

ASFIXIA TRAUMÁTICA: REPORTE DE UN CASO

Dr. José Antonio Luviano García. Médico Externo de la Unidad de Cuidados Intensivos de la UMAE 21 en Monterrey Nuevo León
 Correo electrónico: luvianomex@att.net.mx Teléfono: 8183660285
 Dra. Alicia Concepción Cataneo Cerna. Médico Residente del 2º año de Medicina del Enfermo en Estado Crítico de la UMAE 25 del Noreste Monterrey Nuevo León Correo electrónico: ac3_adrenalina@hotmail.com Teléfono: 8112513988

Introducción: La asfixia traumática se caracteriza por una coloración violácea intensa de la piel de cabeza y cuello, hemorragia bilateral conjuntival y varios grados de edema facial. Como resultado de una compresión severa del tórax con reflujo de sangre de las cavidades derechas del corazón derecho a las venas de cabeza y cuello, presión masiva que se transmite a los capilares. Causando atonía y dilatación del capilar y estasis.
Objetivo: Reporte de un caso de un paciente con asfixia traumática que se maneja en UCI. **Diseño:** Reporte de un caso. **Lugar:** UCI de la Unidad Médica de Alta Especialidad Numero 21 de Monterrey Nuevo León. **Paciente:** Masculino de 42 años de edad que labora en empresa constructora de maquinarias al encontrarse laborando debajo de una mesa metálica queda atrapado entre el suelo y la estructura de una tonelada de peso recibiendo contusión directa a tórax y abdomen, con agitación psicomotriz, equimosis facial con extensión a cuero cabelludo y región posterior de cuello, edema bpalpebral bilateral, hiperemia conjuntival, equimosis en tórax anterior, en extremidades torácicas, región anterior de abdomen. Se intuba, se colocan sondas pleurales. Se maneja ventilación mecánica extubándose a las 18 horas y egresa por mejoría. **Palabras clave:** Asfixia traumática.

CALIDAD DE LA ATENCIÓN MÉDICA EN LAS UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA DEL HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO

Sánchez González Austreberto[§]; Sánchez Velázquez Luis D.[†]; Chávez Pérez Juan P.; Ramírez Loustalot Lactette María Renee; Castañeda Morales Víctor M.; Colli Domínguez Andrea; Díaz Rivero Marco A.; Zelaya Rivera Denis M.; Méndez de la Torre Víctor H.; Valadez Caballero David.
[§] Médico residente de 3er. año de Medicina Interna, Hospital General de México, Secretaría de Salud. fetobeto@hotmail.com
[†] Médico adscrito a la UTI, Pabellón Neumología, Hospital General de México, Secretaría de Salud. dcorzo01@yahoo.com.mx

Introducción: No existe un método estandarizado y universal para valorar el desempeño general de las unidades de terapia intensiva (UTI's), repercutiendo en el mal uso y consumo de sus insumos, con consecuencias monetarias significativas. Diversos indicadores se han propuesto para dar solución a dicho problema. Para fines de este trabajo se aplicarán los indicadores de calidad en atención médica (CAM) propuestos por el Equipo Colaborativo de Desarrollo de Indicadores de Calidad de la Atención Médica en Terapia Intensiva (ECDICAM). Estos indicadores tienen la finalidad de detectar el uso de los recursos para proponer acciones oportunas y pertinentes para mejorar la funcionalidad laboral de las UTI's.
Objetivo: Describir el desempeño de las UTI's HGM con base en los indicadores de CAM propuestos por el ECDICAM. **Material y métodos:** Diseño: Estudio de cohorte prospectivo, comparativo, longitudinal. Período: 10 meses. Sitios: 5 UTI's del HGM. Pacientes: Todos los ingresos en el período establecido. Variables: Demográficas, escalas (APACHE II, Bruselas), indicadores de calidad [Reingreso temprano (RT), mortalidad temprana (MT), extubación accidental (EA), re-intubación temprana posterior a intubación electiva (RTIE), estancia prolongada (EP), ayuno prolongado (AP), síndrome de disfunción orgánica múltiple (SDOM), neumonía asociada a ventilador (NAV), bacteremia asociada a catéter (BAC), razón de mortalidad estandarizada (RME)]. Definiciones operacionales: RT. En menos de 48 horas del egreso de la UTI; MT. Muerte en menos de 24 horas posteriores al ingreso a la UTI; EA. Por negligencia; RTIE. A menos de 48 horas de la extubación planeada; EP. 8 días o más en UTI; AP. Inicio de nutrición después de 36 horas del ingreso; SDOM. Calificación Bruselas de 6 o más durante la estancia en UTI; NAV. Definición de los CDC. Análisis estadístico: Estadística descriptiva: Medidas de tendencia central y tasas (bacteremia, neumonía nosocomial y mortalidad). Significancia

estadística: Prefijada en <0.05. Paquete estadístico: SPSS® v.17 (Chicago, Ill). Ética: Proyecto aprobado por los Comités de Investigación y Ética del HGM. Patorcinio: HGM. **Resultados:** Ingresaron 366 pacientes, 185 hombres (50.5%). La edad promedio fue 46.4 ± 18.3 años (17-94 años). El APACHE II fue de 13.7 ± 7.8 (0-39). La estancia en UTI fue de 8.7 ± 9.6 días (1-102 días). Las tasas de mortalidad observada y predicha fueron 46.4% y 22.5%, respectivamente. Los indicadores de CAM fueron: RT total 5 (1.4%); MT total 24 (6.6%); EA total 9 (2.5%); RTIE total 7 (1.9%); EP total 150 (41.0%); AP total 76 (21.0%); SDOM 218 (59.6%); NAV 37 (15.0%) y, RME 2.06, IC95% 1.75-2.37. **Conclusiones:** Los indicadores de CAM en UTI propuestos por el ECDICAM, son un método sencillo, estandarizado y eficaz para evaluar el desempeño general de las UTI's y detectar áreas de oportunidad. Esta muestra es aún pequeña, pues se trata de un reporte preliminar, sin embargo, se encuentra que el desempeño de las UTI's HGM es similar al de las UTI's gubernamentales reportado en el artículo original.

DIABETES INSÍPIDA NEFROGÉNICA ASOCIADA A NEFRITIS INTERSTICIAL POR VIRUS DE EPSTEIN-BARR

Fuentes González José Arturo*, Magaña Campos Fernando[§]

*Jefe de Servicio Medicina Crítica, Sedna Hospital [§] Médico Nefrólogo arturo.fuentes@sednahospital.com Teléfono: (55) 8000 7300 ext 2023 y 7018, Sedna Hospital

Objetivo: Reporte de un caso de Diabetes insípida nefrogénica secundario a nefritis intersticial relacionada a infección por virus de Epstein-Barr. **Diseño:** Reporte de caso. **Lugar:** Unidad de Terapia Intensiva, Sedna Hospital, México, D. F. **Resumen:** Se presenta el caso de un paciente masculino de 59 años de edad con síndrome mononucleósido con afección hepática y renal, posteriormente pancreatitis aguda y mayor deterioro renal motivo de ingreso a la Unidad de Terapia Intensiva, requiriendo terapia de sustitución renal con Hemodiálisis presentando mejoría gradual. En primera instancia se realizaron policlivos reportándose sin desarrollo, estudios para descartar enfermedad autoinmune resultando negativos, y estudios de serología para leptospira, rickettsia, TORCH, Hepatitis B y C, crioglobulinas, HIV y la prueba de anticuerpos heterófilos resultaron negativos. Sin embargo diez días más tarde presenta nueva elevación de azoados en presencia de hipertensión y nefromegalia bilateral en ausencia de obstrucción y PCR para HIV el cual se reporta negativo. Se decide realizar biopsia renal percutánea en la cual se reporta necrosis tubular aguda, y nefritis intersticial focal, además se observo hipertrofia y vacuolización en células epiteliales viscerales y edema intersticial con infiltrado linfocitario. Los estudios de inmunofluorescencia descartaron enfermedad autoinmune. Los datos anteriores sugieren enfermedad viral por lo que se solicitan nuevos estudios mediante determinación de DNA viral mediante Reacción en Cadena de Polimerasa para virus de Epstein-Barr reportándose 44964 copias/mL; se continuó el tratamiento de sostén, tres días más tarde presenta poliuria mayor a 8L/día con pérdida de peso de 6 kg/d con reporte de hipernatremia, incremento en la osmolaridad sérica, disminución en osmolaridad urinaria, se reajustó su tratamiento con restricción de volumen intravascular con soluciones cristaloides, e incluso desmopresina, inicialmente para evitar repercusión hemodinámica, hasta contar con el reporte de vasopresina sérica el cual resultó elevado, descartando el origen central de la diabetes insípida. Su tratamiento resulto complejo, ya que el uso de diuréticos tiazídicos y AINES se asoció a pequeños incrementos en el nivel de azoados al parecer por periodos inadvertidos de hipoperfusión, simultáneamente se descarto hipercalcemia, hipokalemia o uso de fármacos que desencadenaran diabetes insípida nefrogénica. Se continuó su tratamiento hídrico y electrolítico acorde a exámenes de laboratorio seriados. La diabetes insípida nefrogénica es una complicación poco frecuente de la nefritis intersticial y su relación con el virus de Epstein-Barr en el paciente inmunocompetente es excepcional.

DIFERENCIA EN EL TIEMPO DE REPERFUSIÓN ENTRE HOMBRES Y MUJERES CON SÍNDROME CORONARIO AGUDO CON ELEVACIÓN DEL ST

Wise M. Bernardo*, Ramírez Arturo[§] Vitela A. Jorge[†], Kuri A. Mauricio^{||}
^{*} Residente de medicina interna, Hospital Christus Muguerza Alta Especialidad, Mty, N.L. bewise_81@hotmail.com (8112372399) [§] Profesor Titular de Medicina Interna, Hospital Christus Muguerza Alta Especialidad, Mty, N.L. [†] Residente de Medicina Interna, Hospital Christus Muguerza Alta Especialidad, Mty, N.L. ^{||} Residente de Cardiología, Instituto Nacional de Cardiología "Ignacio Chavez" Mexico, D.F.

