quirúrgico por hematoma retroperitoneal izquierdo y tumoración retroperitoneal. Requiere manejo avanzado de la vía aérea y doble soporte vasopresor. Ingres a unidad de cuidados intensivos con requerimiento de vasopresor con norepinefrina a 0.25 µg/kg/min, por lo

que se agrega segundo vasopresor; con sedación profunda para RASS -5, se disminuye dosis de vasopresor. El día 12/03 se decide segundo manejo quirúrgico por laparotomía exploradora y desempaquetamiento, así como toma de biopsia por parte de cirugía general, oncología ginecológica y ginecología, donde se reporta hematoma autolimitado en hueso pélvico izquierdo, con escaso sangrado, ligando los vasos de manera adecuada; se refiere vascularidad aumentada sin delimitar tumoración, malformación vascular y tumoración en labio mayor izquierdo que se extiende hasta región glútea de 20 x 15 cm; se requiere valoración por angiología para descartar malformación vascular.

VARIANTE AXONAL DEL SÍNDROME DE GUILLAIN-BARRÉ

Ivonne Calderón Lugo

Residente de primer año de Medicina Crítica. Hospital General La Villa. CDMX.

El 24/08/2025 inició con odinofagia y dolor de espalda. El 25/08/2025 por la madrugada presentó debilidad súbita en extremidad pélvica izquierda, progresando en horas siguientes a debilidad de extremidades pélvicas y torácicas, así como dificultad respiratoria. Fue ingresado a Urgencias, donde presentó signos vitales estables y Glasgow 15. Presentaba cuadriparesia progresiva sin datos de meningitis ni focalización central. Se diagnosticó probable síndrome de Guillain-Barré (SGB). PL: líquido cefalorraquídeo sin disociación albumino-citológica significativa. EKG polineuropatía motora con degeneración axonal en las cuatro extremidades. BH elevación de CPK (1,433 U/L), GGT (537 U/L), (AST/ALT elevadas). Proca 0.70 ng/mL. Tratamiento con cefalosporina: inmunoglobulina humana por cinco días. 02/09/2025: se realizó traqueotomía temprana, sin complicaciones. Ventilación mecánica en modalidad PSV-CPAP, con ventilaciones espontáneas adecuadas y debilidad motora persistente: fuerza muscular 3/5 en MSD, 2/5 en MSI, 0/5 en ambos MMII, con mejoría de fuerza. Polineuropatía con degeneración axonal motora (síndrome de Guillain-Barré). Neumonía en tratamiento antibiótico. Insuficiencia respiratoria resuelta con traqueotomía y ventilación mecánica.

SÍNDROME HEMOFAGOCÍTICO Y TUBERCULOSIS GANGLIONAR

Alfonso Balderas Vázquez, Braulia Aurelia Martínez Díaz, Janet Silvia Aguirre Sánchez, Hans de Jesús Cruz Bolaños, Paula Escandón Matarazzo

Centro Médico ABC Campus Santa Fe.

Paciente de 73 años, HTA, hipotiroidismo. Enfermedad granulomatosa caseificante (2023). Padecimiento actual: astenia, disnea, fiebre, diarrea, oliguria, deshidratación. Ingresó con taquicardia, depleción intravascular, hiponatremia, hipocloremia y acidosis metabólica. Reanimación hídrica y antibióticos. TAC: adenomegalias generalizadas, derrame pleural, hepatoesplenomegalia. TVP, anticoagulación. CID (ISTH 7 puntos), anemia grave, trombocitopenia, ferritina 10,000. Biopsia ganglio axilar: PCR Tb positivo. Patología: linfadenitis granulomatosa caseificante. Diagnóstico: síndrome hemofagocítico (SFH) secundario a tuberculosis ganglionar. Manejo: DOTBAL, esteroides, inmunoglobulina IV, soporte transfusional y de fallo multiorgánico.

ADENOCARCINOMA LETAL CON DISFUNCIÓN MULTIORGÁNICA

Alejandra Torres Aguilar,*‡ María Dioselina Ruiz Barrera,*‡ Ricardo Muñoz Grande,*§ Miriam Elena Morales Flores,*§ María Alaciel Galván Merlos*¶

* Hospital Regional de Alta Especialidad de Ixtapaluca. ‡ Residente de segundo año de Medicina Crítica. § Médico adscrito a la Unidad de Cuidados Intensivos. ¶ Jefe de la Unidad de Cuidados Intensivos.

