

ACIDOSIS LÁCTICA TIPO B SECUNDARIA A DEFICIENCIA DE FRUCTOSA 1-6 BIFOSFATASA EN UN PACIENTE CON CHOQUE CIRCULATORIO

Méndez de Jesús Ignacio Alberto, Esquivel Chávez Alejandro, Toledo Salinas Otoniel, Sánchez Hurtado Luis Alejandro, Cuj Torres Álvaro. IMSS La Raza.

Reportamos el caso de un hombre de 20 años con acidosis láctica tipo B refractaria al tratamiento ocasionada por deficiencia de la enzima fructosa 1-6 bifosfatasa (FBPasa), choque circulatorio y lesión renal aguda que ameritó tratamiento sustitutivo de la función renal con hemodiálisis intermitente. La deficiencia de FBPasa es un error innato del metabolismo que impide la conversión de glucosa a piruvato, lo que ocasiona hipoglucemia, en la gluconeogénesis se impide la formación de glucosa con acumulación de piruvato que es transformado en lactato dando origen a la acidosis láctica tipo B. En la revisión de la literatura encontramos dos reportes de pacientes adultos con esta deficiencia enzimática cuya severidad de presentación requirió ingreso a una unidad de cuidados intensivos (UCI). El tratamiento está dirigido a evitar la hipoglucemia, reanimación hídrica guiada con metas y tratar la causa que agravó la deficiencia de FBPasa para iniciar un tratamiento dirigido. **Conclusión:** La deficiencia de FBPasa es rara en la etapa adulta y generalmente se presenta con hipoglucemia y acidosis láctica tipo B refractarias, es una condición clínica que pone en riesgo la vida y requiere tratamiento en la UCI. El tratamiento está dirigido a prevenir las complicaciones relacionadas con la hipoglucemia y la acidosis láctica, debe evitarse el ayuno prolongado por medio de la ingesta excesiva de fructosa y sacarosa. El pronóstico de esta entidad es favorable; sin embargo, se requiere la sospecha clínica temprana, de lo contrario puede ser fatal.

ANEMIA MACROCÍTICA NORMOCRÓMICA COMO ÚNICA MANIFESTACIÓN DE UN MIELOMA MÚLTIPLE ATÍPICO

Domínguez Borgua Andrés, Rojas Flores Ana Belem, Patiño Amaro Viridiana, Sánchez Mancilla Nancy. Hospital Regional Tlalnepantla ISSEMyM.

Introducción: El MM es una proliferación neoplásica de células plasmáticas que secretan Ig de carácter monoclonal. La presentación clínica es muy variada, dolor óseo. Síntoma más frecuente, 80% presentan alteraciones radiológicas en el momento del dx. **Objetivos:** Analizar el caso de un paciente que cursó con síndrome anémico como única y principal manifestación clínica de un MM. Exposición del caso: masculino, 55 años, ingresa con Sx anémico. APP: hepatitis A, hace 25 años, ERGE. Padecimiento actual: Dic. 2018, astenia y adinamia, hiperemia conjuntival y cefalea holocraneana, EVA 5/10, tinte icterico. Es referido al HRT estable, EF palidez tegumentaria y esplenomegalia. Paraclínicos: Rx Tórax: normal USG hepático y VB: esplenomegalia Labs: LEU: 4.0 N 69.6% L 21.8 HB 3.5, HTO 10.2 VCM: 102, HCM: 35, PLAQ 190. PFH: BT: 4.7 BD: 1.0, BI: 3.7, TGO 18, TGP18, PT:6.8, ALB: 3.9, GLOB: 2.9. DHL 475 Cr: 1.1 EGO: NORMAL. Retic. Co. 1.1%, coombs dir IgG Neg haptoglobina, ANAs, ANCA, anti-dsADN, citinética de hierro, niveles séricos B12, A fólido, aC parietales, Ac-FI, ácido metilmalónico, homocisteína y marcadores tumorales S/A frotis de sangre periférica: muestra poco valorable por tinción precipitada panendoscopia/ colonoscopia; S/A. TC abdomenopélvica S/A aspirado de MO: mieloma múltiple atípico. **Conclusiones:** El MM es una neoplasia hematológica con manifestación a nivel inmunológico y sistémico, cuya sospecha conlleva un reto diagnóstico para adecuado manejo multidisciplinario.

ASOCIACIÓN DEL NÚMERO DE ESPECIALIDADES MÉDICAS INTERCONSULTADAS CON LOS DÍAS DE ESTANCIA EN LA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA

Saúl Antonio Villagrana Márquez, Faustino Javier Rentería Díaz, Ulises W. Cerón Díaz, Enrique Alexander Berrios Bárcenas. Hospital Español.

Introducción: El modo de jerarquía en cuanto a la toma de decisiones en el manejo médico del paciente. Varios estudios han demostrado ventajas en cuanto al modelo de atención cerrado, entre ellos la disminución de días de estancia en UTI y disminución en los costos de atención del paciente, mejorando su calidad de vida posterior a su egreso. **Objetivo:** Describir la asociación entre el número de especialidades interconsultadas con los días de estancia en UTI de los pacientes críticamente enfermos. **Material y métodos:** Estudio observacional, longitudinal, retrospectivo. Pacientes ingresados a la UTI del Hospital Español, periodo mayo 2008 a diciembre 2018. Variables: edad y género, escala SOFA, número de

interconsultantes, cinco o > días estancia UTI y < de cinco días estancia en UTI. Sitio: unidad de terapia intensiva mixta de 12 camas del Hospital Español. **Resultados:** Media de edad de 62.7 ± 18.3 años de los pacientes ingresados a UTI. El sexo de los pacientes fue similar entre masculinos y femeninos (52.4 y 47.6% respectivamente). Los días de estancia en UTI se encontró una mediana de 2.6 (50, 77) días y de acuerdo con el número de médicos interconsultados una mediana de 1 (0, 2). SOFA una media de 5.6 ± 4.7 . Realizamos dos grupos dicotómicos con los médicos interconsultados siendo el mismo corte anterior de > cuatro interconsultantes y < de cuatro interconsultantes, resultando del grupo de vivos 90 (3.8%) y del grupo de muertos 55 (7.7%) ($p < 0.05$). **Conclusiones:** Mayor asociación de días de estancia en UTI con el número de médicos interconsultados, esto no se asoció con mayor mortalidad.

ASOCIACIÓN ENTRE EL DÉFICIT CALÓRICO Y LA PROGRESIÓN A LA DISFUNCIÓN ORGÁNICA EN PACIENTES GRAVEMENTE ENFERMOS

Nicolás Pantoja Jesús, Baltazar Torres José Ángel, Canedo Castillo Nancy Allin, Luis Sánchez Hurtado Alejandro, Arballo Imperial Leslie Alejandra. IMSS CMN La Raza.

Introducción: La respuesta metabólica al estrés, un mecanismo adaptativo que involucra la activación de componentes neurológicos, endocrinos, inflamatorios e inmunes, cuyo objetivo es preservar la vida. Durante ésta, el catabolismo proteico incrementa generando deficiencia energética y proteica que propicia la aparición y perpetuación de la disfunción orgánica. El déficit calórico-proteico se asocia con incremento en la mortalidad, ya que favorece la progresión de disfunción orgánica (PDO). **Objetivo:** Determinar la asociación del déficit calórico (DC) y PDO en pacientes gravemente enfermos. **Pacientes y métodos:** Se realizó un estudio prospectivo en pacientes gravemente enfermos que recibieron nutrición artificial durante su estancia en UCI. Se cuantificaron las calorías prescritas y las administradas durante las primeras 72 horas de estancia en UCI y se calculó el DC. Se consideró el DC significativo (DCS) cuando fue > 60%. De las calorías prescritas, se comparó la PDO entre pacientes con y sin PDO. Un valor de $p < 0.05$ se consideró significativo. **Resultados:** Se analizaron 140 pacientes, 56.6% hombres, edad promedio de 56.5 años. La frecuencia de suspensión del apoyo nutricional fue de 72.9% y el 52.1% de los pacientes tuvo DCS. La PDO fue más frecuente en pacientes con DCS (24.7%) que aquéllos sin DCS (10.4%) con $p = 0.028$. El DCS es un factor de riesgo independiente de PDO (OR = 2.862, IC 95% 1.070 – 7.760, $p = 0.036$). **Conclusiones:** La presencia de DCS es frecuente. La PDO es mayor en los pacientes con DCS. El DCS es un factor de riesgo independiente de PDO en pacientes gravemente enfermos.

ASOCIACIÓN ENTRE EL DELTA DEL ÍNDICE DE OXIGENACIÓN A LAS 72 HORAS Y VENTILACIÓN MECÁNICA INVASIVA PROLONGADA EN PACIENTES CRÍTICOS

Lugo García Lizbeth, Baltazar Torres José Ángel, Tejeda Huezco Brigitte Carmen, Canedo Castillo Nancy Allin, Sandoval Pinales Areli. IMSS La Raza.

Introducción: La ventilación mecánica prolongada es cuando el tiempo de su uso es mayor de cinco días. El índice de oxigenación se utiliza para evaluar la intensidad del soporte ventilatorio requerido para mantener una adecuada oxigenación, ya que involucra la presión media de la vía aérea y refleja el grado de oxigenación, podría ser útil para evaluar la evolución a nivel ventilatorio. **Objetivo:** Determinar la asociación entre el delta del índice de oxigenación a las 72 horas y ventilación mecánica prolongada en pacientes críticos. **Material y métodos:** Estudio de cohorte en pacientes con ventilación mecánica en UCI de enero del 2018 a enero del 2019. Se calculó el índice de oxigenación al ingreso y a las 72 horas, posteriormente se realizó el delta de dicho índice un valor de $p < 0.05$ se consideró estadísticamente significativo. **Resultados:** Se reunieron 57 sujetos con ventilación prolongada, con edad 55.04 ± 17.08 años, 57.1% ingresaron por una condición quirúrgica 52.6%, presentaron mayor tiempo de estancia y disfunciones orgánicas. La mediana del IO a las 24 horas fue de 5.090 (RIC 3.95-9.19), mientras que a las 72 horas fue 4.71 (RIC 3.81-4.75). El delta del IO fue de 0.31 (-0.29-1.5. El IO a las 24 horas en el análisis multivariado tuvo un RR de 1.05 (RIC 0.52-2.12) $p = 0.89$ y a las 72 horas de 0.67 (RIC 0.24-1.84) $p = 0.44$. La presión máxima a las 72 horas tuvo un RR de 1.17 (RIC 1.06-1.29) $p < 0.001$. **Conclusiones:** El índice de oxigenación no es útil para predecir ventilación mecánica prolongada.

ASOCIACIÓN ENTRE EL PORCENTAJE DE DESGASTE DEL MÚSCULO CUÁDRICEPS MEDIDO POR ULTRASONOGRAFÍA Y LA SOBREVIDA DEL PACIENTE EN ESTADO CRÍTICO

Espino Franco Fernando, Esquivel Chávez Alejandro, Baltazar Torres José Ángel, Sánchez Hurtado Luis Alejandro, Álvaro Cuj Torres. IMSS La Raza.

Introducción: El grado de catabolismo de un paciente en estado crítico está directamente relacionado con la mortalidad y la medición del mismo es difícil en el escenario clínico, con la llegada del ultrasonido se ha podido evaluar el desgaste del músculo cuádriceps, establecer su relación con el catabolismo y mortalidad en los pacientes críticamente enfermos. **Objetivo:** Estimar la asociación entre el porcentaje de desgaste del músculo cuádriceps > 5% medido por ultrasonografía y la supervivencia del paciente en estado crítico. **Pacientes y métodos:** Se realizó un estudio prospectivo con sujetos que ingresaron a la UCI. Se midió el grosor del músculo cuádriceps derecho mediante ultrasonografía modo B al ingreso y a las 72 horas y se calculó el porcentaje de desgaste. Un desgaste > 5% se consideró significativo. Se comparó la supervivencia entre pacientes con y sin desgaste muscular significativo y se realizó análisis de regresión logística para determinar la asociación entre éstos. **Resultados:** Se analizaron 47 sujetos. El 61.7% de ellos tuvieron desgaste muscular significativo. La supervivencia global fue de 91.5%. No hubo diferencia estadísticamente significativa en la supervivencia de pacientes con y sin desgaste muscular significativo ($p = 0.35$). El desgaste muscular significativo no fue un factor de riesgo independiente de muerte en la población estudiada ($RR = 0.59$, $IC95\% 0.07 - 4.63$, $p = 0.59$). **Conclusiones:** El desgaste significativo del músculo cuádriceps medido por ultrasonido en el paciente en estado crítico es frecuente; sin embargo, en nuestro estudio no fue un factor de riesgo independiente de muerte.

CAMBIO EN LA CONCENTRACIÓN DE BIOMARCADORES URINARIOS PARA PREDECIR LESIÓN RENAL AGUDA SÉPTICA

URD Romero Víctor, Zaragoza Galván José de Jesús. Hospital Español de México.

Introducción: La lesión renal aguda (LRA) es un problema común en pacientes críticos con una incidencia entre 30% y 50% y se asocia con alta mortalidad. Entre 15% y 20% de todos los pacientes con LRA se asocian con sepsis y tienen un pronóstico peor que sus contrapartes sin LRA. El uso de biomarcadores podría identificar quién presentará LRA séptica. **Objetivo:** Evaluar si la diferencia entre la concentración urinaria de gelatinasa de neutrófilos asociada con lipocalina (NGAL) al ingreso y después de tres horas de oliguria puede predecir LRA en pacientes con sepsis o shock séptico. **Material y métodos:** Se realizó un estudio piloto observacional, longitudinal, a los pacientes con sepsis o choque séptico ingresados a la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) del 1 de febrero al 1 de junio de 2019, se les tomó la concentración de NGAL en orina al ingreso y a las tres horas de oliguria. El resultado primario fue la capacidad de predicción de la diferencia entre estas dos mediciones (Δ NGAL) para LRA. **Resultados:** Se incluyeron 11 pacientes en el estudio. Un punto de corte de 109.7 ng/mL para Δ NGAL mostró un área bajo la curva de características operativas del receptor (AUC-ROC) de 0.78 ($IC 95\% 0.45-1.0$) para predecir LRA y un AUC-ROC de 0.77 ($IC 95\% 0.46-1.0$) con el mismo punto de corte para LRA severa (KDIGO 2). Conclusiones: Este estudio piloto demostró que usar Δ NGAL es factible y que se podría usar como método para evaluar el riesgo de LRA relacionada a sepsis, pero se necesitan más investigaciones.

ECMO VENO-ARTERIAL EN UN PACIENTE CON FALLA CARDIACA DERECHA POSTOPERADO DE TRASPLANTE CARDIACO

Fraire Félix Irving Santiago, Pedraza Grijalva Raúl, Zetina Tun Hugo Jesús, Careaga Reyna Guillermo. UMAE Hospital General «Dr. Gaudencio González Garza» del CMN La Raza, IMSS.

Femenino de 19 años de edad, con diagnóstico de miocardiopatía dilatada hipertrofica indeterminada. Se realizó trasplante cardiaco ortotópico, presentando evolución favorable en las primeras 24 horas del postquirúrgico, se logró retiro de la ventilación mecánica y descenso progresivo y suspensión del apoyo vasopresor en las primeras 12 horas. A las 48 horas de evolución del postquirúrgico la paciente comenzó con deterioro hemodinámico presentando hipotensión arterial y taquicardia, sin evidencia de hemorragia o sepsis, se realizó ecocardiograma transtorácico evidenciando datos de claudicación del ventrículo derecho, observándose dilatado y con hipocinesia global, se inició apoyo con vasopresor e inotrópico con levosimendán sin presentar reversión de la falla cardiaca en las primeras horas, por lo que se decidió inicio temprano de asistencia circulatoria extracorpórea con sistema ECMO veno-arterial periférico. Se iniciaron flujos de 3 a 3.5 l/minuto, obteniendo de

manera inmediata el descenso gradual de las dosis de vasopresores. Se mantuvo la asistencia circulatoria durante siete días. En los rastreos ecocardiográficos diarios se observó mejoría gradual en la movilidad del ventrículo derecho, revirtiendo la dilatación del mismo e incrementando el grosor de la pared, así como mejoría en valores de ITV aórtico y FEVI > 25%. Al quinto día se realizaron pruebas de retiro de ECMO, tolerando flujos de 1.5 l/minuto, sin repercusión hemodinámica; al séptimo día, con flujo de 1 l/min y presentando criterios hemodinámicos y ecocardiográficos óptimos, se retiró exitosamente el soporte circulatorio, egresando de la unidad de cuidados intensivos al quinto día posterior al retiro del ECMO.

CERTEZA DE DOS FÓRMULAS PARA CÁLCULO DE BALANCE DE LÍQUIDOS

Beltrán Moguel Jonathan, Zaragoza Galván José de Jesús, Martínez Zubieta Ricardo, Villagrana Márquez Saúl Antonio, Galaz García Sergio David, Gold Romo Víctor, González Trasviña Miguel Felipe, Cerón Díaz Wilfrido Ulises. Hospital Español.

Introducción: Existe una amplia evidencia de que el balance positivo es contraproducente posterior a la reanimación. El peso al ingreso de la UCI resulta un buen indicador para conocer el balance de líquidos comparado con las fórmulas para aproximar el balance de líquidos. **Objetivo:** Evaluar si la inclusión de las pérdidas insensibles en el cálculo de balance de líquidos diarios modifica la concordancia de este último con el cambio de peso medido a través de una báscula incorporada a la cama del paciente. **Material y métodos:** Se realizó un estudio observacional, longitudinal, prospectivo y de cohorte en el que se incluyeron a todos los pacientes que hayan ingresado UCI del Hospital Español, se midió el peso al ingreso así como el balance de líquidos parcial y acumulado y su seguimiento por cinco días, se realizó el delta de peso desde su ingreso y se comparó con el balance con ambos métodos. **Resultados:** Se encontró una adecuada correlación con un R2 calculado de 0.6462 y 0.6247 respectivamente, en el análisis de correlación entre balance con pérdidas y sin pérdidas insensibles la correlación fue más lineal con un R2 calculado en 0.9941. El análisis Bland Altman reportó un IC 95% entre 432 y -432, con un r de 0.81, con una P de 0.691, y un E de 85%, una DE de 220 ml. No hubo diferencia entre ambos métodos. **Conclusiones:** No es posible sugerir el método de medición de balance sin pérdidas insensibles comparado con pérdidas insensibles.

CHOQUE CARDIOGÉNICO COMO PRESENTACIÓN CLÍNICA DE INFARTO AGUDO AL MIOCARDIO CON ARTERIAS CORONARIAS NO OBSTRUIDAS (MINOCA). REPORTE DE CASO

Chávez Requena Luisa Irina, Castro Serrano Alejandro, Ocaña Arriaga Víctor Manuel, Aguirre Sánchez Janet, Franco Granillo Juvenal. Centro Médico ABC.

Introducción: El choque cardiogénico es una entidad clínica caracterizada por hipoperfusión sistémica grave, secundaria a disfunción ventricular izquierda. Su etiología primaria es cardiaca, siendo la patología isquémica coronaria la más común (81%). El MINOCA constituye una entidad emergente que requiere de angiografía coronaria para su diagnóstico, ya que cuenta con similitudes diagnósticas con entidades clínicas no isquémicas, por lo que es pertinente conocer de forma integral su abordaje para iniciar un tratamiento médico óptimo. **Objetivo:** Ejemplificar el abordaje diagnóstico de una paciente joven que presentó choque cardiogénico como presentación de MINOCA. **Material y métodos:** Femenino de 58 años, cursó con dolor torácico de inicio súbito asociado a disnea, progresó a deterioro neurológico e inestabilidad hemodinámica con elevación del segmento ST y biomarcadores de necrosis miocárdica positivos. Se realizó angiografía coronaria encontrándose disfunción ventricular sistólica sin alteración estructural coronaria. Se concluyó el diagnóstico de MINOCA, el cual ocurre en el 6% de los casos. Posteriormente, recibió soporte hemodinámico y farmacológico. La paciente cursó con adecuada evolución, logrando su egreso a las 72 horas. **Resultados:** Mediante angiografía coronaria se observó disfunción sistólica, arteria descendente anterior en tirabuzón tipo 2 con flujo lento TIMI 2, circunfleja y coronaria derecha sin lesiones significativas, FEVI de 30%. Angiografía pulmonar sin obstrucción en ramas principales. **Conclusión:** El MINOCA es una entidad clínica cuyo diagnóstico certero se realiza a través de angiografía coronaria y con esto, poder establecer el tratamiento médico pertinente.

CHOQUE CIRCULATORIO SECUNDARIO A INTOXICACIÓN CON LOSARTÁN

López Díaz Juan Manuel. IMSS.

Mujer de 42 años de edad sin antecedentes de importancia para el padecimiento actual. 24 horas previas a su ingreso ingiere de manera in-

tencional 400 mg de losartán, posterior a lo cual presenta alteración del estado de alerta caracterizado por somnolencia, por lo cual acude a valoración a servicio de urgencias hospitalarias, a su ingreso se documentan cifras tensionales inaudibles, 35 latidos por minuto y 12 respiraciones por minuto, que progresa a paro cardiorrespiratorio que resuelve con cuatro ciclos de reanimación cardiopulmonar avanzada y 2 mg de adrenalina con retorno a la circulación espontánea a taquicardia supraventricular, requiriendo manejo avanzado de la vía aérea y ventilación mecánica invasiva, dependiente de altas dosis de vasopresor (.5 µg/kg/min) con persistencia de choque circulatorio, se ingresa a unidad de cuidados intensivos donde se añade segundo vasopresor (terlipresina) y se optimiza reanimación con cristaloides, se reporta aclaramiento de lactato de 10 mmol a 8 mmol en seis horas, en las posteriores 48 horas se desciende vasopresor hasta suspenderse, lo que permite retiro de la sedación emergiendo con adecuado estado neurológico a las 12 horas, por lo que se retira ventilación mecánica con adecuada tolerancia siendo egresada de unidad de cuidados intensivos sin complicaciones.

CHOQUE SÉPTICO COMPLICADO CON COAGULACIÓN INTRAVASCULAR DISEMINADA Y FALLA HEPÁTICA AGUDA SECUNDARIA

Méndez de Jesús Ignacio Alberto, Esquivel Chávez Alejandro, Canedo Castillo Nancy Allin, Cano Oviedo Abraham Antonio, Arballo Imperial Leslie Alejandra. IMSS La Raza.

Reportamos el caso de una mujer de 28 años con antecedente de diabetes mellitus 2. Inició con dolor torácico acompañado de disnea, fiebre de 39°C y dolor articular, se manejó de manera sintomática, dos semanas después presentó inestabilidad hemodinámica, respiratoria, renal, neurológica y hepática. Laboratorio: pH 6.9 creatinina: 3.8 AST: 10675 ALT: 3414 BT: 2.3 plaquetas: 186,000 TTP: 80 INR: 8, se ingresó a la unidad de cuidados intensivos (UCI) por insuficiencia hepática aguda de etiología no determinada, se estadificó con MELD: 34 puntos y criterios mayores y menores positivos de King's College, se inició protocolo de estudio para determinar la causa de la falla hepática, a las 12 horas de su ingreso la paciente fallece y se somete a necropsia, el estudio de patología reporta coagulación intravascular diseminada, con presencia de trombosis a nivel del hilio hepático, renal, coronario y arterias pulmonares secundaria a choque séptico por neumonía de focos múltiples. **Conclusión:** La insuficiencia hepática aguda secundaria a trombosis de la arteria hepática es una complicación que rara vez se presenta en el choque séptico, su comportamiento clínico es agudo y se caracteriza por la presencia de necrosis o apoptosis de hepatocitos con agotamiento de ATP que causa inflamación y alteración de la membrana celular. Se debe realizar un diagnóstico temprano e implementar un tratamiento agresivo, ya que de esto dependerá el pronóstico del paciente.

CHOQUE SÉPTICO PULMONAR EN PACIENTE NEUTROPÉNICO CON SÍNDROME DE LISIS TUMORAL SECUNDARIO A LEUCEMIA PROLIFOCÍTICA

Núñez González Pablo, López López Erick, Palacios Campos Adriana Victoria, Domínguez Borgua Andrés, Raúl Pedraza Grijalva. ISSEMYM.

