

COMUNICACIÓN INTERVENTRICULAR POSTINFARTO DE MIOCARDIO

José Raúl Nava Tornel, Eva Montserrat Bagatella Bermúdez, UMAE HE General de División "Manuel Ávila Camacho", Puebla, México.

Mujer de 60 años, antecedente DM2 15 años, AR 15 años, cesárea hace 15 años. Inicia 21 noviembre 2017 dolor torácico, acude a otro Hospital donde se diagnostica Infarto Agudo del Miocardio, se tromboliza (Tenecteplase), enviada a UMAE Puebla, pasa a cateterismo cardiaco: DA segmento medio placa del 95%, puente muscular en tercio medio, Cx: placa distal del 75%. Se realiza ICP temprana DA flujo TIMI 2, valorará en 72 hrs ICP a la Cx. Ingresa a UCI, a las 24 hrs con apoyo de norepinefrina, dobutamina, a las 48 hrs se realiza Angioplastia a la Circunfleja flujo TIMI III. Persiste con inestabilidad hemodinámica, el 26 noviembre Choque Cardiogénico, se realiza intubación y cateterismo: Ventriculograma izquierdo con discinesia anteroapical, acinesia inferoapical, remodelado ventricular anteroapical, FEVI 15%, Insuficiencia Mitrall, colocación BIAC, SpOv 57%, levosimendán, norepinefrina. El 27 noviembre soplo holosistólico foco tricuspídeo, intensidad IV/V, SpOv 65% ECO: Comunicación Interventricular Postinfarto, daño miocárdico moderado-severo, insuficiencia mitral leve, aurícula izquierda dilatada. El 28 noviembre previo consentimiento informado, intervención quirúrgica para reparación de la comunicación interventricular como complicación mecánica secundaria del IAM. HALLAZGO: Zona infartada en ápice y cara libre de ventrículo, con CIV de 3 cm de diámetro, tejido friable y decesos.

COMPLICACIONES AGUDAS DEL ANEURISMA AÓRTICO ABDOMINAL ABORDADO CON TRATAMIENTO QUIRÚRGICO: REPORTE DE UN CASO

Ángel Escobedo Fernández, Angélica Chimal Ayohua, Norma Lorena Nieto Flores. Hospital de Especialidades "Dr. Manuel Ávila Camacho" IMSS Puebla.

Introducción: Un aneurisma aórtico abdominal ocurre cuando hay una dilatación $\geq 3\text{cm}$ de la aorta por debajo de las arterias renales. Se recomienda dar tratamiento quirúrgico cuando presenten un aneurisma sintomático con diámetros menores, un aneurisma mayor a 5.5cm o que presente un aumento mayor a 0.5cm en 6 meses. **Objetivo:** Presentar un caso en donde se expongan posibles complicaciones agudas postquirúrgicas de un aneurisma abdominal. **Caso clínico:** Mujer de 46 años de edad, hipertensa, índice tabáquico de 0.2 cajetillas/años. Inicia padecimiento hace un año con dolor abdominal punzante en hipogastrio, intensidad 4/10, sin irradiaciones, acompañado de disnea de grandes esfuerzos, clínicamente con thrill en hipogastrio. Se realizó angiotomografía encontrando aneurisma aórtico abdominal infra renal. Tratado quirúrgicamente con exclusión de aneurisma y colocación de injerto bifurcado. En el postquirúrgico mediato presentó trombosis de injerto y lesión renal aguda, se trató con trombolectomía, infusión con heparina no fraccionada y, terapia de reemplazo renal continua respectivamente, con recuperación total de la circulación femoral y de la función renal. **Conclusión:** Las complicaciones postquirúrgicas pese a tener una incidencia baja requieren del diagnóstico y tratamiento oportuno para una adecuada evolución.

ANEURISMA CONGÉNITO DEL VENTRÍCULO IZQUIERDO. REPORTE DE UN CASO

*Dra. Alma-Erika Hernández Plata, **Dr. Jacobo Aguilar Solano, ***Dra. Ma. Natalia Gómez González, ***Dr. Raúl Soriano Orozco, ****Dr. Cecilio Cruz Gaona. CMN Bajío, UMAE No. 1 IMSS.

Introducción: El aneurisma congénito de ventrículo izquierdo (ACVI) es una rara malformación, con una prevalencia de 0.4%. Las manifestaciones clínicas incluyen: arritmias, insuficiencia cardíaca, taponamiento cardíaco y muerte súbita. El estándar de oro para el diagnóstico es la ventriculografía. **Objetivo:** Presentar un caso clínico de ACVI apical. **Reporte de un caso:** Femenino 34 años, sin antecedentes previos. Inicia el cuadro clínico en febrero 2012, con mareo, palpitaciones, visión borrosa y un evento de lipotimia, acudiendo a Hospital de Zona, donde se realiza abordaje diagnóstico. Se toma un ECG, únicamente con extrasístoles ventriculares aisladas, permaneció asintomática hasta marzo 2017, con persistencia de palpitaciones por lo que se realiza Holter, evidenciando 91 eventos de taquicardia ventricular monomórfica no sostenida. Ecocardiograma: FEVI 53%, aneurisma apical 23mm x 15mm. Angiografía coronaria, repor-

tada sin lesiones. Ventriculografía: aneurisma apical, función ventricular normal. Serología negativa para enfermedad de Chagas y tuberculosis, perfil Inmunológico negativo. Se realiza tratamiento quirúrgico, ingresando posteriormente a la UCI con apoyo de inotrópicos, bajo ventilación mecánica, con buena evolución egresando a hospitalización 5 días después, continuando bajo tratamiento con bloqueadores beta, anticoagulación oral e IECA, posterior a un mes, normalización de los diámetros ventriculares.

RELACIÓN DE LA MEDICIÓN DEL GASTO CARDIACO CON PULSOPRESIÓMETRO CARDIACO (PPC) VS MÉTODO DE FICK EN PACIENTES CRÍTICOS

Dra. Alba Hernández Gutiérrez*, Dra. Ma. Natalia Gómez González**, Dr. Raúl Soriano Orozco**, Dr. Pedro Luis González Carrillo. CMN Bajío, UMAE No.1 IMSS.

Introducción: El PPC es un dispositivo no invasivo que permite registrar la amplitud del pulso arterial para obtener el área bajo la curva del gasto cardíaco (GC) por medio de electromagnetismo. **Objetivo:** Obtener la medición del GC mediante el PPC y determinar la correlación con el método de Fick en pacientes críticos. **Material y métodos:** Estudio prospectivo, observacional y longitudinal, en la UCI del CMN Bajío IMSS de Diciembre/2017 a Febrero/2018. Se incluyeron pacientes ingresados a la UCI, >18 años con un catéter central funcional. El GC (método de Fick y PPC) se midió en las primeras 4 horas posteriores a su ingreso. Se excluyeron aquellos con traqueostomía o disfunción del catéter. **Resultados:** Se incluyeron 13 pacientes, edad media de 36,3 años, 7 mujeres (53,84%), 6 hombres (46,15%), la media de APACHE II y SOFA fueron 25,3 y 7,6 puntos, respectivamente. Se encontró una correlación positiva entre el GC medido por PPC y el calculado por Fick, $r = 0.91$. Con una concordancia por el coeficiente kappa de 0.67, que es considerable. **Conclusión:** El PPC es un dispositivo de bajo costo que puede utilizarse a la cabecera del paciente para el control no invasivo del GC en la UCI.

COR PULMONAL AGUDO ASOCIADO A SÍNDROME DE INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA (SIRA) Y FORAMEN OVAL PERMEABLE CON EVENTO VASCULAR CEREBRAL CRİTOGÉNICO: REPORTE DE UN CASO

Alberto Jesús Corea López, Carlos Eduardo Chávez Pérez, Víctor Manuel Sánchez Nava. Hospital San José, Tecnológico de Monterrey.

Introducción: Aproximadamente un 25-30% de la población adulta sufre de foramen oval permeable (FOP) asintomático. En los casos síndrome de insuficiencia respiratoria aguda (SIRA), el FOP puede permitir la aparición de cortocircuitos derecha izquierda y empeorar el grado de hipoxemia. **Caso clínico:** Paciente masculino de 32 años quien sufre trauma toracoadominal por colisión automovilística. Durante su hospitalización desarrolla neumonía nosocomial evolucionando a SIRA severo y refractario a técnicas ventilatorias convencionales. Hipoxemia mejoró únicamente con el uso de óxido nítrico inhalado. Ecocardiograma inicial reporta cor pulmonale agudo (Dilatación del VD y movimiento paradójico de septum interventricular). Tomografía cerebral reporta hallazgo de infarto subagudo parietooccipital derecho. Ecocardiograma transesofágico con inyección de solución agitada confirma la presencia de FOP, el cual se cierra de forma mecánica con dispositivo Amplatzer®. Posteriormente permanece con oxigenación estable. **Discusión:** La prevalencia de SIRA y cor pulmonale agudo (CPA) se ha reportado en un rango del 22 al 25%. El desarrollo de CPA se correlaciona con mayor mortalidad y menos días libres del ventilador mecánico. Tiene consecuencias deletéreas como los cortocircuitos derecha izquierda a través de un FOP y el desarrollo de embolias paradójicas. Su búsqueda debe ser rutinaria en todo paciente crítico con SIRA severo.

CETOACIDOSIS DIABÉTICA CON HIPERTRIGLICERIDEDEMIA SEVERA Y PANCREATITIS AGUDA ASOCIADA: UNA CRISIS LIPÉMICA EN LA UCI

Alberto Jesús Corea López, Reynaldo Galarza Sánchez, Juana María Cerda Arteaga, Carlos Eduardo Chávez Pérez, Víctor Manuel Sánchez Nava. Hospital Metropolitano Dr. Bernardo Sepúlveda.

Introducción: La triada de cetoadicosis diabética (CAD), hipertrigliceridemia severa y pancreatitis aguda (PA) se ha descrito en un pequeño

porcentaje de casos (4-5%) y generalmente se presenta en pacientes diabéticos debutantes. **Caso clínico:** Paciente femenina de 23 años quien acude por dolor abdominal, náuseas, vómitos, disnea y alteración de la conciencia. Ingresa con acidosis metabólica severa de anión gap elevado con suero excesivamente lipémico. Perfil de lípidos reporta triglicéridos de 21,210 mg/dl y colesterol de 1,490 mg/dl sin hallazgos físicos de hiperlipidemia crónica. Se indica ayuno enteral e inicio de insulina en infusión y reanimación hídrica agresiva. Ameritó iniciar terapia de reemplazo renal por acidosis metabólica refractaria. Cuatro días después presentaba normalización de lípidos y estabilidad ácido-base y metabólica. **Discusión:** La hipertrigliceridemia en CAD ocurre por la deficiencia severa de insulina que altera la función fisiológica de la lipoproteína lipasa. Con el uso de insulina en infusión y la reanimación hídrica, se logra corrección en la mayor parte de los casos sin necesidad de agregar fármacos hipolipemiantes. El uso de plasmáferesis y heparina en infusión también se han descrito como terapias adyuvantes en casos severos y refractarios. La clave es la detección rápida y el manejo temprano y agresivo.

TIPO DE ANALGESIA Y SU INFLUENCIA EN LOS PARÁMETROS RESPIRATORIOS Y EL DOLOR EN TÓRAX INESTABLE

Stephany Huitrón Solano, Martín Mendoza Rodríguez. Hospital General "La Villa" Secretaría de Salud de la Ciudad de México.

Introducción: Los pacientes con tórax inestable requieren de analgesia efectiva. No se ha encontrado el esquema analgésico ideal. Por lo anterior se plantea la siguiente pregunta: ¿Cuál es el tipo de analgesia (regional o intravenosa) y su efectividad para disminuir el dolor y cómo influye en los parámetros respiratorios? **Objetivo:** Relacionar el tipo de analgesia (regional o intravenosa) y su efectividad para disminuir dolor e influencia para modificar los parámetros respiratorios (pCO₂, distensibilidad e índice de Kirby) en el paciente con tórax inestable. **Material y métodos:** Se realizó un estudio clínico observacional, descriptivo, ambispectivo y longitudinal, para relacionar el tipo de analgesia y su influencia en los parámetros respiratorios y el dolor, se revisaron expedientes que cumplieron con los criterios de inclusión. El análisis estadístico se llevó a cabo con medidas de tendencia central y t Student apoyándonos con gráficos. **Resultados:** La analgesia intravenosa fue la más frecuente. La distensibilidad y el índice de Kirby fueron mayores en el grupo de analgesia regional. **Discusión:** A pesar de la efectividad de la analgesia regional, los médicos prefieren la analgesia intravenosa, quizás debido a las comorbilidades y a la necesidad de adiestramiento para la colocación de analgesia regional.

ULTRASONIDO VS PRUEBA DE FUGA EN EL DIAGNÓSTICO DE EDEMA LARÍNGEO PREVIO A LA EXTUBACIÓN

Ismael de Jesús Quintanilla Muñiz, Erick Vidal Andrade. UTI Hospital Ángeles Lomas, Estado de México.

Introducción: El valor predictivo de la prueba de fuga para predecir la permeabilidad de la vía aérea postextubación, es bajo. **Objetivo:** Correlacionar el ultrasonido laríngeo (USL) con prueba de fuga para predecir obstrucción de la vía aérea postextubación. **Material y métodos:** Estudio prospectivo y comparativo. Pacientes orointubados en la UTI de Enero 2018 a Junio 2018. Previo a la extubación, se midió con USL el artefacto que genera la pared anterior del tubo endotraqueal a nivel de la membrana cricotiroidea con el globo inflado y desinflado. Prueba positiva para obstrucción laríngea con columna de aire (CDA) con el Globo Desinflado (GDI) <4.5 mm y prueba negativa cuando la columna era de >6.4 mm. Utilizamos Coeficiente de correlación r de Pearson, Curvas ROC y comparación de AUC. **Resultados:** 40 pacientes, 5 presentaron edema laríngeo. Correlación significativa de la CDA con el GDI con el volumen fugado, $r=0.66$ ($p<0.05$). La CDA con el GDI en pacientes sin edema laríngeo presentó medias 8.7 mm, la CDA con edema laríngeo media de 5.6 mm, $p<0.001$. La CDA con el GDI presentó una AUC = 0.90, VPN 0.96. **Discusión:** El USG laríngeo puede descartar edema laríngeo y estridor postextubación con una CDA>6.5 mm con GDI.

SIRA EXUDATIVO: UGS VS DISTENSIBILIDAD PARA LA TITULACIÓN DE PEEP

Dr. Carlos Jiménez Correa, Dr. Martín Mendoza Rodríguez. Hospital General La Villa.

Objetivo: Demostrar que la titulación de PEEP por USG incrementa la PaO₂/FiO₂ en SIRA moderado y severo en fase exudativa más que por distensibilidad. **Material y métodos:** Estudio observacional, comparativo, prospectivo y longitudinal en las UCIs de Balbuena, Xoco, Rubén Leñero y la Villa, con 48 pacientes. Se tituló por distensibilidad al grupo uno y por ultrasonido al grupo dos. **Resultados y discusión:** De 48 pacientes,

52% del grupo uno fue titulado por distensibilidad y 48% del grupo dos por ultrasonido. Se reclutó y tituló el PEEP al ingreso y a las 24 horas a los dos grupos con PEEP final (24 horas) del grupo uno: 12.8 cmH₂O con PaO₂/FiO₂ de 222 mmHg y grupo dos: 11.7 cmH₂O con PaO₂/FiO₂ de 215 mmHg. Los eventos adversos fueron mayores en el grupo uno: bradicardia ($p \leq 0.05$), hipotensión ($p \leq 0.03$) y desaturación ($p \leq 0.05$). El SOFA no se observó relación. **Conclusiones:** 1. No se encontró mayor incremento de la PaO₂/FiO₂ con USG vs distensibilidad, 2. Los eventos adversos fueron: bradicardia, hipotensión y desaturación entre otros, con mayor frecuencia en el grupo uno. Se recomienda la titulación de la PEEP por USG, ya que presenta menor número de eventos adversos.

RELACIÓN ENTRE LA ESTRATEGIA DE VENTILACIÓN PULMONAR PROTECTORA Y LA PRESENCIA DE DISFUNCIÓN PULMONAR EN PACIENTES OPERADOS EN CIRUGÍA CARDIOVASCULAR

Almeida Velasco Salas,¹ Norma Lorena Nieto Flores,¹ Carlos Alberto López Bernal,¹ Álvaro José Montiel Jarquín¹. Hospital de especialidades de Puebla, Centro Médico Nacional "Gral. Div. Manuel Ávila Camacho", Instituto Mexicano del Seguro Social¹.

Introducción: En cirugía cardiovascular la ventilación mecánica protege y contrarresta las fuerzas elásticas de retroceso pulmonar siempre que se mantenga un "driving pressure" (DP) <15 cmH₂O para prevenir la sobre-distensión y disfunción pulmonar en pacientes operados en cirugía cardiovascular, a esto se le conoce como estrategia de ventilación pulmonar protectora (EVPP). **Objetivo:** Determinar la relación que existe entre el nivel de driving pressure y la presencia de DP en pacientes operados en cirugía cardiovascular. **Material y métodos:** Análisis retrospectivo, de cohortes, descriptivo, transversal en pacientes operados en cirugía cardiovascular de la UMAE IMSS Puebla, Manuel Ávila Camacho de enero a agosto del 2018 mediante la revisión de expediente clínico, no se utilizó consentimiento informado para la realización del estudio. **Resultados:** De un total de 56 pacientes el 58.9% se empleó EVPP y no desarrollaron disfunción pulmonar. El 41.1% no recibió EVPP y de éste el 17.3% presentó disfunción pulmonar. **Discusión:** Emplear la EVPP se asocia con menor disfunción pulmonar en pacientes operados en cirugía cardiovascular.

SÍNDROME DE INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA (SIRA) Y GRANULOMATOSIS CON POLIANGITIS (GPA) ASOCIADO A NEUMONÍA POR PNEUMOCYSTIS JIROVECII, CITOMEGLAVIRUS Y COCCIDIOIDES IMMITIS: REPORTE DE UN CASO

Nancy Elizabeth Rivera Navarro, Víctor Manuel Sánchez Nava, Carlos Eduardo Chávez Pérez, María del Rosario Muñoz Ramírez. Tecnológico de Monterrey, Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud.

Introducción: La afección pulmonar en la granulomatosis con poliangitis se presenta en un 50% de los casos. El tratamiento radica principalmente en la inmunosupresión, sin embargo incrementa el riesgo de infección por oportunistas, incluyendo neumonía por *Pneumocystis jirovecii* que con frecuencia presenta co-infección por Citomegalovirus (CMV). **Caso clínico:** Paciente femenino de 39 años de edad, con síndrome pulmón-riñón no clasificado, en tratamiento con prednisona, azatioprina e hidroxicloroquina. Ingresa por neumonía adquirida en la comunidad severa, con SIRA severo (síndrome de insuficiencia respiratoria aguda). Se aísla *P. jirovecii* en secreción bronquial, posteriormente se obtiene en panel respiratorio fijación de complemento positiva para *Coccidioides immitis* y PCR positivo para CMV. A pesar de manejo antimicrobiano, anti-fúngico y antiviral dirigido, maniobras ventilatorias y no ventilatorias para manejo de SIRA, la paciente fallece. Sin diagnóstico de la patología de base, se realiza necropsia, con diagnóstico histopatológico de Granulomatosis con poliangitis. **Discusión:** Las infecciones a nivel pulmonar representan uno de los motivos principales de ingreso a la unidad de terapia intensiva en los pacientes portadores de enfermedades autoinmunes. La co-infección por CMV y *P. jirovecii* se reporta hasta en un 54% de estos pacientes, y es un factor de riesgo para desarrollar hipoxemia severa.

FALLA ORGÁNICA MÚLTIPLE COMO MANIFESTACIÓN INICIAL DE LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO

Nancy Elizabeth Rivera Navarro, Alberto Jesús Corea López, Juana María Cerda Arteaga, Reynaldo Galarza Sánchez. Hospital Metropolitano Dr. Bernardo Sepúlveda, Secretaría de Salud. Tecnológico de Monterrey, Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud.

Introducción: Se desconoce la frecuencia en que el lupus eritematoso sistémico se manifiesta inicialmente con falla orgánica múltiple. Frecuentemente afecta a mujeres jóvenes comprometiendo la vida del paciente, con una mortalidad descrita de hasta un 60%. **Caso clínico:** Femenino de

19 años de edad, sin antecedentes médicos previos, inicia 3 semanas previas a su ingreso con rash maculo-papular y malestar general. De manera ambulatoria se encuentra examen general de orina anormal, con datos de nefritis, recibe antimicrobiano, sin mejoría cursando con deterioro, se agrega estado confusional agudo. Ingresa a la unidad de terapia intensiva por falla hepática aguda y nefritis que condiciona lesión renal aguda requiriendo inicio de terapia de sustitución renal continua. Con encefalopatía, requiere ventilación mecánica y soporte con vasopresor e inotrópico. Se inicia protocolo de estudio cumpliendo criterios para LES, recibe bolos de esteroide con pobre respuesta, falleciendo tras 5 días de estancia en UCIA. **Discusión:** Las manifestaciones clínicas del LES son diversas, reportamos el caso de una presentación fulminante con afección severa que inicialmente se manifestó a nivel renal, mal diagnosticado como infección urinaria, que rápidamente afecta piel y sistema nervioso central, progresando a cuadro de falla orgánica múltiple irreversible.