Masculino de 54 años, con hipertensión arterial no tratada y exposición a biomasa. Inicia con astenia, tos productiva y disnea. Recibe tratamiento ambulatorio con antibióticos, esteroides y oxígeno domiciliario sin mejoría. Ingresó con insuficiencia respiratoria severa, siendo diagnosticado con neumonía adquirida en la comunidad y choque

séptico. Se traslada a cuidados intensivos con SDRA grave (Pa/Fi 72 mmHg), requiriendo ventilación mecánica, sedación profunda, bloqueo neuromuscular, antibióticos de amplio espectro, soporte vasopresor y nutrición enteral. Gasometrías persistentes con hipercapnia. Tomografía de tórax muestra neumonía multilobar con necrosis y derrame pleural loculado. Se realiza broncoscopia, observando lesiones nodulares con aumento de vascularización; se toman ocho biopsias. Galactomanano en LBA positivo (índice 7.28), compatible con aspergilosis pulmonar invasiva. Histopatología revela adenocarcinoma pulmonar patrón sólido, con TTF-1 positivo débil. A pesar del manejo integral, el paciente presenta asistolia. Se realizan cinco ciclos de reanimación sin retorno de la circulación espontánea. Se declara defunción el 7 de julio de 2025 a las 22:33 horas. Caso clínico notable por evolución rápida y fatal en paciente previamente funcional, con infección fúngica invasiva y neoplasia oculta como hallazgo terminal. Resalta la importancia del diagnóstico oportuno en cuadros respiratorios atípicos con progresión tórpida.

CRISIS MIASTÉNICA EN EMBARAZO CON HELLP Y HEMATOMA

Christopher Tapia García,* Atziry Domínguez Sánchez,†

Rigel Josué Huchim Estrella,‡

* Hospital Central Sur de Alta Especialidad PEMEX. † Hospital de Gineco-Obstetricia No. 4 «Luis Castelazo Ayala» Instituto Mexicano del Seguro Social.

Se analiza un reporte de caso clínico con revisión narrativa de la HGO No.4, tratándose de una paciente femenina de 36 años, primigesta de 29.6 semanas de gestación, con antecedente de miastenia gravis diagnosticada desde los 15 años, postimectomía, en tratamiento crónico con piridostigmina 60 µg/4 h y prednisona 20 mg/24 h. Acude por cifras tensionales elevadas y se documenta infección urinaria por *E. coli* multiresistente y cervicovaginitis por *Candida albicans*, iniciando tratamiento con ceftriaxona y nistatina. Durante su hospitalización, presenta síntomas de crisis miasténica: debilidad muscular progresiva, disnea, bradicardia, hipoventilación e hipoxemia, acompañado de epigastralgia, cefalea súbita intensa, omalgia derecha y cifra tensional de hasta 180/98 mmHg, integrando diagnóstico de preeclampsia con criterios de severidad, por lo que se activa código 100 y se procede a cesárea de urgencia; se encontró hematoma hepático con sangrado activo, por lo que se realiza empaquetamiento hepático. Posterior al evento quirúrgico, es ingresada a la unidad de cuidados intensivos por crisis miasténica y complicaciones obstétricas, requiriendo ventilación mecánica invasiva y soporte hemodinámico.

DE LA HIPERTERMIA A LA INFLAMACIÓN PANCREÁTICA

Cindy Danae Domínguez Angulo,

Irma González Prado, Luis Gutiérrez Domínguez,

Christian Eduardo Badillo Morales, Álvaro Flores Romero

Hospital General de Alta Especialidad de Veracruz.

Introducción: el golpe de calor es una condición potencialmente mortal caracterizada por hipertermia extrema (> 45 °C), disfunción del sistema nervioso central (SNC) e insuficiencia multiorgánica. Los sobrevivientes pueden presentar complicaciones neurológicas, cardiovasculares y renales a largo plazo, con riesgo persistente de muerte. **Material y métodos:** revisión observacional, retrospectiva y descriptiva de un caso clínico. **Discusión:** en este caso, el paciente presentó encefalopatía aguda y lesión renal aguda, evolución clásica del golpe de calor. Requirió terapia sustitutiva renal y ventilación mecánica. Durante la estancia se identificó pancreatitis, una complicación infrecuente. El tratamiento oportuno, con soporte ventilatorio, renal e hídrico, limitó mayores complicaciones hemodinámicas, aunque se necesitó manejo invasivo de la vía aérea, con riesgo asociado de infecciones. **Resultados:** al egreso de UCI, el paciente presentaba secuelas físicas y neurológicas derivadas de la encefalopatía. Se logró estabilizar la función orgánica y fue dado de alta tres semanas después para continuar con rehabilitación. **Conclusión:** se mostró una complicación poco común del golpe de calor que, por su forma de presentación, puede desviar el enfoque clínico hacia diagnósticos diferenciales.