Introducción: Durante muchos años, las mujeres fueron excluidas de los principales estudios clínicos sobre cardiopatía isquémica. Esto originó una falsa creencia de que la isquemia cardiaca ocurría principalmente en hombres, por lo que este fenómeno evitó una clara identificación de las manifestaciones y la evolución clínica de la enfermedad coronaria en la mujer. Anteriormente, las mujeres típicamente recibían tratamiento menos intensivo para las enfermedades del corazón y se realizaban menos estudios diagnósticos. Por consiguiente, cuando muchas mujeres eran por fin diagnosticadas con enfermedades del corazón, generalmente se encontraban en un estado más avanzado de la enfermedad y su pronóstico era peor. Por este motivo pretendemos valorar si actualmente las mujeres que se presentan en la sala de urgencias con infarto agudo del miocardio con elevación del segmento ST, se retrasa su diagnóstico y el inicio temprano del tratamiento. **Métodos y Resultados:** Realizamos un estudio retrospectivo donde se analizaron expedientes clínicos de pacientes que se presentaron en la sala de urgencias del HCMAE con diagnóstico de infarto agudo del miocardio con elevación del segmento ST con 12 horas o menos de iniciar con síntomas, que fueron sometidos a procedimiento de intervencionismo cardiaco durante los últimos 5 años en ambos sexos. Se hicieron 2 grupos según el sexo, se sacó la media del tiempo que transcurrió entre el ingreso al hospital y a la sala de intervencionismo cardiaco en ambos grupos. Se encontraron 327 pacientes que cumplían los requisitos antes mencionados de los cuales solo 51 se seleccionaron ya que 270 fueron excluidos o eliminados bajo los criterios establecidos; 37 (72%) fueron hombres y 14 (27%) mujeres. **Discusión y Conclusión:** Una vez determinada la normalidad de la distribución de nuestras muestras de tiempo decidimos hacer una comparación de medias por medio de una T de Student. Si bien pudiéramos determinar que los resultados en cuanto a las diferencias en tiempo de puerta – reperusión en Hombres Vs. Mujeres estadísticamente no significativas, es indudable la franca tendencia que se demuestra en este estudio a que sean las mujeres en las que más se retrase por motivos aún desconocidos, probablemente multifactoriales, el pase a la sala de hemodinámica para reperusión primaria en nuestra población.

EFFECTIVIDAD DE LAS MEDIDAS DE PREVENCIÓN DE NEUMONÍA ASOCIADA A VENTILADOR EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL SAN JOSÉ TEC DE MONTERREY.

Dr. Juan Antonio Calderón González. calderongonzalez@hotmail.com

Resumen: El presente trabajo es un estudio descriptivo, observacional, longitudinal, prospectivo a 4 meses que tuvo como propósito evaluar las principales medidas de prevención farmacológicas y no farmacológicas de Neumonía asociada a ventilador (NAV) llevadas a cabo en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital San José Tec de Monterrey del 1 de mayo al 31 de agosto del 2007. Tales medidas fueron la medición de la presión del globo del tubo endotraqueal (PGTET), la descontaminación orofaríngea con clorhexidina y la colocación de la cabeza del paciente en posición semirecumbente mayor a 30 grados. Se evaluaron 51 pacientes, de los cuales 32 permanecieron bajo ventilación mecánica durante más de 48 hrs. Se registró la utilización de clorhexidina, el promedio de la PGTET y el ángulo de posición de la cabeza. Se aplicó el CPIS score (Clinical Pulmonary Infection Scale) a cada paciente como forma de evaluar la presencia de NAV considerándose un puntaje superior a 6 como definición de NAV. Se clasificaron los pacientes en grupos de acuerdo a las medidas utilizadas para prevención de NAV y los días de ventilación mecánica; posteriormente se realizó el análisis de la información y la comparación entre los grupos. Se observó que la utilización de clorhexidina junto con la PGTET mayor de 20 cmsH₂O y la posición semirecumbente mayor a 30 grados es más efectivo ($p < .05$) que clorhexidina sin ninguna otra medida en la prevención de aparición de NAV en pacientes con ventilación mayor a 48 hrs dentro de la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital San José Tec de Monterrey. A pesar de que las medidas evaluadas en este trabajo son de bajo costo y riesgo para el paciente pero con alta probabilidad de prevención de NAV, tales medidas no se llevan a cabo de manera rutinaria y estandarizada. Por lo tanto, éste trabajo contribuirá a motivar la aplicación de medidas de prevención de NAV en la UTI del Hospital San José Tec de Monterrey. **Introducción:** En el "Corpus Hippocraticum" cerca del año 400 a.C, Hipócrates mencionó a la intubación traqueal como un método de ventilar los pulmones (1). Desde entonces, la intubación, el tubo endotraqueal por sí mismo, y la incorporación de la ventilación mecánica ha progresado enormemente. A pesar de los avances tecnológicos, la NAV continúa siendo una complicación frecuente. La patogénesis de la NAV está relacionada a la presencia del TET y algunos autores han sugerido que incluso, el nombre sea cambiado a neumonía asociada al tubo endotraqueal. (2) La inserción del TET es una maniobra agresiva que a menudo produce lesiones en la mucosa traqueal así como la implantación de inóculos bacterianos exógenos y endógenos. La presencia del TET anula el reflejo tusígeno, conduce a la acumulación de secreciones en el espacio subglótico y no impide totalmente la entrada de éstas en el pulmón, haciendo una superficie ideal para la formación de biofilm y un factor de riesgo para el desarrollo de sinusitis. En este trabajo se abordaron los aspectos más importantes de la patogénesis de la NAV en relación al TET y las formas más utilizadas enfocadas a su prevención, así mismo, se evaluaron las principales medidas descritas en los estudios internacionales y que son

llevadas a cabo en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital San José del Tec de Monterrey en pacientes que cumplieron criterios de inclusión durante el período comprendido entre mayo y agosto del 2007 en base a su efectividad en la prevención de NAV de acuerdo a una escala validada para su identificación. (CPIS score). **Planteamiento del problema:** ¿Cuál es la efectividad de las principales medidas de prevención farmacológicas y no farmacológicas de neumonía asociada a ventilador llevadas a cabo en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital San José Tec de Monterrey en pacientes con más de 48 hrs de ventilación mecánica? **Objetivo general:** Evaluar la efectividad de las medidas de prevención farmacológica y no farmacológica de Neumonía asociada a ventilador llevadas a cabo en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital San José Tec de Monterrey en pacientes con más de 48 hrs de ventilación mecánica.

EFFECTO DE LA HIPERTENSIÓN RENOVASCULAR EN LOS NIVELES CENTRAL Y PERIFÉRICO DE SEROTONINA Y NORADRENALINA EN RATAS.

Inés López Islas, Brenda García Iglesias, JA Terrón, CINVSTAV-IPN, México, ineslopezislal@yahoo.com.mx.

Introducción: La hipertensión renovascular (HRV) es una de las causas más frecuentes de hipertensión secundaria y de difícil control; las vías del hipotálamo han sugerido desempeñar un papel importante en la patogénesis de este tipo de HRV mediante el aumento de los niveles de noradrenalina (NA) central; vías noradrenérgicas son también moduladas por la serotonina (5-HT). **Objetivo:** Medir los niveles central y periférico de NA y 5-HT en ratas con hipertensión inducida por coartación aórtica. **Material y métodos:** Fueron ratas Wistar macho sometidas a operación simulada (OS) o a coartación de la aorta por 7 (CA7) o 14 días (CA14). Los animales fueron sacrificados, y el cerebro fue extraído y cortado, el núcleo paraventricular hipotalámico (NPV) y el bulbo raquídeo (MO) fueron cuidadosamente obtenidos a partir de los tres grupos de animales (6 animales por grupo). Los niveles central (NPV y MO) y periférico de NA y 5-HT se midieron en homogenados de tejidos y muestras de sangre por HPLC e inmunoensayo, respectivamente. **Resultados:** El contenido de 5-HT en el NPV fue mayor en ratas con CA7 en comparación con el OS, sin embargo, en el NPV y los niveles periféricos de 5-HT en CA14 disminuyó significativamente con respecto a los de las ratas con CA7. Cabe destacar, que el contenido de 5-HT en el MO aumentó significativamente en las ratas con CA14. El contenido de NA en el MO disminuyó en las ratas coartadas en comparación con los animales con OS, en contraste, este se incrementó significativamente en el NPV y plasma de ratas con CA7 y disminuyó en ratas con CA14 comparado con animales con CA7. **Discusión y conclusiones:** Los resultados sugieren la participación de NA y 5-HT en la regulación autonómica hipotalámica de la presión arterial en ratas con CA7, lo cual es reflejado periféricamente; el incremento del tono noradrenérgico puede también ser consecuencia del incremento de los niveles circulantes de angiotensina II en este modelo de hipertensión. Una reducción del impulso simpático probablemente asociado con un incremento en el aporte serotoninérgico a nivel del tronco cerebral podría ser importante en los cambios compensatorios que parecen llevarse a cabo en ratas con CA14. Entonces, tanto NA y 5-HT parecen desempeñar un papel importante en la fisiopatología de la HRV en ratas, donde se tendría que enfocar nuevos tratamientos antihipertensivos.

EFFECTOS HEMODINÁMICOS DEL DIPIRIDAMOL EN OBSTETRICIA CRÍTICA.

Briones GJC, Díaz de León PM, Meneses CJ, Briones VCG
Unidad de Cuidados Intensivos Obstétricos. Hospital General de México.
drcarlosbriones@hotmail.com

Sede: Hospital Materno Perinatal ISEM. **Introducción:** La preeclampsia es responsable de muertes maternas, óbitos y complicaciones neonatales, el dipiridamol es un medicamento que no se conoce totalmente su mecanismo de acción, pero con efectos que pudieran modificar su fisiopatología. **Objetivo:** caso clínico que muestra efectos clínicos observados del dipiridamol en una mujer con pérdidas perinatales, preeclampsia recurrente y síndrome Antifosfolípido. **Paciente y Metodología:** En la unidad de investigación, la paciente fue valorada desde antes del embarazo tratada desde su inicio con dipiridamol a razón de 75 mgrs, se siguió durante toda la gestación hasta la terminación del mismo. **Resultados:** Tercera gestación, preeclampsia recurrente, (hipertensión y albuminuria) anemia hemolítica microangiopática, restricción del crecimiento intrauterino y elevación de anticuerpos antifosfolípido del tipo IgM, obtiene un recién nacido femenino de 1720 grs., 40 cm, Apgar 8-9 no requirió apoyo ventilatorio mecánico. **Discusión:** Este caso es un ejemplo de muchos otros, que se han beneficiado con el uso de este fármaco con buena respuesta clínica y con resultados perinatales satisfactorios.