HIPERTENSIÓN INTRACRANEAL CON MONITOREO DE PIC Y ULTRASONOGRAFÍA EN UN PACIENTE CON TRAUMATISMO DE CRÁNEO GRAVE

Javier Ríos Alvarado,¹ Miguel Ángel Sosa Medellín.² ¹ Residente 3er año Medicina de Urgencias. ² Médico Especialista en Medicina de Urgencias – Medicina Crítica– Ecografía del Paciente Grave. Terapia Intensiva de la Unidad Médica de Alta Especialidad Número 21 IMSS. Monterrey N.L.

Presentamos caso de paciente masculino de 29 años de edad, sin antecedentes de importancia, el cual presenta accidente en motocicleta, presentando traumatismo de cráneo grave, ingresando al servicio de nuestra unidad con escala de coma de Glasgow de 7 puntos, es manejado por neurocirugía, realizando manejo quirúrgico por un hematoma epidural y hemorragia subaracnoidal postraumática. Al llegar a sala de cuidados intensivos comenzamos la monitorización de presión intracraneal (PIC) con monitoreo de PIC encontrando resultado en 38 mmHg, además se realiza monitoreo cerebral no invasivo con ultrasonografía, midiendo el diámetro de vaina del nervio óptico con un valor de 5.8 mm y Doppler transcraneal con siguiente resultado; Índice de Pulsatilidad de 2.43 así como índice de resistencias en 0.84. Concluyendo que el ultrasonido es una excelente herramienta para la monitorización de los pacientes con patología traumática cerebral, ya que es no invasiva y se puede realizar sin la movilización de los pacientes, además guardando adecuada relación con monitoreo invasivo como catéter de PIC para confirmar o descartar Hipertensión intracraneal.

COLOCACIÓN DE CATÉTER MAHURKAR ECOGUIADO CON TRANSDUCTOR CONVEXO

Diana Rentería Oloño,¹ Antonio Landaverde López,² Miguel Ángel Sosa Medellín.² ¹ Residente de 3er. año de Medicina de Urgencias, ² Terapia Intensiva Unidad Médica de Alta Especialidad Número 21 IMSS. Monterrey N.L.

Femenino de 38 años de edad, obesa. Ingresa al servicio de urgencias por presentar quemadura por fuego directo en el 65 % de superficie corporal total. Presenta lesiones de segundo grado superficial y profundo así como de tercer grado, a su ingreso fue manejada de acuerdo al protocolo de reanimación hídrica a 2 ml/kg/% de SCTQ, así como tratamiento quirúrgico. Posteriormente ingresa a Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) donde continuamos con su manejo, sin embargo, 4 días después presenta disminución de gasto urinario, y desarrolla lesión renal aguda, requiriendo soporte renal y necesidad de colocación de catéter Mahurkar. Debido a las lesiones y complejidad anatómica, solicitamos equipo de ultrasonido disponible en el servicio de urgencias, el cual solo cuenta con transductor convexo. Después de los ajustes de profundidad de imagen y ganancias, se obtienen lecturas adecuadas, realizándose el procedimiento con éxito a través de vía yugular izquierda sin complicaciones. En este caso, demostramos que con ajustes del equipo, esta sonda se puede utilizar en caso de no contar con sondas lineales o de alta frecuencia (recomendados por Winfocus), basta con ajustar la calidad de proyección para obtener imágenes de calidad y poder realizar la colocación segura de catéteres.

SÍNDROME HEMOFAGOCÍTICO LINFOHISTIOCITOSIS “UNA CAUSA INUSUAL DE FALLA ORGÁNICA MÚLTIPLE, RÁPIDAMENTE PROGRESIVA Y FULMINANTE”

Héctor Antonio López Morán, Carlos Martínez Zavala, Francisco Treviño Lozano, Alberto Corea López, Carlos E. Chávez Pérez, María del Rosario Muñoz Ramírez, Víctor Manuel Sánchez Nava. Tecnológico de Monterrey, Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud.

El síndrome hemofagocítico secundario es una condición de hiperactivación inmune que es agresiva y letal. Varón de 58 años, minero, gota

tratada con Allopurinol. Inició su padecimiento con adenopatías cervicales, cefalea, diaforesis, ictericia, fiebre y malestar general. Con impresión diagnóstica de coledocolitiasis, con resultado negativo en colangioresonancia, y se mantiene con trombocitopenia. Infectología solicita Ferritin= 14'331 mg/L, posterior Hematología realizó un aspirado de médula ósea que reportó infiltración de células mono-histocíticas con hemofagocitosis. Se solicita carga viral para Epstein-Barr=1'050 copias/µL. Receptor α IL-2=11'034U/mL. Evoluciona con inestabilidad hemodinámica, hemoptisis y disfasia mixta, sin meningismo. Se intubó e ingresó a UCI donde recibió tratamiento intravenoso con Dexametasona, Inmunoglobulina y Etopósido e intratecal con metotrexate y dexametasona. La tomografía de cráneo resultó normal. El electroencefalograma mostró ritmo “brote-supresión” y luego actividad lenta generalizada. Presentó fibrilación auricular que remitió con Amiodarona. Se integró FOM. Se realizó un doppler transcranial que reveló circulación reverberante. Horas después presentó paro cardiorrespiratorio. La autopsia identificó hemofagocitosis en médula ósea y pulmón, hemorragia alveolar bilateral difusa e insuficiencia hepática submasiva. El diagnóstico se integró al cumplir cinco de ocho criterios de la *Histiocyte Society*. Con infección crónicamente activa por VEB, que es refractario a tratamiento con la presentación de SHL.

SÍNDROME POSTPERICARDIOTOMÍA COMO CAUSA DE TAPONAMIENTO CARDIACO

Héctor Antonio López Morán, Vicente Jiménez, Marcos Ibarra Flores, Cynthia Ocegueda Pacheco, Fernando Castilleja Leal. Tecnológico de Monterrey, Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud.

El síndrome postpericardiotomía se produce en pacientes sometidos a cirugía cardioráctica, caracterizado por fiebre, dolor pleurítico, derrame pleural y derrame pericárdico. Paciente femenino de 51 años, con ICC con FEVI preservada con doble lesión mitral clase funcional NYHA IV. Se realizó reemplazo valvular mitral con prótesis biológica y ablación quirúrgica de orejuela izquierda. Pasa a UCIA estable, a las 48 hrs progresa con disminución de volúmenes urinarios, lesión renal aguda, patrón congestivo en Rx. de tórax, ritmo con bigeminismo, y derrame pleural bilateral progresivo, sin respuesta a tratamiento. Al 5to día presenta desaturación y compromiso ventilatorio, y se drena hemitórax izquierdo 900 cm³ de líquido hemático, progresa con ingurgitación yugular, taquipnea, taquicardia sinusal, e hipotensión, se realiza ECOTT con derrame pericárdico global con tamponade cardíaco, por lo que se realiza ventana pericárdica. Se solicita C3:131, C4:14, VSG:51, PCR:20, ANA: 1:160 moteado o espícular, Anticuerpo Anti-Actina IgG: 43, se establece diagnóstico de síndrome postpericardiotomía, y se otorga tratamiento con Indometacina, Metilprednisolona, Colchicina, con respuesta a tratamiento óptimo a las 48 horas, con resolución pulmonar, renal, y marcadores de inflamación. El SPP, asocia con morbilidad significativa y las principales complicaciones son taponamiento y pericarditis restrictiva, por lo que requiere su tratamiento oportuno.

ULTRASONIDO PUPILAR EN EL ENFERMO GRAVE. PROPUESTA

Raúl Carrillo Esper,* Martín de Jesús Sánchez Zúñiga,* Herlinda Sánchez Pérez.* * Instituto Nacional de Rehabilitación Luis Guillermo Ibarra Ibarra.

Introducción: La evaluación ultrasonográfica del enfermo grave es fundamental en la práctica cotidiana del intensivista. En la Unidad de Terapia Intensiva del INR desarrollamos un protocolo de evaluación ultrasonográfica de la respuesta pupilar. **Objetivo:** Establecer un protocolo de insonación en pacientes sin adecuada apertura ocular. **Material y métodos:** En voluntarios sanos se desarrolló un protocolo para insonación pupilar y evaluar el reflejo a la luz. Se insonó con transductor lineal a través de un abordaje inferior y superior mediante una ventana plana y tangencial, con una interfase de gel conductor. La pupila se evaluó tanto en modo M como en modo bidimensional. **Resultados:** La pupila se observó en el modo bidimensional como una estructura esférica hipoeocoica en el centro del globo ocular. En el modo M como una imagen hipoeocoica lineal. Al estímulo luminoso en la pupila contralateral, se observó en la pupila insonada constricción pupilar en el modo bidimensional y en el modo M la disminución del diámetro de la línea hipoeocoica. **Discusión:** El ultrasonido pupilar puede posicionarse como un nuevo protocolo de insonación en el enfermo grave, en especial en aquellos que cursan con trauma craneofacial o que por alguna otra condición que no permita la apertura ocular.

INICIO DE TROMBOPROFILAXIS EN LA TERAPIA INTENSIVA DEL HOSPITAL ÁNGELES LOMAS

Melba Andrea Barrios López, Mónica Alejandra Rodríguez Castañeda. Hospital Ángeles Lomas.

Introducción: La tromboprofilaxis en las unidades de cuidados intensivos (UTI) es pilar en el manejo del paciente crítico. Las enfermedades trombóticas constituidas principalmente por Trombosis Venosa Profunda (TVP) y Tromboembolia Pulmonar (TEP) se presentan en 10-30% de los pacientes. **Objetivo:** Determinar el porcentaje de pacientes con tromboprofilaxis dentro de las primeras 48 horas de estancia en la UTI. **Material y métodos:** Estudio retrospectivo longitudinal observacional, recabando por base de datos y expediente electrónico pacientes ingresados en la UTI del 01 de enero al 31 de diciembre del 2017, los datos recabados fueron inicio de tromboprofilaxis en las primeras 48 horas de estancia en UTI, tromboprofilaxis mecánica o farmacológica. Se excluyeron pacientes con estancia <48 horas, pacientes con cardiopatía isquémica y valvular. **Resultados:** Se incluyeron 167 pacientes, 93 (56%) mujeres y 74 (44%) hombres, el 100% de los pacientes presentó tromboprofilaxis en las primeras 48 horas de estancia, 164 pacientes (98%) se inició tromboprofilaxis mecánica y 102 (61%) tromboprofilaxis farmacológica. **Discusión:** Se demostró una meta del 100% de los pacientes con inicio de tromboprofilaxis en las primeras 48 horas, 99 pacientes (59%) presentaron tromboprofilaxis mecánica y farmacológica. No hubo evidencia clínica de complicaciones relacionadas a enfermedades trombóticas ni datos de sangrado.

COMPORTAMIENTO DE LA LESIÓN RENAL AGUDA EN PACIENTES CRÍTICOS TRATADOS CON VASOPRESINA

Dr. Carlos Rubio Madrigal, Dra. Janet Aguirre Sánchez, Dr. Juvenal Franco Granillo. Unidad de Terapia Intensiva "Dr. Mario Shapiro" Centro Médico ABC. Universidad Nacional Autónoma de México, Ciudad de México.

Introducción: Se han postulado los beneficios de la Vasopresina, predominantemente el efecto nefro-protector con capacidad de restaurar la perfusión renal al incrementar la presión arterial sistémica. **Objetivo:** Evaluar si la Vasopresina se asocia a disminución de la progresión de lesión renal aguda (LRA) en pacientes de la unidad de terapia intensiva (UTI). **Material y métodos:** Estudio retrospectivo, en pacientes de UTI con LRA, con noradrenalinina, divididos en dos grupos: sin y con vasopresina. Se registraron variables bioquímicas y hemodinámicas, se comparó la creatinina de ingreso vs. la creatinina máxima durante su estancia en UTI, y requerimiento de terapia de sustitución renal. Se aplicaron las pruebas de T-Student y χ^2 . **Resultados:** Fueron evaluados 80 pacientes, en dos grupos: sin y con Vasopresina APACHE II 18.9 vs 22.6 ($p=0.06$), Creatinina a su ingreso 1.2 vs 1.4 ($p=0.98$); de los cuales 29% vs 24% ($p=0.31$) progresó a LRA AKI III; sin diferencia estadísticamente significativa en requerimiento de terapia sustitutiva renal 25 vs 22% ($p=0.86$). **Discusión:** En este estudio, la Vasopresina no se asoció a disminución de la progresión de LRA en pacientes críticos, ni aumento en el requerimiento de terapia sustitutiva renal.

COMPARACIÓN DE CRITERIOS DE BERLÍN VS KIGALI PARA DIAGNÓSTICO DEL SÍNDROME DE INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA

Ulises Emmanuel Guadalupe Mouret Hernández, Martín Mendoza Rodríguez, Alfonso López González. Hospital General La Villa.

Introducción: La definición de Berlín puede no permitir la identificación de SIRA en entornos con recursos limitados, por lo que se han propuesto los criterios modificados por Kigali lo cual permite un diagnóstico temprano. **Objetivos:** Medir la efectividad diagnóstica de SIRA al comparar los criterios de Berlín vs la modificación de Kigali. **Metodología:** Estudio, comparativo, longitudinal, prospectivo en el período del 01 de enero al 30 de mayo de 2018 en pacientes ingresados a la UCI del Hospital General La Villa. Se aplicaron los criterios de Berlín y Kigali a 34 pacientes al ingreso midiéndose el tiempo para completar los mismos; realizándose prueba de ANOVA para determinar diferencia significativa en el diagnóstico temprano de SIRA. **Resultados:** Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en los tiempos de realización diagnóstica de Kigali vs Berlín con tiempos de 2.4 horas (DE: ± 0.45 horas) y 4.7 horas (DE: ± 1.4 horas) respectivamente, se encontró una correlación lineal por r de Pearson de la $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2$ y la $\text{SpO}_2/\text{FiO}_2$; se realizó regresión lineal y se propuso una escala de severidad para SIRA por índice $\text{SpO}_2/\text{FiO}_2$. **Discusión:** La escala Kigali representa un método confiable y puede ser considerado como una alternativa potencial para el diagnóstico de SIRA.

PREVALENCIA DE LA POBLACIÓN ADULTO MAYOR EN UNA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA

Martín de Jesús Sánchez Zúñiga,* Raúl Carrillo Esper,* Herlinda Sánchez Pérez*. * Instituto Nacional de Rehabilitación Luis Guillermo Ibarra Ibarra.

Introducción: Los cambios demográficos, han propiciado un aumento en la población adulto mayor. Pacientes con mayor edad, mayor cantidad de

enfermedades crónicas no trasmisibles y mayor cantidad de complicaciones. ¿Las unidades de terapia intensiva están preparadas para este tipo de población? **Objetivo:** Establecer la prevalencia de pacientes adultos mayor críticamente enfermos en una unidad de Terapia Intensiva. **Material y métodos:** Estudio transversal, retrospectivo, longitudinal. Pacientes que ingresaron a la Unidad de Terapia Intensiva del INR LGII. Se recabaron los datos demográficos, motivo de ingreso, comorbilidades, datos bioquímicos y acciones de enfermería. **Resultados:** De los 334 ingresos en el año 2017 a la unidad de terapia intensiva, 257 pacientes fueron mayores de 65 años, lo que equivale al 76% de la población que ingresa a la unidad de terapia intensiva; predominio del género femenino (66%), las comorbilidades más frecuentes fueron Hipertensión arterial sistémica y Diabetes mellitus tipo 2. Las alteraciones más asociadas fueron lesión renal aguda y desequilibrio hidroelectrolítico. **Discusión:** La población adulta mayor está en aumento, no solo en cantidad, sino con las complicaciones propias de la vejez. Las unidades de terapia intensiva no están preparadas para este tipo de población.

EL ULTRASONIDO COMPLEMENTADO CON CPIS COMO DIAGNÓSTICO TEMPRANO EN LA NEUMONÍA ASOCIADA A LA VENTILACIÓN MECÁNICA

Xiuhtlaulli López Suástequi, Ma. de Lourdes Gutiérrez López, Felipe de Jesús Montelongo; Aurea Carmona Domínguez. Hospital General de Ecatepec Las Américas.

Introducción: La neumonía asociada a ventilación es una condición frecuente con alta morbilidad en pacientes críticos; el ultrasonido es un procedimiento de primera línea en exploración pulmonar, evita radiación y traslado del paciente fuera de terapia intensiva. La predicción de esta patología se realiza con CPIS, que toma como parámetros: cuenta leucocitaria, temperatura, cantidad de secreciones, cambios en radiografía de tórax, hipoxemia y cultivos por lavado bronquial. **Objetivo:** Describir la asociación entre ultrasonido pulmonar y CPIS en diagnóstico temprano de Neumonía asociada a ventilación mecánica. **Material y métodos:** Se hace rastreo ultrasonográfico pulmonar diario a masculino de 39 años con diagnóstico postquirúrgico de perforación duodenal secundaria a traumatismo abdominal, con intubación orotraqueal y ventilación mecánica. Al 10º día presenta 25.000 leucocitos, 40 °C, aumento de secreciones bronquiales, cambios radiológicos en hemitórax derecho con consolidación, PaFiO₂ 135%, cultivos positivos *Acinetobacter Baumanii*. **Resultados:** En el rastreo ultrasonográfico pulmonar se observaron cambios en el parénquima pulmonar desde el quinto día, con patrón C en zonas 3 y 4 derechas. **Discusión:** Se detectaron cambios ecográficos en parénquima pulmonar antes que en la radiografía, por lo que se considera de alta sensibilidad y especificidad asociándola a CPIS para diagnóstico temprano en neumonía asociada a la ventilación.

DETERMINANTES DE FALLA ORGÁNICA EN UCI

Francisco Treviño Lozano, Marlene Arbeu Reyes, Tania Isabel Valdín Orozco, Alberto David Martínez Rodríguez. Hospital Universitario de Puebla.

Introducción: La sepsis es un síndrome cuya mortalidad global es del 30% y del 50% en choque séptico. A pesar de los avances para disminuir dicha mortalidad, hoy continúa siendo inaceptablemente alta. **Objetivo:** Determinar si existe correlación entre el lactato inicial y el riesgo de desarrollar falla orgánica a los cinco días de hospitalización en UCI, en sepsis y choque séptico. **Material y métodos:** Estudio observacional, ambilectivo y unicéntrico, realizado entre Enero 2012 y Diciembre 2017. **Resultados:** La muestra obtenida no fue de distribución normal. En las pruebas T de Student y U de Mann-Whitney no se encontraron diferencias significativas entre las variables. Se encontró una letalidad por sepsis del 9% y del 8,3% en choque séptico. La mediana de los niveles iniciales de lactato fue de 2,88. La correlación entre ΔSOFA y lactato fue $Rho = 0,14$. La regresión logística mostró algunos factores de riesgo para choque séptico. **Discusión:** La baja letalidad se debió al diseño y al tamaño de muestra. El 69,5% de pacientes tuvo sepsis abdominal, que es distinto de lo descrito en la literatura, en donde predomina el foco pulmonar. **Conclusiones:** El lactato no tuvo correlación estadística con la letalidad intrahospitalaria ni con falla orgánica.

ASOCIAZIÓN ENTRE EL USO DE CLORHEXIDINA COMO TERAPÉUTICA DE ASEO ORAL Y LA MULTIDROGORRESISTENCIA EN PACIENTES CON NEUMONÍA ASOCIADA A LA VENTILACIÓN

Dr. Oscar Emilio Palacios Calderón*, Dr. Alfredo Aisa Álvarez* Dr. Gilberto Camarena Alejo*, Dra. Janet Aguirre Sánchez*, Dr. Juvenal Franco Granillo*. * Departamento de Medicina Crítica "Dr. Mario Shapiro" Centro Médico ABC, Ciudad de México. Universidad Nacional Autónoma de México.

Introducción: La capacidad de la clorhexidina para prevenir la neumonía asociada a la ventilación(NAV) y mejorar su pronóstico, es aún cuestionable. **Objetivo:** Determinar asociación entre utilización de clorhexidina y multidrogorresistencia en pacientes con NAV. **Material y métodos:** Cohorte retrospectiva de casos de NAV, enero 2011 a julio 2018, cumpliendo criterios de la IDSA. Registramos variables demográficas, días de ventilación, uso de clorhexidina, aislamiento microbiológico y antibiograma. Variables categóricas expresadas como frecuencias y porcentajes, y numéricas como mediana y rango intercuartílico. Para comparación de variables con distribución normal se utilizó t de Student o U de Mann-Whitney, y para variables con distribución no normal prueba exacta de Fisher. **Resultados:** 42 pacientes con NAV, 25(60%) multidrogorresistentes y 17(40%) no multidrogorresistentes, días de ventilación mecánica con mediana de 14(12-22), 31 pacientes (74%) utilizaron clorhexidina, Pseudomonas aeruginosa aislamiento más frecuente (45%). SOFA mayor en multidrogorresistentes ($p=0.00$). Al comparar utilización de clorhexidina en el grupo con y sin multidrogorresistencia no encontramos diferencia estadísticamente significativa ($p=0.268$), tampoco en días de ventilación mecánica [14 (10.5-20.5) vs 14 (9-22.5); $p=0.788$] ni días con ventilación mecánica no invasiva [8 (6-11) vs 5.5 (4-10); $p=0.210$]. **Discusión:** Considerando la elevada prevalencia de multidrogorresistencia, es imprescindible determinar factores ajenos al uso de clorhexidina que puedan asociarse a ella.