EDEMA AGUDO PULMONAR: INHALACIÓN DE ÁCIDO NÍTRICO

Agustín Vargas Vargas, José Alfredo Cortes Munguía,
Alfonso López González

Introducción: el ácido nítrico concentrado puede formar óxidos de nitrógeno mediante una reacción redox espontánea. Tras la inhalación, tiene un efecto estimulante sobre las vías respiratorias y puede causar lesión pulmonar por inhalación. Esta lesión se manifiesta desde irritación bronquial leve hasta edema pulmonar no cardiogénico y síndrome de dificultad respiratoria aguda. **Caso clínico:** paciente de 68 años con antecedente de HAS, resección de tumoración renal, etilismo crónico, que trabaja con manipulación de ácidos inorgánicos. Según su descripción, el día 22/08/2025, aproximadamente a las 16:00 hrs, después de inhalar vapores de ácido nítrico, presentó astenia, adinamia y tos leve. Inicia tratamiento con dexametasona IM, salbutamol/fluticasona inhalada, acetilcisteína oral, sin mejoría; seis horas después presentó disnea, opresión torácica, dificultad respiratoria, cianosis peribucal y diaforesis. Ingres a urgencias; la exploración física mostró inestabilidad hemodinámica, diaforesis, disnea, cianosis, insuficiencia respiratoria, áreas pulmonares hipoventiladas y estertores húmedos bilaterales. Tras su ingreso presenta paro cardíaco, por lo que se inició RCP y manejo avanzado de vía aérea, con retorno a circulación espontánea. La TAC de tórax sugirió exudación difusa en ambos pulmones. Durante el tratamiento este paciente requirió soporte multiorgánico ante la presencia de marcadores de hipoxia celular, acidemia, estado postparo, deterioro ventilatorio y hemodinámico.

SÍNDROME DE GUILLAIN-BARRÉ AMAN

Ronald Eduardo Galindo Ibarra,*
José Alfredo Cortés Munguía, Alfonso López González

* Residente de primer año de Medicina Crítica.

Paciente masculino de 56 años de edad, jardinero, sin antecedentes relevantes, con tabaquismo positivo y etilismo positivo de manera ocasional. Ingres a la unidad de cuidados intensivos el 14/09/2025 por deterioro respiratorio secundario a síndrome de Guillain-Barré, variante AMAN, tras gastroenteritis tratada con ciprofloxacino. Inicialmente, el cuadro se atribuyó a deshidratación y desequilibrio hidroelectrolítico. Evolución: desde el 09/09/2025 presentó debilidad generalizada progresiva en extremidades inferiores, evolucionando a tetraplejía flácida, arreflexia y parestesia en manos. El 13/09/2025 se confirma síndrome de Guillain-Barré (MRC 13 puntos), iniciando inmunoglobulina IV en UCI. Al ingreso presenta hipoxemia leve (PO_2 66 mmHg, saturación 88.6%), fuerza 0/5 en extremidades, sin compromiso sensitivo ni bulbar. Escalas pronósticas Hughes 4, EGRIS 5 (55% riesgo de insuficiencia respiratoria), Megos 11 (94% no deambulación a cuatro semanas). Manejo: inmunoglobulina IV (2 g/kg peso), soporte ventilatorio (FIO_2 40%), reanimación hídrica por hipovolemia, tolerando dieta líquida, sin infección activa. Laboratorios con hiponatremia leve asintomática y creatinina disminuida. Pronóstico: reservado, alto riesgo de ventilación mecánica y secuelas motoras. Subestimación inicial retraso diagnóstico, destacando importancia del monitoreo respiratorio y tratamiento temprano.

LEIOMIOSARCOMA EN VCI CON GRADIENTE TRICUSPÍDEO

Jonathan Cruz Flores, Jesús Nativitas Morales,
Blanca Estela Herrera Morales, José Alfredo Cortés Munguía
Hospital General Regional 196.

Se presenta el caso clínico de un paciente femenino de 46 años de edad, quien ingresa al servicio de ginecología para histerectomía programada por leiomiomatosis uterina, complicándose con hemorragia masiva y choque hipovolémico grado IV, requiriendo transfusión de hemocomponentes. Ingresando a la unidad de cuidados intensivos, se realiza ECOTT a pie de cama para valorar función cardíaca, visualizando en vena cava inferior imagen hiperecogénica intravascular

que ocupa casi la totalidad del diámetro de la vena cava inferior, con flujo *doppler* filiforme que se extiende hacia la aurícula derecha de manera pediculada con imagen ovalada móvil de 27 x 31 mm y que prolapsa de manera intermitente al plano valvular tricuspídeo, generando gradiente obstructivo de manera intermitente, el cual fue manejado de manera multidisciplinaria. Tras valoración por cardiología, se confirma gradiente obstructivo intermitente con disfunción diastólica tricuspídea leve y alteración en las presiones de llenado. Se realiza tomografía toracoabdominal contrastada, donde se encuentra lesión intravascular a nivel de vena cava inferior que se extiende hasta aurícula derecha, con defectos de llenado en vena renal y ovárica izquierda, solicitando reporte histopatológico de histerectomía previa. Se reporta sarcoma de estroma endometrial, concluyendo leiomioma con extensión intravascular nivel III, siendo el más raro en cuanto a su extensión y localización.