Palabras clave: Dipiridamol, preeclampsia.

ENFERMEDAD DE WEIL, REPORTE DE CASO

Chávez Pagola J. Unidad de Terapia Intensiva IMSS Pachuca Hgo., Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo.

Introducción: La Leptospirosis es la enfermedad zoonótica bacteriana que afecta humanos y animales más común en todo el mundo. La Enfermedad de Weil es la forma grave, el agente causal es *Leptospira icterohaemorrhagiae* y las ratas son reservorios primarios con excreción de gran cantidad de bacterias en orina, solo el 5-10% de leptospirosis es severa, de mal pronóstico y una mortalidad en casos graves de 20 a 40% en edades mayores, los animales más afectados son: caninos, bovinos, porcinos. Los principales expuestos son: trabajadores de granjas veterinarias, lecheros. El periodo de incubación es 2 a 20 días, la infección es por la mucosa bucal o abrasiones en piel; la ingestión de comida y agua contaminada es la vía más importante para infectarse, ingerir líquidos almacenados en lugares con ratas, contaminados con su orina. **Descripción del caso:** Masculino de 34 años, trabajador en granja al cuidado de animales, cuadro de 8 días de evolución con fiebre, escalofríos, cefalea, tos, disnea, náusea, vómito, dolor abdominal, hipostenia, hipodinamia, epistaxis, hemoptoicos, sangrado gingival, congestión conjuntival bilateral, dolor lumbar Explorado icterico, deshidratado, febril, confuso, desorientado, taquicardico, taquipleico, hipotenso, hemorragia bilateral subconjuntival, adenomegalias, exantema maculopapular, hepatomegalia, dolor abdominal, ptequias. En el laboratorio hiperbilirrubinemia directa, hiperamilasemia, transaminasemia, fosfatasa alcalina elevada, hipokalemia, tiempo de protrombina prolongado, leucocitosis, neutrofilia, bandemia, anemia normocromica, trombocitopenia, azotemia, proteinuria, hematuria, hemocultivo y urocultivo de ingreso negativos. En el electrocardiograma con taquicardia sinusal y extrasistoles ventriculares, radiológicamente infiltrados pulmonares difusos bilaterales; gases arteriales con hipoxemia, desaturación, índice de Kirby bajo; evolución tórpida, deterioro progresivo multisistémico, inestabilidad hemodinámica, insuficiencia respiratoria aguda, oligoanuria; requirió medidas de reposición hidroelectrolítica, infusión de aminas vasoactivas, intubación orotraqueal y asistencia ventilatoria, maniobras de reclutamiento alveolar para protección pulmonar, esquema antimicrobiano triple cobertura. No respuesta favorable al tratamiento de apoyo multiorgánico durante los primeros 5 días, no se documento foco séptico, y los reportes de hemocultivo y urocultivo tomados de ingreso fueron negativos, se reinterró a familiares antecedentes previos al ingreso, trabajaba en una granja al cuidado de múltiples animales (puercos, borregos, gallinas, caballos, perros), realizando labores de aseo, comida y manipulando excretas; vivía en una bodega (ratas), donde se almacenaban granos y bebidas enlatadas, que ingería sin limpiarlas, se sospecho probabilidad de leptospirosis, se tomo urocultivo y hemocultivo y anticuerpos contra leptospira; se inicio doxiciclina a 100 mg cada 12 horas, con respuesta clínica progresiva, evidente en lapso de 72 horas, recuperabilidad de disfunción cardio-respiratoria-renal, independizado de aminas vasopresoras y ventilación mecánica, el tratamiento se completo 10 días, remisión total. El laboratorio reporto anticuerpos positivos contra Leptospira, IgM 1:320 (técnica de Inmunofluorescencia indirecta), se aisló *Leptospira icterohaemorrhagiae* y el Hemocultivo y urocultivo positivos a Leptospira. **Comentarios y conclusiones:** Es importante sospecha de Enfermedad de Weil, se presenta como meningitis aséptica, encefalitis o fiebre de origen obscuro, tienen alta tasa de mortalidad los casos complicados sin tratamiento oportuno. Por lo que las técnicas para el diagnóstico de leptospirosis son vitales como la observación a microscopio en campo oscuro. Los anticuerpos fluorescentes, inmunofluorescencia directa, reacción en cadena de polimerasa, detectan bacterias en tejidos y fluidos. Las pruebas de anticuerpos producidos: ELISA, aglutinación de microcápsula, microaglutinación reacción en cadena de polimerasa, son excelentes técnicas diagnósticas, por la rapidez del resultado y alta sensibilidad. Dado que el examen directo no siempre es confiable y los cultivos son caros, laboriosos y tardados, la serología es el método práctico para diagnóstico oportuno y temprano, detecta anticuerpos IgM antileptospiras, independientemente del subgrupo infectante. La leptospira no se detecta en sangre hasta 4 días de iniciar síntomas, 7-14 días post-exposición, se aísla en LCR los primeros 10 días. Los cultivos de orina son positivos en la segunda semana, desde el décimo día a la sexta semana, se desarrollan títulos de aglutinación específicos después de 7 días, persisten concentraciones altas durante años. La bacteria llega a la sangre, después de 1 a 2 semanas causa falla pulmonar, renal, hepática, neurológica, cardiaca, hematológica, choque, se desarrolla de 4 a 9 días posterior al inicio de enfermedad. La principal causa de muerte es por hemoptisis masiva por hemorragia pulmonar y síndrome de insuficiencia respiratoria del adulto con disfunción orgánica múltiple. Los que sobreviven a las complicaciones tienen recuperación total de 6 a 12 semanas. Las medidas de prevención es evitar aguas estancadas, buena higiene, usar botas y guantes en condiciones de riesgo, control de roedores y prevención de contaminación con orina de animales infectados en áreas en las que viven, trabajan o juegan los humanos, ayudan a minimizar el riesgo de transmitir esta enfermedad. La profilaxis eficaz es doxiciclina durante el riesgo de exposición.

ES EL TIEMPO EN LA RESOLUCIÓN DE LA CETOACIDOSIS DIABÉTICA, UN FACTOR PRONÓSTICO

Marcelo Arellano Nefrólogo, Delfina Montemayor Endocrinóloga, Jorge A. Hernández Neumólogo Intensivista, Arturo Ramírez Médico Internista, Alfredo Villarreal, residente de Medicina Interna
Correo electrónico: alfredovt@hotmail.com Teléfono: Domicilio: 83374880 Celular: 8111789016 Hospital Christus Muguerza Alta Especialidad

Introducción: En la diabetes mellitus se considera a la cetoacidosis diabética (CAD); como una de las complicaciones metabólicas agudas más serias con una mortalidad en adultos de tan solo del 1%. **Objetivo:** El poder determinar el tiempo (numero de horas) en el cual el cumplimiento de los criterios de resolución de cetoacidosis, en pacientes internados mayores de 15 años con diagnóstico de CAD, en el que se relacione con una menor mortalidad, así como un menor número de días de estancia hospitalaria. **Material y métodos:** Se procedió primero a la captura de los expedientes clínicos de los pacientes en los que se consigno el diagnóstico de ingreso de cetoacidosis diabética en el Hospital Christus Muguerza Alta Especialidad del periodo que comprende del primero de enero del 2005 al último día del mes de septiembre del 2010. Se documento el número de horas que tardo en resolverse la CAD, mortalidad intrahospitalaria así como el número de días de estancia. **Resultados:** Se incluyeron 46 pacientes con CAD; los cuales se subdividieron en tres grupos en base a la severidad 13, 17 y 16 pacientes en Leve, moderada o severa respectivamente; cada uno de estos grupos se subdividió en aquellos cuya CAD se resolvió en < 24 hrs así como > 24hrs y posteriormente en aquellos cuya estancia en terapia intensiva e intermedia fue < 48hrs o > 48 hrs. **Conclusiones:** En este estudio no se encontró diferencia estadísticamente significativa en el impacto de la resolución de CAD en las primeras 24hrs en relación a días de estancia y mortalidad intrahospitalaria.

EVALUACIÓN DE LA HIPERGLUCEMIA COMO FACTOR DE RIESGO PARA MORIR EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS.

Ramírez CJ*, Escobar OD*, Romero ML**, Velásquez CM**. * Unidad de Cuidados Intensivos Adultos, ** Departamento de Nutrición y Dietética, CEMEV "Dr. Rafael Lucio", Xalapa Ver. México. pepegrc09@gmail.com, Teléfono: 2281774321.

Introducción: La hiperglucemia refleja la severidad del daño orgánico-sistémico con el que cursa el paciente crítico incrementando la probabilidad de infecciones agregadas y de morir en la unidad de cuidados intensivos, por lo anterior resulta de interés conocer si el nivel sérico de glucosa al ingreso tiene alguna relación con la probabilidad de fallecer. **Objetivo:** Evaluar la relación entre hiperglucemia de ingreso y la probabilidad de morir de los pacientes internados en la Unidad de Cuidados Intensivos. **Material y métodos:** Se realizó el análisis de una base de datos de 444 pacientes ingresados de forma secuencial a la unidad de cuidados intensivos adultos de un hospital-escuela de concentración regional, la variable hiperglucemia se definió como el valor de glucosa de 180 mg/dl o más, de acuerdo a lo considerado en el estudio NICE-SUGAR, se categorizaron en dos grupos: vivo o muerto (fallecido en la unidad y hasta 48 hrs después del egreso), se calcularon la edad promedio por grupo categorizado, prevalencia de fallecidos en cada grupo y se realizó el cálculo de OR para la variable hiperglucemia como factor de riesgo para morir con IC del 95% y Chi cuadrada para el cálculo de significancia con $p \leq 0.05$. **Resultados:** La base de datos registró pacientes desde Enero del 2008 hasta Junio del 2010, se incluyeron 456 pacientes eliminándose a 12 por diversos motivos para integrarse una *n* de 444 sujetos, el promedio de edad para el grupo de pacientes que sobrevivieron fue de 45.7 años, para el grupo de pacientes que fallecieron fue de 51.4 años, la prevalencia de fallecidos en el grupo de normoglucemia fue de 17.09 (de un total de 310 pacientes fallecieron 53), mientras que la prevalencia en el grupo de hiperglucemia fue de 32.08 (de un total de 134 pacientes fallecieron 43). El valor de OR para hiperglucemia como factor de riesgo para morir en la unidad fue de 2.29 con IC 95% de 1.43-3.65 con $p=0.0004$ significativa. **Conclusiones:** Con los resultados del presente estudio se identifica que la prevalencia de fallecidos es mayor en el grupo con cifras de glucosa igual o mayor a 180 mg/dl, constituyéndose como una factor de riesgo a considerar en la toma de decisiones para la oportunidad de intervención terapéutica como para pronosticar el curso clínico de este grupo de pacientes.