EPIDEMIOLOGÍA DEL RETIRO DE LA VENTILACIÓN MECÁNICA EN PACIENTES EN ESTADO CRÍTICO

Nikolett Medveczky-Ordóñez, Marcos Amezcua-Gutiérrez, Sandybell Sosa-Santos, Carlos Gasca-Aldama, Lorena Pacheco-Rivera, Alexei Morales-Morales, Guillermo Hernández-López, Sergio Zamora-Gómez, Karen Castillo-Medrano, Marcos Hernández-Romero, Mario Carrasco-Flores, Marco Toledo-Rivera. Unidad de Cuidados Intensivos, Hospital Juárez de México.

Introducción: El destete es clave en la ventilación mecánica (VM) y crucial identificar el momento adecuado para la extubación, ya que la reintubación representa un aumento en el riesgo de infecciones, estancia prolongada, mortalidad e impacto económico. **Objetivos:** Determinar la epidemiología y resultados del retiro de la VM de acuerdo a características clínicas, patología y modos ventilatorios utilizados. **Metodología:** Análisis observacional, retrospectivo y descriptivo durante un periodo de 6 meses, incluyó 123 pacientes que recibieron VM en la UCI del Hospital Juárez de México, asignados aleatoriamente a un modo de ventilación para el destete: Ventilación Presión Soporte (PSV), Volumen Mandatorio Minuto (MMV), Ventilación Proporcional Asistida (VAP) y Ventilación Soporte Adaptativo (ASV). **Resultados:** Las indicaciones de VM fueron: falla respiratoria (18.69%), neurológicos (30.08%), patología abdominal (24.39%), cirugía torácica (9.75%), insuficiencia cardíaca (6.5%) y otros (10.56%). La distribución por modo ventilatorio fue: PSV=64, ASV=34, VAP=11 y MMV=14, el tiempo medio de VM fue 4.45 días. El análisis de varianza muestra suma de cuadrados=5.7, 3 grados de libertad intergrupos y 119 intragrupos, mediante prueba F se obtiene $F=0.54$ y valor crítico $F=2.68$ con $p=0.65$. **Conclusiones:** PSV fue el modo más utilizado, similar a la literatura internacional, sin diferencia significativa entre los modos utilizados.

PREVALENCIA DE SÍNDROME DE BURNOUT (PREBUS) EN MÉDICOS RESIDENTES DE TERAPIA INTENSIVA EN HOSPITALES DE TERCER NIVEL, ESTUDIO MULTICÉNTRICO INTERNACIONAL

Dr. Manuel José Rivera-Chávez², Dr. Sheldon Magder¹, Dr. Julián Enrique Valero-Rodríguez², Dr. Pedro Luis González-Carrillo², Maximiliano Valero-Vidal³, Dr. Agustín R. Urzúa-González², Dr. Edgard Efrén Lozada Hernández². ² Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajío León Guanajuato, México. ¹ Hospital General de Irapuato SSA Irapuato Guanajuato, México. ² Instituto Mexicano del Seguro Social Unidad Médica de Alta Especialidad T1 León Guanajuato, México. ³ Royal Victoria Hospital, McHill University Health Center Montreal, Quebec, Canadá. ² Universidad del Valle de México Campus Querétaro México.

Introducción: Síndrome de desgaste profesional (Sd. Burnout) ha tomado relevancia en ámbitos laboral y de enseñanza en medicina. Representa pérdidas considerables, tanto personales como profesionales. El trabajo trata sobre factores que predisponen y se asocian al síndrome en residentes de terapia intensiva en centros de tercer nivel, dos nacionales y uno canadiense. **Objetivo:** Conocer prevalencia del síndrome de Burnout en población de residentes de Terapia Intensiva en hospitales de tercer nivel en Canadá y México. Aspectos que influyen en la presentación del Síndrome. **Diseño:** Estudio prospectivo, transversal, observacional. Población: Residentes de Terapia Intensiva, en hospitales de tercer nivel en México y Canadá. **Material y métodos:** Criterios inclusión: Residentes de Tera-

pia Intensiva asignados a hospitales de tercer nivel de México y Canadá. Consentimiento informado, Cuestionario Maslach, se midió: Cansancio emocional, despersonalización y realización personal, características del centro hospitalario. **Análisis:** Datos expresados como, medianas y proporciones. Comparación entre y dentro de grupos con ANOVA. **Resultados:** El 100% de residentes canadienses evaluados tienen alto riesgo de Sd. Burnout, contra el 69.2% en mexicanos. Pareciera que predomina el alto riesgo de Burnout en residentes de Canadá en rubros de cansancio emocional y despersonalización, en residentes mexicanos en realización personal.

USG MUSCULAR FEMORAL Y SU CORRELACIÓN CON PARÁMETROS NUTRICIONALES EN PACIENTES CON CHOQUE SÉPTICO

Agustín Eduardo Jaramillo Solís, Rafael Domínguez Pérez, Ada Berenice Vargas Ortiz. Hospital Ángeles Mocel (HAM), UTI/UCI.

Introducción: Los pacientes con choque séptico se encuentran en estado hipercatabólico, presentan consumo elevado de musculatura esquelética, proporcionar un aporte nutricional temprano previene la sarcopenia. Se ha propuesto la medición del diámetro muscular femoral como un parámetro nutricional de referencia. **Objetivo:** Medir el diámetro muscular femoral en pacientes con choque séptico y correlacionarlo con parámetros nutricionales (prealbúmina, albúmina) y marcadores inflamatorios (PCR). **Material y métodos:** Se realizó un estudio piloto, de pacientes hospitalizados en el HAM, con choque séptico que ingresaron entre Marzo y Agosto de 2018.

Resultados: La media del diámetro muscular femoral a los días 1, 3 y 7 fue de 9.54 mm, 10.74 mm y 11.91 mm, respectivamente. Esta correlacionó con el incremento de prealbúmina sérica al día 1 (8mg/dL) y 7 (16.7mg/dL) Se reportaron valores de proteína C reactiva de 138.4 mg/L (día 1), 49.12 mg/dL (día 3) y 17.3 mg/dL (día 7). **Discusión:** En pacientes con choque séptico del HAM, que recibieron nutrición dentro de los primeros 7 días, se observó correlación directa entre el diámetro de la musculatura femoral y las concentraciones séricas de prealbúmina. Los valores séricos de proteína C reactiva se correlacionaron de forma inversa con la longitud del músculo recto femoral.

USO DEL ÍNDICE DE INTEGRACIÓN PULMONAR COMO PREDICTOR DEL ÉXITO O FRACASO EN LA PROGRESIÓN DE LA VENTILACIÓN MECÁNICA INVASIVA (VMI)

Dr. Jorge Eiel Monter Vigueras*, Dr. Enrique Monares Zepeda* Dr. Gilberto Camarena Alejo*, Dra. Janet Aguirre Sánchez*, Dr. Juvenal Franco Granillo*. *Departamento de Medicina Crítica "Dr. Mario Shapiro" Centro Médico ABC, Ciudad de México. Universidad Nacional Autónoma de México.

Introducción: El índice de integración pulmonar (IPI) utiliza un algoritmo basado en la medición del dióxido de carbono exhalado, frecuencia respiratoria, frecuencia cardíaca y saturación de oxígeno para proporcionar una evaluación del estado ventilatorio del paciente. **Objetivo:** Determinar si el IPI predice éxito o fracaso en el retiro de la ventilación mecánica. **Material y métodos:** De manera prospectiva, observacional, se analizaron pacientes ingresados a UTI con apoyo de VMI, utilizando el software del monitor IntelliVue MX800 para obtener el algoritmo de IPI. Se registraron variables demográficas, hemodinámicas y respiratorias para realizar un análisis estadístico multivariable, empleando modelos de regresión para comparar patrones en 2 mediciones repetidas de IPI. **Resultados:** El IPI fue recolectado en 50 paciente (43 con éxito a la extubación y 7 con falla, equivalente al 14%), el valor de IPI con un delta (± 2) al momento de la extubación tuvo especificidad de 97% y sensibilidad del 57%. **Discusión:** La bibliografía demuestra una tasa de fracaso de la extubación del 10-20%, al llevar a cabo monitoreo respiratorio mediante IPI, independientemente de la causa. En este trabajo se corroboró la utilidad de este algoritmo por lo que se podría considerar de forma rutinaria para el destete de la VMI.

MIOCARDIOPATÍA PERIPARTO REPORTE DE UN CASO

*Dr. José Luis Espinosa Camacho, **Dr. Miguel Ángel Vázquez Lozada, **Dr. Francisco Godínez García, ***Dr. Pedro Luis González Carrillo, Unidad Médica de Alta especialidad CMN Bajío, León Guanajuato, IMSS. *Médico residente de Primer año en Medicina Crítica. CMN Bajío UMAE No. 1 IMSS. **Médico adscrito Unidad de Terapia intensiva. CMN Bajío UMAE No. 1 IMSS. ***Jefe del Servicio de Terapia Intensiva. CMN Bajío UMAE No. 1 IMSS.

Introducción: La miocardiopatía periparto (MPP) es una patología potencialmente mortal y de difícil diagnóstico. Manifestada con falla cardiaca.

Objetivo: Presentar un caso de MPP, su relevancia en el diagnóstico y tratamiento oportuno. **Resumen:** Mujer de 32 años, G3, P2, C1, últi-

mo embarazo de 35 SDG, con disnea de medianos esfuerzo y edema en extremidades inferiores, se identificó hipertensión arterial, se sospechó preeclampsia, resolución cesárea de urgencia obteniendo producto único vivo, persistió disnea 72 horas con egreso voluntario a casa, 24 horas posteriores acude a urgencias por misma sintomatología, requirió intubación orotraqueal con diagnóstico de neumonía, recibió tratamiento antibiótico empírico, en UCIO se realizó 3 intentos fallidos de extubación, ingresó a UCIA con datos de falla cardiaca y paro cardiaco que respondió al primer ciclo de RCP, radiografía de tórax y ECG sugestivos de crecimiento ventricular izquierdo (VI), ecocardiograma FEVI 36%, disfunción sistólica y diastólica de VI, recibió tratamiento con levosimendán, bromocriptina y carvedilol evidenciando mejoría hemodinámica FEVI del 40% que permitió el retiro de la ventilación mecánica invasiva. **Conclusión:** La MCPP, requirió un alto índice de sospecha el padecimiento puede alcanzar una alta morbilidad, esto se modifica si se brinda diagnóstico y tratamiento oportuno.

IMPACTO DE LA INTERVENCIÓN DE LA TERAPIA NUTRICIONAL EN LOS PACIENTES DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA DE MÉXICO

Licenciado en Nutrición Vargas Gutiérrez Gaspar Acatzin, Maestra en Ciencias Dana Aline Pérez Camargo, Pasante de Nutrición Yareni Alejandra García Luna. Instituto Nacional de Cancerología de México.

Introducción: Existe alta prevalencia de malnutrición en adultos ingresados a Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), secundaria a respuesta metabólica traumática, agregando el mal estado nutricio previo a su ingreso y cáncer; una adecuada intervención nutricional influye en el resultado final del paciente clínicamente enfermo. **Objetivo:** Determinar el impacto del soporte nutricional en los pacientes de UCI. **Métodos:** Se realizó estudio descriptivo transversal y observacional. Pacientes ingresados a UCI entre Agosto 2017 y Marzo 2018, utilizando predictor de riesgo nutricional (NUTRICSCORE). Se usó paquete estadístico de SPSSv22. **Resultados:** Con una muestra comprendida por 54 sujetos, cuya edad media era de 50.24 (\pm 17.316). Con un IMC un promedio de 25.39 (\pm 6.054). Al ingreso a la UCI el 45.7% tenían un NUTRICSCORE con Alto riesgo nutricional y un SOFA promedio de 8.22 (\pm 3.337). La media de estancia en días fue de 8.33 (\pm 9.104) de los cuales recibió soporte nutricional en promedio de 8.33 (\pm 8.216) alcanzando entre 80% y 100 % del gasto energético total en una media de 3.14 días (\pm 3.243). **Conclusión:** El estado nutricional del paciente y la intervención nutricional son factores determinantes para el resultado final del tratamiento paciente clínicamente enfermo.

RESULTADOS DE LA IMPLEMENTACIÓN DE UN PROGRAMA DE RETIRO DE LA VENTILACIÓN MECÁNICA BASADO EN EL MODELO PDSA EN UNA UNIDAD DE TERAPIA POSTQUIRÚRGICA

Guillermo David Hernández-López, Diana-Escobar Ortiz, Leticia Graciano-Gaytán, Mario Arturo-Carrasco Flores, Marcos Hernández Romero, Marco Antonio Toledo Rivera. Hospital de Ortopedia. UMAE Dr. Victorio de la Fuente Narváez. IMSS.

Introducción: La mayoría de los pacientes que requieren ventilación por más de 24 horas y mejoran pueden ser extubados tras la primera prueba de ventilación espontánea. El reto es mejorar la desconexión de los pacientes que fracasan. **Objetivo:** Disminuir el fracaso en el retiro de la ventilación mecánica. **Metodología:** Se realizó un análisis de las complicaciones asociadas a la intubación orotraqueal y al empleo de ventilación mecánica. **Resultados:** El 31% requirió AMV. 47 pacientes (90.3%) habían sido sometido a cirugía de columna cervical, con abordaje de más de dos niveles y con tiempo quirúrgicos promedio de 2.5 horas. En todos ellos se aplicaron los lineamientos establecidos en el protocolo de retiro de la VM. En 8 (15.3%) pacientes se documentó prueba de fuga de globo negativa por lo que no fueron extubados y se les realizó TAC de cuello. En 5 casos (62.5%) se documentó edema de tejidos blandos y en 3 de ellos (37.5%) hematoma en cuello. **Conclusiones:** El llevar a cabo el retiro de la VM basado en un protocolo, disminuye el riesgo de fracaso en el retiro y permite detectar de manera oportuna complicaciones asociadas a la intubación y soporte mecánico ventilatorio.

IMPORTANCIA DEL MONITOREO DEL VALOR DE LA PRESIÓN DEL GLOBO DE LA CÁNULA OROTRAQUEAL DURANTE LA VENTILACIÓN MECÁNICA

Guillermo David Hernández-López, Diana-Escobar Ortiz, Leticia Graciano-Gaytán, Mario Arturo-Carrasco Flores, Marcos Hernández Romero, Marco Antonio Toledo Rivera. Terapia Postquirúrgica. Hospital de Ortopedia. UMAE Dr. Victorio de la Fuente Narváez. IMSS.

Introducción: La subinflación y la sobreinflación del globo de la cánula orotraqueal constituyen un factor de riesgo para el desarrollo de lesiones isquémicas traqueales, edema y neumonía. **Objetivo:** Aportar información sobre la importancia de la medición de la presión del globo de la COT y su relación con las complicaciones post-intubación. **Material y métodos:** Se incluyeron 65 pacientes que ingresaron a la UTP. A todos los pacientes se les realizó medición de la presión del globo de la cánula orotraqueal al ingreso, y se continuó la monitorización hasta el momento de la extubación. **Resultados:** En más del 40% de los casos los médicos anestesiólogos desconocían el valor de la presión del globo al momento de ingresar a la UTP. En 49% se reportó una presión del globo mayor al límite normal, en el 33.8% la presión del globo de la COT se encontró por debajo del límite normal bajo recomendado. Las principales complicaciones encontradas fueron odinofagia (4.6%), disfonía (7.6%), y estridor laríngeo post-extubación (3%). **Discusión:** Los pacientes con IOT sin monitoreo de la presión del globo de la COT pueden presentar complicaciones como traqueítis y estenosis. La medición de la presión del manguito endotraqueal es recomendable para evitar complicaciones postextubación.

UTILIDAD DEL ÍNDICE DE GRAVEDAD MATERNA EN LA PACIENTE OBSTÉTRICA

Guillermo David Hernández-López, Alfredo Valenzuela-Plata, José Villa-nueva-Casarrubias, Mario Arturo-Carrasco Flores, Marcos Hernández Ro-mero, Marco Antonio Toledo Rivera, Marisela Estrada-Carreón. Hospital General de Atizapán "Dr. Salvador González Herrejón".

Introducción: La morbilidad materna continúa siendo un grave problema de salud. La admisión de pacientes obstétricas a la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) es cada vez más frecuente. **Objetivo:** Establecer estrategias que permitan detectar a la paciente obstétrica con mayor riesgo de morbilidad. **Método:** Se incluyeron todas las pacientes obstétricas que ingresaron a la UCI durante el período de Enero del 2018 a Julio del 2018. Se realizó cálculo del índice de gravedad materna a su ingreso al área de Triage obstétrico. **Resultados:** Se incluyeron 33 pacientes. La edad promedio fue de 26.7 años. El APACHE II promedio de ingreso fue de 10.1 puntos mientras que la valoración SOFA promedio se situó en 4 puntos. El motivo principal de ingreso fue en 11 pacientes la hemorragia obstétrica (33.3%), 13 por enfermedad hipertensiva del embarazo (39.39%) y 9 por sepsis (27.27%). 55% presentó 2 criterios, 35% 1 criterio y 10% tres criterios. Se finalizó el embarazo en 18 pacientes, por cesárea en el 83.3% (15) y cesárea + histerectomía en 16.6% (3). **Dis-cusión:** El empleo del índice de gravedad materna constituye una estrategia que permite identificar oportunamente las pacientes graves, que requieren priorización de intervenciones y recursos.

PAPEL DEL ÍNDICE TRIGLICÉRIDOS GLUCOSA EN LOS PACIENTES EN ESTADO CRÍTICO

Inés López Islas, Juan Ernesto Vásquez Vásquez. Hospital General Dr. Enrique Cabrera, Secretaría de Salud de la Ciudad de México.

Introducción: El índice triglicéridos/glucosa (ITG) es una alternativa para valorar la resistencia a la insulina en la población general, se desconoce su papel en la UCI. **Objetivo:** Conocer el papel del ITG en los pacientes en estado crítico. **Material y métodos:** Estudio retrospectivo, se realizó en pacientes hospitalizados en la UCI del Hospital Enrique Cabrera de enero a diciembre del 2017, se determinó: ITG al ingreso, días de estancia (DE) y sobrevida. Se clasificó los pacientes por patología de ingreso. Se calculó: ITG Ln (TG (mg/dl) x glucosa (mg/dl))/2 con punto de corte 4.5, porcentajes, frecuencias y medias. **Resultados:** 70 pacientes, 45 mujeres y 25 hombres, número de pacientes por diagnóstico: cetoacidosis diabética 7, ITG 5.22, 1 falleció; preeclampsia: 15, ITG 5.09; choque séptico: 10, ITG 4.89, 1 falleció; síndrome de Héllip: 4, ITG 5.08; neumonía: 8, ITG 5.38, 2 fallecieron; choque hipovolémico: 6, ITG 4.94; pancreatitis: 7, ITG 5.18, 1 falleció; politrauma: 3, ITG 4.93; cardiopatía isquémica: 4, ITG 5.19; otras patologías: 6, ITG 4.96. **Discusión y conclusión:** De acuerdo al ITG todos los pacientes presentaron resistencia a la insulina, quienes fallecieron tenían ITG mayor, pudiera existir correlación de éste con la mortalidad.

TROMBOSIS DE LA VENA PORTA EN EL EMBARAZO. REPORTE DE UN CASO

Dra. Alba Hernández Gutiérrez, Dra. Ma. Natalia Gómez González, Dr. Raúl Soriano Orozco, Dr. Pedro Luis González Carrillo. CMN Siglo Bajío, IMSS.

Introducción: La trombosis venosa se presenta en 1/1000 embarazos. Los síntomas incluyen dolor abdominal, fiebre y dispepsia. La ecografía

Doppler es la primera línea de diagnóstico. El tratamiento es la anticoagulación precoz. **Objetivo:** Presentar un caso clínico de trombosis venosa portal en el tercer trimestre del embarazo. **Reporte de un caso:** Mujer de 31 años de edad. AGO G:4, P:3 Emb 24.6 SDG por FUM. Dos semanas previas a su ingreso con dolor abdominal en hipocondrio derecho irradiado a la región dorsal, náusea y vómito, sin mejoría con antiespasmódicos, acudió al servicio de Urgencias, valorada por obstetricia, control sonográfico: PUVI de 23.3 SDG con datos sugestivos de trombosis de la vena porta (90%) y la vena esplénica (70%), por lo que ingresó a UCI, descartando otra patología agregada se inició tratamiento con HBPM. Control sonográfico 5 días posteriores: trombosis espleno portal hasta la zona extrahepática, repermeabilización por red colateral a nivel extrahepático. Estable, egresada 6 días posteriores, tratamiento conservador hasta término del embarazo (37.5 SDG), en el puerperio continuó con anticoagulantes orales (warfarina). **Discusión:** El embarazo complicado con trombosis incrementa la mortalidad materna, por lo que un alto índice de sospecha es necesario para el diagnóstico y tratamiento adecuado.

ÍNDICE LACTATO/ALBÚMINA COMO MARCADOR PRONÓSTICO DE MORTALIDAD EN PACIENTES CON CHOQUE SÉPTICO

Jessica Catalina García Balderas, Martín Mendoza Rodríguez, Alfonso López González. Hospital General La Villa.

Introducción: El choque séptico es un diagnóstico común y letal en las áreas críticas por lo que es necesario contar con marcadores pronósticos disponibles y confiables. **Objetivo general:** Determinar qué cifras del índice lactato/albumina se asocian más a la mortalidad en pacientes con choque séptico para conocer si existe un valor de corte que sirva como marcador pronóstico. **Material y métodos:** Se realizó un estudio clínico, observacional, descriptivo-analítico, transversal y ambispectivo en donde se incluyeron pacientes con diagnóstico de choque séptico aplicando los criterios de inclusión, exclusión y eliminación. **Resultados:** Encontramos que un valor de índice lactato/albumina al ingreso de 1.52, a las 6 horas de 1.32 y a las 24 horas de 1.34 se correlacionó con un valor predictivo positivo del 96%, 96% y 100%, con un valor predictivo negativo del 88%, 95% y 95% respectivamente con una sensibilidad entre el 88% y 100% y con una especificidad en todos los casos del 95%. **Discusión:** El empleo del índice lactato/albumina es un marcador fácilmente aplicable con un alta sensibilidad y especificidad, lo que coincide con la literatura reportada.