Introducción: La sepsis y choque séptico son las principales causas de ingreso a UCI, la optimización del cribado, diagnóstico y tratamiento de sepsis pueden mejorar el resultado de pacientes neutropénicos hematológicos y oncológicos con sepsis. El síndrome de lisis tumoral es una emergencia oncológica causada por lisis masiva de células tumorales con liberación de potasio, fosfato y ácidos nucleicos. **Objetivo:** Presentar el caso de un paciente neutropénico con choque séptico y lisis tumoral secundario a leucemia proliferativa. **Material y métodos:** Femenino de 60 años con índice de exposición a biomasa de 180 h/año. Presenta cuadro de dos meses de evolución con epistaxis, equimosis y petequias, cefalea moderada holocraneana, astenia, adinamia y diaforesis, dos días previos con hematoquecia y dolor abdominal cólico en hipocondrio derecho. A su ingreso con datos clínicos de choque, febril, síndrome de integración pleuropulmonar de condensación bilateral difuso, hepatomegalia y petequias diseminadas. Laboratorios con pancitopenia, neutropenia severa, frotis de sangre periférico con blastos 45%, hiperbilirrubinemia indirecta, hipercalemia, hiperfosfatemia e hiperuricemia. USG con hepatoesplenomegalia y radiografía de tórax con consolidaciones bilaterales difusas. Ingresó a terapia intensiva. **Resultados:** Durante su estancia recibe tratamiento con soluciones balanceadas con una reanimación intensiva y antibiocioterapia meropenem, linezolid y caspofungina, aminas vasopresoras e inotrópicos, alopurinol. Cursando con evolución tórpida e indicaciones de terapia de reemplazo renal, consiguiendo la mejoría clínica posterior al inicio de la terapia continua de reemplazo renal. Se traslada a Centro Oncológico Estatal. **Conclusiones:** Importancia del reconocimiento de choque séptico

en paciente neutropénico y tratamiento adecuado, además del manejo inicial adecuado del síndrome de lisis tumoral.

CHOQUE SÉPTICO SECUNDARIO A APENDICITIS COMPLICADA EN EMBARAZO

Núñez González Pablo, Arellano Estrada Juan Manuel, Domínguez Borgua Andrés, Pedraza Grijalva Raúl, Fuentes Gómez Arturo Javier. Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios.

Introducción: Sepsis materna es causa de morbimortalidad. La fuente es pélvica o no pélvica. La sepsis anteparto es generalmente de origen no pélvico. Apendicitis aguda es la emergencia quirúrgica no pélvica más común en embarazo (1/1,000-2,000 embarazos). **Objetivo:** Presentación de un caso de choque séptico por apendicitis complicada en embarazo. **Material y métodos:** Se revisó un caso de femenino de 37 años, embarazo 24 SDG por FUM sin otros antecedentes. Inicia dos semanas previas con dolor abdominal intermitente, cólico difuso, exacerbándose el día del ingreso con epigastralgia irradiada a meso-hipogastrio. Valorada inicialmente por persistencia del dolor y fiebre, laboratorios externos evidenciando neutrofilia y ultrasonido: embarazo único vivo, líquido libre en cavidad abdominal. Valorada en urgencias se encuentra con taquicardia, taquiplea, irritación peritoneal, ultrasonido FAST: hepatomegalia, líquido libre en cavidad abdominal, producto único vivo y activan código Mater. Se encuentra paciente con datos clínicos de choque (hiperlactatemia e hipoperfusión tisular). TAC abdominopélvica: líquido libre y neumoperitoneo. Ingresó a quirófano para laparotomía exploradora, hallazgos: líquido libre en cavidad (2,000 cc), apéndice lisado en la mayoría de su trayecto con base respetada friable, sangrado 1,100 cc, realizándose apendicetomía, salpingectomía izquierda, drenaje y lavado de cavidad. Durante estancia en UCI se mantiene cuatro días con aminas, antibiocioterapia y al segundo día se realiza abordaje quirúrgico por óbito. Por continuar febril se realiza ultrasonido con coleción perihepática que es drenada por intervencionismo mejorando seis días después y es egresada. **Resultados:** Abordaje diagnóstico y terapéutico de abdomen agudo y choque séptico en embarazo. **Conclusiones:** Importancia del código Mater como medida reductora de morbimortalidad materna.

CIRCULACIÓN POR MEMBRANA EXTRACORPÓREA EN MODALIDAD VENO-ARTERIAL PARA MANEJO DEL CHOQUE CARDIOGÉNICO. EXPERIENCIA EN EL «CENTRO MÉDICO ABC»

Gaytán García Crithian Josué, Camarena Alejo Gilberto, Franco Granillo Juvenal, Aguirre Sánchez Janet Silvia. Centro Médico ABC.

Introducción: El choque cardiogénico es un síndrome multifactorial, asociado con alta mortalidad. A pesar de los avances en perfusión y soporte mecánico circulatorio, el manejo sigue siendo muy variable y los resultados pobres. La oxigenación con membrana extracorpórea en modalidad venoarterial (ECMO-VA) es una forma de soporte circulatorio mecánico temporal con intercambio de gases simultáneo. Ha surgido como una intervención de rescate en pacientes con choque cardiogénico refractario, proporcionando soporte circulatorio y otorgando tiempo a otros tratamientos para promover la recuperación o como terapia puente hacia una solución definitiva. **Objetivo:** Determinar las características de la población con choque cardiogénico y manejo con ECMO-VA. **Material y métodos:** Estudio descriptivo, retrospectivo de enero 2017 a agosto 2019. Registramos variables demográficas, categóricas, expresadas como frecuencias y porcentajes y numéricas como mediana y rango intercuartil. **Resultados:** Ocho pacientes, de los cuales seis (75%) presentaron paro cardiorrespiratorio previo al inicio de ECMO-VA. Se utilizó escala SAVE (*Survival After Veno-Arterial ECMO*) para estimación de sobrevida con promedio de 40%. Se inició la terapia en un rango de tiempo de tres a 12 horas con una media de 5.3 horas. Se estimó FEVI (Fracción de eyección del ventrículo izquierdo) previo ECMO-VA con una media de 24.6%. La mortalidad asociada a choque cardiogénico con ECMO-VA fue del 37.5%. **Conclusiones:** Considerando la elevada mortalidad asociada a choque cardiogénico refractario y observando la respuesta favorable del tratamiento con ECMO-VA se debe considerar como medida terapéutica temprana en los pacientes con criterios de inclusión.

COMPORTAMIENTO CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO POR SUBESPECIALIDADES EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DE ADULTOS (UCIA) EN EL BAJÍO MEXICANO

Olivares Durán Enrique Mario, Romero Adona Diana Verónica, Rivera Morales Jaime, Rivera Chávez Manuel José, Ramírez Mora Aarón Humberto. HRAEB. León, Guanajuato, México.

Introducción: Hay pocos reportes mexicanos del comportamiento, diferenciado por subespecialidades, de los pacientes de UCIs de hospitales de

alta especialidad. **Objetivo:** Analizar y comparar el comportamiento de pacientes clasificados por subespecialidades en la UCIA del HRAEB de León, México. **Material y métodos:** Se registró prospectivamente la información de orden clínico-epidemiológico de la totalidad de pacientes ingresados a la UCIA del HRAEB en un periodo de 10 meses. Se analizó y comparó dicha información por subespecialidades de UCI: de cardiología (UCIC), neurocríticos (UCNI), oncología-oncocirugía (UCIO) y de UCI miscelánea (UCIMix, que incluyó: trasplantes, urología, nefrología, cirugía de tórax, etc.). **Resultados:** *Características generales:* Serie de 281 pacientes. Edad promedio de 47.7 ± 17.6 años. Género masculino 53.7%, género femenino 46.3%. Estancia en UCI promedio 4.2 días, estancia hospitalaria total media 11.6 días. Días en ventilador promedio ($n = 180$ pacientes) 3.1d. Tasa de infección nosocomial 7.83%. Tasa bruta de mortalidad en UCI 8.90%, tasa bruta de mortalidad hospitalaria 15.66%. *Análisis comparativo:* Los pacientes neurológicos tuvieron las estancias en UCI más cortas (3.0d) y la UCIMix las más prolongadas (5.25d). Los pacientes neurológicos tuvieron menos días en ventilador (2.5d). Los de UCIMix requirieron más días-ventilador (4.0d). La tasa de infecciones nosocomiales más baja ocurrió en la UCNI (2.47%), la más alta en UCIC (11.32%). Las tasas de mortalidad en UCI más altas correspondieron a la UCIMix (16.28%) y UCIC (10.38%) y las más bajas a la UCNI (2.47%). **Conclusiones:** Cada uno de los subgrupos analizados y comparados por subespecialidad presentó un comportamiento clínico-epidemiológico que permite caracterizarlos diferenciadamente.

CONSUMO DE OPIOIDES EN LA UNIDAD DE QUEMADOS DEL CENIAQ. USO RACIONAL DE OPIOIDES EN EL PACIENTE QUEMADO

Vargas Torres Eunice Sofía, Marín Landa Oscar Miguel. Instituto Nacional de Rehabilitación.

Introducción: El manejo del dolor en el paciente quemado involucra en muchas ocasiones la utilización y en ocasiones sobreutilización de opioides, relacionados a efectos adversos como náuseas, estreñimiento, depresión respiratoria, dependencia física, adicción y alteraciones hormonales, etc. **Objetivo:** Brindar conocimiento sobre los efectos secundarios, riesgos del uso de opioides en el paciente quemado, así como brindar estrategias y alternativas para la sedoanalgesia del paciente quemado. Conocer los resultados de las estrategias restrictiva y liberal del uso de opioides. **Metodología:** El universo lo constituyen los pacientes ingresados en el Servicio Agudos Unidad de Terapia Intensiva del CENIAQ con porcentajes de quemadura mayor al 20%. Durante el periodo comprendido de 01 de enero de 2011 al 31 de enero de 2019. En este estudio se observaron dos tendencias de usos de opioides, liberal 2015 y 2016 restrictiva 2017 y 2018. **Resultados:** Se realizó un análisis comparativo de las características de los pacientes de acuerdo con el periodo de estudio: 2015-2016 vs. 2017-2018. Para tal fin, las diferencias en la distribución de variables cualitativas se evaluaron con la prueba χ^2 , y las variables numéricas se contrastaron con la prueba U de Mann-Whitney. Un valor de $p < 0.05$ fue considerado estadísticamente significativo. **Conclusiones:** El manejo del dolor en el paciente quemado involucra uso de opioides, puede ser sustituido por otras alternativas, con ello disminuyendo las posibilidades de efectos secundarios. En el presente estudio se observó que la estrategia liberal del uso de opioides es mayor respecto a la restrictiva. Se incluyeron un total de 278 pacientes.

CORRELACIÓN DE LOS NIVELES SÉRICOS DE IL-13 CON LA PROGRESIÓN DEL PUNTAJE SOFA EN PACIENTES SÉPTICOS CON FALLA ORGÁNICA MÚLTIPLE EN TERAPIA INTENSIVA

Ávila Rojas Teresa del Carmen, Solís Fuentes Israel, Esquivel Velázquez Marcela, Nava Sánchez Héctor, Chávez Morales Alfonso. Hospital General de México «Dr. Eduardo Liceaga».

Introducción: La falla orgánica múltiple en sepsis disminuye la síntesis de IL-13; lo cual es deletéreo para la supervivencia; simultáneamente la escala de evaluación de falla orgánica secuencial (SOFA) fue diseñada para predecir mortalidad, que por sí sola no indica su progresión en los pacientes, situación que podría determinarse al correlacionarla con IL-13 como biomarcador. **Objetivo:** Correlacionar los niveles séricos de IL-13 con progresión del puntaje SOFA en pacientes sépticos con falla orgánica múltiple al ingreso y a 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 IL-13 reportados por laboratorio de proteómica. 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 0.67 el aumento de SOFA asociado a niveles de IL-13 mejorando su sensibilidad. **Discusión:** La mortalidad se correlacionó positivamente a niveles de IL-13 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.

CORRELACIÓN DEL ÍNDICE DIFERENCIA VENO-ARTERIAL DE DIÓXIDO DE CARBONO SOBRE GRADIENTE ARTERIO-VENOSO DE OXÍGENO ($\Delta P_{VACO2}/\Delta C_{AVO2}$) Y NIVELES DE LACTATO EN PACIENTES ONCOLÓGICOS CON CHOQUE SÉPTICO COMO DETERMINANTES DE MORTALIDAD

Cruz Monzalvo Mónica, González Moreno Francisco Javier, Franco Granillo Juvenal, Aguirre Sánchez Janet, Camarena Alejo Gilberto. Centro Médico ABC.

Introducción: El estado de hipoperfusión tisular puede obedecer a múltiples causas y conlleva un factor de riesgo de disfunción orgánica múltiple. Una de las variables bioquímicas más analizadas en choque séptico es el lactato; sin embargo, éste no es el único que predice hipoperfusión tisular y deben considerarse otros factores que lo alteran. La sobreproducción de lactato ocurre cuando existe hipoxia tisular, fenómeno de Warburg, trastornos circulatorios, pulmonares o de transferencia de hemoglobina. La diferencia v-a de pCO₂ (Pv-aCO₂) guarda relación inversa al índice cardiaco y su subrogado: el índice $\Delta P_{VACO2}/\Delta C_{AVO2}$ es un marcador no invasivo de hipoperfusión tisular. En patología oncológica, los cambios fisiológicos que ocurren en las células tumorales no siempre se toman en cuenta, el principal es el fenómeno de Warburg. **Objetivo:** Identificar la correlación del $\Delta P_{VACO2}/\Delta C_{AVO2}$ con niveles de lactato en pacientes oncológicos con choque séptico como determinantes de mortalidad. **Material y métodos:** Análisis retrospectivo, descriptivo, se realizó prueba de χ^2 y cuantificación de riesgo, periodo de un año, pacientes con choque séptico y patología oncológica. **Resultados:** 46 pacientes; 36% de mortalidad, 78.2% hombres, adenocarcinoma de colon más común, origen de choque principal por neumonía, no se encontró significancia estadística en los niveles de $\Delta P_{VACO2}/\Delta C_{AVO2} > 1.4$ o lactato > 4 con mortalidad. La depuración de lactato no fue significativa. **Conclusiones:** El índice $\Delta P_{VACO2}/\Delta C_{AVO2}$ mayor de 1.4 y lactato > 4 no es representativo en la mortalidad del paciente oncológico con choque séptico, guiar el manejo por parámetros bioquímicos aislados no asegura éxito en el tratamiento ni disminución de la mortalidad.

CORRELACIÓN ENTRE LACTATO SÉRICO Y SATURACIÓN VENOSA CENTRAL COMO MARCADOR DE PERFUSIÓN TISULAR EN CHOQUE SÉPTICO EN PACIENTES CON CÁNCER EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

González Moreno Francisco Javier, Cruz Mónica, Franco Granillo Juvenal, Camarena Alejo Gilberto, Aguirre Sánchez Janet. Centro Médico ABC.

Introducción: El pronóstico del paciente con cáncer y choque séptico en la unidad de cuidados intensivos es aún controversial. Se desconoce el comportamiento de los parámetros de perfusión tisular en pacientes con cáncer y choque séptico. El efecto Warburg y la alteración mitocondrial en los pacientes con cáncer, asociado a la reducción del aclaramiento de lactato sérico durante la sepsis, es posible que incremente los niveles elevados de lactato y que no esté relacionado con la perfusión tisular. **Objetivo:** Evaluar la relación entre la saturación venosa central y el lactato sérico como marcadores de perfusión tisular en pacientes con cáncer y choque séptico. **Material y métodos:** Se registraron los ingresos a la unidad de cuidados intensivos en un año. Se incluyó el diagnóstico de cáncer y choque séptico. Se analizó el lactato sérico, saturación venosa central, tipo de cáncer y factores relacionados con el aclaramiento del lactato. Se analizó la correlación entre el lactato sérico y saturación venosa central como resultado primario y la mortalidad relacionada con lactato sérico como resultado secundario. **Resultados:** Se identificaron un total de 46 pacientes durante el año 2018. No se identificó correlación entre el nivel sérico de lactato y saturación venosa central ($r = 0.15$). Se identificó correlación moderada entre lactato sérico a las 24 horas y mortalidad ($r = 0.43$). **Conclusiones:** En el presente estudio no se encontró correlación entre el nivel de lactato sérico y la saturación venosa central en pacientes con cáncer y choque séptico. Se requieren estudios de seguimiento para comprobar esta asociación.

CORRELACIÓN ENTRE MORTALIDAD Y DELTA DE EFICIENCIA VENTILATORIA EN PACIENTES CON SDRA EN VENTILACIÓN PRONO

Rodríguez Peredo Angélica, Gasca Aldama José Carlos, Gorordo Delsol Luis Antonio, Sosa Santos Sandybell, Gaytán Medina Laura Elizabeth. Hospital Juárez de México.

Introducción: Estimar espacio muerto (EM) sirve para evaluar la evaluación del pronóstico. La eficiencia respiratoria (VR) sirve para evaluar el aclaramiento

de CO₂. El valor normal de VR: normal 0.89, VR ≥ 2 mala eliminación de CO₂ y mayor mortalidad. **Objetivo:** Describir la correlación entre mortalidad y delta VR en prono. **Material y métodos:** Cohorte prospectiva, descriptiva, seguimiento a 30 días. Ingreso: ≥ 18 años, ≤ 24 horas estancia, tumba SDRA. Se trata de una prueba de Wilcoxon para análisis de medios de muestras relacionadas y correlación biserial de puntos (CBP) con mortalidad a 30 días. **Resultados:** Incluye 26 pacientes, cálculo de VR antes y después del prono. Se obtuvo $z = -0.0608$ ($p = 0.95216$) por prueba de Wilcoxon entre los valores de VR antes y después de prono; se aplicó CBP para la correlación entre VR preprono y mortalidad $r = 0.12117$ ($p = 0.55543$), VR en prono y mortalidad $r = 0.43141$ ($p = 0.02777$), se calculó CBP para VR preprono-prono ($\Delta VRp-p$) con mortalidad obteniendo $r = -0.39573$ ($p = 0.04538$). El incremento de $\Delta VRp-p$ se asoció con mortalidad con RR = 2.5 (IC 95% 1.0494 a 5.9558, $p = 0.0386$), mientras donde disminuyó el VR después del prono el RR fue 0.4000 (0.1679 a 0.9529, $p = 0.0386$). **Conclusiones:** El VR en prono tuvo correlación significativa con la mortalidad, la correlación entre $\Delta VRp-p$ y mortalidad fue significativa e inversamente proporcional; cuando $\Delta VRp-p$ incrementó en prono hay 2.5 veces más riesgo de mortalidad; El $\Delta VRp-p$ puede utilizarse como un indicador de respuesta al prono.

DEBILIDAD GENERALIZADA: REPORTE DE CASO

Pérez Alba Eduardo, López Moran Héctor Antonio, Infante García Pablo, Sánchez Nava Víctor Manuel, Chávez Pérez Carlos. Tecnológico de Monterrey.

Masculino de 44 años, únicamente con inmunizaciones recientes: influenza 2018. Resto de antecedentes negados. Inicia padecimiento tres días previos al ingreso al presentar odinofagia y tos; posteriormente se agregó malestar general, artralgias e hipertermia no cuantificada, acude el día 14/04/19, se decide su ingreso con diagnóstico de enfermedad febril en estudio, se realizaron diferentes estudios, punción lumbar con presencia de pleocitosis, se inicia manejo para encefalitis viral con ceftriaxona, vancomicina y aciclovir, resto de estudios infecciosos resultando negativos; presenta durante su estancia en intermedios episodios de alteración del estado de alerta con agitación, agresividad y pérdida de la atención, presenta buena evolución clínica, afebril, con mejoría del estado neurológico; sin embargo, horas previas inicia con disminución de la fuerza muscular que inicia en miembros inferiores, progresando a miembros superiores e iniciando con dificultad para la deglución así como para la respiración, por lo que se decide su ingreso a unidad de cuidados intensivos para continuar vigilancia. Se realizan exámenes de neuroconducción motora y sensitiva en cuatro extremidades, anormal, con presencia de neuropatía desmielinizante y axonal con afectación de nervios medianos cubitales, peroneos y tibiales posteriores, así como ausencia de respuesta de ondas F en peroneos y tibial posterior izquierdo, el resto de los nervios muestran respuestas F anormales en relación a replicación y morfología. Sugestivo de poliradiculopatía desmielinizante y axonal de origen a determinar. Se reporta anticuerpos influenza A mayor de 1:64 resultando positivo en líquido cefalorraquídeo, estableciéndose diagnóstico de encefalitis de Bickerstaff secundario a influenza tipo A.

DELTA DE PODER MECÁNICO COMO MARCADOR PRONÓSTICO DE MORTALIDAD A CORTO PLAZO

Castro Ramos Lizbeth Alejandra, Mendoza Rodríguez Martín, Cortés Munguía José Alfredo. Hospital General La Villa SSCDMX.

Introducción: La lesión inducida por la ventilación mecánica es un conjunto de alteraciones que requiere manejo integral, por lo que es importante determinar factores pronósticos que orienten hacia los objetivos del manejo de los pacientes con estos dispositivos, sugiriendo la participación del delta del poder mecánico y su papel como marcador pronóstico de mortalidad a corto plazo. **Objetivo general:** Demostrar que el delta del poder mecánico es útil como marcador pronóstico de mortalidad a corto plazo. **Material y métodos:** Estudio realizado en área clínica, descriptivo, longitudinal y prospectivo, que incluyó a pacientes con ventilación mecánica invasiva controlada al ingreso a la Unidad de Terapia Intensiva del Hospital General La Villa. Se calculó el poder mecánico al ingreso y a las 48 horas, así como el delta del poder mecánico y se correlacionó con la mortalidad a los siete días para determinar la utilidad de éste como marcador pronóstico. **Resultados:** Se reunió un total de 48 sujetos, de los cuales el 64.6% fueron hombres, con una edad promedio de 46 años. La mortalidad observada fue del 12.5% a los siete días de seguimiento. El delta del poder mecánico fue menor en los pacientes fallecidos (vivos 4.21 ± 2.68 vs. finados 0.61 ± 1.44 $p = 0.0001$). Se determinó un punto de corte de delta de poder mecánico para predecir mayor mortalidad, el cual fue de < 1.76 J ($p < 0.0001$) con una sensibilidad del 100% y especificidad de 85.71%. **Conclusión:** El delta de poder mecánico es útil como marcador pronóstico a corto plazo en la UTI.

DISFUNCIÓN DIASTÓLICA Y AVA EN UTI PREVALENCIA Y TIPO DE DISFUNCIÓN DIASTÓLICA EN PACIENTES CON PREECLAMPSIA

Rodríguez Peredo Angélica, Sanabria Cordero David, Gasca Aldama José Carlos. Hospital Juárez de México.

Introducción: La disfunción diastólica (DD) es frecuente en pacientes con hipertensión, enfermedad cardíaca valvular, cardiomiopatía hipertrofica o restrictiva, también destaca la preeclampsia. Se asocia además a los cambios maternos del embarazo, con baja mortalidad, pero alta morbilidad. La fisiopatología de la disfunción diastólica incluye retraso en la relajación miocárdica. Estas condiciones provocan un aumento en la presión telediastólica del ventrículo izquierdo y de la presión capilar pulmonar, lo que se traduce en congestión pulmonar. El diagnóstico de la disfunción diastólica en este grupo de población no se ha establecido con exactitud. **Objetivo:** Determinar la prevalencia de disfunción diastólica y el acoplamiento ventrículo-arterial en pacientes con preeclampsia severa. **Material y métodos:** Realizar un estudio observacional, prospectivo, transversal y descriptivo con los pacientes que ingresaron a la UCI del HJM con el diagnóstico de preeclampsia durante un periodo de seis meses, con ecocardiograma y según los nuevos criterios de disfunción diastólica. Además de valoración de acoplamiento ventrículo-arterial según el modelo de latido único. **Resultados:** Se analizaron 13 pacientes de preeclampsia severa, que requirieron manejo en UTI, el 15% presentó disfunción diastólica, el 7.5% insuficiencia aórtica, 7.5% hipertrofia de ventrículo izquierdo, 15% con control de PCWP por fórmula de Nagueh, el promedio de FEVI 59%, sin detectar disfunción diastólica, desacoplamiento ventriculoarterial en el 15%. **Conclusiones:** La ecocardiografía en paciente crítico obstétrica es hoy en día fundamental para su correcto monitoreo y evaluación, se requiere continuar con el estudio para que los hallazgos sean significativos. El desacoplamiento ventriculoarterial se ve alterado por aumento de la elastancia arterial.