CHOQUE MIXTO POR NEUMONÍA NECROTIZANTE

Marco Antonio Montes de Oca,
Giovanni Francisco Domínguez Quintero, Eduardo López López,
Janet Silvia Aguirre Sánchez
Terapia intensiva. Centro Médico ABC.

Introducción: el choque cardiogénico por disfunción miocárdica secundaria a sepsis y choque séptico lleva a mala respuesta al tratamiento vasopresor, aunque contamos con terapias alternas como el azul de metileno. De mayor relevancia es el tratamiento multidisciplinario, tanto quirúrgico como médico, que pueden requerir los pacientes, como en nuestro caso, un paciente con neumonía necrotizante y sobreinfección por un microorganismo multiresistente. **Presentación del caso:** masculino de 63 años, quien ingresó con cuadro respiratorio caracterizado por hemoptisis y tos productiva con requerimiento de ventilación mecánica no invasiva y deterioro posterior; ventilación mecánica invasiva y choque mixto, séptico y cardiogénico por disfunción miocárdica por sepsis. Requiere monitoreo hemodinámico mínimamente invasivo y posteriormente invasivo; lo anterior secundario a neumonía necrotizante y sobreinfección bacteriana multiresistente, necesitando de tratamiento médico especializado y quirúrgico para resolución de patología y posterior egreso. **Discusión y conclusiones:** la monitorización hemodinámica mínimamente invasiva e invasiva es de utilidad en estados de choque de diferentes etiologías y ayuda a su caracterización. El tratamiento multidisciplinario es fundamental por requerimiento de manejo quirúrgico oportuno para control de foco, intensivo, por disfunciones orgánicas y monitoreo hemodinámico, y médico, por bacterias multiresistentes que requieren tratamiento antibiótico específico y de difícil acceso, además de rehabilitación posterior.

CHOQUE OBSTRUCTIVO SECUNDARIO A TEP DE ALTO RIESGO

Marlon Brian Carrasco Baeza, Braulia Aurelia Martínez Díaz,
Janet Silvia Aguirre Sánchez
Centro Médico ABC Campus Santa Fe.

Se presenta el caso de paciente femenino de 75 años con antecedente de lupus eritematoso sistémico, síndrome de Sjögren e hipertensión arterial sistémica. Inició su padecimiento actual en febrero 2025 con dolor abdominal difuso y síntomas urinarios; posteriormente se agrega dolor lumbar derecho. Se inicia abordaje, donde, en estudios de imagen, se evidencia tumoración en polo superior de riñón derecho y trombo en vena cava inferior. Se programa para evento quirúrgico, donde se realiza nefrectomía total derecha y trombectomía de vena cava inferior; ingresa a terapia intensiva, donde inicia con taquicardia, datos de dificultad respiratoria e inestabilidad hemodinámica; se inicia monitorización mínimamente invasiva con *FlowTrack*, vasopresor e inotrópico; se clasifica como vía aérea fisiológicamente difícil, por lo que se optimiza hemodinámicamente. Debido a que continúa con la insuficiencia respiratoria, se realiza intubación orotraqueal; a causa

de alta sospecha de tromboembolia pulmonar, se realiza ecocardiograma transesofágico, donde se obtiene el diagnóstico de tromboembolia de alto riesgo, por lo que se procede a hemodinámica; se lleva a cabo trombectomía mecánica y aspiración con sistema Penumbra. A su regreso, paciente con criterios para choque cardiogénico, por lo que se continúan soportes y control ecocardiográfico hasta lograr su extubación.

AGONISTAS GLP-1: NUEVA ERA CONTRA LA OBESIDAD

Julio César Rivera Soto, Janet Silvia Aguirre Sánchez, Braulia Aurelia Martínez Díaz, Alfredo Aísa Álvarez, Nadia Melisa Queb Pech

Centro Médico ABC.