ÍNDICE RESISTIVO RENAL COMO PREDICTOR DE LESIÓN RENAL AGUDA EN PACIENTES CON PREECLAMPSIA EN UCI

Dr. Luis Alberto Ruiz Marines, Dr. Martín Mendoza Rodríguez. Hospital General La Villa.

Objetivo: Identificar el riesgo de desarrollo de LRA empleando el índice resistivo renal, en pacientes con preeclampsia con criterios de severidad que ingresan a UCI en los Hospitales de la Secretaría de Salud de la Ciudad de México. **Material y métodos:** Es un estudio clínico, observacional, descriptivo, transversal, prospectivo. **Resultados y discusión:** La distribución por grupo edad, donde la edad promedio fue 26 años, en un 78% fueron mayores a 20 años y en un 22% menores de 20 años. La sensibilidad del I.R.R fue del 100% y la especificidad del 25%. Por lo tanto, tiene la capacidad de detectar la enfermedad en sujetos enfermos y una menor capacidad para detectar la ausencia de la enfermedad en sujetos sanos. **Conclusión:** El Índice resistivo renal es una herramienta fundamental en las Unidades de Cuidado Intensivos a la cabecera del paciente el cual permite evaluar la función renal a través del flujo sanguíneo renal.

EL REPORTE DE UN CASO: "SÍNDROME DE TAKOTSUBO EN UN HOMBRE POSTERIOR A LA REALIZACIÓN DE NEFRECTOMÍA"

Dra. Yazmín Cortés Tapia, Dr. Ignacio Morales Camporredondo, Dra. Katerina de la Rosa López, Hospital Angeles Mocel.

Introducción: El síndrome de Takotsubo se distingue por angina y elevación del ST similar a infarto agudo de miocardio (IAM), ausencia de obstrucción coronaria en fase aguda, disinesia antero apical con hipercinesia basal reversible y evolución electrocardiográfica típica, elevación de enzimas de daño miocárdico. Una etiología común es la descarga exagerada de actividad simpática, espasmo de las coronarias y disfunción microvascular, asociado a un desencadenante: estrés emocional agudo, estrés físico no habitual y procedimientos quirúrgicos. **Objetivo:** Presentar caso: hombre de 55 años con manifestaciones típicas de síndrome coronario agudo con síndrome de Takotsubo. **Material y métodos:** Hombre de 55 años hipertenso, ingresó por tumoración renal izquierda, sometido a nefrectomía izquierda. Durante el posoperatorio presentó disnea, diaforesis y edema agudo pulmonar. Electrocardiograma desnivel positivo del ST cara

lateral alta 0.15mv. Coronariografía normal. Ventriculografía con imagen característica. Ecocardiograma: movimiento anómalo del septum, disinesia de segmentos apicales e hipercontractilidad de los segmentos basales, FEVI 42%. **Resultados:** El paciente cursó con síndrome de Takotsubo. **Discusión:** La presentación de este caso es atípica por género y tiempo de inicio del cuadro clínico. Se concluyó síndrome de Takotsubo por presentación clínica y paraclinica.

EL ÍNDICE LACTATO/ALBÚMINA COMO MARCADOR PREDICTOR DE MORTALIDAD HOSPITALARIA EN PACIENTES CON CHOQUE SÉPTICO

Dra. Yazmín Cortés Tapia, Dr. Ignacio Morales Camporredondo, Dra. Katerina de la Rosa López, Hospital Angeles Mocel.

Introducción: Los sistemas de puntuación predictiva: escala APACHE II, SOFA y lactato nos permiten evaluar objetivamente el pronóstico y mortalidad en pacientes con sepsis y choque séptico. El inconveniente de APACHE II y SOFA, es no contar al ingreso con los parámetros para su cálculo. **Objetivos:** Determinar el índice lactato/albumina como marcador de mortalidad hospitalaria en pacientes con choque séptico y establecer su correlación con lactato, SOFA y APACHE II. **Material y métodos:** Estudio retrospectivo, observacional, transversal, comparativo y analítico. Pacientes ingresados a UTI, ambos géneros, diagnóstico de choque séptico del 01 de abril 2017-30 de junio 2018. **Resultados:** 44 pacientes con choque séptico, de 22-95 años, distribución por género del 50%, mortalidad hospitalaria 22.7%. El incremento del índice lactato/albumina fue un predictor independiente de mortalidad y sensibilidad del 85%. La significancia estadística por t de Student fue $p = 0.022$ y presentó fuerte correlación entre lactato e índice L/A de 0.923. **Discusión:** En este estudio el valor de cohorte para índice L/A fue (1.2) y la sensibilidad (85%), similar a lo reportado en la literatura. El índice L/A demostró ser un predictor de mortalidad independiente y semejante a la correlación establecida con escala APACHE II.

DÉFICIT DE PROTEÍNA S: REPORTE DE UN CASO

Dr. Gustavo Méndez Martínez, Dra. Lizette Paule Ormeño Claudet. Hospital Ángeles de Villahermosa.

Antecedentes: La deficiencia de proteína S predispone a trombosis venosa. **Objetivo:** Presentación de un caso y revisión de la literatura. **Caso clínico:** Masculino, 38 años de edad. Ingresó el 11/07/2016 por mareo y cefalea, vómito en proyectil, disminución progresiva del estado de alerta. Glasgow de 7, requirió intubación orotraqueal. TAC de cráneo: sin alteraciones, angio-resonancia de cráneo: normal. Diagnósticos: Acidosis metabólica/EVC/insuficiencia renal aguda. Evolucionó con oliguria, persistencia de la acidosis metabólica e hipertotasemia. Se inició HDFVVC con prisma. Curso con IAM con tratamiento conservador por insuficiencia renal. Presentó mejoría progresiva y se egresó a domicilio con hemodiálisis. Reingresó 3 semanas después por alteración del estado de alerta con manifestaciones neurológicas, IRM cráneo con zonas de isquemia periventriculares, ganglios basales y tallo cerebral, nuevo IAM, con persistencia de elevación de azoados, Doppler renal con trombosis de arteria renal bilateral. Se solicitó niveles de proteína C y S, con lo que se hace el diagnóstico de déficit de proteína S. **Discusión y conclusiones:** La deficiencia de proteína C y S constituye causa de trombofilias congénitas o adquiridas que predisponen a la aparición de trastornos tromboembólicos. Su diagnóstico es importante porque permite realizar profilaxis para evitar el riesgo de recurrencias.

MIOCARDIOPATÍA NO COMPACTADA ASOCIADA A WOLFF PARKINSON WHITE

Dr. José Ramón Molina Valdés; Dr. Alfredo Arellano Ramírez; Dr. Gilberto Adrián Gasca López. Hospital Regional de Alta Especialidad Ixtapaluca.

Reporte de caso: La miocardiopatía no compactada, también conocida como espongiforme, es una anomalía congénita infrecuente con afectación en el gen 4,5 del cromosoma Xq28, en relación con alguna otra alteración genética y trastornos de la conducción, caracteriza por alteraciones de la pared miocárdica, con trabéculas prominentes y recessos intertrabeculares profundos, que dan lugar a un miocardio grueso con dos capas, su incidencia es de 1 de cada 1000 estudios de ecocardiográficos realizados, por su alta asociación con muerte súbita y arritmias, su diagnóstico debe tenerse presente siempre con el fin de instrumentar medidas terapéuticas que eviten la muerte súbita. Se presenta caso de femenino de 46 años que ingresa al servicio de urgencias por presencia de taquicardia supraventricular, con cardioversión farmacológica sin respuesta, por lo que se realiza cardioversión eléctrica, saliendo a ritmo sinusal, pero

con presencia de onda delta, documentando síndrome de Wolff Parkinson White ingresando a la UCI por choque cardiogénico, realizándose ECO-cardiograma y documentándose una miocardiopatía no compacta.

SÍNDROME HEMOLÍTICO URÉMICO ATÍPICO ASOCIADO A PREECLAMPSIA. REPORTE DE CASO

Dra. Guadalupe Vera Aguirre; Dr. Alfredo Arellano Ramírez; Dr. Gilberto Adrián Gasca López. Hospital Regional de Alta Especialidad Ixtapalapa.

El síndrome hemolítico urémico (SHU) es una entidad clínica definida por la triada anemia hemolítica no inmune, trombocitopenia y lesión renal aguda, en la que las lesiones subyacentes están mediadas por un proceso de microangiopatía trombótica (MAT) sistémica. El SHU atípico (SHUa) es un subtipo de SHU en el que los fenómenos de MAT son consecuencia de la pérdida de regulación de la vía alternativa del complemento sobre las superficies celulares de causa genética. El SHUa es una enfermedad muy rara que, pese al tratamiento estándar con terapia plasmática, frecuentemente evoluciona a la insuficiencia renal crónica terminal, con elevada mortalidad. Se estima que el SHUa tiene una incidencia anual de 1-2 casos por millón de habitantes por lo que se presenta caso de feme- nino de 26 años que ingresa al servicio con diagnósticos de preeclampsia con criterios de severidad presentando trombocitopenia severa, anemia severa y lesión renal aguda, realizando estudios bioquímicos documen-tando descenso de haptoglobina, Coombs directo negativo, elevación de ADAMTS13, alteración del complemento C3, C4, y CH50, confirmando el diagnóstico de un SHUa, iniciando sesiones de plasmaférésis y terapia de remplazo renal continua.

TORMENTA TIROIDEA EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS: REPORTE DE UN CASO

J. Alejandro Saucedo Valentín, S. Michelle Valdés Silva. Terapia Intensiva IMSS, UMAE No 25, CMNE. Monterrey, N.L.

Introducción: La tormenta tiroidea es una entidad médica que de no ser reconocida a tiempo puede ocasionar una alta mortalidad del paciente, esto lo hace más agravante si se presenta en una mujer embarazada o en puerperio. **Objetivo:** Presentar el caso de una tormenta tiroidea en paciente se encuentra en su etapa de puerperio. **Caso:** Se trata de paciente femenino de 32 años de edad, con hipertiroidismo desde hace 8 años en manejo médico después suspendido, con embarazo de 9 SDG por US presenta disnea progresiva e incapacitante, ingresando a Ginecobstetricia con datos de preeclampsia severa, y probable neumonía, por lo cual deciden desembarazo. En el puerperio quirúrgico en UCIA a las 72 horas cursa con fibrilación auricular de respuesta ventricular alta, rubicundez, fiebre dándose manejo médico ante una tormenta tiroidea, confirmando con prueba de tiroides con supresión de TSH, con T3 libre y T4 elevada, manejo médico sin mejoría, realizándose después tiroidectomía con mejoría del cuadro. **Discusión y conclusiones:** Un manejo médico inadecuado del hipertiroidismo en el embarazo está asociado con problemas como parto pre término, preeclampsia, o tormenta tiroidea, la sospecha clínica y pruebas de tiroides son fundamentales para el manejo y pronóstico de este tipo de pacientes.

USO DE ÓXIDO NÍTRICO EN SIRA SEVERO SECUNDARIO A INFLUENZA AH1N1

Dr. José Ramón Molina Valdés; Dr. Alfredo Arellano Ramírez; Dr. Gilberto Adrián Gasca López. Hospital Regional de Alta Especialidad Ixtapalapa.

El Síndrome de Insuficiencia Respiratoria Aguda (SIRA) es la máxima expresión de daño pulmonar asociado a patologías infecciosas como neumonía AH1N1, su evolución en la mayoría de casos es a FOM (Falla orgánica múltiple) y muerte. La ventilación en rangos protectores y uso de Óxido nítrico (NO) inhalado mejora la oxigenación y saturación de oxígeno, con dosis adecuadas y vigilancia estrecha disminuye los días de estancia hospitalaria. **Objetivo:** Uso del NO en SIRA severo secundario a Influenza AH1N1. **Metodología:** Tipo de estudio: observacional, transversal, retrospectivo y analítico. Muestra: Pacientes en UCI con diagnóstico SIRA severo e influenza AH1N1 confirmado por PCR. Criterios de inclusión: Mayores de 18 años, con SIRA, PCR (+) influenza AH1N1 que requirió ventilación mecánica (VM) y uso de ON. **Resultados:** 25 pacientes, con edad mínima de 35 y máxima 65 años, estancia promedio 19 días, ventilación mecánica promedio 15 días, dosis promedio de NO 40-60 ppm, con tomas de metahemoglobina con un promedio de 2.74%, en todos hubo remisión de la lesión pulmonar, 87.5% presentaron infección sobre agregada, 62.5% ingresaron con diagnóstico de lesión renal aguda, al final remitió. **Conclusión:** La lesión pulmonar se revirtió exitosamente con el uso oportuno del ON.

TROMBOEMBOLIA PULMONAR DE ALTO RIESGO Y EVENTO VASCULAR CEREBRAL ISQUÉMICO EN UNA PACIENTE SIN FORAMEN OVAL PERMEABLE

Dra. Joyce Ivette Pinzón López; Dr. Héctor Herrera Bello; Dr. Silvio Antonio Namendys Silva. Hospital Fundación Clínica Médica Sur.

Introducción: La asociación entre evento vascular cerebral isquémico y tromboembolia pulmonar es rara y está descrita en presencia de foramen oval permeable (FOP); su coexistencia es un predicción de eventos isquémicos silenciosos. No existen recomendaciones puntuales sobre el tratamiento de estos casos. **Objetivo:** Describir la presentación clínica y desenlace de 2 eventos tromboembólicos simultáneos en una enferma sin FOP. **Reporte de caso:** Mujer de 68 años, obesa mórbida, con antecedentes de hipotiroidismo y esquizofrenia. Ingresó por disnea súbita, cianosis y deterioro neurológico. Por angiotomografía se confirmó trombosis de ramas lobares sementarias derechas, cumpliendo criterios para trombosis. Después de 48 horas se observó en tomografía de cráneo, imagen hipotenusa parietotemporal derecha y oclusión de arteria cerebral media (M1-M2) con datos de recanalización de flujo. Por ecocardiografía transesofágica se descartó la presencia de FOP. La paciente egresó con secuelas neurológicas mínimas después de 19 días de estancia hospitalaria. **Conclusión:** La presencia de 2 eventos tromboembólicos simultáneos, uno con manifestaciones clínicas y el otro de presentación silente, abre la discusión para la individualización del tratamiento trombolítico, así como la evaluación de riesgos, beneficios y complicaciones. No hay reportes en la literatura de pacientes con un cuadro clínico similar.

SÍNDROME DE INFUSIÓN DE PROPOFOL. REPORTE DE CASO

Williams Denis Pérez Jesús, William Alejandro Esquivel Ancona, José Antonio García Góngora, Marco Antonio Cetina Cámara, Lucio Soberanes Ramírez, Rommel Jesús Rivas Salazar, Verónica Peña Suárez, Doris del Carmen Salazar Escalante. Hospital General Dr. Agustín O'Horán. Mérida, Yucatán.

Masculino de 28 años, sin antecedentes médicos. Sufre accidente de tránsito, conductor de bicicleta arrollado por vehículo. Ingresó a urgencias con Glasgow 11 puntos (O:3 V: 2 M:6), TAC de cráneo contusión cerebral temporal y parietal derecha, sin desplazamiento de línea media, valorado por neurocirugía sin requerir manejo quirúrgico. Evolución tórpida las primeras 24 horas con Glasgow 8 puntos y vomito en proyectil, se decide neuroprotección con sedoanalgésia y ventilación mecánica. TAC de cráneo control con incremento de la hemorragia intraparenquimatosa y edema cerebral sin desplazamiento de línea media permanece 48 horas en urgencias con pico máximo de CPK 1268ui/L y posterior normalización. Ingresó a UCI donde se continúan medidas de neuroprotección, sedoanalgésia con propofol, dexmedetomidina y fentanilo, cursó con estabilidad hemodinámica, lactato 1, sin fallas orgánica. Presenta 48 horas posteriores al ingreso a UCI y de inicio súbito deterioro hemodinámico con incremento de lactato 4.4, acidemia metabólica descompensada, lesión renal aguda, rabdomiolisis incremento de CPK con pico máximo 47,952 ui/L, transaminasemia, hiperkalemia 6.5mmol/L, Hiperfosfatemia 6.6mg/dl, hipocalcemia 7.7mg/dl, troponina I 2.65ng/ml, hipertrigliceridemia 489mg/dl, arritmia cardiaca con disfunción miocárdica aguda. Requerimiento de doble vasopresor noradrenalina, vasopresina así como inotrópico.

RUPTURA DE HEMATOMA HEPÁTICO COMO COMPLICACIÓN DEL SÍNDROME DE HELLP: REPORTE DE CASO

Célida Villaseñor Lomelí, Rommel Jesús Rivas Salazar, Víctor Rodrigo Galán Luna. Hospital General Agustín O'Horán.

Introducción: Ruptura hepática; complicación catastrófica de preeclampsia y HELLP. Incidencia 2%, mortalidad 60-85%. Multiparas 30-40 años. Principalmente lóbulo hepático derecho. Etapas: 1. Isquemia y necrosis; lesión endotelial y microangiopatía, 2. Remodelación, neovascularización, 3. Hemorragia, 4. Ruptura cápsula Glisson. Triada dolor epigástrico e hipocondrio derecho, choque y estado hipertensivo previo. Anemia, transaminasemia, DHL elevada e hiperbilirrubinemia. Diagnóstico USG, TAC, RM y visualización transoperatoria. Tratamiento quirúrgico, embolización o transplante. **Objetivo:** Descripción caso clínico primigesta con ruptura hepática secundario a HELLP. **Material y métodos:** Primigesta 25 años, 35 SDG, sin antecedentes. Ingreso TA 160/110 mmHg, con preeclampsia severa realizándose cesárea. Postquirúrgico dolor súbito hipocondrio derecho, deterioro cognitivo datos de choque y abdomen agudo. Bioquímicamente: Transaminasemia, DHL elevada, hiperbilirrubinemia. Documentándose hemorragia crítica aguda transoperatorio, hematoma subcapsular y ruptura lóbulo derecho, con ligadura arteria hepática derecha. **Resultados:** Choque hipovolémico, coagulopatía, hipofibrinogenemia, hipoprotrombinemia,

trombocitopenia. Tratamiento hemoderivados, ácido tranexámico y Factor VII recombinante activado, hemodiálisis. Fallece por síndrome compartamental abdominal. **Discusión:** Ruptura Hepática secundario a necrosis periportal y depósitos de fibrina sin reacción inflamatoria, microangiopatía y lesión endotelial del sinusoides. Complicaciones: coagulopatía, lesión renal, sepsis, y posterior cirugía necrosis hepática o biliar. Mortalidad materno-fetal dependen de sospecha diagnóstica y tratamiento temprano.

EVALUACIÓN DE 2 MODELOS PARA PREDICCIÓN DE DELIRIO CON “E-PREDELIRIC” Y “PREDELIRIC” EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

Mónica Gil Gil, Roberto Carlos Santamaría Aguirre, Raúl Chio Magaña. Hospital Ángeles Mocel.

Introducción: El Delirio una disfunción cerebral aguda de curso fluctuante que incrementa la mortalidad en pacientes críticos. La predicción se realiza con escalas E-PREDELIRIC al ingreso y PRE-DELIRIC a las 24 horas. **Objetivo:** Evaluar la eficacia de dos escalas de predicción del delirio. **Material y métodos:** Estudio transversal, retrospectivo, observacional y comparativo. Se incluyeron todos los pacientes que ingresaron del 1 de Junio al 24 de Agosto de 2018. Se aplicó “E-PREDELIRIC” y “PREDELIRIC”. Se realizó chi cuadrada y correlación de Pearson para variables cuantitativas y prueba exacta de Fisher para las cualitativas. El diagnóstico de delirio se realizó con escala CAM-ICU. **Resultados:** Fueron en Total 50 pacientes, la media de edad fue 63.5 años, predominaron mujeres (52%). La edad de las mujeres fue proporcional al riesgo de delirio con “E-PREDELIRIC” y “PREDELIRIC” en 32.8% y 35% respectivamente comparado con 7.2% y 24% en hombres ($p=0.001$). La estancia en UCI es mayor en los pacientes con delirio ($p=0.022$). El “E-PREDELIRIC” no fue estadísticamente significativo para predecir delirio ($p=0.56$) en comparación con PREDELIRIC con $p=0.033$. **Discusión:** El “PREDELIRIC” es útil para detectar oportunamente delirio, lo que permite disminuir los días de estancia en UTI e iniciar tratamiento precoz.

SEGURIDAD Y CALIDAD DE ATENCIÓN EN MEDICINA CRÍTICA CON USO DE CATÉTERES CENTRALES COLOCADOS POR VÍA PERIFÉRICA

Dra. María Guadalupe Gómez García; Dra. Yazmín Fabiola Borquez López; Dra. Janet Aguirre Sánchez; Dr. Gilberto Camarena Alejo; Dr. Juvenal Franco Granillo. Centro Médico ABC.