DISPONIBILIDAD DE OXÍGENO VS. HEMOGLOBINA COMO CRITERIO DE TRANSFUSIÓN EN PACIENTES HEMODILUIDOS CON CHOQUE SÉPTICO

Entzana Pérez Rajiv Esau. Hospital General La Villa.

Introducción: Uno de los tratamientos para el choque séptico es la administración alta de líquidos parenterales, que puede llevar al paciente a hemodilución por los balances positivos importantes, y éste a su vez a recibir transfusión sanguínea. Existen varios artículos que observan la hemodilución por altas concentraciones de líquidos sin ameritar transfusión, y otros estudios identifican el valor mínimo de 7 mg/dl de hemoglobina como criterios de transfusión, sin tomar en cuenta algún otro criterio, ya que se ha observado que no es necesario transfundir a paciente por arriba de estas cifras por las complicaciones que puede llegar a presentar. **Objetivo:** Identificar si la disponibilidad de oxígeno es mejor que la hemoglobina como criterio de transfusión en pacientes hemodiluidos con choque séptico. **Material y métodos:** Se realizó un estudio observacional descriptivo, retrospectivo de corte transversal, en el Hospital General La Villa en el periodo comprendido entre enero de 2018 y mayo de 2019. **Resultados:** se observó que predomina el género masculino con promedio de edad de 47 años, la causa de choque séptico fue abdominal (40%), respiratoria (34%), tejidos blandos (16%) y urinario (10%). Se correlacionaron las variables (hemoglobina, disponibilidad de oxígeno y balances positivos), donde se encontró una relación significativa entre la hemoglobina y los balances positivos al ingreso y a las 72 horas, ($p 0.002$ R 0.42) ($p 0.01$ R 0.36), sin encontrar significancia entre la disponibilidad de oxígeno y los balances positivos. **Conclusiones:** Concluimos que la hemoglobina baja tiene mayor correlación con los balances positivos, en comparación con la disponibilidad de oxígeno.

DVNO COMO MONITOREO NEUROLÓGICO EN LA PREECLAMPSIA SEVERA

Revilla Serrato Ana Karina. Secretaría de Salud.

Introducción: Debido a importancia de las complicaciones neurológicas que se presentan en la paciente con preeclampsia severa es necesario encontrar métodos de monitoreo neurológico más efectivos rápidos y menos costosos, por lo que el objetivo de este estudio es corroborar o evaluar si el DVNO es útil como herramienta de monitoreo neurológico para el manejo oportuno del edema cerebral en pacientes con preeclampsia severa en UCI. **Objetivo:** Generales: Medir diámetro de la vaina del nervio óptico (DVNO) en pacientes con preeclampsia severa con el fin de diagnosticar el edema cerebral e iniciar el manejo oportuno. **Material y métodos:** Estudio tipo cuantitativo, observacional, descriptivo, longitudinal y prospectivo. En hospitales de la Secretaría de Salud en un periodo de noviembre del

2018 a mayo 2019 con diagnóstico de preeclampsia con criterios de severidad. Se recolectó información como sintomatología neurológica, TA, cefalea y localización de la misma, etc. Se correlacionaron los datos de una población de tipo censo. Posteriormente se obtuvieron relaciones y correlaciones con pruebas estadísticas para las variables especificadas. **Resultados:** Se realizó la correlación r de Pearson en donde se obtuvieron r 0.20 en ojo derecho y r 0.21 en ojo izquierdo, la cual muestra una significancia positiva baja en las variables de TA y presencia de edema cerebral por medición del diámetro de la vaina del nervio óptico con punto de corte de 0.5 cm. **Conclusiones:** El ultrasonido y la medición DVNO como herramienta del monitoreo en la paciente con preeclampsia severa no sustituye la realización del *gold estándar*.

ECMO EN FALLA CARDIACA Y TRASPLANTE

Fraire Félix Irving Santiago, Pedraza Grijalva Raúl, Zetina Tun Hugo Jesús, Careaga Reyna Guillermo. Hospital Miguel Hidalgo.

Femenino de 19 años de edad, con diagnóstico de miocardiopatía dilatada hipertrofica indeterminada. Se realizó trasplante cardiaco ortotópico, presentando evolución favorable en las primeras 24 horas del posquirúrgico, se logró retiro de la ventilación mecánica y descenso progresivo y suspensión del apoyo vasopresor en las primeras 12 horas. A las 48 horas de evolución del postquirúrgico la paciente comenzó con deterioro hemodinámico presentando hipotensión arterial y taquicardia, sin evidencia de hemorragia o sepsis, se realizó ecocardiograma transtorácico evidenciando datos de claudicación del ventrículo derecho, observándose dilatado y con hipocinesia global, se inició apoyo con vasopresor e inotrópico con levosimendán sin presentar reversión de la falla cardiaca en las primeras horas, por lo que se decidió inicio temprano de asistencia circulatoria extracorpórea con sistema ECMO veno-arterial periférico. Se iniciaron flujos de 3 a 3.5 l/minuto, obteniendo de manera inmediata el descenso gradual de las dosis de vasopresores. Se mantuvo la asistencia circulatoria durante siete días. En los rastreos ecocardiográficos diarios se observó mejoría gradual en la movilidad del ventrículo derecho, revirtiendo la dilatación del mismo e incrementando el grosor de la pared, así como mejoría en valores de ITV aórtico y FEVI > 25%. Al quinto día se realizaron pruebas de retiro de ECMO, tolerando flujos de 1.5 l/minuto, sin repercusión hemodinámica; al séptimo día, con flujo de 1 l/min y presentando criterios hemodinámicos y ecocardiográficos óptimos, se retira exitosamente el soporte circulatorio, egresando de la unidad de cuidados intensivos al quinto día posterior al retiro del ECMO.

ECTIMA GANGRENOSO: REPORTE DE UN CASO Y REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

Patiño Flores Jorge, García Álvarez Nelson, Chávez Morales Alfonso. Hospital general de México «Dr. Eduardo Liceaga».

Introducción: El ectima gangrenoso es una manifestación cutánea causada por *Pseudomonas aeruginosa*. Tiene un alto riesgo de mortalidad cuando la infección es sistémica. El reconocimiento de las lesiones permite la introducción de terapia antimicrobiana efectiva. **Objetivo:** Reportar el caso de un paciente atendido en el servicio de terapia intensiva que acude por dolor abdominal. **Caso clínico:** Masculino de 39 años con dolor en abdomen superior. A la semana de evolución inicia con ictericia. USG abdominal con coledocolitiasis, dilatación de la vía biliar. Se solicita CPRE. Se realiza esfinterotomía, CPRE fallida. Colédoco con diámetro 12 mm. Se solicita interconsulta a terapia intensiva quien lo ingresa. Gasometría arterial con acidemia metabólica. Durante su estancia, el paciente presenta deterioro neurológico, hemodinámico y renal, ameritando medidas de soporte multiorgánico. Presenta posteriormente lesiones dérmicas con máculas violáceas y borde eritematoso. Finalmente presenta falla orgánica múltiple y paro cardiorrespiratorio. Diagnósticos finales: Falla orgánica múltiple (hepática, renal, pulmonar); choque séptico abdominal por colangitis severa, postoperado CPRE, sepsis de origen pulmonar (germen aislado *Pseudomonas aeruginosa*), sepsis urinaria, ectima gangrenoso. **Conclusión:** Las presentaciones de ectima gangrenoso pueden ocurrir en pacientes previamente sanos. Ésta es una lesión dérmica útil para el diagnóstico de infección por *Pseudomonas aeruginosa* y puede presentarse antes de que el patógeno sea aislado. Es necesario identificarlo de manera temprana para otorgar tratamiento de soporte oportuno, y mejorar la tasa de supervivencia.

EFICACIA DE LA MOVILIZACIÓN PASIVA TEMPRANA

Plascencia Zurita Lidya Angélica, Manzano Vergara Anaid, Herrera Morales BE, Moreno Noguez M. IMSS.

Introducción: En estudios recientes se ha demostrado que la movilización temprana (MT) en pacientes con insuficiencia respiratoria acortó el tiempo de estancia en la Unidad de Terapia Intensiva (UTI). Sin embargo, hay

controversia sobre el impacto de la MT en los días de ventilación mecánica (DVM). **Objetivo:** Evaluar la eficacia de la movilización pasiva temprana de extremidades en la reducción de la duración de la ventilación mecánica en pacientes en una Unidad de Terapia Intensiva. **Material y métodos:** Estudio experimental aleatorizado prospectivo longitudinal. Se incluyeron sujetos entre 18 y 60 años ingresados a la UTI, < 24 horas de ventilación mecánica (VM), con estabilidad hemodinámica; sin enfermedades de la placa neuromuscular, síndrome insuficiencia respiratoria aguda, enfermedades pulmonares crónicas, embarazadas y sin empaquetamiento abdominal. Se evaluaron los DVM, días de estancia en UTI (DEUTI) y eventos adversos en los sujetos aleatorizados para recibir movilización habitual (MH) vs. MT. **Resultados:** Se incluyeron 33 sujetos con una media de edad de 41 años, 66.7% mujeres. Se analizaron 17 sujetos a MT y 16 a MH. Se redujo cuatro días de VM ($p < 0.001$) en MT (RIC 3.4) vs. MH (RIC 5.12); de tres días en DEUTI ($p = 0.004$). Se realizó una regresión lineal múltiple para ajustar por pacientes quirúrgicos, motivo de VM respiratorio, estado de choque y noradrenalina manteniéndose la MT como factor independiente para la reducción de DVM de cuatro días ($p = 0.008$). Los eventos adversos fueron igual en ambos grupos. **Conclusiones:** La movilización pasiva temprana de extremidades redujo los días de VM en pacientes en UTI.

EFICACIA DEL USO DE BALÓN DE CONTRAPULSACIÓN INTRAÓRTICO PREQUIRÚRGICO COMO CARDIOPROTECCIÓN EN PACIENTES DE ALTO RIESGO SOMETIDOS A CIRUGÍA DE REVASCULARIZACIÓN AORTOCORONARIA

Antonio Mendiola Molina, Edgar García Cruz, Ismael Chango Criollo, Francisco Martín Baranda Tovar. Instituto de Cardiología Ignacio Chávez.

Introducción: El principio fisiológico del BIAC responde al concepto de contrapulsación, produce una onda en la línea de presión arterial como resultado de los cambios de presión en el sistema vascular durante el ciclo cardiaco. **Objetivo general:** Determinar el impacto del uso de BIAC como terapia de cardioprotección previo a la cirugía en revascularización aortocoronaria. **Material y métodos:** Estudio unicéntrico, retrospectivo, de casos y controles, pacientes con enfermedad coronaria trivascular con características de alto riesgo según la fracción de expulsión del ventrículo izquierdo. **Resultados:** Se incluyeron 31 pacientes, divididos en tres grupos, grupo 1 FEVI mayor de 50% 11 pacientes, grupo 2 FEVI 35-49% siete pacientes, grupo 3 FEVI menor de 35% 13 pacientes. Edad media 63 ± 10 años. El gasto cardiaco fue 5.4 lts. grupo 1, para el grupo 2 de 3.7 y grupo 3 de 4.4; $p > 0.009$. El índice cardiaco grupo 1 de 3.1, grupo 2 de 2.1, y grupo 3 de 2.6, $p < 0.01$. Los niveles de creatinina sérica y presión arterial diastólica mostraron una p significativa de 0.04 y 0.01 respectivamente. **Conclusiones:** El uso del BCIA prequirúrgico mejora el perfil hemodinámico en pacientes sometidos a cirugía de revascularización de alto riesgo con FEVI menor de 35%, aumentando el GC, IC y presión arterial diastólica. El factor pronóstico que más se relaciona con mortalidad es la fracción de eyección menor de 35%, por lo que la colocación de BCIA en pacientes con FEVI mayor de 36% que se sometieron a CRVC no mostró algún beneficio.

EL ROL DE LA CAPILAROSCOPIA EN LA EVALUACIÓN MICROVASCULAR EN ADULTOS CON SEPSIS: REVISIÓN SISTEMÁTICA

Ramírez Urizar Diego Andrés, Rubio Madrigal Carlos, Monares Zepeda Enrique, Franco Granillo Juvenal, Aguirre Sánchez Janet. Centro Médico ABC.

Introducción: La disfunción microvascular es fundamental en sepsis, puede persistir a pesar de corregir parámetros macrovasculares, denominándose incoherencia hemodinámica. Esta revisión sistemática incluye los estudios que utilizaron capilaroscopia como diagnóstico. **Objetivo:** Encontrar el rol diagnóstico de capilaroscopia en la disfunción microvascular en adultos con sepsis. **Material y métodos:** Revisión reportada usando las guías PRISMA. Se buscaron estudios en MEDLINE y Cochrane/Clinicaltrials.gov con palabras clave: daño microvascular, sepsis, adultos y capilaroscopia. De 3,584 estudios, 221 son duplicados, 3,110 excluidos al evaluar título y resumen; 264 estudios evaluados, de los cuales se excluyeron 255. Quedaron nueve estudios y se midió riesgo de sesgo y aplicabilidad por análisis QUADAS 2 modificado. **Resultados:** Fueron estudiados 518 pacientes y 26 participantes sanos en nueve estudios entre 1917 y 2019. Se utilizó capilaroscopia ungueal en dos estudios y sublingual en siete. La proporción de vasos perfundidos (PPV) en capilaroscopia sublingual es el parámetro más sensible y específico para detectar disfunción microvascular y valor pronóstico para presentar falla orgánica múltiple. Seis estudios resultaron con alto riesgo de sesgo (RoB) de selección de pacientes por QUADAS 2 modificado. Sólo tres estudios utilizaron referencia estándar. **Conclusiones:** Existen pocos datos para diagnóstico por medio de capilaroscopia ungueal. La PPV es el

parámetro estándar que se debe de utilizar en próximos estudios. Por alto RoB de selección de pacientes, por lo que el rol diagnóstico de la capilaroscopia es confuso. Próximos estudios deben tener una selección de pacientes adecuada para establecer un rol diagnóstico específico.

EMBARAZO DE SEGUNDO TRIMESTRE COMPLICADO CON SÍNDROME DE DIFICULTAD RESPIRATORIA AGUDA: REPORTE DE UN CASO

Blanco García Abraham, Jiménez Correa Carlos. UMAE T1 CMNB, León, Guanajuato.

Femenino de 31 años de edad, con antecedentes ginecoobstétricos: gestas cinco, partos tres (último 2015), abortos uno, sin método de planificación familiar. Cursando embarazo de 17.3 semanas de gestación. Inició su padecimiento actual el día 24-08-2019 con cólico renouretral, acudiendo a facultativo donde inician manejo no especificado, presentando exacerbación de la sintomatología, motivo por el cual realizaron tomografía de abdomen, documentando la presencia de lito en tercio distal del uréter, por lo que es valorada por ginecología-obstetricia y urología diciéndose realizar litotripsia neumática, bajo anestesia general balanceada, presentando deterioro respiratorio, por lo que no se puede extubar. Inician manejo con sedación y analgesia. Ingresó UCI tres días posteriores, ingresó bajo sedación y analgesia con ventilación mecánica con una relación PaO₂/FiO₂ 152, requiriendo apoyo con norepinefrina para mantener PAM perfusorias. Con evolución tórpida en sus primeras 24 horas de ingreso a UCI, documentándose PaO₂/FiO₂ 60, por lo que se inicia cisatracurio por 72 horas y se titula PEEP, mejorando los índices respiratorios. Se inició meropenem y linezolid. En su cuarto día de estancia se inició ventana neurológica, lográndose extubar, sin criterios de fracaso del mismo. Se retiró apoyo vasopresor, lográndose mantener constantes hemodinámicas dentro de valores normales. Al sexto día de estancia de UCI se egresó a piso. Durante su estancia cursó con amenaza de aborto, el cual fue remitido.

EMBOLISMO DE LÍQUIDO AMNIÓTICO TARDÍO: PRESENTACIÓN DE UN CASO EXITOSO

Sanabria Trujillo Giovanni, Vega Medrano Rosa Evelia, Morales Bárcenas Daniel, Pérez Fernández Ángel. Hospital Star Médica Luna Parc, Cuautitlán Izcalli Estado de México. medicosucilpa@gmail.com

Femenino de 25 años con los siguientes antecedentes de interés: carga genética para DM, HAS. Antecedentes personales patológicos: Niega traumáticos, quirúrgicos y crónicos degenerativos. Tabaquismo negado. Alcoholismo negado. Amigdalotomía en infancia. ALÉRGICA A LAS SULFAS AGO G1 PO A0 C0 FUR. MARZO 2018 PREECLAMPSIA TX Y CONTROL ALFA METIL DOPA. Padecimiento actual: El día 25/ 08/ 2018 se realiza interrupción del embarazo por vía abdominal sin complicaciones, el día 28/ 11/ 2018 a las 12 pm presenta datos de dificultad respiratoria progresiva y choque con desdoblamiento S3 y estertores en marea, por lo que es ingresada a terapia intensiva, se realizó TAC de tórax con contraste con reporte de imágenes en relación a edema agudo pulmonar, cardiomegalia G II, imagen sugestiva de trombo en vena pulmonar izquierda, parénquima pulmonar con imagen en vidrio despulido, alveolos con líquido 1, ecocardiograma FE 75% dilatación cavidades derechas PSAP 57 mmHg, tratamiento con heparina de bajo peso molecular sin mejoría franca, se decide realizar búsqueda de células amnióticas por citología, en sangre venosa central existen células epiteliales, escamas córneas y celulares anucleadas con detritus celulares compatibles con embolia de líquido amniótico. Se instala tratamiento en relación a hallazgos, con mejoría franca y seguimiento a seis meses.

ENCEFALITIS AUTOINMUNE POR VGKC

García Cabrera Uriel, Becerra Hernández Israel, Cruz Pérez Jocelyn. CMN Bajo UMAE No. 1 IMSS. León, Guanajuato, Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía (INNN) Manuel Velasco Suárez.

Caso clínico: Se trata de paciente femenino de 34 años de edad, quien presentó agitación, ideas místico religiosas, ideas de grandeza y verbigeración, motivo por el cual acude a valoración a facultativo en medio privado donde realizaron TAC de cráneo reportándose normal, refiriendo a hospital psiquiátrico donde es valorada y diagnosticada como primer evento psicótico y referida a INNN para descartar encefalitis. Se realizó punción lumbar (PL), documentándose anticuerpos anti-VGKC - (WB) positivos. Tomografía de cráneo en fase simple y contrastada, resonancia magnética de cráneo sin alteraciones. EEG con presencia de paroxismos aislados de onda theta, regionales, disfunción córtico-subcortical difusa y zona de disfunción leve probablemente irritativa frontal derecha. Posteriormente presentó una crisis convulsiva tónico clónica en una sola ocasión

durante su estancia en piso a cargo de neurología-psiquiatría. Inician manejo con quetiapina y lorazepam, inmunoglobulina por cinco días y metilprednisolona. Se agregaron ideas suicidas posteriormente, por lo que se inició ciclofosfamida. Al exacerbarse la sintomatología y presentar estupor superficial se decide manejo avanzado de la vía aérea ingresando a unidad de cuidados intensivos neurológicos donde se mantuvo bajo sedación y analgesia con propofol y fentanilo, ventilación mecánica invasiva por 11 días, con protocolo de retiro exitoso, se inició plasmaféresis en un total de cinco sesiones, se mantuvo sin apoyo vasopresor, manejo por el servicio de neurología - psiquiatría a base de quetiapina y lorazepam. Se egresó a piso a cargo de neurología después de 15 días de estancia en UCI, donde permaneció en eutimia egresando a su domicilio.

ESCALA SPEED COMO INDICADOR DE GRAVEDAD EN PACIENTES CON SEPSIS

Gaytán Medina Laura Elizabeth, Gorordo Delsol Luis Antonio, Barrientos Alvarado Cornelio. Hospital Juárez de México.

Introducción: La escala SPEED es una herramienta que ayuda a predecir la mortalidad a los 28 días en pacientes con diagnóstico de sepsis ingresados en áreas críticas. **Objetivo:** Evaluar la escala SPEED como indicador de gravedad en pacientes con sepsis en el servicio de urgencias. **Material y métodos:** Se trata de un estudio analítico, longitudinal y prospectivo de septiembre 2017 a octubre 2018. Se recolectaron 62 pacientes. Criterios inclusión: pacientes > 18 años, pacientes con criterios de sepsis. Criterios de no inclusión: pacientes tratados en otro hospital, pacientes embarazadas. Criterios de eliminación: egreso voluntario, traslado a otro hospital. Cálculo de puntaje y porcentaje de mortalidad y comparación de SPEED con APACHE II y SOFA. Prueba estadística de Spearman, usando el programa IBM SPSS Statistics versión 22. **Resultados:** la correlación de mortalidad de las diferentes escalas sólo SPEED mostró significancia para ésta, aunque la correlación es mínima, es decir, a mayor puntaje de la escala SPEED los pacientes morían. **Conclusiones:** La escala SPEED es útil como indicador de gravedad de pacientes con sepsis al igual que la escala APACHE II y SOFA.

ESTRATEGIA DE TRATAMIENTO EN PACIENTES CON TRASPLANTE CARDIACO ORTOTÓPICO Y NEUMONÍA ATÍPICA

Núñez González Pablo, López López Pedraza Grijalva Erick, Raúl, Zetina Tun Hugo, Careaga-Reyna Guillermo. ISSEMYM.

Introducción: Las principales causas de morbilidad en postrasplantados cardíacos incluyen infecciones, hipertensión y deterioro de la función renal. El tratamiento inmunosupresor puede predisponer al desarrollo de procesos infecciosos; sin embargo, la información es limitada en receptores de trasplante cardíaco. **Objetivo:** Presentar el caso de un paciente postrasplantado de corazón con tratamiento inmunosupresor y neumonía atípica. **Material y métodos:** Masculino de 55 años de edad con trasplante cardíaco ortotópico en tratamiento con sirolimus, micofenolato y prednisona. Presenta cuadro de una semana de evolución caracterizado por fiebre, tos productiva y disnea progresiva de medianos a pequeños esfuerzos. A su ingreso con datos clínicos de dificultad ventilatoria, disminución en los ruidos respiratorios y estertores crepitantes diseminados en ambos hemitórax, con necesidad de oxígeno suplementario por sistemas de alto flujo. Leucocitos 23.5 K/uL, PMN 81%, Hb 10.6 g/dl, plaquetas 156 K/uL, urea 188 mg/dl, Cr 2.43, Na 129 mmol/L. Cursa con deterioro ventilatorio y hemodinámico progresivo, ameritando manejo avanzado de la vía aérea. TACAR: Patrón nodular controlobulillar segmentario con áreas de consolidación, broncograma aéreo, derrame pleural bilateral y atelectasias pasivas. Broncoscopia: Proceso inflamatorio inespecífico. **Resultados:** Durante su estancia recibe múltiples tratamientos antimicrobianos (anfotericina liposomal, trimetoprim/sulfametoxazol, ganciclovir, vancomicina, meropenem) con evolución insidiosa identificándose *H. capsulatum* y *S. aureus* como agentes causales, consiguiendo mejoría clínica posterior a la administración de inmunoglobulina humana. **Conclusiones:** Son pocos los casos reportados de infecciones pulmonares en pacientes postrasplantados de corazón, pudiendo haber involucro de agentes atípicos, lo que requiere alto grado de sospecha y una amplia estrategia de tratamiento.