Introducción: la obesidad es un gran problema de salud en México, con una prevalencia cercana al 75% en adultos y proyecciones que superarán los 75 millones de personas afectadas en 2030. Esta condición incrementa el riesgo de diabetes, enfermedad cardiovascular y mortalidad prematura, lo que representa un reto urgente para la Medicina Crítica y la salud pública nacional. **Objetivo:** revisar la evidencia más reciente sobre los agonistas del receptor GLP-1 y su impacto en el manejo de la obesidad, destacando su eficacia, beneficios metabólicos y perspectivas en el contexto mexicano. **Material y métodos:** revisión narrativa de literatura actualizada (2018-2025), incluyendo ensayos clínicos pivotaes (STEP, SURMOUNT), guías internacionales y reportes nacionales de obesidad (ENSANUT, Gaceta UNAM). **Resultados:** semaglutida 2.4 mg demostró pérdidas promedio de 17.5% del peso corporal en 68 semanas, con pacientes que lograron reducciones > 20%. Estos resultados rivalizan con la cirugía bariátrica y superan a terapias previas. Los beneficios incluyen mejoría en diabetes tipo 2, reducción de riesgo cardiovascular y mejor calidad de vida. **Conclusión:** los agonistas GLP-1 representan un cambio de paradigma en el tratamiento de la obesidad en México. Su implementación permite abordar, con herramientas farmacológicas de alta eficacia, uno de los principales problemas de salud del siglo XXI.

DE LA SEPSIS AL COMA MIXEDEMATOSO

Alejandra Torres Aguilar,*‡ María Dioselina Ruiz Barrera,*‡ Karel Zertuche López,*‡ Leticia Guerrero Navarrete,*§ María Alaciél Galván Merlos*¶

* Hospital Regional de Alta Especialidad de Ixtapaluca. ‡ Residente de segundo año de Medicina Crítica. § Médico adscrito a la Unidad de Cuidados Intensivos. ¶ Jefe de la Unidad de Cuidados Intensivos.

Paciente femenino de 56 años con antecedentes de enfermedad renal crónica e hipotiroidismo. En julio de 2025 presenta evento vascular cerebral isquémico en territorio de arteria cerebral media izquierda, con NIHSS inicial de 25 puntos. Se encuentra fuera de ventana para trombólisis. Evoluciona con alteración del estado de conciencia, anemia severa e hiponatremia. Durante su estancia hospitalaria se documenta absceso renal izquierdo de 395 cm³ asociado a litiasis obstructiva. El 10 de agosto se coloca catéter doble J y se programa nefrectomía. Posterior a la cirugía desarrolla deterioro neurológico y falla respiratoria con necesidad de ventilación mecánica. Ingresa a UCI con diagnóstico de choque séptico de origen urinario, neumonía intrahospitalaria, disfunción multiorgánica, hiperglucemia, coagulopatía y síndrome de respuesta inflamatoria sistémica. Cursa con hipocalcemia, hipokalemia, hipoalbuminemia y trombocitopenia grave. Se documenta además perfil hormonal compatible con hipotiroidismo severo y probable hipercortisolismo endógeno. Requiere múltiples transfusiones, antimicrobianos de amplio espectro y soporte ventilatorio avanzado. Evoluciona con mejoría hemodinámica, sin requerimientos vasopresores, pero con secuelas neurológicas permanentes. El caso resalta la complejidad del manejo de sepsis urinaria sobre daño neurológico previo, e ilustra la importancia del abordaje multidisciplinario en pacientes con múltiples comorbilidades.

GUILLAIN-BARRÉ VARIANTE AMAN: REPORTE DE CASO CLÍNICO

Ana Elena Sánchez Anguiano, Daniel Christopher Paz Cordero
Hospital Ángeles Clínica Londres.

Introducción: el síndrome de Guillain-Barré (SGB) es una polirradiculoneuropatía inflamatoria desmielinizante aguda de origen autoinmune. Tiene diversas variantes, ya sean puras o combinadas, como son la polirradiculopatía inflamatoria aguda desmielinizante (AIDP), la neuropatía axonal aguda motora (AMAN), el síndrome de Miller-Fisher (MFS) y la neuropatía inflamatoria aguda axonal motora y sensitiva (AMSAN), esta última es conocida como una de las de peor pronóstico. **Reporte de caso clínico:** masculino de 64 años, sin antecedentes infecciosos o patológicos recientes. Inicia con astenia, adinamia y disartria. Progresar con debilidad de miembros torácicos y disfagia a sólidos. Acude a valoración médica en dos ocasiones y es egresado con manejo ambulatorio no especificado. Continúa con deterioro respiratorio y neurológico, por lo que es llevado a urgencias, donde se decide manejo avanzado de la vía aérea. Estudio de extensión IRM de cráneo, sin evidencia de lesión isquémica aguda, hemorragia o masa. Se realiza electromiografía, documentándose polirradiculoneuropatía sensitivo-motora, axonal y desmielinizante de las cuatro extremidades; junto con la clínica se acuña el diagnóstico de SGB V AMSAN. **Discusión:** informamos en el caso clínico una variante del SGB de variante poco común, con un cuadro clínico poco pronunciado, sin presentar patrón ascendente, que puede ser perjudicial.