Introducción: El catéter venoso central insertado periféricamente (PICC), es una herramienta médica vital en la atención del paciente crítico, actualmente son muchos los pacientes susceptibles a recibir terapia intravenosa (TIV) que se benefician del diagnóstico y terapéutica empleada por PICC, proporcionando una mayor calidad de atención y disminuyendo considerablemente complicaciones secundarias a accesos vasculares. **Objetivo:** Analizar variables descriptivas de los PICC, en dos unidades de cuidados intensivos (UCI) para demostrar el rendimiento, basados en la experiencia de su uso. **Material y métodos:** Estudio retrospectivo, se revisó la base de datos de TIV en un periodo de 5 años, 1154 PICC colocados en UCI, exponiendo la experiencia de su uso, los días catéter, inserción y complicaciones. **Resultados:** Anatómicamente el sitio más común de inserción fue la vena basilar (75%), vena cefálica (18%) y braquial (7%); un promedio de duración de 21 días catéter. De los 1,154 accesos registrados, 115 (10%) presentaron complicaciones, destacando: posición inadecuada (53%), multipunción (6%), extravasación (9%), trombosis (9%), obstrucción (10%), reportando cero bacteriemias relacionadas con catéter (BRC). **Discusión:** La colocación de PICC ha demostrado seguridad y calidad en la atención de los pacientes de UCI, a través de la disminución de la tasa de incidencia de bacteriemia.

FALLA HEPÁTICA HIPERAGUDA EN EL PUEPERIO. REPORTE DE CASO

José Antonio García Góngora, Williams Denis Pérez Jesús, William Alejandro Esquivel Ancona, Marco Antonio Cetina Cámara, Lucio Soberanes Ramírez, Rommel Jesús Rivas Salazar, Verónica Peña Suárez, Erick Francisco Romero Mejía, Doris del Carmen Salazar Escalante. Hospital General Dr. Agustín O'Horán. Mérida, Yucatán.

Femenino 20 años, sin antecedentes previos, con embarazo de término, inicia padecimiento un mes previo con prurito en palmas de manos, sin alteraciones de la pigmentación, 3 días previos vomito gastroalimentario postprandial inmediato, ictericia generalizada 24 horas previas, con alteraciones PFH, trombocitopenia y coagulopatía a su ingreso, se realiza interrupción de embarazo por cesárea, hallazgo de “hígado con petequias”, ingresa a UCI en posquirúrgico sin complicaciones, desarrollando falla

renal y progresión de la falla hepática para el 6to día, presentando bilirubinas totales de hasta 17 mg/dl GGT:140, sin ninguna mejoría de estas a pesar de las medidas implementadas, con una medición de amonio sérico de hasta 2.5 veces su límite superior TC con edema cerebral y presentando deterioro neurológico progresivo por lo que se decide intubación, cumpliendo criterios para una falla hepática hiperaguda con anemia persistente, trombocitopenia e hipofibrinogenemia con apoyo transfusional, se descarta etiología viral y bacteriana, se realiza traslado a tercer nivel, se inicia tratamiento de soporte hepático extracorpóreo, con mejoría posterior al mismo, disminución de las fallas orgánicas que presentaba, descartándose encefalopatía metabólica, mejoría progresiva de laboratorios ya sin técnicas extracorpóreas de soporte orgánico, concluyéndose etiología por hígado graso del embarazo.

SÍNDROME CATATÓNICO EN ENCEFALITIS

AUTOINMUNE: PRESENTACIÓN DE CASO CLÍNICO

Dra. Sofía Stephany Martínez Rodríguez, Dr. Pedro Luis González Carrillo, Dra. Maritza Jacqueline Valadez Márquez, Dr. Carlos Galves Banda. Centro Médico Nacional del Bajío.

Introducción: La encefalitis aguda es una inflamación severa y progresiva del cerebro. Las causas más frecuentes son infecciosas; en la última década se han identificado nuevos síndromes y biomarcadores que han colocado a la autoinmunidad como una causa no infecciosa importante.

Objetivo: Describir el abordaje diagnóstico y terapéutico de la encefalitis de causa no infecciosa. **Caso clínico:** Mujer de 30 años, sana, G5P3A2, último embarazo normoevolutivo, concluyendo el 02/03/2018, vaginal, sin complicaciones. Inicio padecimiento en el posparto mediato con labilidad emocional, celotipia, ideas de referencia, alucinaciones visuales y auditivas complejas, dos meses más tarde con síndrome meníngeo, convulsivo y catatónico, se agregó deterioro neurológico requiriendo IOT e ingreso a UCI. RMN de encéfalo: hiperintensidad mesial temporal y frontoparietal izquierda y núcleos basales; ANA+, ACL+, EGO: cilindros granuloso, eutiroidea, panel viral(-), LCR: inflamatorio, BAAR, gram, cultivo y tinta china negativos, BOC(-) y anti-NMDAR pendiente; EEG: descargas epileptiformes interictales. Recibió tratamiento con inmunoglobulina, metilprednisolona y benzodiacepinas. Se logra extubación, disminución de catatonía, resolución de síndrome meníngeo y convulsivo. **Discusión:** La encefalitis autoinmune se caracteriza por alteraciones psiquiátricas, deterioro del alerta, convulsiones y disautonomías como clave. El principal diagnóstico diferencial se hace con patologías autoinmunes e infecciosas.

MODELO PRE-DELIRIC COMO PREDICTOR DE DESARROLLO DE DELIRIO EN PACIENTES EN TERAPIA INTENSIVA

Dra. Reyna Carbajal Serrano; Dr. Gilberto Camarena Alejo; Dra. Janet Aguirre Sánchez; Dr. Juvenal Franco Granillo. Centro Médico ABC.

Introducción: El delirium es un trastorno neuropsiquiátrico que afecta a pacientes en UCI, se asocia con aumento en la mortalidad, hospitalización prolongada y deterioro cognitivo a largo plazo. Existen pocas herramientas que evalúan el riesgo de presentarlo. **Objetivo:** Determinar si el modelo PRE- DELIRIC predice el desarrollo de delirium en pacientes de UCI. **Material y métodos:** Estudio prospectivo en 200 pacientes se aplicó PRE-DELIRIC a las 24 horas de ingreso, se registraron variables sociodemográficas y clínicas. Se valoró quien desarrolló delirio durante su estancia. La información se analizó mediante estadística descriptiva. Las variables se evaluaron en escala numérica y se reportaron en términos de porcentajes y desviación estándar. **Resultados:** Riesgo alto 12%, riesgo muy alto 30%, de este grupo 73% masculinos, promedio de edad: 63 años, 70% desarrollaron delirium, 50% con sepsis, APACHE-II promedio 18 puntos, 75% con acidosis metabólica, 50% con neoplasia y mortalidad 27%. **Discusión y conclusiones:** PRE-DELIRIC es un modelo estático que demuestra probabilidad calculada para delirium 24 horas después de la admisión, es una herramienta útil para detectar riesgo de delirium en pacientes en UCI. Al usar esta escala predictiva de manera rutinaria podríamos instaurar medidas preventivas para disminuir la mortalidad y días de estancia hospitalaria.

DESCRIPCIÓN DE MOTIVOS DE INGRESO Y COMPLICACIONES EN PACIENTES CRÍTICOS BAJO INMUNOTERAPIA ONCOLÓGICA

Dr. Luis Ernesto Varela Sánchez, Dra. Elina Alexandra Rodríguez Meléndez; Dra. Alma Contreras Contreras; Dr. Juvenal Franco Granillo; Dra. Janet Aguirre Sánchez; Dr. Gilberto Camarena Alejo; Dra. Raquel Gerson Cwillich. Centro Médico ABC.

Introducción: La inmunoterapia es un tratamiento oncológico en pacientes terminales que puede mejorar pronóstico, sus efectos adversos y la patología de base pueden requerir cuidados críticos. **Objetivo:** Describir

motivo de ingreso a unidad de terapia intensiva (UTI), complicaciones del paciente oncológico bajo inmunoterapia. **Material y métodos:** Análisis retrospectivo, observacional, descriptivo de complicaciones con uso de inmunoterapia previo o durante su estancia en UTI. **Resultados:** Pacientes bajo pembrolizumab 50%, nivolumab 34.3%, ipilimumab 15.26%. Complicaciones relacionadas a inmunoterapia 15% (n=15). Motivos de ingreso: trastorno pulmonar 55.3%, digestivo 18.4%, neurológico 15.8%, cardiovascular 10.5%. Defunciones en UCI: 28% (n=9). **Discusión:** Los pacientes terminales bajo inmunoterapia cursan con una tasa baja de complicaciones asociadas, se debe continuar el estudio de esta población y adaptar criterios de ingreso para este tipo de pacientes.

PANCREATITIS NECRÓTICA EN UN PACIENTE CON TRASPLANTE HEPÁTICO EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS: REPORTE DE UN CASO

J Alejandro Saucedo Valentín, David Cañedo Galindo, Ma. Rosario Muñoz Ramírez
Terapia Intensiva IMSS, UMAE No 25, CMNE. Monterrey, N.L.

Introducción: El trasplante hepático es una opción terapéutica en pacientes con falla hepática aguda en el contexto de terapia intensiva, puede ofrecerle una supervivencia de hasta un 90% al año de ser transplantado, pero no está exento de complicaciones. **Objetivo:** Presentar el caso de un paciente pos trasplantado por falla hepática aguda, que presenta una complicación sistémica inflamatoria, que condiciona mala evolución clínica. **Caso:** Masculino de 31 años que presenta falla hepática aguda por AINES, ingresa UCIA con deterioro neurológico por lo cual requirió manejo de vía aérea, laboratorios al ingreso con valores que indicaban la necesidad de un trasplante hepático urgente, ingresando en Emergencia 0. Trasplantado con evolución clínica favorable, a las dos semanas de evolución con choque distributivo, se realiza TAC de abdomen de control con datos de pancreatitis aguda, por mala evolución clínica se decide laparotomía exploradora encontrando páncreas necrótico mayor del 80%, siendo la causa directa del fallecimiento. **Discusión y conclusiones:** Las pancreatitis agudas necróticas tienen una elevada mortalidad, es de suma importancia demostrar si la pancreatitis necrótica cursa de forma aseptica o séptica, buscar opciones diagnósticas y terapéuticas es la línea a seguir para normar conducta para el paciente, ya que ello dependerá su pronóstico.

LA PROCALCITONINA, DIFERENCIA ENTRE GRAM POSITIVOS Y NEGATIVOS

Dr. Sanabria Trujillo Giovanni, Dra. Mónica Malagamaba Monjaraz, Dra. Ochoa Arredondo Lorena, Dr. Carmona León Alex Michel, Qfb Vianey Vázquez Correa, Tlc. Oswaldo Godínes Salinas. Hospital Star Médica Luna Parc Cuautitlán Izcalli.

La procalcitonina (PCT) es una prohormona aminopéptica que en durante los estados sépticos se incrementa de manera considerablemente rápido se ha comenzado a publicar estudios que establecen la capacidad de la PCT a través de los niveles en sangre de diferenciar entre Gram positiva, Gram negativos e infecciones por hongos. El objetivo de este estudio es Reproducir en un grupo de pacientes la capacidad que tiene la PCT de discriminación entre bacterias gram +, gram - y hongos. Estudio retrospectivo observacional y descriptivo revisan pacientes con diagnóstico establecido por los criterios establecidos conforme a las guías diagnósticas con procalcitonina como cultivos de sangre, fluidos y tejidos. **Resultados:** Se analizaron 188 pacientes de los cuales 117 cumplieron con los criterios de inclusión de los cuales en 54 pacientes con Bacilos Gram negativos el promedio de PCT fue de 6.5. En 19 paciente Gram positivos el promedio de PCT fue 2.5 y en Levaduras 14 PCT 0.5 datos que son similares los grupos d otros estudios con similares características además un grupo de 34 pacientes quienes tienen PCT negativas pero positivos los hemos y urocultivos. **Conclusión:** La procalcitonina si permite discriminar infecciones entre Gram positivos, negativos y levaduras en la gran mayoría de los casos.

EMPIEMA MASIVO SECUNDARIO A LESIÓN ESOFÁGICA POSTFUNDUPLOCATURA LAPAROSCÓPICA

Dr. Giovanni Sanabria Trujillo, Dr. Daniel Morales Bárcenas, Dra. Rosa Evelia Vega Medrano, Dra. Ochoa Arredondo Lorena, Dr. Erick Rusniev Tapia Rodríguez, Dra. Alejandra María Del Consuelo Ramírez Arce Cerri-lllos. Hospital Star Médica Luna Parc Cuautitlán Izcalli.

Inicia con dolor en epigastrio moderado, náuseas y vómito gástrico. Gastroenterología la ingresa como disinesia vesicular+ intolerancia a la vía oral para realizar endoscopia la cual demuestra gastritis y estenosis que requiere dilatación en 2do tiempo. 48 horas después de la endoscopia paciente

gradualmente refiriendo dificultad respiratoria. Desaturación aumento en patrón respiratorio se toma placa Tórax se observa Derrame pleural bilateral predominio izquierdo el cual es masivo se da manejo en UCI por cuadro de Sepsis Severa que requiere manejo de 3 vasoactivos a dosis altas y tras descomprimir empiema masivo se documentan *E. coli*, *Candida albicans* y *E. faecalis*. Se realiza estudio TAC contrastado y establece lesión a nivel inferior de esófago parte terminal de funduplicatura la cual tenía 6 meses de realizada. Ingresa a Quirófano y se repara en cirugía toracoabdominal. Paciente mejora tras 3 meses de manejo y se va a casa. A pesar de los mejores resultados obtenidos con los avances en la cirugía, las lesiones esofágicas representan un continuo reto. El diagnóstico es difícil de hacer, dado que los hallazgos clínicos pueden ser sutiles, se traduce en un retraso en el diagnóstico y tratamiento con mayor morbilidad y mortalidad.

CORRELACIÓN DE LOS NIVELES SÉRICOS DE PROCALCITONINA CON LA PROGRESIÓN DEL PUNTAJE SOFA EN PACIENTES SÉPTICOS CON FALLA ORGÁNICA MÚLTIPLE EN TERAPIA INTENSIVA

Teresa del Carmen Ávila Rojas, Israel Solís Fuentes, Marcela Esquivel Velázquez; Juan Pedro Chávez Pérez, Alfonso Chávez Morales; Hospital General de México.

Introducción: La falla orgánica múltiple en sepsis incrementa la síntesis de procalcitonina; mientras que su disminución indicaría control de la infección; simultáneamente la escala de evaluación de falla orgánica secundaria (SOFA) fue diseñada para predecir mortalidad, que por sí sola no indica su progresión en los pacientes, situación que podría determinarse al correlacionarla con procalcitonina como biomarcador. **Objetivo:** Correlacionar los niveles séricos de procalcitonina con progresión del puntaje SOFA en pacientes sépticos con falla orgánica múltiple al ingreso y las 48 horas en terapia intensiva. **Material y métodos:** Descriptivo, longitudinal, prospectivo, rama de estudio piloto, diagnóstico de ingreso choque séptico y falla orgánica múltiple, SOFA ≤ 12 puntos. Niveles de procalcitonina reportados por laboratorio. Cálculo de SOFA al ingreso, 24 y 48 horas de estancia en UCI. Se calcularon las medidas de tendencia central. **Resultados:** La mortalidad en UCI después de las 48 horas correlacionó 0.87 el aumento de SOFA asociado al incremento sérico de procalcitonina mejorando su sensibilidad. **Discusión:** La mortalidad se correlacionó positivamente al incremento de procalcitonina y SOFA por incremento de lesión renal, se deberá ampliar el número de sujetos de estudio, acorde a la teoría de límite central, se podría predecir que no habría cambios significativos a los observados.

ÍNDICE NEUTRÓFILO LINFOCÍTICO VS PROCALCITONINA PARA GUIAR MANEJO ANTIBIÓTICO EN NEUMONÍA ASOCIADA A LA VENTILACIÓN

Dr. Ramiro José Nucamendi Gaona, Dr. Martín Mendoza Rodríguez, Dr. Andrés Muñoz García. Hospital General La Villa.

Introducción: El índice neutrófilo/linfocito, es la división del número absoluto de neutrófilos entre el número absoluto de linfocitos, biomarcador que se ha propuesto como indicador de inflamación sistémica y de infección.

Objetivos: Demostrar que el índice Neutrófilo linfocítico es útil para guiar la terapia antibiótica en la neumonía asociada a la ventilación con mayor efectividad que con el uso de procalcitonina. **Material y métodos:** Estudio bioespectro, longitudinal, descriptivo, comparativo. Incluyó pacientes de UCI del Hospital General La Villa del 01 de enero al 30 de mayo del 2018, se registró: neumonía asociada a la ventilación, procalcitonina, índice neutrófilo linfocítico. **Resultados:** 30 pacientes, 77% hombres, 23% mujeres, los cuales recibieron múltiples antibióticos - solos o en combinación. Todos presentaron CPIS mayor o igual a 6. Prueba de chi-cuadrado para asociación entre NAVM, procalcitonina e índice neutrófilo linfocítico al inicio ≤ 8.4. **Discusión:** El índice Neutrófilo/Linfocítico entre valores de 17-36 se considera una buena herramienta para guiar el tratamiento antibiótico en pacientes con neumonía asociada a ventilación mecánica.

ASOCIAZIÓN ENTRE RUIDO Y LA DIFICULTAD PARA CONCILIAR EL SUEÑO EN EL PACIENTE EN ESTADO CRÍTICO

Alma Carolina Gollaz-Cervantez, Mariana Lira-Trujillo, Roberto Carlos Miranda-Ackerman, Francisco José Barbosa-Camacho, Fabiola Bermúdez-Temes, Itzel Anahí Espinoza-Mercado, Jorge Arturo Lagunas-Fuentes, Gerardo Vizcaíno-Salazar, Bryan Baltazar Torres-Orozco, Alejandro González-Ojeda. Hospital San Javier en Guadalajara.

Introducción: Los pacientes que son ingresados a las UCI ven afectado su sueño por el ruido de actividades propias del personal, alarmas de mo-

nidores, ruido generado por otros pacientes, visitantes y procedimientos diagnósticos y terapéuticos. **Objetivo:** Relacionar el nivel de decibelios en UCI General y UCI Coronaria con el descanso de los pacientes. **Material y métodos:** Estudio transversal que incluyó a 71 pacientes admitidos en UCI General y UCI Coronaria. Se recolectaron niveles de audio tres veces al día y se les preguntó si pudieron conciliar el sueño o algo los molesto la noche anterior. **Resultados:** El nivel de ruido encontrado tuvo una media de $62.45 \text{ dB} \pm 3.7$. El turno donde encontramos más ruido fue el turno vespertino con una media de $62.88 \text{ dB} \pm 3.41$. Al comparar los niveles de ruido en los diferentes turnos, test ANOVA unidireccional mostró significancia estadística en UCI General ($p=0.018$). Entre más tiempo estuvieron hospitalizados los pacientes, menos referían que el ruido afectaría su sueño. **Discusión:** Los decibelios captados en las unidades de terapia intensiva no solo duplican lo recomendado en guías de la OMS, sino que se registraron mayor aumento en las unidades cercanas a donde enfermería realiza los cambios de turno.

PARTICULAR VS SEGURO: ESTANCIA Y MORTALIDAD EN PACIENTES DE LA UCI

Alma Carolina Gollaz-Cervantez, Mariana Lira-Trujillo, Roberto Carlos Miranda-Ackerman, Francisco José Barbosa-Camacho, Fabiola Bermúdez-Temes, Itzel Anahí Espinoza-Mercado, Jorge Arturo Lagunas-Fuentes, Gerardo Vizcaíno-Salazar, Bryan Baltazar Torres-Orozco, Alejandro González-Ojeda. Hospital San Javier en Guadalajara.

Introducción: Las diferencias en mortalidad y días de estancia intrahospitalaria en pacientes con seguro médico vs particulares en la UCI de un hospital privado son inciertas. **Objetivo:** Evaluar la mortalidad y los días de estancia intrahospitalaria en UCI de pacientes con seguro medico vs particulares. **Material y métodos:** Estudio de cohorte retrospectivo de 457 pacientes en la UCI de un hospital privado en Guadalajara, MX. Se analizaron los ingresos de 2 años y se delimitaron los pacientes finados, los días de estancia intrahospitalaria y tomamos en cuenta trasladados y egresos voluntarios. **Resultados:** De 457 pacientes incluidos, 59.7% ($n=273$) tenían seguro médico privado con mortalidad de 28% ($n=128$), 1.9% ($n=9$) fueron trasladados y 1.7% ($n=8$) egresaron voluntariamente, 22.7% ($n=104$) estuvieron menos de 5 días hospitalizados y 36.9% ($n=169$) superaron dicho tiempo. Los particulares ocuparon el 40.3% ($n=184$) con mortalidad de 16.4% ($n=75$), se trasladaron 5% ($n=23$) y 2.6% ($n=12$) egresaron voluntariamente, 26.6% ($n=122$) duraron menos de 5 días hospitalizados y 13.5% ($n=62$) superaron dicho tiempo. El análisis mostró significancia estadística para estos valores ($p=0.000$). **Discusión:** Los asegurados tuvieron mayor mortalidad y mayor estancia comparados con los particulares, esta diferencia podría ser debido a adversidad económica o posibles diferencias en la práctica médica que aumentaron las altas voluntarias y trasladados en los pacientes particulares.

CREATININFOSFOQUINASA A LAS 24 HORAS COMO FACTOR PREDICTOR DE LESIÓN RENAL AGUDA EN TRAUMA MÚLTIPLE

Abraham Díaz Ramírez; Martín Mendoza Rodríguez. Hospital General La Villa, Secretaría de Salud de la Ciudad de México.