EVALUACIÓN DE LA EXCURSIÓN DIAFRAGMÁTICA EN EL ÉXITO DEL RETIRO DE LA VENTILACIÓN MECÁNICA EN PACIENTES DE TERAPIA INTENSIVA DEL HOSPITAL REGIONAL 1° DE OCTUBRE, ISSSTE. ESTUDIO PILOTO

Pérez Piña Karla Isabel, Álvarez Calderón Rodrigo, Marín Romero María del Carmen, Méndez Reyes Raquel. Hospital Regional 1° de Octubre ISSSTE.

Introducción: En el paciente crítico en protocolo de extubación evaluar la disfunción diafragmática mediante ecografía ofrece ser una técnica

incruenta, sin radiación, a pie de cama, repetible que permite medir la excursión diafragmática. **Objetivo:** Reportar la excursión diafragmática de pacientes en protocolo de extubación de acuerdo si fue exitosa o no. **Material y métodos:** Estudio retrolectivo observacional, transversal, analítico, se incluyeron 30 expedientes de pacientes que ingresaron a la UCI del Hospital Regional 1º de Octubre ISSSTE, que durante su estancia requirieron de ventilación mecánica, midiéndose por ultrasonido excursión diafragmática durante la prueba de ventilación espontánea previo a su extubación. Se utilizó estadística descriptiva. **Resultados:** Se analizaron 30 expedientes de pacientes, edad promedio de 59 años, 53% correspondió al género masculino, los días de ventilación 6.5. De esta población las tres causas más frecuentes de ingreso a UCI fueron choque séptico 34%, neumonía 14% y choque hipovolémico 13%. El 80% (n = 24) de los pacientes que se retiraron con éxito del ventilador tuvieron una excursión diafragmática mayor de 1.1 cm. De los seis pacientes que tuvieron fracaso en el retiro la disfunción diafragmática se encontró en cuatro pacientes con una excursión diafragmática de 0.8-1.0 cm. **Conclusiones:** La disfunción diafragmática es causa frecuente de fracaso en el retiro de la ventilación mecánica, en nuestro estudio los pacientes que fracasaron en el retiro del ventilador tuvieron una excursión diafragmática significativamente menor en comparación con los pacientes con retiro exitoso.

EVALUACIÓN DEL RIESGO NUTRICIO Y LA MORTALIDAD EN PACIENTES CON CHOQUE SÉPTICO

Monter Viguera Jorge Eliel, Pantoja Leal Jesús Nicolás, Aisa Álvarez Alfredo, Palacios Calderón Oscar Emilio. Centro Médico ABC.

Introducción: El choque séptico está ligado a una mortalidad de hasta 37%, el puntaje NUTRIC es un sistema de evaluación de riesgo nutricional que puede ser útil en la identificación de pacientes críticos con mayores posibilidades de beneficiarse de una terapia nutricional temprana. **Objetivo:** Valorar si hay correlación entre el puntaje de la escala de NUTRIC y la mortalidad en los pacientes con choque séptico. **Material y métodos:** Se incluyeron pacientes adultos > 18 años con diagnóstico de choque séptico por los criterios SEPSIS-3, se calcularon escalas pronósticas SOFA, APACHE II y SAPS II, escala de riesgo nutricional NUTRIC sin IL6. Se realizaron tablas de frecuencia para determinar el tipo de soporte nutricional, análisis descriptivo, análisis de regresión lineal, medidas de asociación y distribución mediante Odds ratio, T de student, Shapiro-Wilk tests y chi-cuadrado. **Resultados:** Se incluyeron un total de 93 pacientes de ambos sexos, 46 del sexo masculino (49.4%) y 47 del sexo femenino (50.4%), el APACHE II score fue de 16 (mediana 5-47), el SOFA score de 8.15 (DE + 3.12), NUTRIC score fue 4.38 (DE +1.81). **Conclusiones:** Pacientes con mayor gravedad, SOFA > 9 puntos, no necesariamente tenían un riesgo nutricional alto NUTRIC > 6 puntos, por lo tanto el riesgo nutrición va relacionado a identificar a pacientes que requieran nutrición temprana para evitar mayor falla orgánica, pero no mortalidad.

¿EXISTE UNA CORRELACIÓN ENTRE LA PRESIÓN SISTÉMICA MEDIA Y ELEVACIÓN PASIVA DE LAS PIERNAS?

Gasca Aldama José Carlos, Rodríguez Peredo Angélica, Morales Morales Alexei Humberto, Jorge Alejandro Zepeda Pérez. Hospital Juárez de México.

Introducción: La presión de llenado sistémico (Pms) se correlaciona con el volumen intravascular, se han descrito tres métodos para su medición en los pacientes críticos. Pms es una variable hemodinámica que proporciona información para el correcto entendimiento y monitoreo del estado cardiovascular en los pacientes críticos, el comportamiento de esta variable, la eficiencia de volumen (Eh) y la resistencia al retorno venoso (Pvr) antes y durante la prueba de elevación pasiva de las piernas son poco exploradas. **Objetivo:** Determinar el grado de correlación entre la Pmsa y otras variables hemodinámicas durante la prueba de elevación pasiva de las piernas. **Material y métodos:** Estudio observacional, prospectivo y descriptivo en pacientes con monitoreo hemodinámico invasivo en estado de choque. Se analizaron los valores de Psm análoga, resistencia al retorno venoso (Pvr) y eficiencia de volumen (Eh) antes y durante la evaluación de respuesta a volumen con PLR. **Resultados:** Se analizaron 62 mediciones simultáneas de GC, PVC y TAM para el cálculo de Pmsa antes y después de PLR. La correlación de Pmsa y GC con R de Pearson's = 0.6064 (p < 0.0001), esto indica una moderada a fuerte correlación entre estas dos variables; sin embargo, la relación entre delta de PVC y delta de GC no fue concluyente. **Conclusiones:** Existe una correlación significativa en el comportamiento del GC y la Pmsa, el uso de la Psm análoga puede usarse para valorar volemia e inferir el modelo gaytoniano del retorno venoso; sin embargo, requiere correlación con la eficiencia de volumen y la resistencia al retorno venoso.

FACTORES ASOCIADOS A MORTALIDAD TEMPRANA EN PACIENTES CON NEOPLASIAS HEMATOLÓGICAS EN TERAPIA INTENSIVA

Ávila Rojas Teresa del Carmen, Esquivel Velázquez Marcela, Nava Sánchez Héctor. Hospital General de México «Dr. Eduardo Liceaga».

Introducción: Las neoplasias hematológicas representan una importante causa de mortalidad, el avance en su tratamiento ha logrado mejoría en el pronóstico de la enfermedad; sin embargo, existe escasa literatura sobre los factores de mortalidad temprana en aquellos pacientes que ingresan a la unidad de cuidados intensivos. Debido a que no se ha establecido correlación entre su evolución en la UCI y el pronóstico de la enfermedad aún sigue siendo controversial su admisión en la unidad de cuidados intensivos, por ello en los pacientes con una complicación crítica el establecer los factores predictivos del pronóstico a corto plazo podría ser de utilidad para la toma de decisiones. **Objetivo:** Correlacionar factores bioquímicos que influyen en la mortalidad temprana en pacientes con neoplasias hematológicas en Terapia Intensiva. **Material y métodos:** Descriptivo, longitudinal, retrospectivo, diagnóstico de ingreso neoplasia hematológica, periodo 12 meses. Análisis de datos bioquímicos, motivo de ingreso a terapia intensiva, tipo de neoplasia, SOFA al ingreso, 24 horas, 48 horas y al egreso de UCI, agente aislado y mortalidad. Se calcularon las medidas de tendencia central. **Resultados:** La mortalidad en UCI después de las 48 horas correlacionó 0.67 al aumento de SOFA asociado a ventilación mecánica, presentación tardía en UCI, falla hematológica y respiratoria. **Discusión:** La mortalidad se correlacionó positivamente a incremento de SOFA y falla hematológica persistente, 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.

FACTORES PRONÓSTICO AL INGRESO A UCI EN PACIENTES CON SÍNDROME DE DISTRÉS RESPIRATORIO AGUDO

González Toribio Raúl Arturo, Lagunas Jorge, Deloya Ernesto. IMSS/ SESEQ.

Introducción: El síndrome de distrés respiratorio agudo (SDRA) tiene una alta tasa de mortalidad en las unidades de cuidados intensivos. Además de la ventilación protectora se deben considerar factores propios del paciente y de su estado clínico al ingreso a UCI. **Objetivo:** Conocer factores de riesgo del paciente y de su estado clínico al ingreso a UCI que influyan en su evolución y pronóstico. **Material y métodos:** Se realizó un estudio retrospectivo y descriptivo en dos hospitales públicos de Querétaro, revisando expedientes de pacientes que ingresaron de enero-abril 2019 con diagnóstico de SDRA primario moderado y grave. Se reportaron antecedentes, variables demográficas, estado clínico en el primer día de estancia en UCI, evolución y mortalidad. **Resultados:** Se revisaron 24 expedientes de pacientes con diagnóstico de SDRA primario. Se tabularon las diferentes variables comentadas. El factor que predominó para tener más días de ventilación mecánica fue el IMC en obesidad G1, con 14 días en promedio, este mismo grupo de pacientes tuvo la menor mortalidad con el 17%, OR 0.17, IC 95 (0.13-0.46); también fue el factor predominante para mayor estancia en UCI con 15 días y 23 días en hospital. En la mortalidad impactaron el antecedente de enfermedades crónicas degenerativas (71% mortalidad), IMC normal (83%) y dosis de norepinefrina en el primer día de estancia en más de 20µg/min (100%). **Conclusiones:** La obesidad G1 fue el factor de riesgo de más días en UCI, en hospital y días de ventilación mecánica. La posición en prono no impactó en la mortalidad.

FARMACOECONOMÍA DE LA SEDOANALGESIA

Sánchez Pacheco Dulce Helena Alejandra. Centro Médico Dalinde.

Introducción: Actualmente se encuentran bien estudiadas las complicaciones por uso complicado de sedación; por lo tanto, la «no implementación» de protocolos aumenta los gastos y complicaciones dentro de la UCI, tomando en cuenta esto en la implementación en nuestra unidad de protocolos, los que se administraron de acuerdo con el volumen de distribución del paciente. **Objetivo:** En nuestro estudio se comparan los gastos realizados previamente y posterior a la implementación, dándole peso a la práctica correcta de elección / administración de los medicamentos en cuestión, llegando a resultados clínicos y económicos favorables para los pacientes. **Material y métodos:** Se analizó a dos grupos; uno sin implementación de protocolo y otro con la implementación de éste tomando en cuenta la dosis por Kg de peso. Los datos se obtuvieron de las sábanas de enfermería, y del consumo en farmacia clínica. Realizaron análisis estadísticos por medio de SPSS. **Resultados:** En nuestros resultados no se evidencia una significación

estadística; sin embargo, se evidencia la disminución en días de VMI, también se afecta una reducción farmacológica adecuada para mantener a nuestros pacientes sin dolor mientras se encuentran en sedación superficial «dormido-despierto». **Conclusiones:** Aun cuando no exista una disminución significativa de la economía del uso de la medicación, nosotros concluimos que este gasto es mucho menor con respecto al día con ventilación mecánica y la necesidad de asistencia de rehabilitación, tratamiento psiquiátrico, entre otros que un paciente con sedoanalgesia prolongada o inadecuada puede presentar. Ya que éste es un estudio aún exploratorio pretendemos aumentar la muestra para evidenciar con mayor claridad nuestros resultados.

FRAGILIDAD Y MORTALIDAD EN ADULTO MAYOR

Carrillo Esper Raúl, Sánchez Zúñiga Martín De Jesús. Instituto Nacional de Rehabilitación.

Introducción: La fragilidad en los adultos mayores críticamente enfermos está relacionada directamente a mayor estancia en UCI, estancia hospitalaria e índice de defunciones mayor. **Objetivo:** Correlación de la fragilidad, medida por escalas de Freid y Rockwood, con días de estancia en UCI y morbilidad y mortalidad. **Material y métodos:** Población (n: 280 de enero de 2018 a diciembre de 2018), de adultos mayores de 60 años en una unidad de cuidados intensivos. Se realizó análisis de estadística descriptiva con sistema Number, IOS 10.1. Se midieron media, median, moda, desviación estándar y correlación de Pearson (Xi cuadrada) para fragilidad, mortalidad, días de estancia y variables secundarias de comorbilidad y aparición de delirium y ventilación mecánica. **Resultados:** 280 pacientes, 202, mujeres (72.14%), 79 hombres (28.2%), edad promedio edad 72.5 años, DE +15.35, máximo de 104 años. Variable primaria: Defunciones nueve (3.2%), fragilidad por Freid 100% (p = 000.5) y grado 3 por Rockwood (p = 000.5). Análisis completo de fragilidad en 265 pacientes. Fragilidad por Freid 174 (65%) con fragilidad, 91 (34.3%) con prefragilidad. Escala de Rockwood grado 1 71 (26.7%), grado 2 167 (63.01%), grado 3 (7.9%). Análisis de comorbilidad, 174 pacientes con fragilidad por Freid 133 (76.4%) con una comorbilidad, 68 (39.08%) dos comorbilidades, 18 (10.3%) tres o más comorbilidades. Análisis de prefragilidad por Freid 91 (100%) con una comorbilidad, 20 (21.9%) con dos comorbilidades y 20 (21.9%) con tres o más comorbilidades. La tres principales comorbilidades fueron diabetes mellitus, hipertensión arterial e insuficiencia cardiaca. **Conclusiones:** La fragilidad esta correlacionada directamente con mayor comorbilidad y mayor mortalidad.

HALLAZGOS TOMOGRÁFICOS PARA EL PRONÓSTICO DE PACIENTES CON SÍNDROME DE DIFICULTAD RESPIRATORIA AGUDA

Boques López Jazmín Fabiola. Centro Médico ABC.

Introducción: El síndrome de insuficiencia respiratoria aguda (SIRPA) es una de las causas más frecuentes de ingreso y mortalidad en unidades de cuidados intensivos (UCI). La tomografía simple de tórax (TAC) es una herramienta que nos ayuda a detectar lesiones pulmonares, que son útiles predictores de severidad en pacientes con lesiones específicas como afectación pulmonar de más del 80%, la relación aurícula derecha/aurícula izquierda (AD/AI) > 1 y bronquiectasias, que se han catalogado como las lesiones más comunes en estos pacientes. **Objetivo:** Analizar TAC simple de tórax para conocer predictores de severidad de lesiones previamente descritas, evaluando la incidencia de las mismas y el pronóstico en base a mortalidad. **Material y métodos:** De manera retrospectiva, se realizó una base datos de UCI en pacientes con SIRPA en un periodo de cinco años, con TAC simple de tórax a su ingreso, se evaluaron las características de afectación pulmonar de más del 80%, la relación AD/AI > 1, bronquiectasias y la relación con la mortalidad. **Resultados:** Cincuenta y cinco pacientes con SIRPA, edad promedio de 60.36 años, (70% mujeres), 55 TAC simple de tórax al ingreso. 66.63% con lesión pulmonar > 80%, bronquiectasias 72.72%, relación AD/AI > 1 en 10.90%. La mortalidad fue del 30.90% (n = 17), de los cuales con lesión pulmonar > 80% tenían una relación con la mortalidad del 41.17%, bronquiectasias 35.29% y relación AD/AI > 1 de 17.64%. **Conclusiones:** La presencia de lesiones características en TAC simple de tórax puede predecir mortalidad en los pacientes con SIRPA.

HIPOPERFUSIÓN VS. OTRAS CAUSAS DE HIPERLACTATEMIA EN FASE DE REANIMACIÓN DEL CHOQUE SÉPTICO

Ortega Verdugo Karen Elena. Hospital General La Villa.

Introducción: En la nueva definición de choque séptico se incluye como criterio diagnóstico la hiperlactatemia, ya que ésta representa alteración

en el aporte y la demanda de oxígeno por la célula; sin embargo, otras causas podrían alterar el lactato. **Objetivo:** Determinar otras causas de hiperlactatemia sin hipoperfusión en fase de reanimación del choque séptico. **Material y métodos:** Se analizó lactato asociado a delta de CO₂, SvcO₂ de 41 pacientes con choque séptico con hiperlactatemia de marzo del 2018 a abril del 2019 en la UCI del Hospital General La Villa. **Resultados:** Se analizaron 41 expedientes de pacientes con choque séptico con hiperlactatemia: 50% al ingreso presentó hiperlactatemia con delta de CO₂ elevado, a las 24 horas persistieron 26% y a las 48 horas sólo un 14%. A las 24 y 48 horas se mantuvieron 26% con hiperlactatemia sin delta de CO₂ alterado. Se consideraron como posibles causas el uso de cristaloides con sobrerreanimación, hiperglucemia, esteroide, vasopresor, LRA y alteración de PFH, se utilizó prueba T de Student y análisis de varianza teniendo correlación significativa el lactato al ingreso, 24 y 48 horas con el uso de vasopresor e hidrocortisona. **Conclusiones:** Existen otras causas de hiperlactatemia sin hipoperfusión en el periodo de reanimación en el paciente séptico, principalmente a las 24 y 48 horas de iniciado el estado de choque, por lo tanto, utilizar lactato únicamente como marcador de hipoperfusión -como recomienda la nueva definición de sepsis- después de este periodo es poco específico, por lo que se propone asociarlo a delta de CO₂ para personalizar tratamiento.

IDENTIFICACIÓN DE HIPERTENSIÓN INTRACRANEANA MEDIANTE MEDICIÓN DEL DIÁMETRO DE LA VAINA DEL NERVIÓ ÓPTICO POR ULTRASONIDO EN PACIENTES CON TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO QUE INGRESAN A LA UTI DEL HOSPITAL GENERAL DE PACHUCA

Moreno García Sergio, Pérez Mejía José Luis Julio, Gutiérrez Hernández Lidia Martínez García José Juan, Muñoz Juárez Sergio. Hospital General de Pachuca.

Introducción: El traumatismo craneoencefálico (TCE) es una patología con elevada tasa de morbilidad y mortalidad en México y en el mundo, las secuelas neurológicas generan discapacidad en grado variable, situación prevenible con la monitorización no invasiva de la hipertensión intracraneana, a través de la medición por ultrasonido de la vaina del nervio óptico (MVNO). **Objetivo:** Realizar neuromonitoreo no invasivo con ultrasonido de la MVNO para identificar hipertensión intracraneana en pacientes con TCE. Se comparan dos grupos de estudio; con y sin monitoreo. **Material y métodos:** Primera etapa: retrolectivo 2017, 2018, primer semestre 2019 se revisaron 77 expedientes de pacientes con TCE ingresados a UTI sin MVNO. Segunda etapa: prospectivo junio-agosto 2019, 13 pacientes con MVNO, punto de corte 5 mm = 20 mm Hg, días de ventilación mecánica, estancia hospitalaria, secuelas neurológicas. **Resultados:**

	Primera etapa	Segunda etapa
Pacientes	77	13
Marshall 3-4	53	10
Días de ventilación mecánica	8.3	5.6
Días de estancia	9.8	6.3
Secuelas motoras/sensitivas	17/8	1/1

Conclusiones: A tres meses del estudio: La medición de la VNO en pacientes con TCE se correlaciona de manera significativa con el incremento de la PIC, disminuye días ventilación mecánica, estancia y complicaciones P < 0.05.

IMPACTO DE LA ATENCIÓN DEL PACIENTE CON QUEMADURAS ELÉCTRICAS POR UN CENTRO ESPECIALIZADO EN MÉXICO

Carrillo Esper Raúl, Garnica Escamilla Marco Antonio, Robledo Madrid Paul, Marín Landa Oscar Miguel. Centro Nacional de Investigación y Atención de Quemados, del Instituto Nacional de Rehabilitación.

Introducción: En la actualidad para lograr estándares elevados de calidad en la atención de las quemaduras eléctricas se requiere de un trabajo multidisciplinario, ya que éstas son devastadoras, con alta morbilidad y mortalidad. **Objetivo:** Analizar el espectro epidemiológico y clínico de las quemaduras eléctricas en un centro de atención especializado, incluidas las etiologías, la presentación clínica, y las intervenciones realizadas. **Material y métodos:** Se realizó un estudio observacional, retrospectivo y descriptivo de los pacientes atendidos en el CENIAQ desde enero de 2018 hasta junio de 2019 que incluyó a 51 pacientes (46 hombres y cinco mujeres), quienes presentaron antecedentes de quemaduras eléctricas. **Resultados:** Se observó en el estudio a pacientes (grupo de alto voltaje: 50.9% y grupo de bajo voltaje: 49.01%). El grupo de edad más afectado fue el

de 20 a 40 años. Las lesiones de alto voltaje fueron más devastadoras. La complicación con un valor estadísticamente significativo fue la amputación en el 45.09% de los pacientes (el 78.26 % corresponde al grupo de alto voltaje). **Discusión:** La investigación realizada documenta un modelo de atención médica multidisciplinario vanguardista, que documenta el comportamiento epidemiológico de las quemaduras eléctricas que impone una carga significativa para la población económicamente activa de nuestro país. **Conclusiones:** La salud pública, la educación y la capacitación adecuada de los trabajadores de la industria siguen siendo la mejor manera de minimizar la prevalencia de quemaduras eléctricas en el mundo.

IMPACTO DEL PODER MECÁNICO SOBRE LA MORTALIDAD EN PACIENTES CON VENTILACIÓN MECÁNICA INVASIVA

Baldazo Delgado Luis, Esquivel Chávez Alejandro, Baltazar Torres José Ángel, Cano Oviedo Abraham Antonio, Padilla Olea Noricel. IMSS La Raza.

Introducción: La ventilación mecánica invasiva (VMI) puede producir daño pulmonar llamado lesión pulmonar inducida por el ventilador (VILI). El poder mecánico (PM) excesivo genera inflamación de la vía aérea (biotrauma). Algunos estudios han documentado la asociación entre los valores de PM y el desarrollo de VILI. **Objetivo:** Determinar si el PM elevado incrementa la mortalidad en pacientes con VMI. **Material y métodos:** Estudio prospectivo en pacientes con VMI por > 24 horas en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI). Se midió el PM cuatro veces al día calculando el promedio. Se comparó la mortalidad entre pacientes con PM normal y PM elevado (> 12 J/min). Se midió la capacidad discriminativa para muerte del PM promedio mediante análisis de la curva ROC. Se identificaron factores de riesgo independientes de muerte mediante análisis de regresión logística bi y multivariado. Un valor de $p < 0.05$ se consideró estadísticamente significativo. **Resultados:** Se analizaron 87 pacientes, 51.7% del sexo masculino, con promedio de 54.4 años. El 33.3% presentó PM elevado. La mortalidad fue mayor en los pacientes con PM elevado (44.8%) en comparación con el PM normal (8.6%), $p = 0.001$. El área bajo la curva ROC del PM para mortalidad fue de 0.799 (IC95% 0.674-0.923, $p = 0.001$). En el análisis multivariado, el PM mostró RR de 1.460 (IC95% 1.091-1.954, $p = 0.011$). **Conclusiones:** La mortalidad es mayor en los pacientes con PM. El PM tiene adecuada capacidad discriminativa para predecir mortalidad y es un factor de riesgo independiente de muerte en los pacientes con VMI.

ÍNDICE LACTATO-OXÍGENO COMO FACTOR PRONÓSTICO DE MORTALIDAD EN SEPSIS

García Jiménez Michelle. Hospital General La Villa.

Objetivo: Demostrar la utilidad del índice lactato-oxígeno (ILO), como factor pronóstico de mortalidad en sepsis. **Material y métodos:** Estudio observacional, descriptivo y ambispectivo en pacientes que ingresaron a la UCI con diagnóstico de sepsis por más de 24 horas en el periodo del 01 de febrero al 31 de mayo de 2019. Se midió lactato, pH, pCO₂, pO₂, SaO₂, EB, HCO₃, arterial y venoso al ingreso y a las seis horas, hemoglobina y hematocrito de ingreso. **Resultados:** En una población de 24 pacientes que cumplieron los criterios de ingreso de los cuales nueve corresponden al género femenino (37.5%) con una media de edad de 49.2 años y 15 al masculino (62.5%) con una media de edad de 43.7. Se llevó a cabo una prueba de U Mann-Whitney que indicó que la mediana del pHa fue estadísticamente mayor para el pHa (6 h) que para el pHa (i) con una diferencia de -0.05 con un IC 95% (-0.110000, -0.0000000), con una p igual o menor a 0.05. **Conclusión:** Este estudio no es concluyente para demostrar hipoperfusión sistémica con ILO y poder relacionarlo con mortalidad.