IAM, ANEURISMA DE VI Y CHOQUE MIXTO EN LA UCI

Erick Alberto Sifuentes de la Cruz, Hugo Cárdenas Castañeda

Paciente femenino de 76 años con antecedentes de hipertensión arterial sistémica, diabetes mellitus tipo 2 e hipotiroidismo, ingresa a unidad de cuidados intensivos por episodio de síncope, donde se documenta infarto agudo al miocardio con elevación del segmento ST en cara anterolateral. Se realiza ICP con colocación de *stent* en arteria descendente anterior y circunfleja. Posterior al procedimiento, la paciente presenta deterioro clínico con insuficiencia respiratoria que amerita intubación orotraqueal. Fue necesario iniciar manejo con soporte vasopresor e inotrópico, incluyendo levosimendán. Valoración por cardiología reporta fracción de eyección del ventrículo izquierdo de 20%, con ventrículo aneurismático. Durante su estancia en UCI, desarrolló insuficiencia renal aguda sobre crónica en contexto de síndrome cardiorrenal tipo 1, con índice urinario persistentemente bajo y elevación progresiva de azoados. Se documentan datos de disfunción hepática con hipoalbuminemia y elevación de enzimas hepáticas. Se mantuvo en ventilación mecánica con soporte avanzado, bajo vigilancia estrecha de funciones vitales, neurológica y hemodinámica. La paciente no presentó criterios para extubación, con fracaso de la misma en múltiples ocasiones, por lo cual se realizó traqueostomía con parámetros ventilatorios dinámicos. Posteriormente, se inició protocolo TIPS, logrando pasar a la paciente a tienda de traqueostomía; actualmente se encuentra con oxígeno suplementario.

TAQUICARDIA SUPRAVENTRICULAR EN EL EMBARAZO

Saraí González Bonilla,*‡ Carlos Gálves Banda,*¶

Celenys Bermúdez Lago,|| Diego Antonio Calvo Rosales**

* Instituto Materno Infantil del Estado de México (IMIEN). ‡ Médico de base de la Unidad de Cuidados Intensivos Obstétricos. § Hospital General Regional (HGR) No. 58 del IMSS. ¶ Médico de base. Unidad de Cuidados Intensivos. || R5 Medicina del Enfermo en Estado Crítico. ** R6 Medicina Crítica Ginecobstétrica.

Femenino de 17 años, antecedentes de menarca a los 14 años, con ciclos de 28 x 4 días. FUR: 06.10.24; FPP: 13.07.25; edad gestacional: 40 sg x FUR. Con tres USG obstétricos referidos como normales. Historia actual de la enfermedad: el 12/06/25 inicia dolor obstétrico de 4/10 en escala de EVA, sin irradiaciones; el dolor exacerba en la madrugada y se asocia a vómitos de contenido alimenticio, luego gástrico, por lo que decide acudir a atención; es recibida en triage SV. T/A: 123/56

mmHg, FC: 73 lpm, FR: 17 rpm, To: 36.6 °C, SO_2 : 98%, FCF: 133 lpm y dilatación 2 cm, con 40% de borramiento. Egresada con datos de alarma; es valorada en dos ocasiones más y egresada por estabilidad y en espera de evolución de trabajo de parto. Es valorada nuevamente; se evidencian 6 cm de dilatación y 70% de borramiento; se ingresó a UTQ por embarazo de término de 40 sg × FUR Y. Trabajo de parto en fase activa. TA: 110/70 mmHg, FC: 180 lpm, Fr: 22 rpm, To: 36.2 °C, y SO_2 : 95%. A los 10 min, se activa código mater, encontrando paciente

consciente con signos vitales. T/A: 116/62 mmHg, FC: 192 lpm, FR: 20 rpm, To: 36.2 °C, SO_2 : 94%, manifestando dolor torácico. Posterior a la administración de 6 mg de adenosina no se evidencia mejoría, por lo que se traslada a sala de quirófano para finalización del embarazo con necesidad de cardioversión eléctrica; se aplica segunda dosis de adenosina; primera cardioversión sincronizada de 100 joules, tras lo cual FC persiste en 192 pm; se decide una segunda cardioversión sincronizada, esta vez de 200 joules, saliendo a ritmo sinusal con FC 86 lpm.



La revista **Medicina Crítica (Med Crit)** publica artículos de investigación, de revisión, casos clínicos, imágenes en medicina y cartas relacionadas con la Medicina Crítica en México y en el extranjero.

Los manuscritos deben de prepararse de acuerdo con los **Requerimientos Uniformes para el Envío de Manuscritos a Revistas Biomédicas (Formato Vancouver)** desarrollados por el Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas (ICMJE) que ha sido aceptado por más de 500 editores. La versión actualizada se encuentra disponible en: www.ICMJE.org.