Objetivo general: Identificar qué valor de creatininfosfoquinasa se relaciona con el desarrollo de lesión renal aguda en pacientes con trauma múltiple que ingresaron a la Unidad de Cuidados Intensivos en el Hospital General La Villa. **Material y métodos:** El presente estudio es clínico, observacional, descriptivo, ambispectivo y analítico. Se ingresaron 35 pacientes que desarrollaron Lesión Renal Aguda (LRA) de acuerdo a los criterios KDIGO. **Resultados:** De los 35 pacientes que ingresaron predominó el género masculino (83%) en comparación con un 17% de pacientes del género femenino. El grupo de edad más afectado fue de 39-42 años de edad, de éstos 53% desarrollaron datos clínicos y paraclinicos de LRA (CK 3790 U/L) y sin LRA 47% (CK 2057 U/L). **Conclusiones:** Se identificó el valor de CK promedio en los pacientes que desarrollaron LRA (3790 U/L) El género más afectado con un 87% fue el masculino. El grupo de edad más afectado fue de 39-42 años, el 53% desarrolló LRA y de ellos 19% requirieron terapia de reemplazo renal. Se aplicó la prueba Chi cuadrada para evaluar la significancia en la asociación entre valores de CK y LRA y se observó un valor de 2.3, sin significancia estadística.

IMPACTO DE LA PÉRDIDA DE COHERENCIA HEMODINÁMICA SOBRE EL PRONÓSTICO DE PACIENTES CON CHOQUE HEMORRÁGICO

Víctor Hugo Cervantes López, Sergio Zamora Varela, Jesús Nicolás Panjoña Leal, Marisel Rabelo De la Torre, Antonio Martín Orduña Beltrán, Alejandro Esquivel Chávez, José Ángel Baltazar Torres. UMAE Hospital de Especialidades "Dr. Antonio Fraga Mouret", Centro Médico Nacional La Raza, IMSS. Ciudad de México.

Introducción: En pacientes con choque hemorrágico, la mejoría de la macrocirculación no siempre se asocia con mejoría de la microcirculación [pérdida de la coherencia hemodinámica (PCH)]. La PCH parece estar asociada con mal pronóstico. **Objetivo:** Determinar si la PCH tiene impacto negativo sobre el pronóstico de pacientes con choque hemorrágico.

Pacientes y métodos: Estudio retrospectivo en pacientes con choque hemorrágico ingresados a la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI). Recabamos variables demográficas y clínicas. Calculamos índice de choque (ICH) e índice D₂CO₂/D₂O₂ para determinar la PCH al ingreso y a las 6 horas de estancia en la UCI. Formamos y comparamos 3 grupos: con CH, sin CH y con ambos índices anormales. $p < 0.05$ se consideró estadísticamente significativa. **Resultados:** Analizamos 203 pacientes, edad 54.1 años, 56.7% hombres, mortalidad 27.1%. El 39.4% de los pacientes tuvo pérdida de la CH y el 34% presentó ambos índices anormales a las 6 horas de estancia en la UCI. La mortalidad fue de 18.5%, 26.3% y 34.8% en los pacientes con CH, sin CH y con ambos índices anormales, respectivamente ($p < 0.05$). **Discusión:** La pérdida de la CH y la presencia de ambos índices anormales se asocian con mal pronóstico en pacientes con choque hemorrágico.

CORRELACIÓN ENTRE EL DÉFICIT CALÓRICO ACUMULADO Y EL DELTA DEL GROSOR DEL CUÁDRICEPS MEDIDO POR ULTRASONIDO EN PACIENTES GRAVEMENTE ENFERMOS

Teresita González Contreras, Marissa del Socorro Quintal Ramírez, Lizbeth Lugo García Hilda María Hernández Ortega, Mario Alberto Gutiérrez Tavárez, Sergio Zamora Varela, José Ángel Baltazar Torres. UMAE Hospital de Especialidades "Dr. Antonio Fraga Mouret", Centro Médico Nacional La Raza, IMSS. Ciudad de México.

Introducción: El déficit calórico (DC) es frecuente en pacientes graves y produce desnutrición. La medición de masa magra (MM) es un parámetro confiable del estado de nutrición de estos enfermos y puede evaluarse mediante ultrasonido. **Objetivo:** Determinar si el DC contribuye a la pérdida de MM. **Pacientes y métodos:** Estudio prospectivo en pacientes graves que recibieron nutrición artificial (NA). Recabamos variables demográficas y clínicas. Medimos DC y grosor del cuádriceps (GC) los días 0, 3, 7, 10 y 14 de estancia en UCI. Evaluamos correlación entre DC y delta del GC (Δ GC) mediante r de Pearson. Comparamos Δ GC entre pacientes con déficit calórico crítico (DCC) y no crítico (DCNC) mediante T de Student. $p < 0.05$ se consideró estadísticamente significativa. **Resultados:** Analizamos 32 pacientes, edad 48.5 años, 62.5% mujeres, mortalidad 31.3%. DC se presentó en 90.6% de pacientes. Δ GC fue de 1.8 mm (día 3), 2.9 (día 7), 1.4 (día 10) y 1.3 (día 14). Δ GC tuvo $r = -0.026$, ($p=0.889$) con el DC. Δ GC fue de 3.3 mm en pacientes con DCC y de 2.4 mm en pacientes con DCNC ($p=0.582$). **Discusión:** DC es frecuente en pacientes graves que reciben NA. No encontramos correlación entre DC y GC en estos pacientes.

UTILIDAD DE LA EXCURSIÓN DIAFRAGMÁTICA MEDIDA POR ULTRASONIDO COMO PREDICTOR DE FRACASO EN EL RETIRO DE LA VENTILACIÓN MECÁNICA INVASIVA EN PACIENTES SÉPTICOS

Dalia Amaranta García Ibarra, Saira Sanjuana Gómez Flores, Israel Moreno López, Luis Delgado Baldazo, Ignacio Alberto Méndez de Jesús, Francisco Agustín Martínez Ayuso, Abraham Antonio Cano Oviedo. UMAE Hospital de Especialidades "Dr. Antonio Fraga Mouret", Centro Médico Nacional La Raza, IMSS. Ciudad de México.

Introducción: La disfunción diafragmática (DD) causa fracaso del retiro de la ventilación mecánica (RVM). La evaluación de la función diafragmática podría predecir fracaso del RVM. **Objetivo:** Demostrar que la excursión diafragmática (ED) es predictor de fracaso del RVM. **Pacientes y métodos:** Estudio prospectivo en pacientes con VM >48 horas. Recabamos variables demográficas y clínicas. Medimos ED en ambos diafragma y calculamos promedio. Determinamos la utilidad de la ED promedio (EDP) para predecir fracaso del RVM mediante curva ROC, sensibilidad (S), especificidad (E) y valores predictivos positivo (VPP) y negativo (VPN). $p < 0.05$ se consideró estadísticamente significativa.

Resultados: Analizamos 63 pacientes, edad 54.2 años, 55.6% mujeres. El 23.8% fracasaron al RVM. EDP fue significativamente menor en pacientes que fracasaron (14.9 mm) en comparación con aquellos con retiro exitoso (19.4 mm). EDP tuvo área bajo la curva ROC de 0.925. EDP de 16 mm tuvo S de 87.5%, E de 80%, VPP de 42% y VPN de 98% para predecir fracaso del RVM. **Discusión:** Los pacientes que fracasan al RVM tienen EDP significativamente menor en comparación con los pacientes con retiro exitoso. ED es útil como predictor de fracaso del RVM en pacientes con VM >48 horas.

ÍNDICE DE CHOQUE ELEVADO COMO FACTOR DE RIESGO PARA LA PROGRESIÓN DE LA DISFUNCIÓN ORGÁNICA EN PACIENTES CON CHOQUE CIRCULATORIO

Eric Pereyra Guzmán, Otoniel Toledo Salinas, Víctor Manuel Ramírez Carpio, Nancy Allín Canedo Castillo, Brigette Carmen Tejeda Huezo, José Ángel Baltazar Torres. UMAE Hospital de Especialidades "Dr. Antonio Fraga Mouret", Centro Médico Nacional La Raza, IMSS.

Introducción: El índice de choque (ICh) puede identificar hipoperfusión tisular, la cual contribuye al desarrollo de disfunción orgánica (DO). **Objetivo:** Determinar si ICh elevado es factor de riesgo independiente para progresión de DO en pacientes con choque. **Pacientes y métodos:** Estudio prospectivo en pacientes con choque. Recabamos variables demográficas y clínicas. Calculamos ICh al ingreso a UCI (ICh elevado >0.70 lat/min/mmHg). Evaluamos función orgánica mediante escala SOFA. Consideramos progresión de DO incremento ≥2 puntos a 72 horas. Evaluamos desempeño de ICh como predictor de desarrollo de DO mediante curva ROC y su asociación mediante regresión logística. p <0.05 se consideró estadísticamente significativa. **Resultados:** Analizamos 90 pacientes, edad 55 años, 55.6% hombres. El 64.4% tuvieron ICh elevado al ingreso a UCI. El 25.9% de pacientes con ICh elevado tuvieron progresión de DO en comparación con 9.37% de pacientes con ICh normal (p=0.09). El ICh elevado tuvo área bajo la curva ROC de 0.67 (IC95% 0.52-0.82, p=0.01) como predictor de desarrollo de DO y en el análisis multivariado reportó OR de 4.11 (IC95% 1-19.9, p=0.05) como factor de riesgo independiente.

Discusión: ICh elevado es factor de riesgo independiente y tiene adecuada capacidad discriminativa para identificar desarrollo de DO en pacientes con choque.

COMPARACIÓN DE PRISMA® VERSUS PRISMAFLEX® EN LA REDUCCIÓN DE AZOADOS EN PACIENTES CRÍTICOS CON LESIÓN RENAL AGUDA EN HEMODIAFILTRACIÓN VENOVENOSA CONTINUA

Perla Elena Martínez García, Fernando Espino Franco, José Guadalupe Perales Hernández, Felipe Arturo Valenzuela Hernández, Misael Facundo Bazaldúa, Abraham Antonio Cano Oviedo, Alejandro Esquivel Chávez. UMAE Hospital de Especialidades "Dr. Antonio Fraga Mouret", Centro Médico Nacional La Raza, IMSS.

Introducción: Las terapias de reemplazo renal continuo (TRRC) son cada vez más utilizadas en pacientes críticos con lesión renal aguda (LRA). La reciente actualización en la tecnología de las máquinas Prisma® supone una mayor eficiencia. **Objetivo:** Comparar la reducción de azoados con Prisma® versus Prismaflex® en pacientes críticos con LRA sometidos a hemodiafiltración venovenosa continua (HDFVVC). **Pacientes y métodos:** Estudio retrospectivo en pacientes críticos con LRA tratados con HDFVVC con máquinas Prisma® o Prismaflex®. Recabamos variables demográficas y clínicas. Comparamos porcentaje de reducción de azoados entre pacientes tratados con Prisma® versus Prismaflex®, p <0.05 se consideró estadísticamente significativa. **Resultados:** Analizamos 43 pacientes, edad 48.9 años, 62.8% hombres, mortalidad 60.5%. El 79.1% fueron tratados con máquina Prisma® y 20.9 con Prismaflex®. QB fue mayor en los pacientes con Prismaflex®. El porcentaje de reducción de CrS fue mayor en pacientes con Prismaflex® (51.1%) en comparación con los tratados con Prisma® (35.5%). Sin embargo, la diferencia no alcanzó significancia estadística (p=0.060). **Discusión:** La mortalidad de los pacientes críticos con LRA es elevada. La depuración de solutos es similar con ambas máquinas.

INFARTO CEREBRAL EN ZONA LIMÍTOFE ASOCIADO A BAJO GASTO. PRESENTACIÓN DE UN CASO

Agustín Eduardo Jaramillo Solís, Ada Berenice Vargas Ortiz. Hospital Ángeles Mocel (HAM).

Introducción: Las lesiones isquémicas en áreas limítrofes que corresponden a regiones de circulación terminal sin colaterales, localizadas en zonas de unión de las de los territorios de dos arterias mayores. **Objetivo:** Reportar el caso de un infarto en territorio limítrofe, asociado a bajo gasto. **Material y métodos:** Mujer de 71 años con pérdida del estado de alerta. Acude a urgencias con ECG 10 puntos y frecuencia cardíaca 32 lpm, se colocó marcapasos transcutáneo con recuperación neurológica *at integrum*; en UTI deterioró neurológico súbito con fc 35 lpm y ECG 6 puntos, SpO2 85% TA 90/60 mmHg, uresis de 0.4 ml/kg/hora; se decidió manejo avanzado de la vía aérea y colocación de marcapasos venoso temporal. Se progresó la ventilación y despertó con hemianopsia bilateral. Estudios de imagen compatibles con isquemia en región occipital izquier-

da. **Resultados:** Isquemia occipital izquierda, compatible con infarto en zona limítrofe, asociado a enfermedad del nodo. **Discusión:** Mujer de la octava década con infarto en zona limítrofe demostrada por resonancia magnética nuclear, asociada a disminución del gasto cardiaco por bloqueo auriculoventricular completo.

¿PERMITE LA PROCALCITONINA DIFERENCIAR ENTRE GRAM POSITIVOS Y NEGATIVOS?

Dr. Giovanni Sanabria Trujillo; Dra. Mónica Malagamba Monjaraz; Dra Lorena Ochoa Arredondo; Dr. Alex Michel Carmona León; Qfb. Vianey Vázquez Correa; Tlc. Oswaldo Godínes Salinas. Hospital Star Médica Luna Parc Cuautitlán Izcalli.

La procalcitonina (PCT) es una prohormona que en la sepsis incrementa se han publicado estudios que establecen su capacidad para diferenciar entre Gram Positivos, Negativos y Hongos. El objetivo de este estudio es Reproducir en un grupo de pacientes la capacidad que tiene la PCT de discriminación entre bacterias Gram positivas, negativas y hongos. Estudio Retrospectivo Observacional y descriptivo revisan pacientes con Diagnóstico establecido por los criterios establecidos conforme a las guías diagnósticas con Procalcitonina como Cultivos de Sangre, fluidos y Tejidos. **Resultados:** Se analizaron 117 de los cuales en 54 pacientes con Bacilos Gram negativos el promedio de PCT fue de 6.5. En 19 paciente gram positivos el promedio de PCT fue 2.5 y en Levaduras 14 PCT 0.5 datos que son similares a otros estudios además de 34 pacientes quienes tienen PCT negativas pero positivos los hemos y urocultivos. **Conclusión:** Procalcitonina permite discriminar infecciones entre Gram positivos, negativos y levaduras en la gran mayoría de los casos.

PSEUDOTROMBOCITOPENIA EN PACIENTE CON EMBARAZO DEL TERCER TRIMESTRE: REPORTE DE CASO

Daniel Ruvalcaba Ayala, R. Alejandro Ponce Mendoza, E. Enrique Olvera Carranza. IMSS, UMAE No. 25, CMNE. Monterrey, N.L.

Introducción: La pseudotrombocitopenia se presenta aproximadamente en el 0.1% de las personas que tienen aglutininas dependientes de EDTA que pueden inducir la aglutinación plaquetaria, en el embarazo es pobremente diagnosticada. Debido a la morbilidad, alto riesgo de sangrado y evitar complicaciones durante el embarazo, se debe realizar un protocolo de estudio correcto que descarte esta entidad. **Objetivo:** Presentar el caso de un paciente con pseudotrombocitopenia. **Caso:** Mujer 28 años de edad, con diabetes mellitus en buen control, con embarazo de 28 SDG, inicia cuadro el 30/07/18 en la consulta prenatal donde se detecta trombocitopenia de 9,000 K/uL en exámenes de control, valorada por ginecoobstetricia con ultrasonografía obstétrica sin actividad uterina, sin eventos hemorrágicos. Tratada con dexametasona, valorada por hematología/UCIA, se realiza muestra en tubo azul con citrato por macroplaquetas reportando 208,000 K/uL considerando conteo normal decidiendo suspender esteroide, siendo egresada de la unidad de cuidados intensivos el 03 de agosto del 2018. **Discusión y conclusiones:** La pseudotrombocitopenia es una falsa disminución en el número de plaquetas (menor de 150,000 K/uL), se debe a la formación de agregados plaquetarios en la muestra sanguínea, lo que se traduce en una lectura equivocada. Los pacientes con pseudotrombocitopenia no presentan eventos hemorrágicos.

ANALGESIA MULTIMODAL DEL PACIENTE GRAN QUEMADO EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS. REVISIÓN DE CASO

Dra. Sandra Elizabeth Castillo Sánchez; Dr. Adrian Ángeles Velez Médico Adscrito a UCI SSCDMX; Dra. Ocelotl Pérez Rafaelita Médico Adscrito a UCI ISSSTE.

Femenino de 31 años tras encontrarse en su hogar, escucha explosión por fuga de gas, presenta deflagración de cara, brazos, cuello y pies, niega perdida del estado de alerta, inhalación de humo, acude a esta unidad pasa a quirófano para dermofasciotomía de miembros torácicos e ingresa a UCI con TA 121/68 mmHg, FC 108x', FR 22x', T° 36.5 °C. Diagnóstico: Quemadura térmica 40% de SCQ. Postoperatoria de dermofasciotomía en miembros torácicos. Refiere dolor en escala de EVA 9/10, por lo cual se inicia manejo de analgesia con infusión de Ketamina a 0.3 mg/kg/h. Las lesiones por quemaduras ocurren en 1.25 millones de personas en EUA cada año, la mayoría son resultado de quemaduras relacionadas con la llama. Asociadas a intenso dolor el cual ocurre simplemente por cambios de vendaje, de vida corta alta intensidad y el dolor de fondo se experimenta sin provocación, presente en reposo, menos intenso pero constante, con exacerbaciones espontáneas sin razón conocida. El control inadecuado del dolor se asocia con trastornos psiquiátricos, el trastorno de estrés postraumático, la analgesia efectiva facilita la rehabilitación y recu-

peración. La ketamina; reduce la transmisión central mediada por NMDA disminuye consumo de opioides y así sus efectos adversos.

COAGULOPATÍA INTRAVASCULAR DISEMINADA Y AUTOINMUNIDAD SISTÉMICA EN EL PUEBLO

M Concepción Alcaraz Moreno, Rubén A Ponce Mendoza, Samantha M Valdés Silva. Unidad de Cuidados Intensivos IMSS UMAE 25. CMNE. Monterrey, Nuevo León.

Introducción: La coagulopatía intravascular diseminada (CID) es una patología frecuente en UCI, de múltiples etiologías, caracterizada por mecanismos desorganizados de la coagulación. **Objetivo:** Presentar caso de paciente en puerperio quirúrgico patológico con CID, Rho + y sepsis. **Caso:** Femenino 20 años de edad sin antecedentes de importancia. Cesárea el día 30/07/2018 por desprendimiento prematuro de placenta. Reintervenida 24 horas después por fiebre y dolor abdominal encontrando piocolecisto y absceso pélvico, realizándose histerectomía y colecistectomía. Referida 2 días después por falla orgánica múltiple y choque séptico. Ingresó con trombosis de mano derecha. 2º día laboratorios compatibles con CID sin sangrado, tiempos de coagulación prolongados, predominantemente TTP, trombocitopenia severa, persistiendo trombosis. 7º día presenta sangrado de rectos abdominales requiriendo empaquetamiento con compresas, sangrado persistente pese a optimización terapéutica. Perfil reumatológico hipocomplementemia, leucopenia, Rho positivos, Antinucleares negativos, recibe esteroides y 5 días de inmunoglobulina mejorando respuesta inflamatoria. Se documenta evento cerebral isquémico y hemorrágico por neuroimagen. Coagulopatía persistente y falla orgánica múltiple recidivante. **Discusión:** La CID en una patología que puede ser desencadenada en pacientes obstétricas tanto de origen inmunológico y actividad tromboplasmática como es en este caso. Además de patología reumática, la asociación lupus con anticuerpos Rho positivos y ANA negativos, se reportan menor del 32%.

SEGURIDAD Y FACTIBILIDAD DE LA REHABILITACIÓN FÍSICA OPORTUNA EN PACIENTES CRÍTICOS

Dr. César Rojas Gómez, Dr. Oscar Palacios, Dr. Eduardo Nájera González, Dra. Janet Aguirre Sánchez, Dr. Gilberto Camarena Alejo, Dr. Juvenal Franco Granillo, Dra. Paulina de Regil González, Dra. María Eloísa Sánchez Zúñiga. Centro Médico ABC, Ciudad de México.

Introducción: El desgaste muscular en los pacientes críticos es mayor las primeras 3 semanas de estancia en la unidad de cuidados intensivos (UCI); la terapia de rehabilitación física oportuna (TRFO) es obligatoria para atenuar la falta de acondicionamiento muscular; siendo la atención médica multidisciplinaria un pilar en la evolución exitosa de los pacientes. **Objetivo:** Establecer un análisis retrospectivo del tratamiento de rehabilitación física oportuna en el paciente en estado crítico. **Material y métodos:** El estudio se realizó en UTI y unidad de cuidados intermedios entre enero a julio del 2018. **Resultados:** Se realizó TRFO en 318 pacientes, en las primeras 24 horas al ingreso en el 73.2% (n=232), el 84.2% (n=267) se dieron de alta por mejoría. Sin complicaciones graves (eventos centinela) asociadas a la rehabilitación. Con mortalidad del 3.5% (n=11), no asociada a la TRFO.

Discusión: La TRFO es un método adecuado para mitigar la disfunción neuromuscular. Nuestro estudio corrobora que esta terapéutica, es segura para los pacientes críticos, en el manejo multidisciplinario debe estar considerada la intervención de médicos rehabilitadores, que dirigen el tipo de rehabilitación a realizar. Se debe de adoptar este modelo de atención oportuna, para el manejo seguro y de alta calidad a nuestros pacientes.