INFLUENCIA DEL PODER MECÁNICO EN LA MORBIMORTALIDAD DE PACIENTES INTUBADOS DE LA TERAPIA INTENSIVA DEL HOSPITAL ADOLFO LÓPEZ MATEOS ISSSTE EN EL AÑO 2018

Alvarado Rubio Pedro, Brugada Molina Roberto, González Mora Alejandro, Rodríguez Gorgonio Martha Angélica. Hospital Regional Licenciado Adolfo López Mateos ISSSTE.

Introducción: Fisiopatología daño pulmonar asociado a VM por aplicación sostenida de tensión sobre estructuras pulmonares, volúmenes corrientes altos generan alteraciones similares SDRA. VM no inocua debe titularse alcanzar objetivos inicio y limitar efectos adversos, se ha corroborado daño alveolar difuso membranas hialinas *post mortem* pacientes bajo ventilación mecánica, mecanismos lesión VM: barotrauma, volutrauma, atelectotrauma, biotrauma, estrés, falla capilar pulmonar contribuyen a LPAVM, ocasionan lesiones macroscópicas ruptura parénquima, neumotórax, neumomediastino, enfisema subcutáneo, promueven síntesis citoci-

nas proinflamatorias, evitar sobredistención alveolar, previene atelectasias cíclicas, VT bajos, mantener plateau bajas < 30 cmH₂O, ventilación por presión. Gattinoni y colaboradores diseñaron la fórmula de poder mecánico, el cual mayor de 13 joules/minuto desarrolló LPAVM en sujetos sanos y empeoramiento clínico en pacientes con SDRA. La fórmula PM: $0.098 \times Vt \times Fr \times P \text{ pico} - (Pplat - PEEP/2)$. **Objetivos:** Evaluar PM asociación morbimortalidad pacientes intubados UCI HRLA 2018, Recabar expedientes clínicos pacientes intubados 2018. Realizar base de datos, medir PM, analizar datos obtenidos, Describir asociación entre variables. **Metodología:** Se realizó estudio retrospectivo UCI hospital Adolfo López Mateos ISSSTE de 19 febrero a 30 abril 2019, grupo estudio incluyó 45 pacientes intubados 2018, 26 femeninos, 24 masculinos, edad 24-80 años, aleatorizados, se calculó PM (PEEP, frecuencia respiratoria, presión máxima, presión meseta, volumen tidal), página <http://ventilacionsegura.com/?i=1>, datos en tabla contingencia, prueba χ^2 , $T 18.7 P = 0.000$, sugiere nueve veces más probabilidad de mortalidad asociada a PM mayor de 13 joules, comprobamos PM alto tiene influencia en mortalidad intubados UCI, dirigir estrategias minimizar los efectos adversos de VM.

INTOXICACIÓN POR CARBAMAZEPINA, MANEJO CON TERAPIA DE REEMPLAZO RENAL CONTINUA. REPORTE DE UN CASO

Maldonado Beltrán Ismael, Gasca Aldama José Carlos, Rodríguez Peredo Angélica, Morales Morales Alexei Humberto, Sanabria Cordero David. Hospital Juárez de México.

Introducción: Las intoxicaciones en general son una causa frecuente de ingreso a la unidad de cuidados intensivos, dentro de las medidas de eliminación se encuentran las técnicas de terapia de reemplazo renal continuo, existe poca evidencia en la depuración de algunos fármacos como la carbamazepina, catalogados anteriormente como no dializables por su alto volumen de distribución; sin embargo. Recientes publicaciones indicadas un beneficio con el uso de hemodiálisis, este caso ejemplifica que ante indicaciones precisas el uso de HDVVC con predominio de hemodiálisis puede ser utilizado y generar evidencia al respecto. **Caso clínico:** Femenino de 23 años, con tabaquismo como único antecedente. Inició su padecimiento actual posterior a la ingesta de carbamazepina. Al ingreso a urgencias con datos clínicos de insuficiencia cardíaca descompensada ameritando manejo avanzado de la vía aérea. En terapia intensiva se documentan alteraciones en el ritmo cardíaco y datos francos de toxicidad cardíaca y neurológica, con niveles de carbamazepina en 60 mg / L, acidosis metabólica de anión gap elevado, e inestabilidad hemodinámica, se inicia terapia de reemplazo renal continua con predominio de hemodiálisis y seguimiento de los niveles de carbamazepina, además del resto de medidas de soporte; respiratorio, hemodinámico y renal mejorando variables de hipoperfusión, logrando la depuración del tóxico y una adecuada evolución.

INTOXICACIÓN POR THEVETIA PERUVIANA

Tapia Lazcano Arely, Chávez Morales Alfonso, Tinoco Sánchez Maritza. Hospital General de México.

Inicia presencia de estreñimiento dos días evolución, ingiere medicamento naturista referido como nuez de la India, posteriormente inicia evacuaciones diarreicas 10 ocasiones aspecto verdoso, sin moco o sangre, dolor abdominal cólico en epigástrico, sin irradiaciones o atenuantes, progresa náuseas y posteriormente vómito de contenido gástrico en 10 ocasiones, refiere palpitaciones, acude con facultativo receta clonixinato de lisina y butilhioscina. Dos días después alteración del estado de alerta, tendencia a la somnolencia, acude a urgencias presencia polipnea electrocardiograma: bloqueo AV de primer grado, se inicia carbón activado 1g/kg, acidosis metabólica con anión gap elevado de 18.7, tendencia bradicardia electrocardiograma control con bloqueo AV de segundo grado Mobitz II conducción 2:1, progresa a bloqueo AV de tercer grado, se colocó marcapasos temporal transvenoso, parámetros (sensibilidad 1 MV, salida de 12MAMP, FC 60lpm), punta de electrodo corrobora en VD, presencia de caída gasto cardíaco inició manejo dobutamina, ingresa a UCI, tendencia a somnolencia con Glasgow de 14 puntos, inicia monitoreo cardíaco presencia de extrasístoles ventriculares con FC 67, con TAM no perfusorias 57, reanimación cristaloides y apoyo vasopresor con norepinefrina, ultrasonido pulmonar patrón a, FEVI 63%, colapso de CCVC 15%. Durante su estancia mantuvo Glasgow 14-15 puntos, se logra paulatinamente retiro de aminas vasoactivas continuo con apoyo de marcapasos sin presencia de bajo gasto, toleró vía oral remitió desequilibrio hidroelectrolítico (hipocalemia) y acidosis, hematoinfeccioso afebril, procalcitonina baja, disminución de leucocitos respecto a ingreso, últimos leucocitos 9.1 panticitopenia (22,300 a 72,000), probablemente secundario a intoxicación. Egres a piso de medicina interna estable.

LA UTILIDAD DEL PÉPTIDO NATRIURÉTICO CEREBRAL COMO PREDICTOR DE DISFUNCIÓN MIOCÁRDICA ASOCIADA A CHOQUE SÉPTICO EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

Tinoco Sánchez Maritza, Chávez Morales Alfonso, Tapia Lazcano Arely, Hospital General de México.

Introducción: la sepsis se define como una disfunción orgánica potencialmente mortal causada por una respuesta inadecuada del huésped a la infección, se considera que el BNP es un marcador eficaz de la gravedad y el pronóstico de los síndromes coronarios agudos. **Objetivo:** Determinar los niveles de BNP y fracción de eyección del ventrículo izquierdo en pacientes con choque séptico. **Material y métodos:** Observacional, descriptivo, longitudinal y prospectivo en pacientes con diagnóstico de choque séptico del Hospital General de México. **Diagnóstico, gravedad clínica del paciente** por escala de SOFA, y se llevó un seguimiento temporal a su ingreso y a las 48 horas se solicitó marcador BNP a su ingreso y a las 48 horas, así como realización de ecocardiograma para valorar disfunción miocárdica asociada a sepsis. **Resultados:** Se incluyeron 60 pacientes con estado crítico que requirieron apoyo multiorgánico. La mayoría fueron hombres y el promedio de edad fue de 51 años La mayoría de los pacientes (58.3%) tuvieron diabetes mellitus. Al comparar el puntaje SOFA del grupo con elevación del péptido natriurético cerebral vs sin elevación del péptido natriurético cerebral se encontraron diferencias significativas, el grupo con elevación del BNP presentó mayor hipoperfusión tisular o falla orgánica en comparación con el grupo sin elevación del BNP. Se encontró una elevación significativa de BNP a las 48 horas. **Conclusiones:** Nuestros resultados nos permiten concluir que la elevación de péptido natriurético cerebral tiene cierto valor en el pronóstico de la severidad de la sepsis, con alto VPP y sensibilidad, lo cual indica que es un buen predictor de severidad.

¿LOS CAMBIOS HEMODINÁMICOS EN POSICIÓN PRONO PUEDEN SER MONITORIZADOS CON LA DETERMINACIÓN DE PSMA?

Gasca Aldama José Carlos, Rodríguez Peredo Angélica, Zepeda Pérez Jorge Alejandro. Hospital Juárez de México.

Introducción: Dentro del monitoreo hemodinámico del paciente críticamente enfermo, la evaluación del retorno venoso es de gran importancia, existiendo en la literatura información amplia sobre el tema; sin embargo, son pocos los estudios que evalúan su comportamiento en posición prono. El monitoreo y evaluación de la respuesta a volumen es una de las herramientas fundamentales en las unidades de cuidados intensivos, el análisis de los datos hemodinámicos y su integración nos permite identificar con mayor precisión a los pacientes que responden al volumen, el presente trabajo pretende el análisis del retorno venoso en posición prono. **Objetivo:** Determinar el grado de correlación entre la Psma y otras variables hemodinámicas durante la posición prono. **Material y métodos:** Realizar un estudio observacional, prospectivo, transversal y descriptivo con los pacientes que ingresaron a la UCI del HJM con el diagnóstico de SIRA GRAVE. Analizando los valores de presión sistémica media análoga antes y posterior a la posición prono, con la determinación de monitorizar el retorno venoso e inferir las modificaciones durante la posición prono. **Resultados:** Se analizó el comportamiento del retorno venoso, con una muestra de 10 pacientes con criterios de posición prono, mostrando el 80% de estos pacientes que presentan aumento de los valores de Psma; sin embargo, este aumento no correlaciona con las pruebas de respuesta a volumen. **Conclusiones:** Es evidente que la posición prono modifica el gradiente de retorno venoso; sin embargo, el monitoreo aislado de la presión sistémica media análoga debe acompañarse de otras variables como la eficiencia de volumen y la resistencia al retorno venoso.

MANEJO DE LA COAGULOPATÍA EN EL TRASPLANTE HEPÁTICO POR MEDIO DE TROMBOELASTOGRAFÍA, PRUEBAS DE COAGULACIÓN CON HEMATOLOGÍA ESPECIAL Y PRUEBAS DE COAGULACIÓN ESTÁNDAR

Canedo Castillo Nancy Allin, Esquivel Chávez Alejandro, Zamora Varela Sergio, Sánchez Hurtado Luis Alejandro, José Antonio Ibarra Ortiz. IMSS La Raza.

Hombre de 56 años sometido a trasplante hepático (TH) debido a colangitis esclerosante primaria, se complicó con hemoperitoneo de 3,000 ml debido a dehiscencia de anastomosis, las pruebas de coagulación estándar mostraron prolongación del TP, TTP y consumo del fibrinógeno, las pruebas de coagulación con hematología especial mostraron tiempos de coagulación con plasma fresco con corrección temprana; sin embargo,

la decisión de transfundir hemocomponentes se guió por pruebas viscoelásticas en específico por tromboelastografía (TEG), la utilización de esta última permitió optimizar el uso de hemoderivados, evitar la transfusión indiscriminada y disminuir la posibilidad de complicaciones relacionadas con la multitransfusión. **Conclusión:** El sangrado constituye la principal complicación en el manejo del paciente sometido a TH. Las pruebas convencionales de coagulación no son útiles para guiar la terapia hemostática debido a las complicaciones que presenta su uso como la hipotermia, hemodilución, consumo de factores y acidosis, además de que no proporcionan información sobre la estabilidad y firmeza del coágulo. El uso liberal de los hemocomponentes se asocia con aumento de la mortalidad y costos hospitalarios. El uso del TEG permite medir las propiedades viscoelásticas de la sangre de manera cuantitativa y ha demostrado reducción en la administración de productos hemáticos, además permite un uso racional y dirigido a las alteraciones específicas en la coagulación, con lo que se disminuye el riesgo de complicaciones asociadas.

MANIFESTACIÓN DE UN LINFOMA DIFUSO DE CÉLULAS B A NIVEL RETROPERITONEAL EXTRALUMINAL A NIVEL DE ÁNGULO DE TREITZ EN PACIENTE CON ENFERMEDAD POR VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA

Domínguez Borgua Andrés, Rojas Flores Ana Belem, Patiño Amaro Viridiana, Sánchez Mancilla Nancy. Hospital Regional ISSEMYM Tlalnepanitla.

Introducción: El LNH es una neoplasia fte en pacientes con infección HIV, siendo el linfoma difuso de células grandes estirpe B y linfoma de Burkitt las formas más comunes. **Objetivo:** Analizar la manifestación clínica digestiva de un linfoma en HIV. Exposición del caso: masculino 37 años de edad con disfagia. APP: VIH enero 2018 TX Abacavir/Lamivudina/Prescobic. Desconoce conteo de CD4 y carga viral. Padecimiento actual: enero 2019, mareos, cefalea, debilidad, opresión en cráneo. Sin focalidad, vómitos GI > 5, disfagia EF palidez mucocutánea y desgaste general. Paraclínicos: Rx tórax PA: normal, leucos: 4,80, neutros: 53.6, Pq: 172 Cr: 1.3, sodio: 128, panendoscopia: residuo biliar, obstrucción duodenal. TAC S/C abdomen obstrucción intraluminal 95% a nivel de ángulo de Treitz, dilatación duodenal y gástrica. LAPE: tumoración retroperitoneal extraluminal a nivel de ángulo de Treitz, 15x15cm vascularizada y friable. Se realiza biopsia transqx, cierre primario de perforación intestinal + gastrostomía y yeyunostomía. RHP: infiltración por neoplasia linfoproliferativa maligna a considerar como primera posibilidad, linfoma difuso Cels B, se envía a COE; sin embargo, se agrega neumonía nosocomial, severa y fallece. **Conclusiones:** El linfoma tiene una amplia gama de presentaciones clínicas en el paciente inmunocomprometido que muchas veces se ve sesgado por manifestaciones inespecíficas que retrasan su sospecha y manejo adecuado.

MIELINOLISIS OSMÓTICA CON PRESENTACIÓN ATÍPICA COMO UNA COMPLICACIÓN GRAVE DEL PACIENTE CON TRASPLANTE HEPÁTICO, SEGUIMIENTO A SEIS MESES DE EVOLUCIÓN

Méndez de Jesús Ignacio Alberto, Esquivel Chávez Alejandro, Cano Oviedo Abraham Antonio, Canedo Castillo Nancy Allin, Padilla Olea Noricel. IMSS La Raza.

Caso clínico: Mujer de 48 años postoperada de trasplante hepático, secundario a hepatocarcinoma por infección de virus de hepatitis C. Se reanimó con solución cristaloides. Previo a la cirugía se reportó sodio sérico de 138 mEq/L en el postquirúrgico se reportó un sodio sérico de 155 mEq/L. Se progresó la ventilación mecánica en las primeras seis horas sin complicaciones, 48-72 horas posteriores desarrolla encefalopatía de etiología a determinar, se descartó hepática debido a la mejoría bioquímica y se buscaron otras causas posibles, se detectó un cambio de 17 mEq/L de sodio sérico en menos de 24 horas, se realizó resonancia magnética que reportó aumento de la intensidad de señal en T2, localizada en tallo encefálico, principalmente en puente y mesencéfalo de forma difusa, se acompaña de múltiples lesiones hiperintensas en T2 localizadas en ambos lóbulos frontales sugestivo de síndrome de desmielinización osmótica, se somete a cinco sesiones de plasmaféresis con mejoría de la encefalopatía hepática, se egresa de la unidad se sigue a un año de evolución, clínicamente entiende órdenes, se decanuló sin complicaciones, recuperó movilidad 3-5 en extremidades, la función hepática normal. **Conclusión:** La mielinólisis osmótica es una complicación neurológica grave, usualmente se asocia a la rápida reposición de sodio, el cuadro clínico se presenta después de la primera a la tercera semana con cuádruplejía y deterioro neurológico, un tratamiento recientemente aprobado es la plasmaféresis, es de suma importancia realizar un diagnóstico temprano y tratamiento oportuno en esta entidad clínica.

MIOCARDIOPATÍA DE TAKOTSUBO EN UNA UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVOS: SERIE DE CASOS

González Prado Irma, Niño Nájera Alma Gloria, Salvador Campos Mayorga, Martínez Medel Aldo Giovanni, Bulbow Pichardo Kevin Steve, Islas Mejía Edgar, Rodríguez Díaz Andrea Natali, Nájera Gutiérrez Gudelia. Cruz Roja.

Introducción: La miocardiopatía de Takotsubo es un síndrome cardiovascular agudo caracterizado por disfunción sistólica del ventrículo en respuesta a una situación de estrés; basada en cuatro condiciones: hiper, hipo o discinesia transitoria y anomalías de los movimientos de la pared; ausencia de enfermedad obstructiva coronaria o evidencia angiográfica de ruptura de placa; alteraciones electrocardiográficas o elevación de troponinas cardíacas y ausencia de feocromocitoma o miocarditis; cuya patogenia aún no es entendida. Con alta prevalencia en las unidades de cuidados intensivos, se asocia con insuficiencia respiratoria, sepsis, cirugía mayor, emergencias neurológicas y sangrado interno. **Objetivo:** Describir y reconocer de manera oportuna la miocardiopatía de Takotsubo asociada a traumatismo craneoencefálico severo en pacientes de las unidades de cuidados intensivos para brindar un manejo adecuado. **Material y métodos:** Estudio descriptivo, retrospectivo de registro de una serie de tres casos diagnosticados en la Unidad de Cuidados Intensivos del hospital Cruz Roja Mexicana Delegación Distrito Federal durante 2018-2019. **Resultados:** Se observó mayor prevalencia en mujeres, todos los casos se acompañaron de alteraciones en la movilidad y disfunción ventricular con FEVI disminuida; cabe destacar la asociación de la patología con presencia de hemorragia subaracnoidea, no se observó diferencia respecto al tratamiento. **Conclusiones:** La miocardiopatía de Takotsubo es poco estudiada, común en las áreas de cuidados intensivos que pasa desapercibida por el desconocimiento de ella, es importante realizar más estudios de la misma a futuro para entender la asociación de la patología con la presencia de hemorragia subaracnoidea.

MIOCARDIOPATÍA POR SEPSIS SECUNDARIA A NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD TRATADA CON LEVOSIMENDÁN: REPORTE DE CASO

Loredo Fuentes Florencio Jiovanni, Franco Granillo Juvenal, Ramírez Urizar Diego, Aguirre Sánchez Janet Silvia, Martínez Díaz Braulia Aurelia. Centro Médico ABC.

Introducción: La miocardiopatía por sepsis es una entidad clínica caracterizada por disminución en la fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI) reversible. La etiología es ocasionada por mediadores inflamatorios como el factor de necrosis tumoral alfa e interleucina 1B, así como inflamación microvascular que se asocia a edema intersticial miocárdico y compromiso de las fibras contráctiles, contribuyendo a la caída de la distensibilidad y función miocárdica. **Objetivo:** Demostrar el beneficio del uso de levosimendán por 48 horas en miocardiopatía por sepsis. **Material y métodos:** Masculino de 85 años, ingresa por alteración del estado de alerta, con antecedente de infección del oído medio y parálisis facial de tres semanas previas, tratado con amoxicilina, pregabalina y tramadol. Se integra diagnóstico de falla respiratoria mixta y choque séptico. Se realiza ecocardiograma transtorácico demostrando hipocinesia generalizada y FEVI 42%. Se inicia ventilación mecánica invasiva, posición prona por 16 horas, tratamiento antibiótico (linezolid y meropenem), norepinefrina y levosimendán durante dos días (0.05 a 0.1 µg/kg/min). Al cuarto día, el paciente presenta mejoría de la FEVI 71%. Se extuba al quinto día y se egresa el día 16. **Resultado:** Paciente con miocardiopatía por sepsis y choque séptico con mejoría de FEVI posterior a manejo vasopresor, soporte ventilatorio y tratamiento con levosimendán por 48 horas. **Conclusión:** El tratamiento con levosimendán aunado a soporte orgánico y tratamiento antibiótico es seguro para el tratamiento de miocardiopatía por sepsis.

MORTALIDAD ASOCIADA AL EGRESO DE LA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA EN FIN DE SEMANA

Galaz García Sergio David, Zaragoza Galván José de Jesús, Rentería Díaz Faustino Javier, Cerón Díaz Ulises Wilfrido, Beltrán Moguel Jonathan, González Trasviña Miguel Felipe, Gold Romo Víctor, Villagrana Márquez Saúl Antonio. Hospital Español.

Introducción: El egreso de los pacientes de Unidad de Terapia Intensiva (UTI) es un proceso complejo y multidisciplinario que requiere coordinación y trabajo en equipo entre UTI y el área destino del paciente egresado. **Objetivo:** El objetivo primario es comparar mortalidad hospitalaria de los pacientes egresados de UTI a salas de hospitalización general entre semana con aquéllos egresados en fin de semana. Como objetivo secundario se comparó la duración de la estancia en UTI y hospitalaria. **Material y**

métodos: Estudio de cohorte retrospectiva que incluye a todos los pacientes admitidos a UTI de cuatro centros hospitalarios en un periodo de nueve años, los cuales fueron categorizados en dos grupos de acuerdo a su fecha de egreso en «fin de semana» (sábado y domingo) y «entre semana» (lunes-viernes). Se realizó un análisis de regresión logística multivariable para determinar la razón de riesgo independiente de mortalidad por otras causas en ambos grupos y comparar la duración de estancia en UTI y hospitalaria. **Resultados:** Se incluyeron 5,210 pacientes, 4,088 (78.4%) fueron egresados entre semana y 1,122 (21.5%) en fin de semana. Se documentó mortalidad hospitalaria del 5.7% en el grupo egresado entre semana y 5.2% en el grupo egresado en fin de semana (p = 0.83). Se observó menor duración de estancia en UTI 3.06 vs. 3.51 días (p = 0.001) y hospitalaria 10.23 vs. 11.24 días (p = 0.0007) en el grupo egresado en fin de semana. **Conclusiones:** No se encontró diferencia en la mortalidad de los pacientes egresados de UTI entre semana con aquéllos egresados en fin de semana.

MORTALIDAD, COMORBILIDAD Y SÍNDROMES GERIÁTRICOS (SG) EN UNA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA GERIÁTRICA (UTIG) EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO DE TERCER NIVEL DE ATENCIÓN EN MÉXICO

Franco-Navarro, Alfonso, Leal-Mora David: Díaz-Ramos Julio Alberto. Hospital Civil Fray Antonio Alcalde-Guadalajara, Jalisco.

Introducción: Con el incremento de la esperanza de vida, el número de atenciones brindadas en áreas de cuidados intensivos al adulto mayor, irá en aumento. Esto provocará una mayor tasa de complicaciones asociadas a la estancia en dichas áreas, así como en mortalidad y el desarrollo de síndromes geriátricos. Estos últimos son entidades nosológicas multifactoriales sumamente incapacitantes. **Objetivo:** Determinar la prevalencia de mortalidad en una UTIG y su asociación con algunos síndromes geriátricos y comorbilidades. **Material y métodos:** Estudio transversal en adultos > 65 años, admitidos a una UTIG en un hospital universitario de tercer nivel (septiembre 2017-agosto 2018). Se obtuvieron medidas de centro, distribución y frecuencias de acuerdo al tipo de variable. Se realizaron análisis de regresión logística multivariados en orden de establecer una tasa de probabilidades entre mortalidad, la presencia de SG y comorbilidad; se consideró significativo un valor de valor de p < 0.05. **Resultados:** La media de edad fue 78 años (DE 8.3), el 41.4% fueron mujeres, las comorbilidades más prevalentes fueron neumonía 40.6%, infección de vías urinarias 25% y enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) 21.9%. Los SG más prevalentes en esta población fueron: fragilidad 63% y depresión 35.2%. La mortalidad fue 31.3%. El análisis de regresión logística multivariada mostró significancia entre mortalidad y EPOC (OR = 3.46 IC 95% 1.109 – 10.84, P = 0.033). No se demostró asociación con SG. **Conclusiones:** En este estudio la presencia de EPOC mostró una asociación de riesgo estadísticamente significativa con mortalidad en ancianos admitidos en una UTIG en México.