EVOLUCIÓN CLÍNICA DEL SÍNDROME DE EMBOLIA GRASA SECUNDARIA A INYECCIÓN INTRAMUSCULAR DE ACEITE VEGETAL

Gerardo Rojas Sánchez, Iris Xochitl Ortiz Macías, Pavel Aguilera González, Adriana Rosas Pérez, Simón Mercado Rivas, Bolívar Lara Caldera, Fabio Carabe Andrade, Francisco Anaya Gómez, Guadalupe Aguirre Ávalos, Hilario Coronado Magaña. Servicio de Terapia Intensiva Hospital Civil de Guadalajara «Fray Antonio Alcalde», Guadalajara, Jalisco, México. Correo electrónico: irisdisk@hotmail.com Tel (33) 36145501/36147244 Extensión 49249, 49248

Introducción: El síndrome de embolia grasa (SEG) es una entidad poco frecuente, habitualmente es debida a eventos traumáticos secundarios a fracturas óseas y procedimientos quirúrgicos ortopédicos o traumatológicos. Incidencia es de < 1%. Presentamos la evolución clínica de un paciente que después de inyectarse aceite vegetal en los glúteos desarrollo síndrome de insuficiencia respiratoria aguda secundaria a SEG. **Caso reporte:** Hombre de 20 años, homosexual, usuario frecuente de anfetaminas, cristal, cocaína, alcohol y tabaquismo. Doce horas previas a su ingreso a terapia intensiva del Hospital Civil de Guadalajara, tras haberse inyectado intramuscular aceite vegetal 500 ml en cada glúteo con fines estéticos, presentó súbitamente dificultad respi-

ratoria y alteración del estado de alerta, somnolencia y desorientación; a su ingreso Glasgow 11 (O4, V3, M4), dificultad respiratoria e hipotensión arterial; sin responder a soporte ventilatorio no invasivo y persistiendo con hipotensión arterial se decide asistencia mecánica de la respiración. A su ingreso con FiO_2 al 100%, pH 7.41, pCO_2 26, pO_2 58, HCO_3 16.5, SO_2 90%, $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2$ de 96, DA-aO₂ 496 mmHg, leucocitos 50.8 K/uL, Hb 20.7g/dl, Hto 60.7%, Dimeros D 1,480 mcg/dl, ECG taquicardia sinusal, ondas P bifásicas en DII y V1; Rx de tórax opacidades reticulonodulares difusas en ambas regiones paracardiacas que confluyen hacia la periferia. Cardiomegalia grado III. Angiotomografía de tórax descarta enfermedad tromboembólica, la ventana pulmonar opacidades en vidrio despolvo y micronodulares difusas, muestra crecimiento de las cavidades derechas del corazón. Ecocardiograma transtorácico con FEVI de 60%, insuficiencia tricuspídea leve y PSAP de 45 mmHg. Por catéter de Swan Ganz: GC de 10.5 l/min, IC de 5.15 l/min/m², PAS 75/60 mmHg, PSAP 31mmHg, PdAP 23mmHg, PAPm 27 mmHg, PCP 13mmHg, PVC 3 mmHg, PdAP-PCP 10mmHg, RVP 114d/s/cm-5, RVS 678d/s/cm-5, ITSVI 59.7gm-m/m²/Beat, ITSVD 11.69 g/m/m²/beat. Inició tratamiento con de norepinefrina, y soporte ventilatorio, veinticuatro horas después se obtiene el siguiente patrón hemodinámico GC de 6.0 l/min, IC de 2.96 l/min/m², PAS 133/72 mmHg, PSAP de 34mmHg, PdAP 25mmHg, PAPm 29 mmHg, PCP 16mmHg, RVP 213d/s/cm-5, RVS 1039 d/s/cm-5, ITSVI 32.2 Pgm-m/m²/Beat ITSVD 6.6 Pgm-m/m²/Beat. Los índices de oxigenación mejoraron significativamente, $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2$ 280 y DA-aO₂ de 184 mmHg. Se disminuyen parámetros ventilatorios y hemodinámicos obteniendo una buena evolución y para el día 9 de estancia en UTI se retira de la ventilación mecánica, neurologicamente íntegro. **Conclusión:** El SEG asociado a inyección de sustancia oleosa con fines estéticos es raro. El ácido graso en su forma libre es muy tóxico, causa daño pulmonar agudo y edema pulmonar. La asistencia ventilatoria mecánica y el soporte hemodinámico oportuno son la piedra angular del tratamiento.

EXPERIENCIA EXITOSA DEL CÓDIGO MATER.

Briones GJC, Gutiérrez VMC, Díaz de León PM.
Unidad de Investigación. Hospital General de Ixtlahuaca ISEM.
drcarlosbriones@hotmail.com

Sede: Hospital General Ixtlahuaca ISEM. **Introducción:** Código MATER es un sistema de atención de respuesta rápida, concebida como una estrategia hospitalaria para la atención multidisciplinaria de la urgencia obstétrica. **Objetivo:** Mostrar un caso clínico exitoso. **Caso clínico:** Paciente de 39 años parto fortuito en su domicilio, inconciente, hipotensa, con bradicardia e hipotermia, sangrado trans vaginal y placenta retenida, se activa el código MATER y se procede a intubar, apoyo ventilatorio mecánico, mediante catéter subclavio, reanimación hemodinámica con cristaloides, coloides y hemoderivado, curso con hiperglicemia, acidosis metabólica y anemia aguda. Una vez reanimada procedió limpieza cavidad uterina y envió a tercer nivel. **Resultados:** Se contra-refirió a la unidad de origen, donde además se practicó oclusión tubaría bilateral y egressa doce días después por mejoría. **Discusión:** Prevenir y/o disminuir la mortalidad materna y perinatal, mediante tres acciones (A identificar, B tratar y C trasladar) a través de un equipo multidisciplinario de profesionales de la salud cuya función es optimizar el sistema de atención y los recursos hospitalarios (gineco-obstetra, enfermera, intensivista-internista, pediatra, anestesiólogo, trabajadora social, laboratorio y ultrasonido), capacitados en urgencias obstétricas.

Palabras clave: Código MATER, urgencias obstétricas.

EXPERIENCIA DE INFLUENZA A (H1N1) SEVERO ASOCIADO A SIRPA. SERVICIO DE TERAPIA INTENSIVA DEL HOSPITAL GENERAL "NORBERTO TREVIÑO" CIUDAD VICTORIA, TAMAULIPAS.

Galván - Ruiz A., Trejo - López J., Lara -Carrera F., Villalobos-Silva J.A.
Dr. José A. Villalobos Silva Jefe de Medicina Crítica del Hospital Regional de Alta Especialidad (HRAE) y adscrito al Servicio de Terapia Intensiva del Hospital General "Norberto Treviño" Ciudad Victoria Tamaulipas.

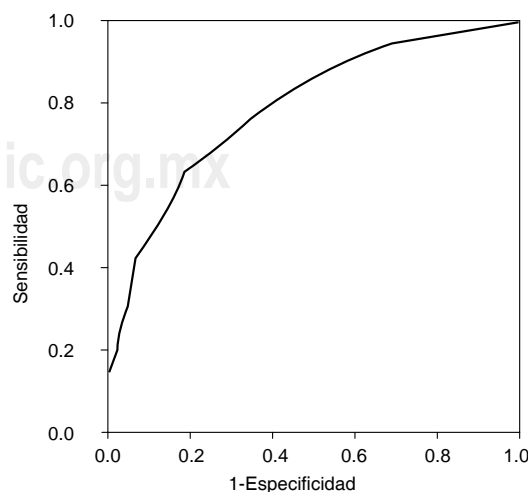
Introducción: La aparición del virus influenza A (H1N1) a provocado una pandemia global con resultados catastróficos, desarrollando rápidamente lesión pulmonar o SIRPA con una morbimortalidad elevada. **Objetivo:** Determinar la utilidad terapéutica temprana de las estrategias de protección pulmonar y la posición prono. **Material & método:** Estudio retrospectivo del 1° de Julio del 2010 al 1° de Julio 2009. Se incluyeron 12 pacientes con diagnóstico neumonía atípica A H1N1 positivo a reacción en cadena de la polimerasa en tiempo real (RT-PCR) con criterios de SIRPA (consenso americano-europeo) temprano (24hrs UTI). Se determinó datos demográficos, (edad, género, días de ventilación, gravedad, mortalidad), delta de $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2$ (24-72hrs), SvcO_2 (24-72hrs), diuresis ml/Kg/min(24-72hrs), Qs/Qt (24-72hrs). Volumen tidal, presión plateau, PEEP, posición prono. **Resultados:** La edad promedio 45.2 ± 10.7 (26-60 años), el 53% del género masculino, 46.2% con neumopatía previa. Escalas de gravedad: Murray 54% (>2.5), APACHE 18 ± 4 (14-22). Días de estancia en

UTI 8.3 ± 2.8 (5-6), ventilación horas: 171.4 ± 69 (108-370), el 30% en posición prono. Volumen tidal 6.2 ± 0.4 (6-7), PEEP: 15.5 ± 2.6 (10-18), PVC a las 6 horas 13 ± 2.4 (8-16) Delta (Δ) de $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2$: 24hrs vs 72hr: 108 ± 14.4 (83-135) vs 237 ± 66 (134-324); delta (Δ) de Qs/Qt 39.4 ± 8.6 (30-48) vs 26.7 ± 3.5 (22-30), delta (Δ) de SvcO_2 : 59.6 ± 4.0 (53-67) vs 72 ± 8.6 (57-83), delta (Δ) de diuresis (ml/kg/hr): $0.55 \pm (0.3-0.7)$ vs 0.98 ± 0.27 (0.5-1.3). **Conclusiones:** La infección por el virus influenza A (H1N1) puede dar lugar a infección respiratoria grave y SIRPA, su detección temprana demuestra buena respuesta a las estrategias de protección pulmonar, mejora $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2$, disminuyen Qs/Qt y se reduce morbimortalidad.