El envío del manuscrito implica que éste es un trabajo que no ha sido publicado (excepto en forma de resumen) y que no será enviado simultáneamente a otra revista. Los manuscritos enviados serán propiedad del Colegio Mexicano de Medicina Crítica, A.C. y no podrán ser publicados (parcial o totalmente) en ninguna otra parte sin el consentimiento del Editor. Todos los manuscritos deberán de enviarse en versión electrónica y las figuras que formen parte del mismo a la siguiente dirección electrónica: <https://revision.medigraphic.com/RevisionMedCrit/>.

Los conceptos vertidos en los trabajos son de la exclusiva responsabilidad de los autores, y no reflejan necesariamente el punto de vista de los editores de la revista.

PRESENTACIÓN GENERAL

Todos los artículos se escribirán en español, según las normas de la Real Academia de la Lengua, con términos científicos y técnicos de aceptación general, uso común y base gramatical correcta. Además, deberán enviarse en forma electrónica el manuscrito y las figuras que forman parte del mismo. Cuando se utilicen abreviaturas no convencionales, debe indicarse entre paréntesis la abreviatura, cuando el término completo que se desea abreviar, aparezca por primera vez. Salvo en casos excepcionales, la extensión del artículo no será mayor a 12 cuartillas (sin incluir la bibliografía).

COMPONENTES DEL ESCRITO MÉDICO. TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN

La revista Medicina Crítica recomienda a los autores que envíen trabajos para publicarse e incluyan los siguientes capítulos:

1. Página del título (hoja frontal). Primera página.
2. Título corto (para las cornisas). Segunda página.
3. Patrocinios y conflicto de intereses. Tercera página.
4. Resumen en español. Cuarta página.
5. Resumen en inglés. Quinta página.
6. Texto. Sexta página en adelante.
 - a) Introducción.
 - b) Materiales (pacientes) y métodos.
 - c) Resultados
 - d) Discusión y conclusiones
7. Bibliografía.
8. Leyendas de las figuras.
9. Transferencia de los derechos de autor.
10. Copia firmada de aceptación por el Comité de Ética en Investigación.
11. Figuras.

El inicio de cada uno de los capítulos señalados anteriormente, deberá hacerse en hojas por separado para facilitar la impresión del artículo.

PREPARACIÓN DE LOS MANUSCRITOS

Todos los trabajos recibidos deberán contener todas las secciones enlistadas anteriormente y mantener el orden en que están anotadas. Para facilitar a los autores la elaboración del manuscrito, se anexa un formato que sirve de guía para el desarrollo del trabajo, no se aceptarán otros formatos, como tesis, protocolo, etc. A continuación, describimos el contenido de los capítulos.

Página del Título

Título. Límite 120 caracteres, escríbalos en español y en seguida en inglés. No utilice abreviaturas. El título del trabajo debe ser breve, claro y preciso.

Autores. Incluye a todos los autores (máximo seis). Escriba primero el nombre, seguido de los apellidos paterno y materno. Anote a continuación el nombre del departamento y de la institución donde se efectuó el trabajo.

Correspondencia. Anote nombre, dirección, teléfono y correo electrónico.

Título corto

En esta hoja se anotará el título abreviado para las cornisas, no deberá exceder de 45 caracteres.

Agradecimientos y/o patrocinios

Se anotarán únicamente patrocinios (si los hubiera) en forma sucinta.

Conflicto de intereses

Todos los artículos enviados a la Revista deben incluir declaratoria completa de todas las relaciones que pudieran ser vistas como potencial conflicto de intereses. Si no hay conflicto de intereses, los autores deben declararlo.

Resúmenes

Límite. 200 palabras. Todos los resúmenes deben estar estructurados (excepto los trabajos de revisión) de acuerdo con el formato que se incluye posteriormente. Al elaborar el resumen, no cite referencias. Efectúe los resúmenes en español e inglés. Escriba al final del resumen las palabras clave (tres a cinco).

Texto

Inicie el texto a partir de la sexta hoja con la introducción. **Comience cada sección subsecuente con una hoja nueva.** Describa las guías éticas seguidas para los estudios realizados en humanos y animales. Cite la aprobación de los comités institucionales de investigación y ética. Identifique con precisión todos los fármacos y sustancias químicas utilizadas, incluyendo nombres genéricos, posologías y vías de administración. No dé nombres de pacientes, ni iniciales, ni número de expediente del hospital. Identifique los métodos, equipo (nombre de fabricante) y procedimientos. Proporcione referencias bibliográficas de los métodos establecidos. Describa en detalle los métodos nuevos o que han sido modificados substancialmente. Describa los procedimientos estadísticos empleados. Presente los resultados en secuencia lógica; las tablas de ilustraciones deben concordar con el texto. Al efectuar la discusión, enfatice los

aspectos nuevos y relevantes del estudio y las conclusiones que se deriven del mismo. Se recomienda no hacer uso excesivo de abreviaturas para no dificultar la lectura y comprensión del trabajo. La extensión máxima del trabajo debe oscilar entre las 10 y 12 hojas y las figuras/tablas y/o cuadros deberán ser un máximo de 6.