MUSICOTERAPIA EN UCI EXPERIENCIA EN TERAPIAS INTENSIVAS DE SEGUNDO Y TERCER NIVEL DE ATENCIÓN

Manuel J. Rivera-Chávez, Adriana Sánchez, Mayra del Carmen Bocanegra Ramos. Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajío Secretaría de Salud/Hospital General de Irapuato Secretaría de Salud de Guanajuato.

Introducción: Reportes de intervenciones no farmacológicas parecen beneficiar a pacientes en cuidados críticos sin efectos secundarios, dentro de estas intervenciones la basada en música. **Objetivo:** Estudiar efecto de musicoterapia activa en pacientes de cuidados críticos unidades de segundo y tercer nivel atención. Mediante monitoreo/registro de parámetros fisiológicos. **Material y métodos:** Estudio prospectivo dos grupos 1) unidad tercer nivel (UCI 17 camas) unidad segundo nivel (10 camas). Población estudio muestra conveniencia 10 pacientes adultos (cinco tercer nivel / cinco segundo nivel), para la unidad de tercer nivel, participantes recibieron sesión musicoterapia 30 minutos consistente en Canción Weightless Marconi Union® administrada 15 decibeles con audífonos blandos para cada paciente cinco días, para segundo nivel atención, selección musical cama Striker intouch® ambientación cama, 30 minutos, cinco días. Durante la sesión se monitorizó: frecuencia cardíaca, presión arterial no invasiva, acoplamiento a ventilación mecánica definido como (no más de cinco respiraciones fuera de las programadas por minuto), sin evento de tos y P_{max} no mayor de 40). **Resultados:** Después de intervención, disminuciones significativas (p < .005) en número de asincronía ventilatoria (media 3.2, 95% IC [2.8-5.3]), frecuencia cardíaca (media 7, 95% IC [5.3-9]), presión arterial no invasiva sin cambios significativos. **Conclusiones:** Resultados de este estudio apoyan a la musicoterapia pasiva como una intervención no farmacológica en unidades de tercer y segundo niveles de atención. Se requieren más estudio de este tipo.

NEUMONÍA ASOCIADA A LA VENTILACIÓN EN PACIENTE INMUNOCOMPROMETIDO

Tapia Lazcano Arely, Tinoco Sánchez Maritza, Chávez Pérez Alfonso. Hospital General de México «Dr. Eduardo Liceaga».

Paciente femenino de 23 años, originaria del Estado de México, antecedentes de importancia LUPUS desde los ocho años de edad en tratamiento con hidroxiclороquina, prednisona, metotrexate, ciclofosfamida, aspirina y enalapril, con internamientos previos por actividad LÚPICA nivel hematológico, renal y pulmonar, por lo cual ameritó múltiples transfusiones, preeclampsia en 2015 y AMEU el 3 de junio del año en curso. Ingresó a terapia intensiva procedente del servicio de ginecología y obstetricia con los diagnósticos postoperada AMEU secundario a óbito nueve semanas de gestación, actividad lúpica a nivel hematológico, renal y pulmonar; desde su ingreso con apoyo a minas vasoactivas y ventilación mecánica; presentó una evolución tórpida durante su estancia en la terapia intensiva, se manejó con ciclos de inmunosupresión con metilprednisolona, inmunoglobulina, y un ciclo de ciclofosfamida de 750 mg, no logrando presentar mejoría clínica, se realizaron dos sesiones de plasmáferesis, presentó datos de hemorragia alveolar, por lo cual se realizó fibrobroncoscopia y lavado bronquioalveolar, enviando muestra a estudio citopatológico, el cual reportaba hallazgos de células multinucleadas sospechosas de tuberculosis pulmonar, por lo que se inició tratamiento con antifímicos por parte del servicio de infectología, además de meropenem, fluconazol, vancomicina y trimetropin, se tomaron múltiples hemocultivos y bronquiales logrando aislar *Klebsiella Pneumoniae* MDR con requerimiento alto de anestésicos para lograr sedoanalgesia y su acoplamiento con la ventilación, presentó deterioro hemodinámico requiriendo dosis altas de vasopresor hasta evolucionar a falla orgánica múltiple, paro cardiorrespiratorio y defunción.

NO REFLUJO EN INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO

Torres Avilez Joaquín David, Torres Zarate José Daniel, Cerino Aguirre Martha Laura, López Palomo Delia De Los Ángeles, García Vera José Juan. IMSS.

Introducción: El fenómeno de no reflujo coronario se define como la persistencia de un flujo inadecuado menor de TIMI 3 durante la angioplastia coronaria en ausencia de obstáculo macroscópico en las arterias coronarias epicárdicas. **Objetivos:** Conocer las características de los pacientes de infarto agudo de miocardio (IAM) postcateterismo cardiaco con fenómeno de no reflujo. **Material y métodos:** Estudio descriptivo, observacional, prospectivo y transversal. Pacientes con diagnóstico de IAM con realización de cateterismo con fenómeno de no reflujo ingresados en una unidad de cuidados intensivos de enero de 2018 a diciembre de 2018. **Resultados:** Se realizaron 69 cateterismos cardiacos en pacientes con diagnóstico de IAM de los cuales siete (10%) presentaron fenómeno de no reflujo. La edad media fue de 66.5 años. El 100% perteneció al género masculino; con un promedio de 3.5 factores de riesgo, observando el sedentarismo en el 100% de los casos. El total de los pacientes presentaron síndrome coronario agudo con elevación del segmento ST. Se realizó angioplastia primaria en el 57% y de rescate en el 43%, con colocación de al menos un stent (86%); siendo la arteria culpable la descendente anterior en un 71% de los casos. Los índices angiográficos de perfusión miocárdica finales fueron TIMI 2 85.7%, BLUSH II 42.8%. No se presentaron defunciones. El promedio de estancia fue 2.86 días. **Conclusión:** El porcentaje de pacientes que presentaron fenómeno de no reflujo fue de 10%, todos con diagnóstico de IAM con elevación del segmento ST.

OSTEOSARCOMA EXTRAESQUELÉTICO PLEURAL 1º

Méndez Martínez Mario Alberto. Neumocritic.

Introducción: El osteosarcoma extraesquelético pleural primario OEP es un tumor raro asociado a derrame pleural e insuficiencia respiratoria, existen 15 casos reportados en el mundo. El método de imagen se limita a RX y TAC del tórax, y se confirma por inmunohistoquímica. El rol del ultrasonido pulmonar UP no está establecido. **Material y métodos:** Se trata de un caso clínico de insuficiencia respiratoria asociado a derrame pleural. Se recolectan datos demográficos, clínicos, de imagen, e histopatológicos que establecen diagnóstico definitivo. Se hace una revisión de la literatura. **Resultados:** Mujer de 65 años que acude a urgencias por disnea de pequeños esfuerzos y dolor en hemitórax derecho. El UP detecta derrame pleural masivo del hemitórax derecho, engrosamiento pleural > 1 cm, nodulaciones y calcificaciones pleurales. La tomografía confirma los hallazgos preliminares y las biopsias establecen el diagnóstico de certeza y la etiología de la insuficiencia respiratoria, estableciéndose

el diagnóstico del 16º caso de OEP. **Discusión:** Este tumor es muy raro, hasta la fecha se han reportado 15 casos en el mundo. El diagnóstico por imagen ha sido la radiografía y la tomografía de tórax, y el diagnóstico definitivo mediante patología. El UP no había sido utilizado en la serie de casos previos, y en nuestra experiencia permitió sospechar la posibilidad de malignidad. **Conclusiones:** La utilidad del UP permitió identificar un patrón asociado a malignidad. Hasta donde sabemos es el primer caso en México y países latinoamericanos, y el primer caso en el mundo utilizando ultrasonido pulmonar como método de imagen.

PACIENTE GRAN QUEMADO Y REANIMACIÓN PROBLEMÁTICA. REPORTE DE UN CASO

Macías Limón Juan Diego de Jesús, Gutiérrez Villaseñor Isidro José, Hernández Plata Alma Erika, Sánchez Grijalva Martha Lizbeth, Maya Tornero Mario Alberto. Instituto Mexicano del Seguro Social UMAE T1.

Introducción: El paciente gran quemado sigue siendo un reto para el intensivista, especialmente en aquéllos en los que existe reanimación problemática, es decir, cuando hay necesidad de requerimientos hídricos > 4ml/kg/SCQ, uso de aminas presoras para mantener PAM \geq 60mmHg y a pesar de ello, índices urinarios < 0.5ml/kg, hiperlactatemia, hipertensión intraabdominal y estado de hipercoagulabilidad. **Objetivo:** Presentar un caso clínico de paciente gran quemado con reanimación problemática de la Unidad de Cuidados Intensivos de quemados del CMNO. **Reporte de caso:** Femenino de 28 años, sin antecedentes. Inicia padecimiento el 19/05/19 transportando tanque de gas en vehículo privado, sufriendo quemadura por flama en cara, cuello, tórax anterior y posterior, y extremidades. Superficie corporal quemada (SCQ) inicial de 40%. Otorgando reanimación con fórmula Parkland: 19 litros de solución cristaloides en primeras 24 horas en hospital de segundo nivel, realizándose intubación orotraqueal por sospecha de quemadura de vía aérea, aseo quirúrgico y colocación de cubiertas, donde se recalca 65% SCQ. El 21/05/19 ingresa a UCI de quemados, donde presenta datos de reanimación problemática conllevando a evolución tórpida, presentando complicaciones renales, infecciosas, hemodinámicas, respiratorias; requiriendo medidas de soporte orgánico, uso de aminas vasoactivas, manejo ventilatorio, optimización hídrica, múltiples aseos quirúrgicos y hemotransfusiones. Posterior a 76 días de estancia en UCI, presenta evolución favorable, remitiendo fallas orgánicas, siendo egresada a su domicilio con secuelas funcionales por cicatrización. **Conclusión:** La reanimación problemática en el paciente gran quemado es una complicación que continúa siendo difícil de identificar como entidad, existiendo retraso en el manejo dirigido, ensombreciendo el pronóstico de estos pacientes.

PANCREATITIS AGUDA POR HIPERTRIGLICERIDEMIA

Ortega Roy José Armando, Carmen Islas Escalante, Pedro González Carrillo, CMN Bajío UMAE No. 1 IMSS. León Guanajuato.

Caso clínico: Se trata de paciente masculino de 27 años de edad con antecedentes de importancia: Diabetes Mellitus 2 dislipidemia de un año de diagnóstico, tratado con metformina, benzafibrato y atorvastatina respectivamente. Inicia padecimiento dos días previo ingreso a UCI con cuadro clínico de dolor abdominal EVA 9/10 de localización en epigastrio con irradiación a espalda en hemicinturón acompañado de náusea y vómito de contenido gástrico, acude a valoración al servicio de urgencias, se realizan laboratorios iniciales, los cuales reportan lipasa 6086 U/L, amilasa 581 colesterol 986, triglicéridos 7,200, glucosa 456 gasometría arterial ph 7.13 Pco2 13 pO2 89 HCO3 7.4, examen general de orina con cuerpos cetónicos > 80mg/dl, lactato inicial 4 mmol/l. USG de abdomen se descarta litiasis de vía biliar, TAC de abdomen: hallazgos compatibles con pancreatitis aguda correspondiente a Baltazar E, se integran los siguientes diagnósticos: cetoacidosis diabética severa, pancreatitis aguda moderadamente severa secundaria a hipertrigliceridemia, se solicita valoración a UCI y es aceptado, se inicia abordaje en el contexto del paciente con pancreatitis aguda por hipertrigliceridemia, así como cetoacidosis severa. Se realizó tratamiento a base de terapia hídrica con soluciones cristaloides, analgesia a base de buprenorfina, trombo profilaxis farmacológica e insulina con infusión. Estancia en UCI cuatro días, egresando a piso a cargo del servicio de medicina interna.

PARÁLISIS HIPOCALÉMICA SECUNDARIA A TIROTOXICOSIS

Enríquez Barajas Adriana, Teniza Frías Eduardo, López Esquivel Yasmin Nancy, Carrillo Ramírez Silvia del Carmen, Jorge Osvaldo Isaías Camacho. Hospital Ángeles Pedregal.

La parálisis hipocalémica secundaria a tirotoxicosis es una forma rara de presentación del hipertiroidismo, común en población asiática. Ca-

racterizada por inicio brusco de hipocalcemia y parálisis, afectando principalmente extremidades inferiores. Informe de caso: masculino de 24 años de edad, diagnóstico reciente de hipertiroidismo secundario a bocio multinodular difuso. Acude al servicio de urgencias por cuadro clínico de 24 horas de evolución variable por mialgias en miembros inferiores y posteriormente pérdida progresiva de la fuerza de las cuatro extremidades, principalmente en extremidades inferiores que le imposibilitó la deambulaci3n, sin otra sintomatología agregada. Refiere el consumo abundante de carbohidratos día previo a su ingreso. A su ingreso, signos vitales dentro de parámetros normales y signos clínicos sugestivos de enfermedad tiroidea. Reflejos osteotendinosos de miembros inferiores ausentes, fuerza en extremidades superiores de ++ / ++++ e inferiores de + / +++++. Potasio sérico inicial de 1.82 mEq / L, Mg 1.8 mEq / L, P 1.13 mEq / L, estado ácido base normal. Datos electrocardiográficos compatibles con hipocalcemia. Se presentó reposici3n de potasio vía intravenosa y oral, presentando mejoría del cuadro clínico. La parálisis hipocalémica secundaria a tirotoxicosis es una emergencia médica potencialmente letal y reversible. El tratamiento incluye prevenci3n de este cambio de potasio mediante el uso de bloqueo beta no selectivo, correcci3n del estado hipertiroideo y reemplazo de potasio.

PERFIL EPIDEMIOL3GICO DE PACIENTES ONCOL3GICOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI)

G3mez García María Guadalupe. Centro Médico ABC.

Introducci3n: Actualmente existe una alta expectativa de vida en pacientes oncol3gicos, por lo que establecer el pron3stico es apremiante para instaurar decisiones hospitalarias y valorar el impacto en los pacientes. Para esto, es importante conocer factores epidemiol3gicos que afecten la mortalidad en pacientes oncol3gicos al ingreso a UCI mediante escalas de supervivencia: Índice Pron3stico Paliativo (IPP), ONCOSCORE y Karnofsky. Así como valorar la calidad de vida: ECOG (Eastern Cooperative Oncology Group) y SOFA (Sequential Organ Failure Assessment). **Objetivo:** Analizar factores clínicos y escalas pron3sticas en pacientes oncol3gicos que ingresan a UCI y su desenlace de mortalidad. **Material y métodos:** Estudio retrospectivo, observacional de pacientes oncol3gicos ingresados a UCI durante 18 meses (2018-2019), se analizaron escalas de ECOG, Karnofsky, ONCOSCORE, IPP, SOFA, evaluando variables cualitativas demográficas, expresadas en frecuencias, porcentajes y medias mediante el programa SPSS.25, al ingreso a UCI y su relaci3n con mortalidad. **Resultados:** Se recabaron 32 pacientes, edad 64.2 ± 15 años (17-86), 60% hombres. 53% SOFA 6 ± 3 (1-12), 65% Karnofsky 48.7 ± 16 (29-102), ECOG 3 ± 1 (1-4), presentaron IPP de 5 ± 3 y ONCOSCORE de 6 ± 3 ; 53% ingresaron con falla orgánica múltiple, 71% ya presentaban metástasis al ingreso, 56% fallecieron por causa directa de cáncer y 34% eran autosuficientes a su ingreso. Presentaron por IPP y ONCOSCORE mortalidad de 51% y 87% respectivamente. El cáncer con Karnofsky más bajo: cáncer de colon, seguido de cáncer de pulm3n. **Conclusiones:** Se demostró el tiempo de mortalidad similar al establecido en la literatura por escalas IPP y ONCOSCORE. Se corroboró por Karnofsky y ECOG que los pacientes presentaban una calidad de vida deteriorada a su ingreso.

PORFIRIA EN LA UCIA: REPORTE DE CASO

L3pez Moran Héctor Antonio, Ch3vez Pérez Carlos Eduardo, Sánchez Nava Víctor Manuel. Tecnol3gico de Monterrey.

Paciente femenino de 16 años de edad, con antecedentes de consumo de marihuana, diagnóstico de hepatitis autoinmune, con tratamiento con azatioprina y vitamina E, y colecistectomía reciente 8/08/2019. Inicia su padecimiento actual 48 horas previas a su ingreso al presentar cuadros repetitivos de náusea con v3mito de contenido gástrico, con dolor abdominal tipo cólico de intensidad 7 de 10 en epigastrio, en hemicintur3n hacia hipocondrio derecho y fosa renal derecha, 24 horas después persiste la misma sintomatología. Se inicia el abordaje diagnóstico con colangioRMN magnética sin evidencia de litos en la vía biliar extrahepática. Ausencia quirúrgica de vesícula biliar. Se continúa con una TAC de abdomen con reporte de absceso en lecho vesicular. Engrosamiento inespecífico de la pared del antro gástrico, con manejo conservador, se realiza endoscopia superior, sin alteraciones. Durante las primeras 48 horas de estancia hospitalaria la paciente presenta dos episodios de crisis convulsivas aunados a caida en los niveles de sodio de hasta 118 mEq/L, por lo que se decide ingresar a la UTIA para su valoraci3n. A su ingreso con TA 190/110 mmHg, TAM 120 mmHg, FC 160 lxm, TEMP 36°C; FR 20 rpm, SatO2 99% a aire ambiente. Con reposici3n en agudo de sodio y estableciéndose diagnóstico de SIADH. Abdomen asignol3gico, sin datos de irritaci3n peritoneal, con procalcitonina negativo. Ante

la presencia de dolor abdominal cr3nico, hepatitis, convulsi3n, hiponatremia, SIADH, cambios neuroconductuales, descarga adrenérgica, se solicita ALA urinaria, el cual reporta 15 mg (5.1 mg), estableciéndose diagnóstico de porfiria aguda intermitente.

PREVALENCIA DE HIPOURICEMIA COMO BIOMARCADOR EN EL PACIENTE GRAN QUEMADO

Marín Landa Oscar Miguel, Vargas Torres Eunice Sofía, Alonso Beltrán Jocelyn Sue, Carrillo Esper Raúl, Garnica Escamilla Marco Antonio. Instituto Nacional de Rehabilitaci3n.

Introducci3n: El paciente gran quemado cursa un periodo crítico de larga estancia hospitalaria, en la cual desarrolla múltiples complicaciones y eventualidades secundarias al estado inflamatorio grave. Por lo que contar con un biomarcador de gran disponibilidad en las unidades hospitalarias es una herramienta indispensable para el monitoreo de esta entidad. **Objetivo:** Revisi3n y evaluaci3n de la prevalencia de hipouricemia en el paciente quemado durante su estancia en UCI, analizando características clínicas de los pacientes y su evoluci3n, comparando dos grupos: pacientes con hipouricemia y pacientes con ácido úrico normal. **Material y métodos:** Análisis descriptivo de los datos obtenidos, expresado mediante porcentajes y medidas de asociaci3n. **Resultados:** Revisi3n retrospectiva de 278 pacientes adultos en un periodo de tiempo de cuatro años en el CENIAQ. El grupo con hipouricemia fue 81% del total de pacientes y con ácido úrico normal 19%. El grupo de edad entre 30-45 años fue el de mayor prevalencia, seguido del grupo de 18-30 años. La extensi3n quemada de mayor prevalencia fue entre 40-60%, seguido del 20-40%. La profundidad de mayor prevalencia fue de segundo grado profundo y tercer grado (mixtas). El mecanismo de lesi3n más frecuente fue fuego directo, 87%. La estancia hospitalaria fue mayor 1.3 veces en el grupo de pacientes con hipouricemia. **Conclusiones:** Existen pocos estudios sobre la hipouricemia en el paciente quemado grave, por lo que la determinaci3n de los niveles séricos seriados podrí3a ser de utilidad como predictor de la evoluci3n del paciente. La hipouricemia se asoció a mayores complicaciones, trastornos hidroelectrolíticos, pero principalmente a más días de estancia hospitalaria.

PROTOCOLO DE DOSIFICACI3N CONTROLADA EN LA SEDOANALGESIA EN LA UCI Y SU COSTO-BENEFICIO DE SU IMPLEMENTACI3N: UN ESTUDIO EXPLORATORIO

Sánchez Pacheco Dulce Helena Alejandra, D'ector Lira Dulce María. Centro Médico Dalinde.

Los pacientes críticamente enfermos, principalmente aquéllos que reciben ventilaci3n mecánica, de forma frecuente presentan dolor y ansiedad, necesitando una sedoanalgesia adecuada para cada uno de ellos, ésta debe ser adecuada a su composici3n corporal para proporcionar al paciente comodidad, para mejorar la tolerancia del medio expuesto, así como para proporcionar alivio de la ansiedad. Dicha sedoanalgesia se debe mantener utilizando medidas farmacológicas que se adecuen al paciente, dependiendo de su volumen de distribuci3n y antecedentes de importancia que impliquen cambios en los medicamentos utilizados. Actualmente se encuentran bien estudiadas las complicaciones por uso de medicaci3n no controlada mediante protocolos de dosificaci3n estandarizados, conllevan una sedaci3n superficial o profunda inadecuada por largos periodos que aumenta los costos de la estancia. Por lo tanto, la no implementaci3n de protocolos aumenta los gastos de estos fármacos con una elevaci3n del costo; aunado a esto se prolongan los días de estancia, así como de ventilaci3n mecánica, se presentan delirium, reintubaci3n, dolor cr3nico etc., los cuales aumentan costo/día, siendo éstos evitables. Tomando en cuenta lo ya dicho se decide la implementaci3n en nuestra unidad de protocolos con dosificaci3n, los que se administraron de acuerdo con el volumen de distribuci3n del paciente. En nuestro estudio se comparan los gastos realizados previos y posteriores a la implementaci3n, evidenciando la mejora de ésta manteniendo una sedaci3n adecuada para cada uno de ellos, dándole peso a la práctica correcta de elecci3n/administraci3n de los medicamentos en cuesti3n, llegando a resultados clínicos y económicos favorables para los pacientes.

PÚRPURA TROMBOCITOPÉNICA TROMBÓTICA: REPORTE DE UN CASO

Razo Jaramillo Ulises de Jesús, Bravo Santibañez Edgar, Eliseo Luis, González Carrillo Pedro. CMN Bajo UMAE No. 1 IMSS. León, Guanajuato.

Femenino de 36 años de edad. Con antecedentes de DM2 de siete años de diagnóstico en tratamiento con insulina glargina con mal apego a tratamiento. Inició su padecimiento con presencia de náuseas y emesis

de contenido gástrico, ataque al estado general de forma súbita, por lo que acude a facultativo donde realizan paraclínicos, documentándose, trombocitopenia severa (7,000), siendo referida a su clínica. Presentó durante su estancia disartria y dislalia, se realizó TC craneo en fase simple con reporte normal. Se inició esteroide ante datos de hemólisis, se agregaron crisis convulsivas tónico clónicas generalizadas, lo que condicionó manejo avanzado de la vía aérea, se inició sedación, analgesia, manteniendo bajo ventilación mecánica invasiva. Agregándose edema distal y petequias a su exploración de predominio distal, con temperatura entre 41°C, se inició con antipiréticos sin mejoría. Trasladada a nuestra unidad para manejo integral donde se documenta a su ingreso plaquetas de 19,000, por lo que se transfunden hemoderivados, y se realiza TC de craneo nueva con reporte normal, durante su estancia en UCI se inició manejo del contexto de trastorno hematológico con falla multiorgánica, iniciando medidas de soporte, abordaje diagnóstico complementario con la realización COMBS, RM craneo, panel viral e inmunológico sin alteraciones con frotis sanguíneo con presencia de normoblastos, valorada por el servicio de hematología, el cual refiere presentar un patrón tanto por clínica como estudio de gabinete para PPT, el cual requiere la realización de plasmaféresis. Sin embargo, durante la estancia presenta mayor deterioro multiorgánico, que condiciona fallecimiento a las 24 horas a su ingreso.