FRECUENCIA DE LAS FALLAS ORGÁNICAS Y DEL SÍNDROME DE DISFUNCIÓN ORGÁNICA MÚLTIPLE EN LAS TERAPIAS INTENSIVAS DEL HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO

Ramírez Loustalot Lacleite María Renee, Residente de 3er. año de Medicina Interna 5551015091 reneeramirez@hotmail.com; Sánchez Velázquez Luis David. Médico adscrito. Neumología 55240705 dcorzo01@yahoo.com.mx; Castañeda Morales Víctor Manuel; Colli Domínguez Andrea; Díaz Riveros Marco Antonio; Sánchez González Austreberto; Chávez Pérez Juan Pedro; Zelaya Rivera Denis Mateo; Méndez de la Torre Víctor Hugo; Hospital General de México.

Introducción: Se ha reportado al síndrome de disfunción orgánica múltiple (SDOM) como la principal causa de muerte en pacientes en la unidad de terapia intensiva (UTI) presentándose de un 50% a 80%. **Objetivo:** Determinar la frecuencia de cada una de las fallas orgánicas y del SDOM en las UTI's del Hospital General de México (HGM). **Material y métodos:** Diseño: Estudio descriptivo, longitudinal, prospectivo. Período: 10 meses. Sitios: 5 UTI's del HGM. **Pacientes:** Mayores de 15 años. Variables: Demográficas, clínicas, escala Bruselas. Definiciones operacionales: Falla orgánica. Puntaje de 3 o 4 en la escala Bruselas. SDOM. Puntaje de 6 o mayor. Análisis estadístico: Estadística descriptiva. Ética: Proyecto aprobado por los Comités de Investigación y Ética del HGM. Patrocinio: HGM. **Resultados:** Ingresaron 366 pacientes, 185 hombres (50.5%). La edad promedio fue 46.4 ± 18.3 años (17-94 años). El APACHE II fue de 13.7 ± 7.8 (0-39). La estancia en UTI fue de 8.7 ± 9.6 días (1-102 días). La tasa de mortalidad observada fue de 46.4%, la mortalidad predicha fue del 22.5% [razón de mortalidad estandarizada 2.06 (IC95% 1.75-2.37)]. La frecuencia del SDOM fue 59.6% (218 pacientes) y de cada una de las fallas: respiratoria 224 pacientes (61.2%), cardiovascular 122 pacientes (33.3%), renal 54 pacientes (14.8%), neurológica 53 pacientes (14.5%), hematológica 47 pacientes (12.8%) y hepática 22 pacientes (6.0%). La calificación Bruselas del día 1 tuvo un área bajo la curva ROC de 0.792 ± 0.027 (IC95% 0.738-0.846) y una χ^2 -H-L de 3.850 (p=0.870). **Discusión:** El SDOM se define como la falla progresiva, potencialmente reversible de 2 o más órganos en el contexto de un paciente. La incidencia del SDOM es muy elevada, y aumenta conforme se incrementa la estancia en las UTI's. En este estudio se demostró la concordancia de la mortalidad relacionada con SDOM (53.7%) con la reportada en la literatura. En un estudio realizado por Sánchez Lozada y cols. se encontró una incidencia de SDOM en 50% de los pacientes. Con respecto a cada una de las fallas podemos observar que en este grupo de pacientes la más frecuente fue la falla respiratoria, seguida por la cardiovascular y renal, lo cual nuevamente se relaciona con lo ya publicado. **Conclusión:** Como era esperado, existe una fuerte correlación entre la frecuencia del SDOM y la mortalidad en pacientes en estado crítico. Asimismo, se correlaciona fuertemente el puntaje en el sistema Bruselas y la mortalidad con una apropiada discriminación y calibración del sistema.



208

HEMOPTISIS COMO MANIFESTACIÓN TARDÍA POR INTOXICACIÓN POR SERTRALINA. CASO CLÍNICO

Inés López Islas, Juan Ernesto Vásquez Vásquez, Brenda Beatriz García Iglecias. UCI, Hospital General Dr. Enrique Cabrera, SSDF, Mexican Group for Basic and Clinical Research in Internal Medicine; CINVESTAV, IPN. México, D.F. ineslopezislas@yahoo.com.mx.

Introducción: Los inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina, como la sertralina, son utilizados en el tratamiento de la depresión, debido a sus pocos efectos adversos, sin embargo, reportes clínicos han demostrado una asociación entre su uso y alteraciones hemorrágicas (equimosis, epistaxis, hemorragia gastrointestinal e intracraneal) con o sin cambios en los estudios de coagulación. **Objetivo:** Presentar el caso de una paciente con hemoptisis como manifestación tardía por intoxicación por sertralina. **Presentación del caso:** Femenina de 23 años de edad, con depresión mayor de 2 años de diagnóstico, tratada con clonazepam 2mg por día y sertralina 150mg por día. Fue encontrada en su domicilio, con pobre respuesta a estímulos externos y con las cajas casi vacías de dichos fármacos. A su ingreso a Urgencias con TA 90/60mmHg, FC 110X', FR 12X', Glasgow de 12 puntos, pupilas discóricas con indiferencia a la luz, respiración superficial, campos pulmonares con rudeza respiratoria, taquicárdica, extremidades con aumento del tono muscular, electrocardiográficamente con BIRDHH, leucocitos de 10500, creatinina 0.7, potasio 3.4, fibrinógeno de 409, tiempos de coagulación y plaquetas normales, GA pH 7.22, PCO₂ 48, PO₂ 49, HCO₃ 20, EB -2, SO 90%, realizaron lavado gástrico, obteniendo pequeñas cantidades de fármacos, iniciaron medidas generales para intoxicación medicamentosa. A las 3hrs, presentó súbitamente deterioro neurológico (Glasgow 8 puntos), respiratorio (periodos de apnea, SO₂ 85%) y cardiaco (taquicardia sinusal, 145X'), fue orointubada, e ingresó a UCI bajo sedación con un Ramsay de 3, pupilas de 5mm de diámetro, reflejo tusígeno y de deglución presentes, TA 85/60mmHg, FC 120X', con AMV CP PI 15 PEEP 5 FIO₂ 70%, campos pulmonares con estertores crepitantes bibasales, radiográficamente con infiltrados bibasales, de predominio derecho, saturando por oximetría de pulso al 82%, ruidos cardiacos rítmicos aumentados de tono e intensidad, extremidades con palidez generalizada, pulso filiforme, con GA: pH 6.85, PCO₂ 115, PO₂ 67, SO₂ 85, glucosa 167mg/dl, Hb 14, hto. 45, plaquetas 180,000, sodio 139, potasio 3.5, creatinina 0.76, BUN 5.8, DHK 1.5ml/Kg/hora. Se inició manejo con soluciones cristaloides, carbón activado, sedación, analgesia, AMV y norepinefrina; 48hrs después se suspendió la sedación y la norepinefrina, fue extubada con un Glasgow de 15 puntos, índice de Kirby de 380, SO₂ 99%. 8 horas después, presentó súbitamente hemoptisis de aproximadamente 800cc y deterioro neurológico (Glasgow 12 puntos), siendo orointubada, sedada, transfundida y mantenida con apoyo con norepinefrina. A las 40hrs se suspendió el apoyo con norepinefrina, sedación y fue extubada, con un índice de Kirby de 350, Glasgow de 15 puntos y egresada a piso al siguiente día. **Discusión y conclusiones:** la hemoptisis es un efecto adverso muy raro por el uso de sertralina, que debe considerarse su presentación como manifestación tardía en pacientes con intoxicación por dicho fármaco, aún teniendo mejoría pulmonar y neurológica después de las 48hrs de su ingreso.

HIPERTRIGLICERIDEMIA EN EL PACIENTE CRÍTICO EN SEDACIÓN CON PROPOFOL Y SOPORTE NUTRICIONAL UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS Y CORONARIOS HOSPITAL ÁNGELES LOMAS

Constantini FI.*, Sanabria TG.**, Abascal CC.**, Jaramillo SE.** Aguilar PL.**, Vázquez MJ.**, Narveza VM.**, García BL.**, Alborno MJ.**, Guerrero SG.**, Maycotte LZ.*** *Licenciado en Nutrición. **Médico Intensivista. *** Jefe de la Unidad de Terapia Intensiva.