BENEFICIO DE LA NUTRICIÓN PARENTERAL HIPOCALÓRICA CON ALTO CONTENIDO PROTEICO (NPTAP)

José Joaquín Romero Velázquez, Alberto de la Vega Bravo, Eva del Carmen Orduna Carriles. CMN 20 de Noviembre. ISSSTE.

Introducción: NPTAP, retoma un interés significativo en pacientes con respuesta inflamatoria severa, en las primeras semanas de la respuesta inflamatoria. **Objetivos:** Valorar si NPTAP baja frecuencia y severidad de complicaciones metabólicas, valorar si limita la progresión de respuesta inflamatoria sistémica. **Diseño:** Serie de casos. Retrospectivo, paciente: veinticinco pacientes. **Material y métodos:** NPTAP con relación C/N 70:1 a 80:1; ingreso de N2 mayor de 12 a 20 g/día. Bajo aporte de sustratos calóricos y aumento de sustratos proteicos, calorías totales 850 a 1350, suspendido una semana después de iniciar la vía oral. Valorado por EMNI semanal. **Resultados:** Este método demostró mejoría metabólica nutricia e inmunológica, documentada a través de la medición y análisis de: Albúmina (alb) ($p < 0.001$), tranferrina ($p < 0.015$). Mejoría del balance nitrogenado ($p < 0.00013$), linfocitos totales. **Discusión:** NPTAP permitió frenar hipercatabolismo proteico, mejoró respuesta a proteínas marcadoras, no

incrementó el grado de disfunción hepática y mejoró tolerancia a la glucosa, respuesta inflamatoria y función inmunológica.

BICARBONATO DE SODIO EN INFUSIÓN VS EN BOLOS EN LRA

ASOCIADA A RABDOMIOLISIS SECUNDARIA A POLITRAUMA

Dra. Diana Fernanda Morales Serrano, Dr. Martín Mendoza Rodríguez, Dr. Andrés Muñoz García. Hospital General La Villa.

Introducción: La lesión renal aguda por rhabdomiólisis secundaria a trauma es frecuente en los hospitales de la SEDESA. **Objetivos:** Valorar si el bicarbonato de sodio en infusión es mejor que el bicarbonato de sodio en bolos en la LRA asociada a rhabdomiólisis secundaria a politrauma severo.

Material y métodos: Se llevó a cabo un estudio clínico - epidemiológico, observacional, descriptivo, analítico, en los que se trató, reanimó pacientes con diagnóstico de rhabdomiólisis y trauma múltiple severo en la UCI de los hospitales de SEDESA, ingresaron en el período del 1º de marzo al 31 de mayo del 2018. **Resultados:** Mediante análisis estadístico de pruebas con variables como creatinina, flujos urinarios, CPK, pH urinario se demostró que el bicarbonato de sodio en infusión es mejor para la prevención y manejo del paciente con lesión renal aguda que el utilizado en bolos. Se recomienda la terapia con reanimación hídrica y bicarbonato de sodio en infusión.

NIVELES DE CORTISOL SÉRICO COMO PREDICTOR DE RESPUESTA A ESTEROIDE EN PACIENTES CON CHOQUE SÉPTICO PARA RETIRO DE VASOPRESOR

Bruce Elba García Maldonado, Sandra Vázquez Morales, Gómez Cruz José Miguel Emiliano Gómez Cruz, Carlos Limbert Sagardia, Ricardo Martínez Zubietia, Ulises Wilfrido Cerón Díaz. Hospital Español de México.

Introducción: No hay estudios que sostengan niveles de cortisol tomados al azar en pacientes con choque séptico como un marcador de predicción de respuesta a esteroides para retiro de vasopresor. **Objetivo:** determinar si los niveles de cortisol sérico tomado al azar en pacientes con choque séptico sirven para predecir la respuesta a esteroides para el retiro de vasopresores. **Material y métodos:** La recolección de pacientes se realizó en un inicio en la base de datos de la UTI del Hospital Español de México (BASUTI), que hayan cursado con diagnóstico de choque séptico refractorio y administración de esteroide desde marzo del 2016 hasta julio del 2018.

Resultados: Se revisaron un total de 53 expedientes que cumplían con los criterios de inclusión, de los cuales 7 obtuvieron niveles de cortisol sérico tomado al azar en el período de choque séptico, se realizará una prueba de chi-cuadrada para valorar el punto de corte de nivel de cortisol que puede predecir una respuesta favorable al retiro de vasopresor. **Discusión:** Nuestro resultado arroja una prueba aparentemente a favor de mayor mortalidad hacia niveles de cortisol mucho mayores al nivel de 25 µg-dL.

CARDIOMIOPATÍA LÚPICA MIXTA: PRESENTACIÓN DE UN CASO

Dr. Giovanni Sanabria Trujillo; Dr. Daniel Morales Barcenas; Dra. Elsa Avila Arreguín; Dra. Ochoa Arredondo Lorena; Dr. Erick Rusniev Tapia Rodríguez; Dr. Oscar López Ruiz. Hospital Star Médica Luna Parc Cuautitlán Izcalli.

Femenino de 22 años de edad con antecedente de Lupus Eritematoso Sistémico desde Oct 2017 en tratamiento. Ingreso por presentar dificultad respiratoria que la despierta, no mejora al incorporarse y persiste en reposo, se agrega malestar precordial opresivo sin irradiaciones. Ingresó urgencias con taquicardia 120 lat/min, taquipnea e 28 por minuto iniciando tratamiento con analgesia y esteroide metilprednisolona 3 gr se incrementa la disnea se agrega hipoxemia y espuma asalmoneada, ingresa de terapia intensiva para tratamiento, pro BNP 4000 mg/dl y ecocardiograma) con reporte de cardiopatía valvular mitral con severa repercusión hemodinámica aguda, insuficiencia mitral sintomática severa, ventrículo izquierdo dilatado con hipertrofia excéntrica sin alteraciones de la movilidad global o segmentaria con fracción de expulsión 60% (Simpson biplanar), aurícula izquierda severamente dilatada, ventrículo derecho no dilatado no hipertrófico, insuficiencia tricuspidea leve e insuficiencia pulmonar moderada. El 40-60% de los pacientes con LES tienen alteraciones valvulares cardíacas demostradas por ecocardiografía y la miocarditis 13-74% La coexistencia de ambas entidades sólo se reporta en un 8%.

AMAUROSIS COMO MANIFESTACIÓN NEUROLÓGICA EN CASOS DE PREECLAMPSIA SEVERA.

PRESENTACIÓN DE UN CASO CLÍNICO

Dr. Giovanni Sanabria Trujillo, Dr. Daniel Morales Bárcenas, Dra. Rosa Evelia Vega Medrano, Dra. Ochoa Arredondo Lorena, Dr. Erick Rusniev Tapia Rodríguez, Dra. Alejandra María Del Consuelo Ramírez Arce Cerrillos. Hospital Star Médica Luna Parc Cuautitlán Izcalli.

Paciente del sexo femenino 31 años de edad cursa con embarazo normo evolutivo de 32 semanas de gestación en seguimiento y control, presenta de forma súbita vómito de contenido gástrico en una ocasión, cefalea intensa holocraneana 10/10 y pérdida de la visión bilateral motivos por los cuales es traída a este nosocomio. A su ingreso cifras tensionales hasta de 220/120 mmHg se da tratamiento médico según recomendaciones de guías de práctica clínica nacionales con hidralazina a dosis máxima y labetalol para lograr control e interrumpir el embarazo quirúrgicamente. La recuperación de la amaurosis se correlaciona directamente con el control de la tensión arterial. No se demostró hemorragia aguda o isquemia en tomografía axial computada inicial ni en la resonancia magnética de cráneo. Las manifestaciones neurológicas en la paciente embarazada representan del 4-6% de las causas de ingreso a la unidad de cuidados intensivos, el accidente vascular cerebral ocupa un 10%, Se presenta 40% en el parto y 50% en el puerperio. Las causas de ACV asociados al embarazo son diferentes a la población general, siendo la preeclampsia/eclampsia la causa más frecuente. La amaurosis uni o bilateral esta descrita en apenas el 1% de los casos documentados en pacientes.

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO EN UNA UNIDAD DE QUEMADOS EN EL ESTADO DE PUEBLA

Alex Michel Carmona León; Laura Curiel. Hospital de Traumatología y Ortopedia "Dr. y Gral. Rafael Moreno Valle." Puebla, México

Introducción: Las quemaduras son lesiones definidas como daños físicos o traumatismos causados por la transferencia aguda de energía (mecánica, eléctrica, química), que genera zonas de hiperemia, necrosis, apoptosis, así como una respuesta inflamatoria sistémica que busca detener y reparar dicho daño. **Objetivo:** Identificar la epidemiología de las infecciones intrahospitalarias y variables asociadas a las quemaduras. **Métodos:** Se realizó un análisis observacional y retrospectivo en pacientes hospitalizados en la unidad de quemados (Dic. 16- Feb. 18). Se incluyeron 55 pacientes recolectando 100 variables epidemiológicas, demográficas, socioeconómicas y de tratamiento clínico. **Resultados:** Al examinar los coeficientes individuales, se observa que los únicos predictores (statistically significant) del índice de mortalidad en el modelo son intubación y quemadura 3er grado. En complicaciones asociadas los predictores de mortalidad son fiebre e infección. **Discusión:** Las lesiones por quemaduras representan una interrupción repentina del estado de salud. Las infecciones y complicaciones asociadas representan un factor determinante de morbilidad. Un largo periodo de estancia hospitalaria es un factor de riesgo para adquirir infecciones. El monitoreo diario debe incluir protocolos para la identificación temprana de infecciones y su control, toma oportuna de cultivos, y protocolos estrictos de higiene para la prevención de mutación de bacterias y el uso indiscriminado de antibióticos.

ENDOCARDITIS INFECCIOSA. A PROPÓSITO DE UN CASO

España Sánchez Mónica Alejandra, López Delia de los Ángeles, Torres David Joaquín. UMAE Mérida. Instituto Mexicano del Seguro Social.

Introducción: La endocarditis, infecciosa originado por introducción de un microorganismo al torrente sanguíneo que se deposita en la superficie de un tejido o dispositivo. En los pacientes con enfermedad renal crónica portadores de catéter Mahurkar, es frecuente encontrar sobreinfección bacteriana y endocarditis. Una vez establecida la clínica, el diagnóstico se debe confirmar mediante hemocultivo y cultivo del acceso vascular, coincidiendo el agente microbiológico. Para un correcto abordaje es necesaria la valoración ecocardiográfica, prefiriendo el abordaje transesofágico, debido a la mayor sensibilidad y especificidad en la identificación de vegetaciones intracavitarias. **Objetivo:** El objetivo de esta revisión es presentar el reporte de caso de endocarditis infecciosa en un paciente con catéter Mahurkar, así como la evolución y tratamiento. **Material y métodos:** Presentación de caso clínico de comienzo insidioso con dos posibles etiologías bien descritas y revisión detallada de la literatura. **Resultados:** El paciente desarrolló una vegetación intraauricular, adosada a la pared auricular, respetando el aparato valvular y catéter. Se retiró la vegetación con reparación auricular colocando parche pericárdico, además retiro de catéter Mahurkar con cultivo de la punta. **Discusión:** Se reportan dos etiologías relacionadas con la presencia de vegetación intraauricular, la manipulación dental y la presencia de dispositivo, por lo que se describe el tratamiento.

PRESIÓN MEDIA DE LA VÍA AÉREA Y PRESIÓN PERFUSIÓN SISTÉMICA COMO FACTOR DE RIESGO DE MORTALIDAD EN SEPSIS

Dr. Marco Arturo Portillo Parraguirre, Dr. José Miguel Gomes Cruz, Dr. José de Jesús Zaragoza Galván. Hospital Español.

Introducción: La sepsis es la principal causa de ingreso a una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI). Dentro de su manejo en la fase de reanimación se usa ventilación mecánica invasiva (VMI). Se ha descrito la ventilación con protección circulatoria minimizando los efectos cardiovasculares inducidos por la VMI. **Objetivo:** Identificar si la presión media de la vía aérea (PMVA), elevada y la presión perfusión sistémica (PPS) disminuida se asocian a mortalidad en sepsis. **Material y métodos:** Es un estudio de casos y controles, se enrolaron 106 pacientes, obtenidos de la base de datos de la UCI, se hicieron 2 grupos vivos y muertos, se calcularon medias de PPS, PMVA y presión venosa central. La comparación de las variables se realizó mediante la prueba t de Student, y chi cuadrada. Se consideró una diferencia estadísticamente significativa una "p": < 0.05. **Resultados:** Se encontró que la presencia de PMVA elevada no se asocia a mayor mortalidad con una "p": .19. Se encontró que la PPS elevada se asocia a menor mortalidad con una "p": < .005. **Discusión:** No se pudo demostrar que la PMVA se asocia a mayor mortalidad, dentro las limitantes el tamaño de la muestra. Alteraciones de disminución del retorno venoso aumentan la mortalidad en sepsis.

EVALUACIÓN DE LAS ALTERACIONES CARDIOVASCULARES Y RESPIRATORIAS ASOCIADAS AL USO DE DEXMEDETOMIDINA COMO MANEJO PREOPERATORIO A ELECTRO ESTIMULACIÓN CEREBRAL PROFUNDA EN ENFERMEDAD DE PARKINSON

Dr. Elías Arteaga Sánchez, Dr. Manuel Alemán Carbajal, Dra. María Elisa Otero Cerdeira, Dra. Santa López Márquez, Dr. Ricardo Martínez Zubieta. Hospital Español.

Introducción y objetivo: La cirugía de estimulación cerebral profunda se utiliza para corregir la actividad eléctrica anormal cerebral que causa trastornos neurológicos del movimiento. La dexmedetomidina puede proveer sedación consciente a este grupo de pacientes; entre los efectos adversos que se han reportado con su uso se encuentran: alteraciones cardiovasculares y respiratorias. **Objetivo:** Registrar efectos cardiovasculares y respiratorios asociados al uso de dexmedetomidina en pacientes con enfermedad de Parkinson sometidos a cirugía de estimulación cerebral profunda utilizando la técnica "sedación consciente". **Material y métodos:** Se realizó un estudio transversal, descriptivo, de una serie de casos. Se incluyeron siete pacientes programados para cirugía de estimulación profunda con enfermedad de Parkinson, cuyas edades oscilaron entre 32 y 72 años, los cuales contaban con antecedentes y diagnósticos diversos como: hipertensión arterial, encefalomalacia y trauma craneoencefálico, aracnoiditis. La técnica de sedación superficial se hizo con infusión de dexmedetomidina a dosis de 0.1-1.4 µg/kg/h. **Resultados y discusión:** No se documentaron arritmias cardíacas. Sólo 2 pacientes (28% de la población) presentaron bradicardia sin repercusión hemodinámica, no hubo registro de síntomas no motores de la enfermedad de Parkinson, por lo que el uso de dexmedetomidina se considera seguro hemodinámica y respiratoriamente tipo de procedimientos.

CHOQUE CARDIOGÉNICO SECUNDARIO A IAMST Y USO DE CATÉTER SWAN GANZ EN LAS PRIMERAS 48 HORAS

Dr. Humberto Ochoa Salmorán, Dra. Aline Lemos Cázares, Dra. Yasmin Nancy López Esquivel, Dr. Jorge Osvaldo Isaías Camacho, Dr. Juan Gerardo Espón Prado, Dra. Silvia del Carmen Carrillo Ramírez, Dra. Julisa Martínez Monter, Dra. Mariana Adelina Pacheco Sosa. Hospital Ángeles Pedregal.

El catéter de la arteria pulmonar (Swan Ganz), fue introducido en la práctica clínica desde 1970. Fue históricamente empleado en pacientes críticos como herramienta diagnóstica y terapéutica. Su uso fue cuestionado, asociado a incremento de la mortalidad. Ensayos clínicos aleatorizados posteriormente mostraron beneficio clínico, incluso asociado a una sobrevida más prolongada. Presentamos el caso de un masculino de 72 años, ingresado por infarto al miocardio posteroinferior con elevación de ST, se realiza cateterismo cardiaco encontrando: enfermedad trivascular con dominancia izquierda, descendente anterior porción proximal obstrucción de 90%, con colocación de 1 stent, circunfleja dominante con lesión crítica de 99% en tercio medio y lesión proximal de 90%, con colocación de 2 stents, a su ingreso a UTI se coloca catéter de Swan Ganz con los siguientes datos: GC 3.3 l/m, IC 1.8, IRVS 2800, IRVP 843, DavO₂ 6.85, ETO₂ 38.3, se inicia tratamiento con: norepinefrina 0.7µg/kg/minuto, levosimendán 0.2 µg/kg/minuto, se mantiene con catéter de Swan Ganz, por 48 horas, retirándose por plaquetopenia de 90 000, previo a su retiro con las siguientes cifras GC 4.5 l/m, IC 2.9, IRVS 2900, IRVP 950, DavO₂ 5.8. Se retira levosimendán y el paciente inicia fase de recuperación.

CETOACIDOSIS DIABÉTICA EUGLUCÉMICA ASOCIADA A CANAGLIFLOZINA

Dra. Humberto Ochoa Salmorán, Dra. Alinne Lemus Cázares, Dra. Yasmin Nancy López Esquivel, Dr. Jorge Osvaldo Isaías Camacho, Dr. Juan Gerardo Espón Prado, Dra. Silvia del Carmen Carrillo Ramírez, Dra. Rosa Emilia Rivera Saldaña, Dra. Juana Marina Heredia González. Hospital Ángeles Pedregal.

La canagliflozina es un inhibidor SGLT2, responsable en del 90% de la reabsorción de la glucosa por los riñones. El bloqueo de la reabsorción de la glucosa hace que esta se elimine a través de la orina, se utiliza en diabetes de tipo 2. La cetoacidosis euglucémica se define como presencia de acidosis metabólica con anión GAP elevado, cetonemia o cetonuria y niveles de glucosa menores a 200 mg/dl, se requiere de un alto índice de sospecha. Presentamos el caso de un varón de años de edad, tratado con Canagliflozina, hipodinamia, astenia y debilidad generalizada intermitente, ingresa a UTI con los siguientes datos: cetonas positivas en orina, GASA: pH 7.10, PaCO₂ 20, HCO₃ 6, Lac 1.4, EB -24, AG 22, glucosa 171 mg/dl, creatinina 1.5 mg/dl, tratado con reposición hídrica con carga de solución salina 0.9% a razón de 3 litros durante 3 horas así como reposición de bicarbonato con déficit calculado en 920 mEq, infusión de insulina a razón de 0.05 UI/kg/hora así como solución mixta al 5%, tras 24 horas de tratamiento presenta pH 7.44, PaCO₂ 30, HCO₃ 17, SaO₂ 94%, EB -4, AG 9, cetonas negativas y glucemia de 132 mg/dl, iniciamos insulina basal y es egresado.

COMPLICACIÓN TRAS EVACUACIÓN DE HEMATOMA SUBDURAL: NEUMOENCÉFALO A TENSIÓN

Dra. Yasmin Nancy López Esquivel, Dr. Humberto Ochoa Salmorán, Dra. Alinne Lemus Cázares, Dr. Jorge Osvaldo Isaías Camacho, Dr. Juan Gerardo Espón Prado, Dra. Silvia del Carmen Carrillo Ramírez, Dra. Rosa Emilia Rivera Saldaña, Dr. Jorge Carlos Manuel Peña Santibáñez. Hospital Ángeles Pedregal.

El neumoencéfalo a tensión se basa en dos modelos; Botella invertida, que se debe a la presión negativa y gradiente de presiones cuando la presión atmosférica evita el escape del aire por efecto de válvula unidireccional del tejido blando. La prevalencia de neumocéfalo a tensión después de la evacuación de hematoma subdural es de 2.5% al 16%, este puede aparecer con tan sólo 25 mL de aire, debido a que no puede escapar o ser reabsorbido, este acúmulo de aire, se comporta de manera similar a una lesión intracraneal ocupativa y expansiva, causando hipertensión intracraniana y potencialmente herniación. Presentamos el caso de un masculino de 86 años intervenido para evacuación de hematoma subdural fronto temporo parietal bilateral mediante trepanos, que ingresa en la UCI para vigilancia postquirúrgica. A las 8 horas de su ingreso presenta disminución progresiva del estado de conciencia con Glasgow de 6, hipertensión, bradicardia y respiración irregular (triada de Cushing), que aumentan al elevar la cabecera. La TAC muestra neumoencéfalo subdural a tensión (signo del Monte Fuji) a pesar dos drenajes en el espacio subdural. El paciente mejora de forma progresiva y se egresa a los 9 días, sin secuelas.

EXPERIENCIA EN TRASPLANTE HEPÁTICO EN UN HOSPITAL PRIVADO EN LA CIUDAD DE MÉXICO

Dra. Alinne Lemus Cázares, Dr. Juan Gerardo Espón Prado, Dra. Silvia del Carmen Carrillo Ramírez, Dr. Christopher Hernández Cortés, Dr. Jorge Carlos Manuel Peña Santibáñez, Dr. Ignacio Juárez García, Dr. Alan Gabriel Contreras Saldívar, Dr. Mario Vilatobá. Hospital Ángeles Pedregal.