RABDOMIÓLISIS SECUNDARIA A ISQUEMIA PROLONGADA POR HERIDA DE ARMA DE FUEGO: REVISIÓN DE CASO CLÍNICO

Martínez Guerrero Blanca Camelia, Martínez García José Juan, Cornejo Medellín Beatriz Esperanza; Inocente Arguellez Karina, Morales Cepeda Cesar Inguz. IMSS/SSA.

Presentamos el caso de paciente masculino de 17 años, con trauma penetrante por proyectil de arma de fuego disparada con orificio de entrada en canal inguinal izquierdo y orificio de salida en glúteo. Se inició tratamiento quirúrgico en su HGZ con control de daños, manejo del estado de choque hipovolémico, se trasladó a la unidad de alta especialidad con isquemia severa de miembro pélvico izquierdo por seis horas, ingresando a quirófano donde se detecta arteria femoral superficial pinzada con disrupción y desgarro de 7 cm, la vena femoral pinzada y con desgarro de 3 cm, lo que se repara. Se trató con reanimación hídrica, hemoderivados y vasoactivos a requerimiento. El objetivo fue presentar un caso clínico de un paciente que sufrió rhabdomiólisis severa secundaria a isquemia prolongada con tratamiento a base de reanimación hídrica a 60ml/k/d, manteniendo flujos urinarios de 2 ml/kg/hora, soluciones con bicarbonato y manitol al 20 %. El paciente presentó complicaciones de la rhabdomiólisis: lesión renal aguda Akin III, acidemia metabólica, trombocitopenia y deterioro neurológico. Después del manejo tuvo una recuperación total de la función renal, con éxito al tratamiento instaurado.

RELACIÓN ENTRE LA VARIABILIDAD DE PRESIÓN DE PULSO Y DISTENSIBILIDAD DE VENA CAVA INFERIOR PARA LA EVALUACIÓN DEL VOLUMEN INTRAVASCULAR EN PACIENTES CON VENTILACIÓN MECÁNICA

Ceballos Zarate José Antonio. Hospital Infantil de México «Federico Gómez».

Introducción: El mayor número de estudios que evalúan herramientas de medición, del espacio intravascular y respuesta a volumen en pacientes en estado de choque se han realizado en adultos. Siendo la mayoría invasivos y correlacionando pruebas estáticas con dinámicas. Siendo pocos los estudios en niños sobre métodos de evaluación de este tipo que evalúen herramientas dinámicas. **Objetivo:** Analizar la asociación entre el índice de distensibilidad de vena cava inferior y la variabilidad de presión de pulso en la evaluación del volumen intravascular de pacientes con ventilación mecánica en el área de urgencias del Hospital Infantil de México Federico Gómez. **Material y métodos:** Estudio prospectivo y transversal en pacientes de un mes a 17 años 11 meses de edad, con ventilación mecánica en el servicio de urgencias pediátricas, que contaron con línea arterial periférica o central y medición de variabilidad de presión de pulso, y que se les realizó medición ecográfica de diámetros máximo y mínimo de la vena cava inferior y su porcentaje de distensibilidad. **Resultados:** El índice de distensibilidad de vena cava inferior mostró una sensibilidad de 72.7%, y especificidad de 93.8% así como valor predictivo positivo de 88.9%, y valor predictivo negativo de 83.3%. En relación con la variabilidad de presión de pulso, en la evaluación del volumen intravascular y necesidad de reposición de volumen. **Conclusiones:** La ecografía, a través del índice de distensibilidad de vena cava inferior, es una herramienta no invasiva y confiable durante la estabilización inicial de pacientes con inestabilidad hemodinámica a fin de evitar incremento del índice de sobrecarga hídrica.

REPORTE DE CASO: CHOQUE SÉPTICO POR E. COLI ASOCIADO A CIRUGÍA ESTÉTICA

González Perales Kenia, Islas María del Carmen. IMSS.

Femenino de 49 años de edad que cuenta con antecedentes quirúrgicos de cesárea, resección quiste mamario benigno sin crónico degenerativos. Se realiza cirugía estética en agosto del 2019 realizándose lipoescultura, abdominoplastia y lipotransferencia; 24 horas después inicia con náusea, vómito y dificultad respiratoria, se realiza hemotransfusión y oxigenoterapia sin mejoría. Trasladándose a IMSS. A su ingreso con hipotensión, taquicardia, taquipnea, hipoxemia, somnolencia, y crépitos basales que no responden al manejo inicial, se decide manejo avanzado de vía aérea, manejo intensivo farmacológico e ingreso a UCI. Se descartó tromboembolia pulmonar con angiogramografía. Progresó hacia la difusión multiorgánica (neurológica, pulmonar, hepática, renal y hematológica), con patrón hemodinámico distributivo (choque séptico) se documentó en hemocultivos central y periférico *E. Coli*, resto de cultivos sin crecimiento. Durante su estancia en UCI las principales disfunciones fueron lesión renal aguda AKIN III e hígado isquémico. Las complicaciones presentadas en terapia intensiva fueron: parada cardiorrespiratoria, microembolismo séptico cerebral y trombosis séptica de tres orijos de pie derecho, los cuales fueron amputados. Se realizó monitoreo hemodinámico, y respiratorio. Manejo con terapia hídrica con cristaloides, coloides, vasopresores, antimicrobianos (meropenem, vancomicina), egresando de UCI posterior a 10 días de tratamiento intensivo, con Glasgow de 14, sin vasopresor, con función renal normal.

RESPUESTA DE LA TERAPIA HIPEROSMOLAR VALORADA MEDIANTE LA MEDICIÓN DEL DIÁMETRO DE LAS VAINAS DEL NERVIÓ ÓPTICO EN LESIÓN CEREBRAL TRAUMÁTICA

González Prado Irma, Martínez Medel Aldo Giovanni, Bulbow Pichardo Kevin Steve, Niño Nájera Alma Gloria, Rodríguez Díaz Andrea Natalí, Pérez Nieto Orlando Rubén, Deloya Tomas Ernesto, Campos Mayorga Salvador, Gudelia Nájera Gutiérrez. Cruz Roja Mexicana Cd. México.

Introducción: La monitorización de la presión endocraneana continúa siendo un reto en medicina crítica por la limitada disponibilidad de equipos para realizarla. Su identificación temprana es crucial para un manejo oportuno y apropiado que mejore el resultado clínico del paciente, surgiendo alternativas de monitoreo no invasivo que guíen la terapéutica al uso de soluciones hipertónicas. **Objetivo:** Describir los resultados obtenidos del monitoreo no invasivo de la presión endocraneana midiendo el diámetro de las vainas del nervio óptico con tratamiento continuo de terapia hiperosmolar en pacientes que presenten lesión cerebral traumática moderada y severa, demostrando que es una alternativa cuando no se cuenta con los medios apropiados para un monitoreo invasivo. **Material y métodos:** Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo, transversal, analítico. En un periodo de dos meses, documentamos casos de presión endocraneana por lesión cerebral traumática moderada y severa en un centro de segundo nivel. **Resultados:** Se documentaron 10 casos, nueve del sexo masculino (90%), siete casos de lesión severa (70%) y tres moderados (30%) en tratamiento continuo de 48 horas, presentando una disminución de la medición del diámetro de la vaina del nervio óptico (1 cm y 0.6 mm) desde las primeras 24 horas, repercutiendo así en la disminución de la presión endocraneana. **Conclusiones:** En la mayoría de los centros de atención de neurotrauma no se cuenta con monitoreo invasivo al aplicarse una terapia hiperosmolar, encontrando que la disminución del diámetro de la vaina del nervio óptico se correlaciona con el decremento del edema cerebral e hipertensión endocraneana.

RETIRO DE VENTILACIÓN MECÁNICA EN FALLA SEVERA DE VENTRÍCULO DERECHO

Espinosa Camacho José Luis, González Carrillo Pedro Luis, Francisco Godínez García. IMSS.
1060 josespinosa1708@gmail.com

Introducción: La falla severa de ventrículo derecho representa un reto para la ventilación mecánica invasiva y su retiro. **Objetivo:** Presentar un caso de disfunción severa ventrículo derecho y el retiro de ventilación mecánica en estos casos. Masculino de 22 años de edad, diagnóstico a los cuatro meses de transposición de grandes arterias, se realiza cirugía Mustard a los seis meses. Un mes previo a su ingreso presenta dos episodios de falla cardíaca aguda, se realiza ECOTT mostrando oclusión de conducto vascular y TAPSE de 6, se intervine quirúrgicamente para desmantelización y remodelación de Mustard, durante la cirugía presenta sangrado mayor que amerita hemotransfusión masiva, a las 72 horas se resolvió choque circulatorio, se retiró sedación, presentando deterioro ven-

tilatorio en modo espontáneo, por lo cual se decidió sedación profunda y titulación de PEEP con deterioro hemodinámico paulatino, sin alteraciones estructurales en pulmón, se evaluó mecánica pulmonar con evidencia de sobredistensión alveolar y atrapamiento aéreo, considerando alteraciones de VD secundario a presión positiva se decidió reducción de PEEP hasta 0 ccH₂O, con lo que se observó mejoría hemodinámica y mecánica pulmonar, se suspendió sedación siendo posible el retiro de la ventilación a las 48 horas de efectuados los cambios, con adecuada tolerancia. **Conclusión:** La ventilación mecánica con presión positiva ejerce efectos deletéreos en la función del VD, por lo que su reducción facilita el retiro de la misma.

RUPTURA DEL SEPTUM INTERVENTRICULAR

García Vera José Juan, Torres Aviléz Joaquín David, Cerino Aguirre Martha Laura, España Sánchez Mónica Alejandra, López Palomo Delia de los Ángeles. Hospital de Especialidades Médicas Ignacio García Téllez. Mérida, Yucatán.

Introducción: La ruptura del septum interventricular es una complicación mecánica infrecuente del infarto agudo de miocardio (IAM). Varios factores de riesgo se han descrito, entre los principales se encuentran la edad avanzada, género femenino, primer IAM, entre otros. **Objetivos:** Presentar un caso clínico de ruptura de septum interventricular como complicación mecánica de IAM. Reporte de un caso. Femenino de 55 años de edad con antecedentes de diabetes mellitus, hipertensión arterial, dislipidemia, obesidad y sedentarismo. Inicia con disnea de pequeños esfuerzos, dolor precordial que irradia a epigastrio y tos. Se realiza electrocardiograma con datos de elevación segmento ST anterior extenso, soplo holosistólico en foco mitral. Se realiza cateterismo, el cual reporta defectos del septum interventricular apical con paso de medio de contraste hacia ventrículo derecho, oclusión arterial descendente anterior del 90%. Ecocardiograma documenta múltiples defectos del tabique interventricular, FEVI 46%. Se realiza cirugía de cierre de comunicación interventricular con parche de pericardio bovino (vía ventriculotomía anterior) y revascularización de vena safena interna izquierda a ramo obtuso n mecánica, uso de vasopresor, lesión renal AKIN III; con adecuada evolución, retiro de la ventilación mecánica, suspensión de vasopresor y egreso de terapia intensiva, para posteriormente ser dada de alta del hospital. **Conclusión:** La ruptura del septum interventricular es una complicación rara y grave cuyo diagnóstico y tratamiento oportuno desempeña un papel importante en la supervivencia del paciente. La reparación quirúrgica sigue siendo el tratamiento de elección junto con las medidas de soporte hemodinámico.

SEDIMENTO URINARIO COMO MARCADOR DIAGNÓSTICO Y PRONÓSTICO DE LESIÓN RENAL AGUDA EN LA UTI

Martínez Romero Sergio. Hospital General La Villa. 1049 chedere87@gmail.com

Introducción: La lesión renal aguda es una complicación frecuente en la unidad de cuidados intensivos asociada con morbilidad y mortalidad elevadas. El diagnóstico se basa en la cuantificación del volumen urinario y la elevación de azoados, en especial la creatinina y el nitrógeno ureico. Estos parámetros a puntos de corte seleccionados se han integrado en una clasificación de lesión renal aguda realizada por consenso de la Acute Kidney Injury Network (AKIN) o por la elevación de biomarcadores de lesión renal. La evaluación del sedimento urinario se ha manejado como un complemento para el diagnóstico y la gravedad de la lesión renal aguda. Por lo tanto, se plantea la siguiente pregunta: ¿Se puede utilizar y validar el sedimento urinario como marcador diagnóstico y pronóstico de lesión renal aguda en la Unidad de Terapia Intensiva? **Objetivo:** Demostrar y validar que el sedimento urinario es útil como marcador diagnóstico y pronóstico de la lesión renal aguda en la Unidad de Terapia Intensiva. **Material y métodos:** Se realizó durante el periodo del 01 de enero de 2018 al 31 de mayo de 2019. **Resultados:** En la presente investigación al realizar prueba exacta de Fischer se encontró que el PMSU tiene mayor asociación que los niveles de urea, BUN y de uresis para realizar la estadificación. **Conclusiones:** Se realizó diagnóstico de lesión renal aguda con el PMSU. El PMSU fue buen predictor de mortalidad en pacientes con diagnóstico de lesión renal aguda.

SÍNDROME COMPARTIMENTAL TORÁCICO SECUNDARIO A UN ABSCESO EN MEDIASTINO POSTERIOR. REPORTE DE UN CASO

Gretha Juliana Sacoto Cabrera, Fernando George Aguilar. Hospital Regional de Alta Especialidad «Ciudad Salud».

Introducción: Se presenta el caso de un paciente con perforación esofágica y compresión sobre aurícula izquierda. **Objetivo:** Dar a conocer

el caso de un paciente con síndrome compartimental torácico. **Caso clínico:** Paciente masculino de 75 años. Inició su cuadro 15 días previos; debido a ingesta de cuerpo extraño presentó: dolor torácico y disfagia. En estudio tomográfico: absceso mediastino posterior. Hospitalizado presentó edema agudo pulmonar, requirió ventilación mecánica invasiva. Al tener saturación venosa central de oxígeno: 61% y un delta de CO₂: 9 mmHg se inició inotrópico: dobutamina, en ecocardiograma: compresión extrínseca de aurícula izquierda; pasa a cirugía de urgencia con drenaje de absceso por toracotomía posterolateral derecha liberando la presión, se logró el retiro de vasopresores e inotrópicos en las siguientes 24 horas postquirúrgicas y el retiro de apoyo ventilatorio al séptimo día de intubación. **Discusión:** Síndrome compartimental: incremento de la presión en el interior de una cavidad anatómica cerrada genera incremento en las resistencias venosas y disminución en la presión de perfusión. Existen cuatro grupos de evolución subaguda asociados a compresión extrínseca de la aurícula izquierda. Primer grupo: hernias hiatales; segundo grupo: patologías oncológicas mediastinales, tercer grupo: patologías de aorta y cuarto grupo: patologías pulmonares y bronquiales. Dependiendo del grado de compresión y el tiempo de evolución serán las manifestaciones clínicas. El tratamiento: quirúrgico inicial más soporte hemodinámico, con vasopresores e inotrópicos. **Conclusión:** Absceso de mediastino posterior puede requerir de un tratamiento quirúrgico emergente. Relevancia clínica: Campo de oportunidad para generar una propuesta diagnóstica y terapéutica.

SÍNDROME DE ENCEFALOPATÍA POSTERIOR REVERSIBLE REPORTE DE CASO

Vera Aguirre Guadalupe, Molina Valdés José Ramón, Arellano Ramírez Alfredo, Gasca López Gilberto Adrián. Hospital Regional de Alta Especialidad Ixtapaluca Secretaría de Salud. 1093 lupitavera5@gmail.com

El síndrome de encefalopatía posterior reversible (PRES) es un síndrome clínico radiológico dado por manifestaciones neurológicas junto a características imagenológicas patognomónicas, siendo una entidad por lo general reversible. Este síndrome fue descrito por Hinchey en 1996 como una leuco-encefalopatía aguda reversible relacionada con edema cerebral en la sustancia blanca subcortical de los lóbulos temporo-parieto-occipital en mujeres con una elevación aguda de la presión arterial. La máxima expresión de la preeclampsia-eclampsia es el síndrome de PRES, con una incidencia de 3% y una mortalidad asociada de 1.8 -14%, con una recuperación del estado neurológico cerca del 85-90%. Presentamos el caso clínico de una paciente de 23 años, la cual ingresa con los diagnósticos de preeclampsia con criterios de severidad, en embarazo de 36SDG por FUM presentando posteriormente deterioro neurológico, por lo que se realiza interrupción del embarazo con posterior ingreso a la UCI donde se realiza TAC de cráneo en fase simple y resonancia magnética documentándose hipodensidad en región occipital de lado derecho, por lo que se realiza diagnóstico de síndrome de PRES, realizando ventana neurológica a las 48 horas y con retiro de la ventilación mecánica a las 72 horas, apreciando recuperación al íntegro con su egreso del servicio al día cinco.

SÍNDROME DE GUILLAIN BARRÉ POR TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO

Nancy Sánchez Mancilla, Alina Quintana Mendivil, Raúl Pedraza Grijalva, Andrés Domínguez Borgüa, Juan Manuel Arellano Estrada. Hospital Regional Tlalnepantla ISSEMyM. music_pein@hotmail.com

Introducción: El SGB es una enfermedad paralizante monofásica aguda, generalmente provocada por una infección previa. Un pequeño porcentaje de pacientes desarrolla GBS después de otro evento como inmunización, cirugía, trauma. **Objetivo:** Presentamos un caso de SGB por TCE. **Material y métodos:** Hombre de 57 años sano presentó TCE, pérdida del estado de alerta de cuatro minutos, posteriormente cefalea holocraneana. Tres días después presenta debilidad de extremidades inferiores, progresiva, ascendente, simétrica, reflejos tendinosos disminuidos hasta involucro de extremidades superiores, incapacidad para la marcha y retención urinaria, acude a urgencias. Se realiza TAC de cráneo encontrando HSA greene1 en surco interhemisférico frontal. El LCR mostró hiperproteínorraquia (1,993 mg/dl), consistente con polineuropatía desmielinizante inflamatoria. Cuatro días después de iniciado el cuadro se agrega insuficiencia respiratoria que ameritó manejo avanzado de la vía aérea. Inició tratamiento con inmunoglobulina 0.4mg/kg/día, durante cinco días. Con progresión hacia la mejoría, recuperación paulatina de la fuerza muscular en las cuatro extremidades, se solicitó

Ac antigangliósido, gq1b y anti-gm1 resultando negativos. EMG/NCS latencias aumentadas, velocidades de neuroconducción enlentecidas en las cuatro extremidades. Datos de polineuropatía mixta con afectación de la mielina. Niveles de plomo en sangre para descartar etiología tóxica que resultó negativo. **Resultados:** Un mes después del trauma, los síntomas mostraron mejoría parcial de la fuerza, sin lograr la marcha. La disfunción vesical también había mejorado. Al seguimiento, seis meses después del trauma, la condición del paciente era estable, logrando deambular solo. **Conclusiones:** SGB postraumático es raro y puede tratarse con éxito con inmunoglobulina y debe considerarse en pacientes paralíticos inexplicables sin anomalías radiológicas después del TCE.

SÍNDROME DE INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA EN PULMÓN REUMATOLÓGICO. REPORTE DE UN CASO

Zepeda Pérez Jorge Alejandro, Maldonado Beltrán Ismael, Gaytán Medina Laura Elizabeth, Gasca Aldama José Carlos, Morales Morales Alexei Humberto. Hospital Juárez de México. 1092 jazp90@hotmail.com

Introducción: Las patologías reumatológicas y sus complicaciones pulmonares son cada vez más frecuentes en unidades de cuidados intensivos, presentan alteraciones variables, destacando por estudios tomográficos; engrosamiento septal, vidrio deslustrado, engrosamiento pleural, etc. La inmunosupresión a la que suelen estar expuestos les condiciona alta incidencia de infecciones pulmonares y SIRA. Esta asociación pulmón reumatológico y consolidación alveolar genera un desafío en el manejo de la ventilación mecánica, por lo que el monitoreo estrecho y el uso de estrategias y protocolos de ventilación protectora son fundamentales. **Caso clínico:** Femenino de 59 años, con dermatomiositis en tratamiento con esteroides e inmunomoduladores de manera crónica. Inició su padecimiento actual 15 días previos al ingreso con cuadro de infección de vías respiratorias, tratada con esteroides y cefalosporinas. Al ingreso a urgencias con datos clínicos de insuficiencia respiratoria, hipoxemia, PafO₂ 60 ameritando manejo avanzado de la vía aérea. En terapia intensiva se documenta por tomografía consolidación pulmonar bilateral y alteraciones pulmonares propias de afectación intersticial, iniciándose protocolo de posición prono y estrategia de ventilación protectora en modalidad APRV, en su estancia requirió manejo de coagulopatía (CID), terapia de reemplazo renal continuo, presentó evolución favorable. Este caso ejemplifica que un soporte multiorgánico adecuado puede beneficiar a los pacientes con pulmón reumatológico.

SÍNDROME DE INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA SEVERA Y MANIOBRA DE VENTILACIÓN EN DECÚBITO PRONO

Gallegos Pérez Humberto, López Esperanza Araceli, Pacheco Zavala Diego Ernesto, Soto Acosta Cislei Yasimil. IMSS Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional Siglo XXI «Dr. Bernardo Sepúlveda Gutiérrez». cysa24@hotmail.com

Introducción: El término síndrome de dificultad respiratoria aguda fue utilizado en 1967 para describir a 12 pacientes con patología pulmonar severa, no relacionados. El consenso de Berlín 2011 lo definió como el inicio agudo de hipoxemia, con infiltrados bilaterales no condicionados por insuficiencia cardíaca. El tratamiento inicial consiste en bloqueo neuromuscular, terapia hídrica restrictiva, estrategias de ventilación mecánica con uso de PEEP y maniobras de ventilación en decúbito prono. **Objetivo:** Demostrar la respuesta al tratamiento temprano utilizando estrategias de ventilación con uso de PEEP y maniobra de ventilación en decúbito prono en el síndrome de insuficiencia respiratoria aguda severa. **Metodología:** Revisión de caso. Justificación: El síndrome de dificultad respiratoria aguda severa es una patología con alta morbimortalidad. La posición prono es una maniobra utilizada en caso de PaO₂/FiO₂ menor de 150, siendo una técnica que mejora la sobrevida en 16% en los primeros 28 días de instaurada. Desarrollo: Masculino de 50 años, fumador crónico; inició con infección de vías respiratorias bajas que evolucionó rápidamente a insuficiencia respiratoria aguda severa, requiriendo ventilación mecánica invasiva y pronación en las primeras 24 horas durante dos sesiones, con mejoría parcial e incremento de la PaO₂/FiO₂. El cuarto día presentó nuevo deterioro respiratorio súbito requiriendo nuevamente del decúbito prono durante 16 horas, con incremento de la PaO₂/FiO₂ mayor de 200. Se logró progresión ventilatoria paulatina y extubación, el día ocho siendo egresado por mejoría. **Conclusiones:** La maniobra decúbito prono es un procedimiento factible y relativamente seguro que mejora la oxigenación y disminuye la mortalidad en el síndrome de dificultad respiratoria cuando se usa de manera temprana.