Se realizó un estudio de cohorte, longitudinal de enero a julio del presente año, en pacientes que ingresaron a la unidad de cuidados intensivos adultos en Hospital Angeles Lomas, fueron recopilados 24 pacientes con las siguientes características: 13 pacientes del sexo masculino(54%) y 11 del sexo femenino (46%) con edad promedio de 51 años con un APACHE II al ingreso de 17.6 (± 7.2) puntos con una mortalidad del 25%. Del total de la muestra 14 pacientes (58%) tenían diagnóstico médico y 10 pacientes quirúrgicos (46%). Todos los pacientes fueron ventilados mecánicamente bajo los protocolos de protección pulmonar y con sedación basada en infusión de propofol el 100% asociado a otros sedantes como midazolam y el uso endovenoso de analgésico opioide. El tiempo promedio de infusión con propofol fue de 3 días. En el aspecto nutricional se valoró al 100% de los pacientes utilizando el NSR 2002 y Valoración Global Subjetiva. Al ingreso de la Unidad de cuidados intensivos el 79% no presentaron riesgo nutricional y el 21% si presentaba riesgo nutricional. El total de los pacientes recibieron soporte nutricional de los cuales el 17 pacientes recibieron Nutrición Enteral, 4 pacientes Nutrición Parenteral Total y 3 Soporte Mixto. El promedio de infusión de propofol utilizado el primer día fue de .14mg/kg/hrs (±.11), al segundo día y a las 72hrs de .09mg/kg/hrs (±.06). El 56% de los pacientes de la muestra tenían hipertrigliceridemia antes de iniciar el soporte nutricional enteral/parenteral o soporte mixto. En promedio se registró un ayuno de 41hrs debido a esto en el 1er día de soporte nutricional se dieron en promedio 500 Kcal, para el 2 día se incremento a 955 Kcal y al tercero un promedio

de 1518.6 Kcal, y se relaciona con la tolerancia de la Nutrición Enteral. De igual forma se asemeja la Nutrición Parenteral Total la cual se inició al 60% basándose en las guías de ASPEN Y ESPEN. Con un aporte de proteínas al inicio del soporte nutricional de 72.4g(±46.1) y 110.8g(±46.1) de proteína total al egreso, con un aporte promedio al inicio de 37.3g(±21.5) de lípidos y 85.3g(±70.6) al egreso, de igual forma un aporte promedio al inicio de 119g(±70) de Hidratos de carbono y al egreso de 181.3g(±11.8). **Conclusión** A pesar de las dosis regulares de propofol con la cual fueron sedados los pacientes se encontraron niveles elevados de triglicéridos que limitaron el aporte total de lípidos en el soporte nutricional, ninguno de los pacientes presentó datos sugestivos negativas al uso de propofol.

BIBLIOGRAFÍA 1. Dr. Juan Heberto Muñoz-Cuevas,* Dr. Miguel Ángel de la Cruz-Paz,** Dra. Yuliana Isabel Olivero-Vásquez, Propofol ayer y hoy, ARTÍCULO DE REVISIÓN Vol. 28. No. 3 Julio-Septiembre 2005pp 148-158

INCIDENCIA DE COMPLICACIONES EN PACIENTES CRÍTICOS RELACIONADAS A TRANSFUSIONES

Hospital Christus Muguerza Alta Especialidad
Pedro Flores Miranda, Residente de Medicina del Enfermo en Estado Crítico del Programa Multicéntrico TEC de Monterrey SSA.

Resumen: A pesar de la alta incidencia de anemia en pacientes de terapia intensiva, existe una falta de criterios para hacer uso correcto de las transfusiones. Este trabajo nos aportará un panorama general sobre las prácticas de hemotransfusión y sus complicaciones. **Objetivo:** Conocer las características de la práctica de hemotransfusión y la incidencia de complicaciones. **Diseño.** Estudio prevalencia. **Material y métodos:** Muestreo no probabilístico con un total 90 pacientes de cuidados intensivos e intermedios durante el periodo (2004-2009). **Resultados.** Hemoglobina de ingreso 10.8 g/dL, con Hemoglobina media pretransfusión de 9.6 g/dL, con 32.2% transfusiones realizadas sin apego a recomendaciones. No se observó un impacto en el uso transfusiones restrictiva sobre complicaciones mayores ni mortalidad (RR 1.15 IC95% 0.68-1.85, RR 0.61 IC 95% 0.26-1.30), pero si con el uso de > 5 concentrados eritrocitarios respecto a complicaciones mayores (RR 2.06 IC 95% 1.27-3.25) y mortalidad (RR 2.96 IC 95% 1.53-5.81), al igual que con el uso de >7 concentrados plaquetarios respecto a complicaciones mayores (RR 2.305 IC95% 1.41-3.63) y mortalidad (RR 5.23 IC95% 2.5-11.49). **Conclusiones:** La observación de peores resultados concuerda con lo expresado por la literatura. Dada la alta proporción de transfusiones liberales, se justifica establecer políticas restrictivas en nuestro hospital. **Palabras clave:** Cuidados intensivos, transfusiones restrictiva vs. liberal, complicaciones mayores y muerte. **Introducción:** Por definición, transfusión es la introducción de sangre total o de componentes de la sangre directamente a la circulación [1]. Se han realizado numerosos estudios para establecer las indicaciones de transfusión. Sin embargo, aún no se han podido determinar con exactitud los parámetros específicos que indiquen la necesidad de transfundir a un enfermo, por lo que hoy en día se han adoptado guías alternas sobre el uso de paquetes globulares y hemoderivados en pacientes graves [2]. La anemia, cuyo origen es multifactorial, es un problema bastante común en el paciente crítico. La mayoría de los pacientes la presentan desde su ingreso o la desarrollan durante la estancia en terapia intensiva, dando como resultado una amplia utilización de hemoderivados; algunos autores opinarán que se administran sin indicaciones precisas y con resultados adversos [3], [4]. Este trabajo ofrecerá un panorama general de la práctica de hemotransfusión, además de conocer sus potenciales complicaciones, en pacientes graves en un hospital privado del noreste de México. **Objetivo** Conocer las características de la práctica de hemotransfusión, así como la incidencia de complicaciones agudas relacionadas con la misma. Se obtuvo la información en base a expedientes clínicos y base de datos del banco de sangre, poniendo especial atención a eventuales diferencias entre conductas liberales versus restrictivas. La intención de la investigación es observar nuestras bases y las decisiones mayormente tomadas por los médicos de nuestro hospital sobre indicadores de transfusión, esperando así que esto ayude a realizar nuevos estudios para poder así tener mejores criterios para un mejor uso de la sangre y hemoderivados. Se expresa como hipótesis nula (Ho) la anticipación de que los parámetros de práctica y la incidencia de complicaciones transfusionales de la UCIA/UCIM del HChMAE no diferirán significativamente de lo informado en la literatura mundial al respecto. Queda como alternativa (H1) la posibilidad de que, ante un hospital liberal en el manejo de su cuerpo médico, donde finalmente la última palabra corresponde al médico tratante y no a la disciplina de un departamento, las prácticas y las complicaciones sean francamente diferentes a lo informado en la literatura.

MOTIVO DE INGRESO Y MORTALIDAD EN PACIENTES INGRESADOS A LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DE LOS SERVICIOS DEL HOSPITAL GENERAL LA VILLA DE LA SECRETARÍA DE SALUD DEL DISTRITO FEDERAL.

Inés López Islas, Martín Mendoza Rodríguez, Juan Ernesto Vásquez Vásquez. UCI, Hospital General Dr. Enrique Cabrera, Hospital General La Villa, SSDF; Mexican Group for Basic and Clinical Research in Internal Medicine; CINVESTAV, IPN. México, D.F. ineslopezislas@yahoo.com.mx.

Introducción: En las últimas décadas, se ha incrementado la demanda de camas en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI), debido a muchos factores, sin embargo, el crecimiento de éstas no ha sido paralelo a dicha demanda. **Objetivo:** Conocer el motivo de ingreso y la mortalidad en pacientes ingresados a la UCI de los servicios del Hospital General La Villa (HGV) de la Secretaría de Salud del Distrito Federal (SSDF). **Material y métodos:** Estudio retrospectivo en el HGV de la SSDF, se revisó los expedientes de los pacientes ingresados a la UCI del 1 de enero al 31 de diciembre del 2009. Se aplicó estadística: descriptiva, tasa de incidencia y de mortalidad. **Resultados:** Fueron 4700 pacientes el total de ingresos al HGV en el 2009, de los cuales 292 ingresaron a la UCI, con una tasa de incidencia de 0.062 (62 pacientes por cada 1000 ingresos), 191 fueron hombres (65.4%) y 101 mujeres (34.6%); el servicio de procedencia fue: urgencias: 175 pacientes (59.5%), quirófano: 61 pacientes (20.9%), columna: 1 paciente (0.3%), medicina interna: 16 pacientes (5.5%), cirugía general: 15 pacientes (5.1%), ortopedia 5 pacientes (1.7%), tóco-cirugía: 1 paciente (0.3%) y traslado de otro hospital: 18 pacientes (6.2%). La tasa de incidencia de los principales diagnósticos de ingreso fueron: diabetes mellitus (DM) descompensada: 0.181, síndrome coronario agudo (IAM y angina inestable): 0.143, sepsis grave 0.106, heridas por arma de fuego (tórax, abdomen y extremidades): 0.061, enfermedad hipertensiva inducida por el embarazo: 0.030, TCE: 0.013, politrauma: 0.013, intoxicación medicamentosa 0.030, insuficiencia respiratoria aguda: 0.017, pancreatitis aguda: 0.027, emergencia hipertensiva: 0.013, tromboembolia pulmonar: 0.013, choque hipovolémico: 0.023, entre otros. Con una tasa de mortalidad global de 195 pacientes por cada 1000 ingresos en la UCI, siendo su tasa de mortalidad de mayor a menor por servicio de procedencia, la siguiente: 99, 34, 34, 13, 10, 3.4, 0 y 0 por cada 1000 pacientes ingresados a UCI, de urgencias, quirófano, cirugía general, medicina interna, traslado de otro hospital, ortopedia, columna y tóco-cirugía respectivamente. **Discusión y conclusiones:** La mayor parte de los ingresos en la UCI del HGV fueron hombres, provenientes del servicio de urgencias y quirófano, donde la tasa de mortalidad fue mayor. La DM, el síndrome coronario agudo y la sepsis grave continúan siendo las principales causas de ingreso. Lo que conlleva a buscar los factores asociados a dicha mortalidad, incluyendo el servicio de procedencia; lo que puede ayudar a disminuir la mortalidad en la UCI del HGV.