COMPONENTES DEL ESCRITO MÉDICO REPORTE DE CASOS CLÍNICOS

El reporte de casos en *Medicina Crítica* está pensado para describir aspectos inusuales de casos complejos, o bien, patologías poco frecuentes; de igual forma, se podrán aceptar descripciones de nuevas entidades, mecanismos fisiopatológicos distintos o presentaciones tempranas o avanzadas de diversos estados patológicos que tengan que ver con el enfermo en estado crítico. Sólo se aceptarán sometimientos que sean únicos y novedosos y que no se hayan publicado previamente. Los autores deberán intentar proporcionar a través de su escrito una nueva visión de los aspectos abordados en el artículo y que sea de utilidad para la comunidad de médicos intensivistas.

La extensión del resumen del caso deberá ser de alrededor de 150 palabras, con un formato narrativo, mientras que la extensión del texto completo no deberá exceder 750 palabras para un caso único y un poco más si es una serie pequeña de casos. Se deberá incluir un máximo de alrededor de 20 citas bibliográficas.

El formato sugerido es de tipo estructurado, que incluya una breve introducción, seguida de la descripción del caso y una discusión en la que se problematice el punto central del reporte de caso. Se podrá acompañar de algunas figuras, tanto fotografías (dos) como estudios radiológicos (tres) o de ultrasonido. Un segundo formato sugerido para pequeñas series de casos sería el de introducción, material y métodos y resultados, finalizando con lo ya referido en cuanto a discusión.

Es importante agregar que es requisito indispensable para la publicación incluir el permiso escrito del paciente, o en caso de menores de edad o pacientes sin capacidad de decisión, de sus representantes legales.

Referencias

Cite las referencias de acuerdo con el orden de aparición en el texto, utilizando números arábigos entre paréntesis. Las comunicaciones personales y datos aún no publicados, cítelos directamente en el texto; **no los numere ni los incluya en la lista de referencias**. Mencione todos los autores cuando sean seis o menos, si exceden este número se incluirán únicamente a los seis primeros y se agregará la frase et al. Las abreviaturas de las publicaciones deben ser las oficiales y deben estar de acuerdo con las utilizadas en el *Index Medicus*. El número de referencias bibliográficas nunca será mayor de 30 por artículo, incluyendo los trabajos de revisión, y se escribirán en el idioma original.

- a) Las referencias seguirán la redacción de los ejemplos que siguen a continuación. Cuando se trate de una revista:

Brayman KL, Vianello A, Morel PH, Payne WD, Sutherland DER. The organ donor. *Crit Care Clin* 1990;6:821-39.

- b) Si se toma como referencia un libro, en el que el autor sea el editor (s) se redactará la cita de la manera siguiente:

Tobin MJ, editor. *Principles and Practice of Mechanical Ventilation*. 1ª ed. New York: McGraw-Hill; 1994.

- c) Para los artículos citados de un libro:

Ramos EL, Tiney NL, Ravenscraft MD. Clinical aspects of renal transplantation. Brenner BM, Rector FC, editores. *The Kidney*. 4a ed. Philadelphia: WB Saunders; 1991. p. 2361-407.

Se recomienda a los autores consultar los requisitos aceptados internacionalmente (**formato Vancouver**), antes de redactar las referencias.

Ilustraciones

Todas las ilustraciones aparecerán designadas como figuras para todo el material gráfico: diagramas, dibujos, esquemas, gráficas, fotografías (de pacientes, piezas anatómicas, radiografías, electrocardiogramas, ecocardiogramas, ultrasonografías, etc) **no debiendo exceder de seis**. Se numerarán con caracteres arábigos por orden de aparición. Los cuadros se rotularán progresivamente con números arábigos por orden de aparición. Las gráficas, dibujos y otras ilustraciones deben dibujarse profesionalmente. Se evitarán los contrastes excesivos y serán de buena calidad. Las fotografías en las que aparecen pacientes identificables, deberán acompañarse del permiso escrito para publicación otorgado por el paciente. De no contar con este permiso, una parte del rostro de los pacientes deberá ser tapada sobre la fotografía.

Otros trabajos

La extensión de los trabajos de revisión será igual a los de investigación, pero con formato de texto libre y resúmenes escritos a renglón seguido y sin apartados.

No olvide enviar la cesión de derechos y/o permiso por parte del paciente y/o familiar cuando se trate de casos clínicos.

Registre todos sus escritos en:

<https://revision.medigraphic.com/RevisionMedCri/>