Introducción: Las hepatopatías representan las primeras 10 causas de morbilidad en México. A aumentado la formación de recursos para el trasplante hepático ortotópico. Solo existen datos publicados de hospitales públicos. El objetivo es presentar un análisis descriptivo de un centro privado. **Método:** Se recabaron datos retrospectivamente de una cohorte de trasplante hepático realizado entre enero.2015 a junio.2018. **Resultados:** El número de trasplantes realizado fue de 19. 2 (10.5%) en 2015, 6 (31.6%) en 2016, 7 (36.8%) en 2017 y 4 (21.1%) en 2018. Predomina género masculino 74% (n=14). Edad media 65 años. Etiología predominante: 37% (n=7) criptogénica, 26% (n=5) virus de hepatitis C, 10% fueron por falla hepática aguda y NASH. La mediana de MELD 20 (RI 15-30), Child C 94%. Estancia hospitalaria con media de 8 días. Esquema de inmunosupresión a base de Basiliximab y terapia con prednisona, tacrolimus y micofenolato. Supervivencia a 1 año del 95% (n=18), 5% (n=1) de mortalidad secundario a complicaciones de biopsia renal. **Discusión y conclusiones:** El trasplante hepático es una opción en medio privado, con excelentes resultados. Es el primer reporte de la experiencia en un centro privado. La supervivencia a un año es similar a lo reportado en la literatura.

INSUFICIENCIA HEPÁTICA AGUDA INDUCIDA POR FÁRMACOS CON TRASPLANTE HEPÁTICO

Dra. Alinne Lemus Cázares, Dra. Yasmin Nancy López Esquivel, Dr. Jorge Osvaldo Isaías Camacho, Dr. Humberto Ochoa Salmorán, Dr. Juan Gerardo Espón Prado, Dra. Silvia del Carmen Carrillo Ramírez, Dra. Juana Marina Heredia González, Dr. Juan Carlos Luna Jiménez. Hospital Ángeles Pedregal.

La insuficiencia hepática aguda representa 6% de los trasplantes hepáticos siendo las causas viral y tóxica las etiologías más frecuentes. Los criterios más utilizados son descritos por el King's College consistentes en: Tiempo de protrombina mayor de 100 segundos (INR > 7) o bien si coexisten tres de los siguientes criterios: 1) Edad <10 años o > 40 años 2) Etiología viral no A no B, halotano o reacción idiosincrásica a drogas 3) Intervalo entre ictericia y desarrollo de encefalopatía superior a 7 días 4) Tiempo de protrombina > 50" 5) Bilirrubina sérica mayor de 18 mg/dl (300 mmol/l). Presentamos paciente masculino de 55 años, que hace 7 semanas inicia con acolia, coluria e ictericia progresiva posterior a consumo de herbolaria con BT 17.2, tratado inicialmente con prednisona con mejoría parcial. Después datos de encefalopatía grado 2. Biopsia hepática: cirrosis hepática, colestatosis, proliferación ductal acentuada, datos compatibles con daño inducido por medicamentos. Cumpliendo criterios para falla hepática aguda e iniciando protocolo de trasplante hepático que se realiza de donador cadáverico urgencia cero nacional, tiempo quirúrgico 6 horas, sangrado 400 cm³. Al ingreso a UTI oroointubado, USG hepático con adecuados flujos, se inicia inmunosupresión, extubación a las 24h sin incidentes, adecuada evolución.

LESIÓN DE DIEULAFOY: PRESENTACIÓN COMO CHOQUE HEMORRÁGICO

Dr. Jorge Osvaldo Isaías Camacho, Dra. Alinne Lemus Cázares, Dra. Yasmin Nancy López Esquivel, Dr. Humberto Ochoa Salmorán, Dr. Juan Gerardo Espón Prado, Dra. Silvia del Carmen Carrillo Ramírez, Dr. Jorge Carlos Manuel Peña Santibáñez, Dr. Christopher Hernández Cortés. Hospital Ángeles Pedregal.

Las lesiones de Dieulafoy son una causa rara de hemorragia gastrointestinal masiva. Se localizan con mayor frecuencia en el estómago proximal. El sangrado puede ser autolimitado o puede ser grave, requiere de intervención urgente. La detección endoscópica puede ser extremadamente difícil. La angiografía es diagnóstica y puede llevar a la embolización arterial. El tratamiento definitivo requiere gastrectomía total. Presentamos un varón de 64 años con antecedente de enfermedad diverticular complicada con diverticulitis. Ingresó por evacuaciones melénicas, ingresa con Hb 17.3, HCT 51.5, Plaq 172, GB 5.1 (75/22). Se realizó panendoscopia sin encontrar lesiones que explicaran el cuadro, por lo que se realizó colonoscopia y sin evidenciar lesión. Ingresa a UTI por choque hipovolémico con T/A 60/30 mmHg, FC 145 lpm, gasométricamente con acidosis metabólica de AG elevado. Inició reanimación hídrica con cristaloides a 40 cm³/kg, norepinefrina a 0.13 µg/kg/min, se transfundieron hemoderivados. El paciente se mantiene en UTI en donde persistió con sangrado de tubo digestivo bajo, se realizó enteroscopia encontrando sangrado en capa a nivel de yeyuno hasta ileón, por lo que inició tratamiento con ácido tranexámico, misoprostol, etamsilato y octreótido sin lograr adecuado control del sangrado. Ingresó a quirófano en donde se diagnosticó, lesión descrita de Dieulafoy.

NEUMONÍA EOSINOFÍLICA AGUDA: A PROPÓSITO DE UN CASO

Dr. Jorge Osvaldo Isaías Camacho, Dra. Alinne Lemus Cázares, Dra. Yasmin Nancy López Esquivel, Dr. Humberto Ochoa Salmorán, Dr. Juan Gerardo Espón Prado, Dra. Silvia del Carmen Carrillo Ramírez, Dra. Juana Marina Heredia González, Dr. Jorge Carlos Manuel Peña Santibáñez. Hospital Ángeles Pedregal.

La neumonía eosinofílica es una entidad de etiología infecciosa o no. Se presenta de manera aguda con hipoxia severa, infiltrados bilaterales difusos y que puede o no cursar con eosinofilia. Una de las teorías más aceptadas es la inflamación mediada por Th2 así como migración eosinofílica dada a su vez por IL-5. Presentamos un hombre de 35 años con antecedente de alcoholismo y consumo de marihuana, cocaína proveniente de un centro de rehabilitación, a su llegada a urgencias, fiebre de 39 °C, FC 120 lpm, FR 38, SatO₂ 85%, GA: alcalosis respiratoria aguda, inició ventilación mecánica no invasiva con PEEP 5, soporte 10, VT 800, FiO₂ 100%, e inició meropenem + linezolid. Se iniciaron maniobras de reclutación alveolar. Con PEEP 16, VC 500-539, FiO₂ 45%, FR 16, Volumen tidal 450, Flujo 40, Sensibilidad 2.5, con posterior GASA: PH 7.32, PCO₂ 50.1, PO₂ 95.7, SaO₂ 92%, Lac 1.1, HCO₃ 25.4, AG 9, SHUNT 11.8, PAO₂ 183, IK

213, se decide disminuir la fracción inspirada de oxígeno hasta 40%. Se realizó broncoscopia y se diagnóstica neumonía eosinofílica con recuento de eosinófilos mayor a 75%. Se inicia metilprednisolona 250 mg cada 12 horas, mejorando clínicamente, es extubado y se egresa a piso.

PANCREATITIS AGUDA NECROTIZANTE DE 70%, TRATAMIENTO MÉDICO EN UTI

Dr. Humberto Ochoa Salmorán, Dra. Alinne Lemus Cázares, Dra. Yasmin Nancy López Esquivel, Dr. Jorge Osvaldo Isaías Camacho, Dr. Juan Gerardo Esponda Prado, Dra. Silvia del Carmen Carrillo Ramírez, Dra. Rosa Emilia Rivera Saldaña, Dr. Juan Carlos Luna Jiménez. Hospital Ángeles Pedregal.

La pancreatitis aguda, tiene un amplio rango de severidad, la pancreatitis necrotizante es el grado máximo, esto por la mortalidad *per se*, siendo de 15%, pudiendo aumentar hasta 39% en caso de estar infectada. El tratamiento intervencionista está reservado para pacientes infectados, síndrome compartimental o falla orgánica. En caso de que no se presente esto, el tratamiento quirúrgico se difiere hasta 4 semanas. Presentamos un varón de 34 años de edad, con dolor abdominal difuso aunque de predominio en epigastrio y mesogástrico EVA 7-8/10 con irradiación en barra posterior a la ingestión de colecistoquinéticos, con la presencia de amilasa 974 U/L, lipasa 492 U/L, plaquetas 289 000, leucocitos 16 200, lactato 2.8, TC pancreatitis edematosas y con presencia de disminución de la captación del contraste en las distintas fases en cuerpo y cola, en relación a necrosis del 50%. Se inicia tratamiento a base de solución Hartmann con requerimientos altos, se realiza prueba de levantamiento de piernas, siendo positiva, así como se realiza reposición de electrolitos séricos. Se mide PIA siendo de 5-9 mmHg. Últimos laboratorios amilasa 29 U/L, lipasa 42 U/L, y se decide su alta.

RECLUTAMIENTO ALVEOLAR ESCALONADO EN SIRA SECUNDARIO A CONTUSIÓN PULMONAR

Dra. Yasmin Nancy López Esquivel, Dr. Humberto Ochoa Salmorán, Dra. Alinne Lemus Cázares, Dr. Jorge Osvaldo Isaías Camacho, Dr. Juan Gerardo Esponda Prado, Dra. Silvia del Carmen Carrillo Ramírez, Dr. Christopher Hernández Cortés, Dr. Juan Carlos Luna Jiménez. Hospital Ángeles Pedregal

El colapso alveolar afecta de un 20 a un 40% del volumen pulmonar total en pacientes con SIRA de distinto origen, además del deterioro en el intercambio gaseoso y la mecánica respiratoria, el colapso favorece la lesión alveolar por ventilación mecánica. La reexpansión de áreas pulmonares previamente colapsadas mediante un incremento breve y controlado de la presión transpulmonar, está dirigido a crear y mantener una condición libre de colapso, con el fin de mejorar la oxigenación. Presentamos el caso de un masculino de 84 años que ingresa a UCI por choque hipovolémico secundario a fractura bilateral de fémur, contusión pulmonar bilateral mas tórax inestable, a las 72 hrs de su ingreso con presencia de insuficiencia respiratoria, infiltrados alveolares difusos en ambos hemitórax, hipoxemia importante caracterizada por un índice de Kirby < 200 mmHg y ausencia de disfunción ventricular izquierda, se realiza manejo avanzado de vía aérea y maniobra de reclutamiento con valores crecientes de PEEP hasta presión máxima en la vía aérea de 50 cmH₂O, con mejoría inmediata de oxigenación. El paciente progresa a SIRA refractario por fibrosis pulmonar severa, que llevan a hipoxia severa y asistolia.

RELACIÓN ENTRE EL AGUA EXTRAVASCULAR PULMONAR Y LA MORTALIDAD EN PACIENTES CRÍTICOS

Sandybell Sosa-Santos, Nikolett Medveczky-Ordóñez, Mario Carrasco-Flores, Sergio E. Zamora-Gutiérrez, José Carlos Gasca-Aldama, Lorena Pacheco-Rivera, Alexei Morales-Morales, Karen Castillo-Medrano, Marco Antonio Toledo Rivera, Marcos Hernández Hernández. Hospital Juárez de México.

Introducción: El agua extravascular pulmonar (EVLW), que de manera inicial se midió a través del peso de los pulmones secos, actualmente por termodilución transpulmonar, es una de las variables independientes de mortalidad en pacientes críticos. **Objetivo:** Describir el comportamiento del EVLW en las primeras 72 horas de admisión en la Unidad de Cuidados Intensivos en pacientes críticos. **Material y métodos:** Análisis retrospectivo y descriptivo de enero del 2016 a marzo del 2018 en pacientes con termodilución transpulmonar (TDTP). Se analizó el comportamiento del EVLWi y del Índice de permeabilidad vascular pulmonar (PVPI) a las 0, 24, 48 y 72 horas posteriores a la monitorización. **Resultados:** Se estudiaron 15 pacientes, promedio de 45 años y 6.9 días de ventilación mecánica invasiva. El promedio de EVLWi fue de 11.1 ml/kg y de PVPI de 2.4. El

índice de mortalidad global fue de 33%. Se relacionó un incremento de mortalidad con un promedio de EVLWi de 13.8 y aumento de 4 ml/kg en las primeras 72 horas así como PVPI de 2.5 con OR de 23.57 con un IC al 95% (0.999-556.11) con una *p*=0.0501. **Conclusiones:** Los valores de EVLWi mayores a 13 ml/kg en las primeras 72 horas están asociados a peor pronóstico y aumento de la mortalidad.

PRE-DELIRIC SCORE Y COMPORTAMIENTO CLÍNICO EN PACIENTES CRÍTICOS

Lorena Pacheco-Rivera, Nikolett Medveczky-Ordóñez, Sandybell Sosa-Santos, Marcos Antonio Amezcuá-Gutiérrez, Sergio E. Zamora-Gutiérrez, José Carlos Gasca-Aldama, Alexei Morales-Morales, Karen Castillo-Medrano, Mario Carrasco-Flores, Marco Antonio Toledo Rivera, Marcos Hernández Hernández. Hospital Juárez de México.

Introducción: Delirium es una disfunción cerebral aguda, caracterizada por cambios fluctuantes del estado mental y alteraciones de atención, conciencia y cognición asociado a deterioro clínico e incremento en la morbilidad. PREdiction of DELIRium in ICu (PRE-DELIRIC) es una herramienta desarrollada para calcular la probabilidad de presentar delirium en las primeras 24 horas de ingreso a la unidad de cuidados intensivos (UCI). **Objetivos:** Evaluar la incidencia y factores de riesgo de delirium en pacientes críticos. **Material y métodos:** Análisis retrospectivo de marzo a mayo de 2018. Se registró la incidencia de delirium y en cada paciente se calculó PRE-DELIRIC score en las primeras 24 horas de ingreso a UCI. El delirium fue evaluado mediante Confusion Assessment Method-Intensive Care Unit (CAM-ICU). **Resultados:** De los 63 pacientes, 28.6% presentó delirium durante su estancia en UCI. Los factores de riesgo más comunes fueron: admisión urgente (89%) y ventilación mecánica (94%). La estancia hospitalaria promedio fueron 5.4 días y en pacientes con PRE-DELIRIC >60% fue >10 días, con mortalidad de 23%. 94.4% de los pacientes con delirium tuvieron PRE-DELIRIC >50% a su admisión. **Discusión:** PRE-DELIRIC es útil para predecir el riesgo de desarrollar delirium en UCI e iniciar medidas preventivas y de manejo. Mayor puntaje se correlaciona con mayor mortalidad.

MIOCARDIO NO COMPACTO, MANEJO CON TERMODILUCIÓN. REPORTE DE UN CASO

José Gasca Aldama, Alexéi Morales Morales, Nikolett Medveczky Ordóñez, Lorena Pacheco Rivera, Karen Castillo Medrano, Sandybell Sosa Santos. Hospital Juárez de México.

Introducción: El miocardio no compacto se considera una entidad heterogénea y compleja de la que existen todavía muchas dudas por resolver. Mientras la American Heart Association la incluye entre las miocardiopatías de origen genético, la Sociedad Europea de Cardiología la considera como una miocardiopatía no clasificada. A sus diferentes manifestaciones morfológicas se asocian también diferentes formas de presentación clínica e incluso, la no compactación del ventrículo izquierdo puede estar desencadenada por otros procesos fisiológicos o patológicos. Las mujeres embarazadas con esta patología son más susceptibles a presentarla.

Caso clínico: Femenino de 17 años de edad, con antecedente de embarazo normoevolutivo de 39 semanas de gestación, parto 5 meses previos al ingreso. Inició su padecimiento actual con disnea progresiva MMRC 3 a 4. Al ingreso a Urgencias con datos clínicos de Insuficiencia Cardiaca descompensada ameritando manejo avanzado de la vía aérea. En Terapia Intensiva se documenta choque cardiogénico por miocardio no compacto, se dio manejo guiado por acoplamiento ventrículo-arterial (AVA) mediante Termodilución Transpulmonar subrogando los valores de Elastansa arterial y Elastansa ventricular, con apoyo inotrópico, de vasopresores y con Terapia de Reemplazo Renal Continua, mejorando variables de hipoperfusión, logrando la extubación y egreso.

¿ES LA CREATININA AJUSTADA UN PARÁMETRO ÚTIL PARA DETECCIÓN DE LESIÓN RENAL AGUDA AL INGRESO A UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS?

Alexéi Morales Morales, José Gasca Aldama, Nikolett Medveczky Ordóñez, Lorena Pacheco Rivera, Sandybell Sosa Santos, Karen Castillo Medrano, Guillermo Hernández López, Sergio Zamora Gómez, Marcos Hernández Romero, Mario Carrasco Flores, Marco Toledo Rivera. Hospital Juárez de México.

La lesión renal aguda (LRA) es un problema común en el paciente crítico y se asocia con peores resultados clínicos, aumentando la morbilidad. Aunque el nivel de creatinina y la uresis son las formas comunes para evaluar la función renal, existen varias limitaciones en la práctica clínica. Se ha establecido que el volumen de distribución de creatinina es equivalente

al agua corporal total. Por lo tanto, el uso de creatinina como determinante de la función renal en la sobrecarga de volumen puede retrasar el diagnóstico de LRA. Se realizó un estudio observacional y retrospectivo, en pacientes ingresados a la UCI del HJM, durante un periodo de 6 meses. Se analizaron los valores de creatinina medida y creatinina corregida al ingreso, determinando la variabilidad entre ellas, su relación con el balance hídrico positivo y con criterios de LRA. **Resultados y discusión:** El 11% de los pacientes tuvieron un aumento significativo de la Creatinina ajustada respecto a la medida, coincidiendo con al menos un balance hídrico positivo de 4 L. Sin embargo, no fue útil para detectar nuevos casos de LRA. Concluyendo que la creatinina ajustada es un parámetro que parece útil sólo en ciertas circunstancias al ingreso a UCI.

APLICACIÓN DEL PROTOCOLO FAST-HUG Y SU ASOCIACIÓN CON LA MORTALIDAD DEL PACIENTE CRÍTICO EN UCI

Dra. Beatriz Barrera Jiménez, Dr. Martín Mendoza Rodríguez. Hospital General La Villa.

Introducción: La mnemotecnia FAST-HUG engloba siete aspectos mínimos en la atención del paciente crítico (alimentación, analgesia, sedación, tromboprofilaxis, elevación de la cabecera, prevención de úlceras de estrés y control de glucosa). **Objetivo:** Establecer si existe asociación entre el cumplimiento del FAST-HUG y la mortalidad del paciente crítico. **Material y métodos:** Estudio clínico, descriptivo, transversal y prospectivo. Incluyó pacientes de UCI del Hospital General La Villa y Hospital General Dr. Rubén Leñero, del 28 de febrero al 31 de mayo del 2018. Registró: edad, sexo, diagnóstico, SOFA, variables del FAST-HUG, procedencia, destino, días de estancia, complicaciones y defunción. **Resultados:** 129 pacientes, 40% mujeres, 60% hombres, media de edad 49 DE ± 17.3, diagnósticos médicos 28%, quirúrgicos 47%, traumáticos 17% y obstétricos 8%. SOFA más frecuente fue de 0-6 puntos en el 46%. Variable más cumplida fue la U 95%. Media de cumplimiento de las variables fue de 5,

DE ± 1.04. El cumplimiento de la F, S y T tuvieron significancia estadística, F ($p < 0.01$), S ($p < 0.01$), T ($p < 0.05$). **Discusión:** La aplicación del FAST-HUG en los pacientes críticos disminuye el riesgo de mortalidad específicamente cuando se cumplen al menos 3 variables (alimentación, sedación y tromboprofilaxis).

TROMBOCITOSIS REACTIVA ASOCIADA A PROCESO INFECCIOSO POR ACINETOBACTER BAUMANNII EN PACIENTES DE TERAPIA INTENSIVA

Oscar Alejandro Campos Valencia. Víctor Alfonzo Sarmiento Castillo. Marco Antonio Silva Medina. Centro Médico "Lic. Adolfo López Mateos". ISEM.

Introducción: *Trombocitosis reactiva* describe la elevación de plaquetas secundaria a inflamación. *A. baumannii* es un patógeno asociado a infecciones nosocomiales como NAVM. La infección por *A. baumannii* desencadena respuesta inflamatoria e incremento del conteo plaquetario, no siendo este un parámetro antes descrito en la literatura, sin embargo; es utilizado en indicadores de severidad, además no es indicador en presencia de este patógeno. Hemos observado que los pacientes con nuevos datos de respuesta inflamatoria, desarrolla trombocitosis, tomando cultivos en ese momento, es positivo para *A. baumannii*. **Objetivo:** Determinar la asociación de trombocitosis reactiva con el proceso infeccioso por *A. baumannii* en pacientes de UCI. **Material y métodos:** Estudio cuantitativo, casos controles, retrospectivo y observacional. Incluyó pacientes de UCI con criterios de inclusión de enero 2014 a octubre 2015 y diagnóstico de NAVM. Se realizó análisis estadístico de variables determinando media, desviación estándar, tablas y porcentajes. Determinando la asociación entre las variables trombocitosis y *A. baumannii*, se calculó chi cuadrada y V de Cramer. **Resultados:** Se obtuvo $\chi^2 = 26.379$ y una $p = 0.000$ con fuerza de asociación de 0.475, otorgando correlación significativa de trombocitosis reactiva por *A. baumannii*. **Discusión:** La proporción de infección por *A. baumannii* es del 15.3% como único patógeno y el 18.808% fue por coinfección.