MUERTE ENCEFÁLICA CLÍNICA EN UN PACIENTE CON TRAUMA CRANEOENCEFÁLICO SIN CUMPLIR CON CRITERIOS ANGIOGRÁFICOS CONFIRMATORIOS

Muñoz RM Rosario, Cataneo Alicia, Raúl, Sebastian R Ma José, Macías GM Teresa. Unidad de Cuidados Intensivos, IMSS UMAE No. 25. Monterrey, Nuevo León 0458183625674 charom66@itesm.mx

Antecedentes: De acuerdo a la Ley General de Salud de nuestro país el diagnóstico de Muerte Cerebral se realiza cuando existe la ausencia completa y permanente del estado de conciencia, así como de reflejos de tallo y respiración espontánea. Debe ser confirmada ya sea por un electroencefalograma que demuestre ausencia de actividad eléctrica ó otro estudio de gabinete que demuestre la ausencia de flujo encefálico arterial. **Objetivos:** Reportar el caso de una paciente de 35 años quien desarrolló muerte cerebral secundaria a herida por proyectil de arma de fuego documentada clínicamente pero sin confirmación angiográfica. **Presentación del caso:** Ingresa a nuestra unidad 24 horas después de sufrir trauma craneano 2º a HPAF y choque frontal con exposición de masa encefálica. A su ingreso con deterioro neurológico severo con Glasgow de 3, pupilas arreflécticas de 5 mm, presencia de reflejos osteotendinosos muy disminuidos, eutérmica, hemodinámicamente estable. En las siguientes 48 horas la paciente evoluciona a muerte cerebral clínica. Se realiza prueba de la apnea la cual es positiva para muerte encefálica (elevación de la PaCO₂ > 60 mm Hg). Por dificultades técnicas no se lleva a cabo la prueba confirmatoria electroencefalográfica y se realizó arteriografía cerebral de 4 vasos la cual reportó permeabilidad del sistema carotídeo bilateral visualizando paso del medio de contraste a la Arteria Cerebral Media y a través de la Arteria Cerebral Anterior a la sistema carotídeo contralateral. De igual forma a nivel del Sistema Vertebral Izquierdo se observó permeabilidad de la misma y de la Arteria Basilar con paso de material de contraste a través de la Arteria Comunicante Posterior hacia el sistema carotídeo contralateral. Sin embargo no se observó parenquimograma cerebeloso, así mismo en fase capilar o en fase venosa. Clínicamente con distermia, requiriendo apoyo de aminos y desarrollando diabetes insípida. No se pudo llevar a cabo el proceso de donación por procedimientos legales y desarrolla paro cardíaco el 6º día de estancia en la UCI. **Discusión y conclusiones:** La confirmación de la muerte encefálica en nuestra unidad se realiza en un 90% por panangiografía cerebral. Sin embargo, en este caso no se pudo documentar la ausencia de flujo arterial intracraneano debido a la descompresión encefálica.

PÉNFIGO VULGAR INDUCIDO POR FÁRMACOS TRATADO CON DOSIS ALTAS DE INMUNOGLOBULINA: REPORTE DE UN CASO

Asael Manjarrez Esquivel, Médico adscrito a UCI del Centro Médico ISSEMyM y Centro Médico Adolfo López Mateos ISEM, Tel cel: 7224600603, mail: asael-

manjarrez@hotmail.com. José Carlos Campos Canchola Médico residente de la Especialidad de Medicina Crítica del CMALM. Tel cel: 3521132856, mail: fentanilo4@hotmail.com

Introducción: El pénfigo vulgar es una enfermedad autoinmune en la cual se encuentran anticuerpos circulantes y fijados en tejidos, contra los queratinocitos. Tiene una incidencia de 0.1-0.5 casos/10000 personas/año. El curso de la enfermedad es progresivo y puede originar muerte por choque séptico.^{1,3} El tratamiento convencional es con esteroides, inmunosupresores (azatioprina, ciclofosfamida) e inmunomoduladores (dapsona, oro).^{4,5} Se puede utilizar inmunoglobulina en su tratamiento si la terapia convencional falla, si se encuentra contraindicada, presenta efectos adversos, y en caso de enfermedad progresiva a pesar del uso de la misma.⁶ Describimos un caso de pénfigo vulgar inducido por cefalexina tratado con dosis altas de inmunoglobulina. **Caso clínico:** Mujer de 51 años de edad con DM2, inició con síndrome gripal el cual fue tratado con cefalexina y nimesulid, presentó a las 12 hrs de tratamiento eritema macular, localizado en extremidades y tórax. A su ingreso a urgencias con úlceras en boca y restos hemáticos. Continuó con prurito y se agregó vesículas y ampollas, se diagnosticó como eritrodermia medicamentosa. Presentó choque séptico secundario a neumonía comunitaria, con falla orgánica múltiple por lo que ingresó a terapia intensiva (UTI). Cursó con trombocitopenia (8000), alteración en funcionamiento hepático y falla renal aguda. Se trató con hidrocortisona 100 mg IV c/ 8 hrs, clorfenamina 40 mg IV c/8 hrs, meropenem 1 gr IV c/ 8 hrs, amikacina 1 gr IV c/ 24 hrs, vancomicina 1 gr IV c/ 12 hrs, y oseltamivir 150 mg VO c/ 12 hrs por cumplir con criterios operativos de influenza. Se solicitaron anti DNA, ANA, serología para VHB, VHC, VIH que fueron negativos, influenza A H1N1 negativo. Se trató con 1 gr/kg de inmunoglobulina por incremento de lesiones en piel. Cursó con limitación de lesiones en piel y mejora de cuenta plaquetaria. Se realizó traqueostomía por polineuropatía del paciente crítico y se egresó de UTI a los 13 días de estancia por mejoría. El reporte histopatológico de la biopsia de piel fue pénfigo vulgar. **Discusión:** La inmunoglobulina es una alternativa en el tratamiento del pénfigo vulgar en quienes la enfermedad no puede ser controlada con esteroides. Otros beneficios son: efecto ahorrador de esteroides, puede ser usado como monoterapia, es seguro, puede causar remisión.⁷ La mayoría de los pacientes con pénfigos inducidos por fármacos tiene anticuerpos por lo que la inmunoglobulina puede ser útil.¹ Se describe que reduce los anticuerpos selectiva y rápidamente como removerlos mediante plasmaféresis y mucho más rápido que el tratamiento convencional. Bloquea la síntesis de auto anticuerpos, incrementa su catabolismo y las preparaciones contienen agentes que los bloquean.⁸⁻⁹ La dosis es de 1.2-2.2 gramos divididos en varios días; en este caso se utilizó 1 gr/Kg ya que al encontrarse en choque séptico no era candidata a esteroides, dosis que fue bien tolerada no presentando efectos adversos los cuales generalmente cuando se presentan son autolimitados.⁹⁻¹¹ Con el tratamiento la enfermedad remitió. **Conclusión:** La inmunoglobulina es útil en pénfigo inducido por medicamentos, se requieren pruebas clínicas controladas y aleatorizadas antes de considerarla como monoterapia.

BIBLIOGRAFÍA

- Zambrano MT. Pénfigo. Dermatología Rev Mex 2004;48:249-73.
- Magaña JF, Nellen H, Halabe J. Pénfigo. Med Int Mex 2001;17(5):230-5.
- Murrell DF, Dick S, Ahmed AR, et al. Consensus statement on definitions of disease, end points, and therapeutic response for pemphigus. J Am Acad Dermatol 2008;58(6):1043-1046.
- Harman KE, Albert S, Black MM. Guidelines for the management of pemphigus vulgaris. Br J Dermatol 2003;149:926-937.
- Bystryn JC, Rudolph JL. IVIg treatment of pemphigus: How in Works & How to use it. J Invest Dermatol 2005;125:1093-1093.
- Watter D, Denis M, Yiannias JA, et al. Effectiveness of intravenous immunoglobulin therapy for skin disease other than toxic epidermal necrolysis: a retrospective review of Mayo Clinic experience. Mayo Clin Proc 2005;80(1):41-47.
- Sami N, Qureshi A, Ruocco E, et al. Corticosteroid-sparing effect of intravenous immunoglobulin therapy in patients with pemphigus vulgaris. Arch Dermatol 2002; 138:1158-1162.
- Nieves A, Ochoa J, Martínez V, et al. Tratamiento con dosis altas de inmunoglobulina intravenosa en un caso de pénfigo vulgar complicado. Rev Alergia Mex 2005;52(1):39-41.
- Segura S, Irazo P, Martínez de Pablo I, et al. High-dose intravenous immunoglobulins for the treatment of autoimmune mucocutaneous blistering diseases: evaluation of its use in 19 cases. J Am Acad Dermatol 2007;56(6):960-967.
- Amagai M, Ikeda S, Shimizu H, et al. A randomized double-blind trial of intravenous immunoglobulin for pemphigus. J Am Acad Dermatol 2009;60(4):595-602.
- Jolles S, Hughes J, Whittaker S. Dermatological uses of high-dose intravenous immunoglobulin. Arch Dermatol 1998;134:80-86.

PREDICTORES DE MORTALIDAD PRECOZ EN EL TRASPLANTE CARDIACO EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DE CIRUGÍA CARDIACA.

José de Jesús Rincón Salas¹, José Luis Escalante Cobo², Javier Hortal Iglesias², Luis David Sánchez Velázquez³. ¹UCICC, Hospital General del Centro Médico la

Raza", IMSS, México D.F. ²UCICC del Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid. ³UCI, Hospital General de México, SSA, México, D.F. ¹Email: jojerinsal@yahoo.com.mx, Teléfono: 01722 3131041; ²Email: joseluis.escalante@salud.madrid.org, Teléfono: +3491 5867174, Email: javier.hortal@gmail.com; ³Email: dcorzo01@yahoo.com.mx, Teléfono: 04455 14519758.

Introducción: El periodo de mayor mortalidad del trasplante cardiaco (TC) son los primeros 30 días de post-operatorio, denominada mortalidad precoz con un porcentaje aproximado del 16%. Los pacientes inicialmente son hospitalizados en una unidad de cuidados intensivos de cirugía cardiaca (UCICC). Debido a la poca disponibilidad de donantes torácicos, es importante que antes de realizar el TC se identifique al paciente que se beneficiará realmente de esta terapéutica. Es prudente contar con indicadores que permitan una mejor selección de pacientes que se beneficiarán del TC. **Objetivo:** El objetivo del estudio es analizar las variables preoperatorias del receptor y del donante cardiaco que puedan predecir una baja mortalidad precoz en nuestra población estudiada. **Material y Métodos:** **Diseño:** Estudio clínico, descriptivo y retrospectivo. **Sitio:** UCICC del Hospital General Universitario, Gregorio Marañón en Madrid, España. **Periodo:** De enero del 2003 a diciembre del 2009. **Pacientes:** Todos los pacientes sometidos a TC. **Variables:** Demográficas, clínicas, hemodinámicas. **Análisis estadístico:** Estadística descriptiva. Medidas de tendencia central (media aritmética y mediana), de tendencia central (desviación estándar e intervalo intercuartilar) y proporciones. La prueba de normalidad empleada fue Kolmogorov-Smirnov. Estadística inferencial. El análisis bivariado se realizó con prueba de chi cuadrada con corrección de Yates, prueba exacta de Fisher, U de Mann-Whitney y t de student de acuerdo a su distribución, considerando significativo un valor de $p < 0.05$ y para el análisis multivariado (regresión logística múltiple) un valor de $p < 0.1$, considerando como variable dependiente la existencia de mortalidad precoz. Se consideró significativo un valor de $p < 0.05$. El paquete estadístico utilizado fue el SPSS para Windows (SPSS Inc., Chicago, Ill). **Ética:** Se siguieron los lineamientos internacionales de investigación en humanos. **Resultados:** Se incluyeron un total de 130 pacientes trasplantados de los que fallecieron 17 pacientes, siendo la mortalidad precoz en nuestro estudio del 13%. Las causas del fallecimiento fueron disfunción del injerto en 13 pacientes (76.4%) cuatro de ellos en el trans-operatorio, choque séptico 2 (11.7%), síndrome de insuficiencia respiratoria del adulto 1 (5.8%) y evento vascular cerebral 1 (5.8%). En el análisis bivariado ninguna de las 24 variables estudiadas, tanto del donador como del receptor, mostró diferencias estadísticamente significativas entre vivos y muertos. Variables estadísticamente no significativas, pero si próximas al valor estadístico y que concuerda con las variables más frecuentemente encontradas en la mayoría de los estudios fueron el uso del balón de contrapulsación intra-aórtica (BIAC) (41.2% vs. 19.5%, $p = 0.05$), la edad del donante (40.0 ± 12.9 años vs. 34.0 ± 11.3 años, $p = 0.06$) y del receptor (58.0 años ± 6.9 vs. 53.0 ± 10.4 , $p = 0.07$) y cirugía cardiaca previa (52.9% vs. 31.9%, $p = 0.07$). En el análisis multivariado, ninguna variable alcanzó significancia estadística. **Conclusiones:** De las variables analizadas, ninguna mostró un valor significativo pronóstico de mortalidad precoz. Sin embargo, cuatro variables se mostraron próximas a la significación estadística: necesidad de BIAC pre-trasplante, cirugía cardiaca previa y las edades, tanto del donante como del receptor. Al parecer, el error beta fue el causante de la ausencia de significancia estadística. Se recomienda emplear un tamaño muestral mayor para estudios subsecuentes.

RELACIÓN ENTRE EL IMC Y LA SOBREVIDA DE LOS PACIENTES EN ESTADO CRÍTICO

Introducción: La pandemia de la obesidad continúa en expansión. En la actualidad el 66% de los adultos tienen sobrepeso o son obesos, y esa cifra se espera que aumente a 75%. La obesidad es un factor de riesgo para la mortalidad por enfermedades cardiovasculares y cáncer aún es incierto si podría influir en la muerte de los pacientes en la unidad de cuidados intensivos. Mientras que algunos estudios realizados en las unidades de cuidados intensivos indican un mayor riesgo de muerte en pacientes con sobrepeso u obesidad otros estudios han informado lo contrario. **Objetivo:** Conocer la relación entre el IMC de ingreso y la supervivencia de los pacientes internados en la Unidad de Cuidados Intensivos. **Material y método:** Se analizó una base de datos de 454 pacientes ingresados en la unidad de cuidados intensivos de un hospital escuela de concentración. Se incluyeron en todos los pacientes mayores de 18 años a los que se les realizó en las primeras 24hrs su evolución nutricia y clasificación al IMC y que tuvieron registrado el motivo del egreso o que se tuviera identificada su evolución en las siguientes 48 hrs postgreso. (Clasificación del IMC de acuerdo A), la condición de egreso fue con base a la condición de vivo o fallecido al momento del egreso de la UCI y hasta 48 hrs después del mismo.

SÍNDROME DE REALIMENTACIÓN EN POLITRAUMA SEVERO: REPORTE DE UN CASO

Sánchez C Ricardo, Peña S Verónica, Sánchez Nava VM, Muñoz R M Rosario UTI Hospital San José-Tec de Monterrey. Monterrey, Nuevo León, México. 018183334484 rickys3975@hotmail.com

Introducción: El síndrome de realimentación es caracterizado por alteraciones hidro-electrolíticas y metabólicas severas secundarias a el inicio de la repleción nutricional. Los grupos de pacientes que se encuentran en mayor riesgo son: malnutridos, oncológicos, ancianos... Las alteraciones electrolíticas más frecuentes son hipofosfatemia, hipocalcemia, hipomagnesemia e hiperglucemia. **Objetivo:** Reportar el caso de un paciente con politrauma severo que desarrolló síndrome de realimentación posterior al inicio de Nutrición Parenteral. **Presentación del caso:** Masculino de 30 años de edad trasladado a la UCI de nuestro hospital 48 hrs después de haber participado en accidente automovilístico. A su ingreso con TCE severo, monitoreo de PIC y craneotomía descompresiva. Cursando además con falla renal aguda 2º a rabdomiolisis requiriendo hemodiálisis. Se realizó laparotomía exploradora en el centro de referencia encontrando hematoma mesentérico, lesión yeyunal la cual se reparó y se realizó esplenectomía. Presentaba también fractura pélvica a nivel de acetábulo derecho. Se indica apoyo nutricional parenteral al 5º día del trauma, con un apoyo de 25 kcal/kg y relación kcal no proteicas N2 de 80:1. Los laboratorios previos al inicio de la nutrición: glucemia 99 mg/dl, Na 148 mEq/L, K 3.6 mEq/L, Cl 117 mEq/L, Mg 2.0 mg/dl, P 3.4mg/dl, Ca t 7.9 mg/dl , Ca i 1.10 mmol/l; albúmina 2.3 gr/dl, creatinina 2.3, BUN 24 mg/dl. A las 12 horas de iniciada la nutrición se reporta K de 1.59 mEq/L. Se restituyen 100 mEq de KCl intravenoso. 5 horas después los electrolitos de control reportan: Na 153 mEq/L, K 2.15 mEq/L, Cl 124 mEq/L; P 1.0 mg/dl; Mg 2.6 mg/dL. Continúa restituyéndose K y P, logrando niveles de K y P adecuados a las 28 horas de iniciada la NPT. Se realizan modificaciones reduciendo el aporte calórico con lo cual se logra un adecuado control electrolítico. Posteriormente se inicia nutrición enteral y es egresado 1 mes después a otra unidad. **Discusión y conclusiones:** Este síndrome se puede presentar en pacientes con diferentes grados de desnutrición o en pacientes en ayuno cuando se inicia el aporte de nutrientes. Las etapas más importantes en la prevención son identificar a los pacientes de riesgo, iniciar soporte nutricional parcial y suplementar electrolitos y vitaminas.

SÍNDROME HEMOFAGOCÍTICO REACTIVO RELACIONADO A FALLA HEPÁTICA FULMINANTE SECUNDARIA A HEPATITIS A: REPORTE DE UN CASO

Muñoz RMR, Cataneo CA, Camacho B, Hernandez SE, Lopez HP, Hernández R, Macías GMT Unidad de Cuidados Intensivos, IMSS UMAE No. 25. Monterrey, Nuevo León 0458183625674 charom66@itesm.mx

Antecedentes: La linfocitosis hemofagocítica describe los hallazgos patológicos de macrófagos activados fagocitando eritrocitos, leucocitos, plaquetas y sus células precursoras. Es una enfermedad caracterizada por fiebre, hepatoesplenomegalia, linadenopatía generalizada, hipofibrinogenemia e hipertigliceridemia. Puede ser primaria, como en la variante familiar maligna o secundaria a un proceso infeccioso de origen infeccioso, así como a enfermedades autoinmunes o neoplasias. **Objetivos:** Reportar el caso de un paciente de 17 años que desarrolló un síndrome hemofagocítico reactivo secundario a FHF por Hepatitis A. **Presentación del caso:** El paciente fue referido a nuestra unidad por un cuadro de 7 días de evolución caracterizado por fiebre continua, dolor abdominal, náusea, vómito y diarrea. 48 horas antes de su traslado se agrega ictericia y somnolencia. A su ingreso se encontraba con mal estado de hidratación, encefalopatía grado II e ictericia de piel y escleróticas. La exploración cardio-pulmonar sin alteraciones. A nivel abdominal con la presencia de hepatomegalia. Los exámenes de laboratorio a su ingreso: Hb 16.8 gr/dl; GB 9600; plaquetas 180000; TP 31.8 seg, (INR 2.7), BT 10.1 mg/dl (directa 7.5 mg/dl), Factor V 23%, amonio sérico 294 mmol/L, BUN 67 mg/dL; creatinina 8.7 mg, IgM HA positivo. HIV, CMV... negativos. Se inicio terapia con MARS y se colocó en lista de espera para trasplante hepático (UNOS 1). El paciente se deterioró progresivamente desarrollando FOM, con inestabilidad hemodinámica y SIRA. En los días siguientes desarrolló bicitopenia (GB y plaquetas). El aspirado de médula ósea mostró la presencia de histiocitosis y hemofagocitosis significativa. Se administró factor estimulante de colonias de granulocitos (G-CSF) y plaquetas sin respuesta. Su condición clínica continuó en deterioro y falleció 8 días después de su ingreso a nuestra unidad. **Discusión y conclusiones:** Este síndrome es un desorden poco común que requiere un alto índice de sospecha como causa de bicitopenia o pancitopenia inexplicada. El manejo exitoso depende de la identificación temprana y el tratamiento del agente causal. Desafortunadamente en este caso no hubo respuesta al manejo sintomático y no se contó con la disponibilidad de un trasplante hepático.