SÍNDROME DE MELAS. REPORTE DE UN CASO

Gaytán Medina Laura Elizabeth, Sanabria Cordero David, Garduño López Jessica. Hospital Juárez de México. 1095 eli-gm01@hotmail.com

Masculino de 46 años con antecedentes de diabetes tipo 2 de siete meses de evolución. PA: dos meses de evolución con tinitus, hipoacusia bilateral, pérdida de fuerza del miembro pélvico izquierdo y movimientos involuntarios, sin pérdida del estado de alerta. Progresa con habla incoherente, incapacidad de compresión y pérdida ponderal de 5 kg. Ingresó a piso de neurología, con diagnóstico de probable EVC vs encefalitis autoinmune presentando evento comicial, deterioro respiratorio y paro cardiopulmonar; reanimación de siete minutos obteniendo adecuado retorno de la circulación y ritmo sinusal. Trasladado a cuidados intensivos con síndrome postparo en fase intermedia, acidosis metabólica pura de anión gap elevado con hiperlactatemia tipo A. Neurológico: con RASS -5, funciones no valorables, pares craneales: III, IV, VI, pupilas isométricas poco reactivas. V: reflejo corneal presente. Fuerza 3/5 babilinski ausente. Laboratorios: leucos 14,000 neutros: 13,210 Hb: 14.9 plaquetas: 327,000, pH: 7.42 HCO₃: 12.6, AG: 18.5, glucosa 255 mg/dl lactato 3.7 PO₂: 86.4 PCO₂: 19.5 SaO₂: 95.9% líquido cefalorraquídeo, glucosa 90 mg/dl, proteínas 53, celularidad nula. Resonancia magnética con lesiones hipodensas en T1/hiperintensas en T2 y FLAIR a nivel temporoparietal bilateral. Se envía biopsia lóbulo temporal izquierdo negativo para CD 20, positivo para CD 68, presencia de necrosis isquémica y espongiosis. Los hallazgos pueden corresponder a encefalopatía mitocondrial o metabólica. Las enfermedades mitocondriales grupo heterogéneo cuya disfunción en la cadena respiratoria mitocondrial es parte central de la patogénesis 1. El síndrome de MELAS es una enfermedad mitocondrial caracterizada por encefalopatía mitocondrial, acidosis láctica y eventos similares al ataque cerebrovascular.

SÍNDROME HEMOLÍTICO URÉMICO ATÍPICO ASOCIADO A PREECLAMPSIA. REPORTE DE CASOS

Vera Aguirre Guadalupe, Molina Valdés José Ramón, Arellano Ramírez Alfredo, Gasca López Gilberto Adrián. Secretaría de Salud. 1097 lupitavera5@gmail.com

El síndrome hemolítico urémico (SHU) es una entidad clínica definida por la 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, ha evolucionado con frecuencia a la insuficiencia renal crónica terminal con mortalidad elevada. Se estima que el SHUa tiene una incidencia anual de 1-2 casos por millón de habitantes, por lo que se presenta la serie de casos (3).

SÍNDROME NEUROLÉPTICO MALIGNO. REPORTE DE UN CASO

Teniza Frías Eduardo, Isaías Camacho Jorge Osvaldo, López Esquivel Yasmín Nancy, Enríquez Barajas Adriana, Esponda Prado Juan Gerardo. Hospital Ángeles Pederal. 1042 dr.teniza.frias@gmail.com

El síndrome neuroléptico maligno es una reacción idiosincrásica potencialmente mortal a los fármacos antipsicóticos caracterizados por fiebre, estado mental alterado, rigidez muscular y disfunción autonómica. Se ha asociado con prácticamente todos los neurolépticos, incluidos los antipsicóticos atípicos más nuevos, así como con una variedad de otros medicamentos que afectan la neurotransmisión dopaminérgica central. Femenino de 47 años de edad ingresada por ingesta de medicamentos venlafaxina, metformina, gabapentina, clonazepam, quetiapina y valeriana una dosis no especificada, es encontrada por sus familiares con disminución del estado de conciencia, por lo que se traslada a urgencias A su ingreso con TA 138/82, FC 136 / min, FR 24 / min, T ° 38.6 °C, desorientada en tiempo y lugar, bradilalia, disartria, así como temblor fino de las extremidades CPK 970 y mioglobina positiva en detección de orina. Se manejan líquidos altos y se inician medidas de alcalinización de la orina con infusión continua, HCO₃ regularizan los niveles de CPK 72 horas después de regresar a valores normales. **Conclusiones:** El síndrome neuroléptico maligno es una condición que no es encontrada con mucha frecuencia, que varios autores lo consideran como un diagnóstico de descarte y aunque su tratamiento es de sostén, es importante su detección temprana y oportunidad de tratamiento para evitar complicaciones, las cuales incluso pueden poner en riesgo la vida.

SÍNDROMES GERIÁTRICOS Y MORTALIDAD: UTIG

Franco Navarro Alfonso. Hospital Civil Fray Antonio Alcalde.
1024 superatlista@hotmail.com

Introducción: Con el incremento de la esperanza de vida, el número de atenciones brindadas en áreas de cuidados intensivos al adulto mayor irá en aumento. Esto provocará una mayor tasa de complicaciones asociadas a la estancia en dichas áreas, así como en mortalidad y el desarrollo de síndromes geriátricos. Estos últimos son entidades nosológicas multifactoriales sumamente incapacitantes. **Objetivo:** Determinar la prevalencia de mortalidad en una UTIG y su asociación con algunos síndromes geriátricos y comorbilidades. **Material y métodos:** Estudio transversal en adultos > 65 años, admitidos a una UTIG en un hospital universitario de tercer nivel (septiembre 2017- agosto 2018). Se obtuvieron medidas de centro, distribución y frecuencias de acuerdo al tipo de variable. Se realizaron análisis de regresión logística multivariados para establecer una tasa de probabilidades entre mortalidad, la presencia de SG y comorbilidad; se consideró significativo un valor de valor de $p < 0.05$. **Resultados:** La media de edad fue 78 años (DE 8.3), el 41.4% fueron mujeres, las comorbilidades más prevalentes fueron neumonía 40.6%, infección de vías urinarias 25% y enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) 21.9%. Los SG más prevalentes en esta población fueron: fragilidad 63% y depresión 35.2%. La mortalidad fue 31.3%. El análisis de regresión logística multivariada mostró significancia entre mortalidad y EPOC (OR = 3.46 IC 95% 1.109 – 10.84, $P = 0.033$). No se demostró asociación con SG. **Conclusiones:** En este estudio la presencia de EPOC mostró una asociación de riesgo estadísticamente significativa con mortalidad en ancianos admitidos en una UTIG en México.

SOBRECARGA HÍDRICA, IMPACTO EN EL PACIENTE PEDIÁTRICO CON CHOQUE SÉPTICO EN URGENCIAS

Gil Guevara Ricardo, Cervantes Caudillo Dulc, Olivar López Víctor, Márquez Horacio. Hospital Infantil de México Federico Gómez.
1051 girck@hotmail.com

Introducción: La administración de líquidos intravenosos en pacientes con choque séptico es parte del tratamiento inicial. En condiciones patológicas que cursan con lesión endotelial y fuga capilar solo el 5% o menos permanece en el espacio intravascular después de 90 minutos. El balance hídrico acumulado positivo se asocia a mayor mortalidad y eventos clínicos desfavorables. En los servicios de urgencias el flujo de pacientes con choque séptico es elevado, por lo que pretendemos determinar por medio del ISH eventos desfavorables asociados a la sobrecarga hídrica. **Objetivo:** Evaluar la asociación entre un índice de sobrecarga hídrico > 5%, con resultados clínicos adversos. **Material y métodos:** **Métodos:** Estudio: observacional, descriptivo, prospectivo, transversal realizado en urgencias pediátricas del HIMFG durante 60 días. Pacientes de un mes a 17 años captados con diagnóstico de sepsis, se calculó el índice de sobrecarga hídrica a las 72 horas, se dio seguimiento hasta los 28 días. Criterios de exclusión: Disfunción miocárdica severa conocida, cuidados paliativos, datos incompletos o no encontrados a 28 días. **Resultados:** De 77 pacientes ingresaron 73 al estudio; 73.3% tuvo un índice por debajo del 5%, 26.7% fue > 5%. Fallecieron 4.1% perteneciendo 100% al grupo de sobrecarga hídrica positiva. La mortalidad a los 28 días con asociación estadística ($p = 0.0001$). Se asoció la administración de diuréticos con en el grupo de sobrecarga ($p = 0.001$). **Conclusión:** El índice de sobrecarga hídrica positivo (> 5%) muestra asociación con mortalidad e incremento con la necesidad de terapia de rescate renal y uso de fármacos vasoactivos.

SOLUCIONES CRISTALOIDES EN EL MANEJO DEL TCE Y SUS COMPLICACIONES EN RELACIÓN CON LA MORTALIDAD

Castillo Sánchez Sandra Elizabeth, López Alfonso, Mendoza Martín. SSCDMX.

1065 castillo_elixa@hotmail.com

Introducción: El traumatismo craneoencefálico (TCE) cualquier lesión estructural o funcional del cráneo y/o su contenido, secundario a un intercambio brusco de energía mecánica, su manejo hídrico se atribuye a la regulación de los fluidos en el cerebro. El volumen de distribución de los cristaloideos infundidos es esencialmente la totalidad del fluido intravascular, mientras que las soluciones isotónicas no tienen efecto en el contenido de agua intracelular, las soluciones hipotónicas representan una amenaza para la presión intracraneal debido a que una caída aguda en la tonicidad del plasma provoca edema a las células del cerebro. **Objetivo:** Conocer qué tipo de soluciones cristaloideas en el manejo de TCE y sus complicaciones se relacionan con la mortalidad. **Material y métodos:** Se realizó un estudio clínico de tipo longitudinal, descriptivo y ambispectivo en

pacientes que ingresaron a la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital General La Villa de la Secretaría de Salud de la Ciudad de México, en un periodo comprendido de enero del 2018 a abril del 2019 con diagnóstico de traumatismo craneoencefálico. **Resultados:** Se correlacionó el uso de las soluciones cristaloideas en la reanimación dependiendo del grado de TCE que presentaron además de la relación con la mortalidad; sin embargo, se observa que no existe correlación entre el uso de las soluciones cristaloideas y la mortalidad, sino que la mortalidad es directamente proporcional al grado de TCE que presentaron los pacientes. **Conclusiones:** No se demostró mayor número de complicaciones con el uso de soluciones cristaloideas independientemente del tipo utilizado, las complicaciones se asociaron a la propia patología.

TERAPIA DE REEMPLAZO RENAL Y VENTILACIÓN MECÁNICA EN POSICIÓN PRONO EN PACIENTE GRAN QUEMADO, REPORTE DE CASO

Marín Landa Oscar Miguel, Vargas Torres Eunice Sofia, Alonso Beltrán Jocelyn Sue, Carrillo Esper Raúl, Garnica Escamilla Marco Antonio. Instituto Nacional de Rehabilitación.
1100 oscar.m.marin.l@gmail.com

Introducción: La falla pulmonar y la lesión renal aguda son complicaciones frecuentes en el gran quemado que pueden coexistir en un mismo paciente e incrementar la mortalidad de éste. **Objetivo:** Hacer una revisión bibliográfica a propósito de un caso. Análisis clínico de caso clínico que cursa con SIRA severo y falla renal aguda, ameritando terapia de reemplazo renal (hemodiálisis). **Metodología:** Análisis clínico, descriptivo sobre evolución de paciente gran quemado con SIRA y falla renal. **Resultados:** Se presenta caso de paciente masculino de 30 años, con quemadura por fuego directo en una extensión de 80% de superficie corporal. Cursa con deterioro respiratorio, con criterios de SIRA severo. A pesar de la ventilación mecánica por parámetros de protección pulmonar óptimos, y uso de bloqueadores neuromusculares, persiste con criterios de SIRA severo, por lo que se decide tratamiento en posición prono, presentando notable mejoría clínica. FiO_2 80%, PEEP 14, DP 16, PMV 18. pH 7.18, pCO_2 55.3, pO_2 63, saturación venosa 80.5. Con evolución a las 24 horas con FiO_2 30%, PEEP 8, DP 13, PMV 13, pH 7.41, pCO_2 36.2, pO_2 70.3, saturación venosa 79.4. Se documenta también lesión renal aguda, requiriendo manejo con hemodiálisis, lo que no representó contraindicación para la ventilación en prono. **Conclusiones:** Se ha demostrado que la ventilación mecánica en posición prono reduce la mortalidad después del SIRA, aunque esto no está bien estudiado en la población quemada. Existe poca literatura que describa las estrategias de ventilación pulmonar en el paciente quemado, y más aún en aquéllos que desarrollan SIRA.

TERAPIA ESPECÍFICA VERSUS PLACEBO EN HAP

González Martínez Karen Itzel. Hospital General de Ecatepec.
1029 karengm_89@hotmail.com

Introducción: La hipertensión arterial pulmonar (HAP) es una enfermedad multifacética caracterizada por el incremento de la resistencia vascular pulmonar (RVP) y de la presión arterial pulmonar (PAP) como resultado de una remodelación patológica de los vasos pulmonares que tiene múltiples causas. **Objetivo:** Realizar un análisis de la experiencia institucional en cuanto a la respuesta al tratamiento farmacológico específico para HAP en pacientes mexicanos. **Material y métodos:** Análisis retrospectivo de la respuesta global en cuanto a eficacia de los diferentes fármacos empleados versus placebo durante la fase cerrada de los estudios de investigación farmacológica en los pacientes que han participado en los estudios multicéntricos de junio de 1999 a marzo de 2014. **Resultados:** 138 pacientes conforman la población de estudio. Se trata de pacientes jóvenes, la mayoría mujeres y la HAP idiopática fue el diagnóstico predominante. Todos tenían HAP severa y grados variables de falla ventricular derecha. La mayoría de los enfermos se encontraba en clase funcional II-III. **Conclusiones:** La respuesta global a la terapia farmacológica específica para HAP en la población mexicana es positiva en cuanto a las principales metas primarias de desenlace (clase funcional y C6M); esta respuesta no difiere de la señalada a nivel mundial. • La «mejoría» no-significativa del grupo placebo (C6M) puede explicarse en el efecto placebo y en la gran proporción de pacientes en clase II. • En estudio posterior analizaremos el impacto en la supervivencia a largo plazo.

TÉTANOS GRAVE REPORTE DE CASO

Tinoco Sánchez Maritz, Chávez Morales Alfonso, Calleros Rodríguez Sergio, Tapia Lazcano Arely, López Raya Víctor Manuel. Hospital General de México.

1023 mastinoco@hotmail.com

Masculino de 51 años de edad, ocupación herrero, consumo de bebidas etílicas cada siete días hasta llegar a la embriaguez. Padecimiento actual, el 1 de diciembre de 2018 sufrió caída de escaleras al encontrarse en estado de embriaguez, con herida en región frontal izquierda; posteriormente refiere salida de material purulento acompañado de parestesias en hemicaera izquierda y contralateral. Acudió con facultativo el 5 de diciembre de 2018, presentó dificultad para masticar con limitación a la apertura bucal tipo trismus, con contracción de músculos de masticación a predominio izquierdo, lo que le imposibilitó la apertura bucal y el lenguaje, con mal manejo de secreciones, disfagia, que le impidió ingesta de alimentos, por lo que acude con facultativo, solicitó TAC de cráneo simple donde se descartó alteración vascular, se sospechó de probable cuadro infeccioso por *clostridium tetani*, ingresa a UCI por clínica, cumplió criterios de diagnóstico de tétanos, por clasificación de Ablett severidad del cuadro. Se inició metronidazol por 14 días, se administró inmunoglobulina antitetánica humana; se proporcionaron 20 frascos correspondientes a gammaglobulina antitetánica, que corresponde a 5,000 UI. El 13 de diciembre presentó episodio de trismus, se administró diazepam intravenoso, se inició relajación muscular con vecuronio, sedación con midazolam, se realizó intubación endotraqueal, así como manejo con sulfato de magnesio en infusión continua. Se inició reducción de la infusión progresivamente de diazepam, sin presencia de trismus, se decide extubación, presentando mejoría clínica, motivo por el cual se trasladó al servicio de infectología para continuar con su manejo.

TRANSFUSIÓN EN EL PACIENTE QUEMADO: UN ANÁLISIS RETROSPECTIVO DE TRES AÑOS DE TRANSFUSIÓN SANGUÍNEA EN CENTRO NACIONAL DE INVESTIGACIÓN Y ATENCIÓN DE QUEMADOS, DEL INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN

Carrillo Esper Raúl, Garnica Escamilla Marco Antonio, Marín Landa Oscar Miguel. Centro Nacional de Investigación y Atención de Quemados del Instituto Nacional de Rehabilitación.

Introducción: La transfusión sanguínea se ha vuelto indispensable en el tratamiento del quemado (> 20% de SCQ). El uso de hemoderivados en el paciente gran quemado obedece al sangrado macro y microvascular, múltiples intervenciones quirúrgicas y periodos de hospitalización prolongados. **Objetivo:** Correlacionar la causa de quemadura, superficie corporal quemada, y la cantidad y tipo de hemoderivados transfundidos, número de cirugías, y desenlace. **Metodología:** Análisis de los pacientes en un periodo de tres años en el CENIAQ. **Resultados:** Total: 149 pacientes; 1,704 concentrados eritrocitarios, 789 plasmas frescos congelados, 42 concentrados plaquetarios y dos crioprecipitados. Los pacientes entre 51 y 70% quemados, en promedio requirieron 15 concentrados eritrocitarios y seis procedimientos quirúrgicos. En el grupo de pacientes que fallecieron se obtuvo un promedio de SCQ del 60.2 %, y un total de 50 transfusiones. **Conclusiones:** La mortalidad se asoció directamente al número de transfusiones sanguíneas. Un mayor número de transfusiones no se relacionó a mayor número de cirugías, pero sí al porcentaje de superficie corporal quemada.

TRASTORNOS DE LA DEGLUCIÓN EN EL ENFERMO GRAVE

Alonso Beltrán Jocelyn Sue, Carrillo Esper Raúl, Garnica Escamilla Marco Antonio, Vargas Torres Eunice Sofi, Marín Landa Oscar Miguel. Instituto Nacional de Rehabilitación. 1107 dra_sue_alonso@hotmail.com

Introducción: El abordaje invasivo de la vía aérea en el paciente críticamente enfermo es prioritario. Conocer los trastornos asociados a la extubación es de importancia, ya que algunos de ellos pueden estar directamente asociados a la manipulación traqueal. La disfagia postextubación constituye un trastorno importante y frecuente en los pacientes que son atendidos en UCI, por sí sola representa un factor de riesgo independiente de múltiples complicaciones subsecuentes tales como desnutrición, deshidratación, neumonías, broncoaspiración, lesión pulmonar, obstrucción de la vía aérea superior e incluso la muerte. **Objetivo:** Determinar el grado de disfagia en 10 pacientes de la Unidad de Cuidados Intensivos posterior a la extubación de manera temprana para garantizar la deglución segura y eficaz, realizando un abordaje adecuado, sencillo a la cabecera del paciente, poco invasivo para su correcto tratamiento. **Material y métodos:** Período marzo-agosto 2019. Variables de inclusión: 10 pacientes masculinos mayores de 18 años, lesión por quemadura > 40% de SCT con quemadura facial, intubación orotraqueal prolongada > 72 horas, extubación satisfactoria, evaluación 48 horas posterior al evento (signos y síntomas, integridad, movilidad, reflejos protectores, interrogatorio directo) nutrición temprana por sonda nasointestinal, presencia de disfonía, mal manejo de secreciones y disfagia, cambios morfológicos en cabeza y cuello. **Resultados:** La incidencia de los trastornos deglutorios sigue siendo elevada, multifactorial, pero el reconocimiento temprano evita complicaciones. **Con-**

clusiones: El tiempo de intubación > siete días se considera un predictor por sí solo de riesgo de disfagia. Este estudio demuestra que la implementación de evaluaciones sencillas como método de detección de trastornos deglutorios se puede aplicar en forma segura.

TROMBOCITOPENIA INDUCIDA POR HEPARINA (HIT) Y TROMBOSIS SISTÉMICA

Méndez de Jesús Ignacio Alberto, Esquivel Chávez Alejandro, Gómez Flores Saira San Juana, Zamora Varela Sergio, Sánchez Hurtado Luis Alejandro, Sandoval Pinales Areli Berenice. IMSS La Raza. 1074 intensiv@yaho.com.mx

Mujer de 75 años con síndrome coronario agudo. Fue sometida a intervención coronaria percutánea que reportó enfermedad coronaria bivasculare a nivel de las arterias descendente anterior (DA) y circunfleja, se colocó stent rebel a la DA. Se indicó heparina de bajo peso molecular (HBPM) a 1 mg/Kg/día, 72 horas después presentó trombocitopenia severa (14,000/ml) y se agregó falla cardíaca biventricular, se realizó ecocardiograma transtorácico en donde se encontró trombosis intracardiaca, fue llevada a tomografía computarizada en donde se encontró trombosis en vena cava superior e inferior, así como las venas renales, se descartaron otras causas de trombosis, cumplió con seis puntos de la escala 4T para HIT, posterior al retiro de la heparina (48 horas) mejoró el recuento plaquetario (89,000/ml). La HIT es una entidad que ocurre en pacientes tratados con heparina, se presenta alrededor del quinto día y su incidencia se reporta en 3-5% con heparina no fraccionada y < 1% con heparina de bajo peso molecular, se relaciona con la formación de un complejo de heparina-PF4 e IgG, que ocasiona la formación de anticuerpos contra la proteína receptora FcγIIa en la superficie plaquetaria, lo que ocasiona activación plaquetaria y trombosis. **Conclusión:** El diagnóstico de HIT es fundamentalmente clínico, se basa en el desarrollo de trombocitopenia < 100,000/ml. Además del manejo convencional se recomienda el tratamiento anticoagulante con inhibidores directos de la trombina. Debido al uso cotidiano de la heparina y su relación rara con la HBPM es relevante para nosotros reportar este caso en particular.

TROMBOEMBOLIA PULMONAR MASIVA: PRESENTACIÓN EN UN PACIENTE CON ACROMEGALIA

Isaías Camacho Jorge Osvaldo, Teniza Frías Eduardo, López Esquivel Yasmin Nancy, Enriquez Barajas Adriana, Esponda Prado Juan Gerardo. Hospital Ángeles Pedregal. 1043 j.isaiasc@gmail.com

Hombre de 47 años con DM2 y macroadenoma hipofisiario con acromegalia. Se resecó la neoplasia mediante endoscopia exitosamente. Caminando, presentado síncope y crisis convulsivas tónico clónicas generalizadas con dificultad respiratoria, diaforético, pálido y con epistaxis. T / A 56/40 mmHg, FC 20 lpm y paro cardiorrespiratorio (ritmo nodal). Dos ciclos con dos dosis de atropina de 1 mg, dos dosis de epinefrina de 1 mg logrando ritmo sinusal y taquicardia de 150 lpm. EcoTT: dilatación del VD, movimiento plano del septum, PSAP 75 mmHg (previa 30). Trombectomía + aspiración de trombo en rama segmentaria superior derecha y cabalgado a la media derecha con obstrucción parcial del flujo + colocación de filtro de vena cava. La acromegalia es insidiosa, siendo cefalea o alteraciones visuales lo más común. Hay niveles altos de fibrinógeno y baja actividad de proteínas C y S, agregación plaquetaria aumentada vs población normal, la tendencia a la hipercoagulabilidad se ha atribuido a estos efectos. La tromboembolia pulmonar se clasifica como masiva o de alto riesgo si produce choque submasivo o de riesgo intermedio si hay tensión ventricular derecha. Se ha demostrado que niveles altos de IGF-1 se asocian con aterosclerosis carotídea temprana, otros estudios de niveles bajos de IGF-1 circulantes y aumento en la íntima media. La hipercoagulabilidad es una complicación importante y poco reconocida en acromegalia. La investigación futura sobre la acromegalia debe considerar esta complicación, identificar su magnitud, mecanismos fisiopatológicos exactos y medidas preventivas.

TUBERCULOSIS MENÍNGEA: REPORTE DE UN CASO

José Abraham Xool Méndez. IMSS. 1087 dr.ja.xool.m@hotmail.com

Mujer de 26 años quien inició padecimiento seis meses previos al ingreso con pérdida ponderal de peso, hipertermia no cuantificada, hipoacusia y otalgia. Doce días previos a su ingreso a urgencias se exacerbó sintomatología cursando con fiebre de 39° C, anorexia, somnolencia, astenia, adinamia y cefalea global con intensidad 10/10 en escala de EVA, agregándose desorientación, agitación psicomotriz, a la exploración física se

encontró paciente con Glasgow de 13 puntos, síndrome piramidal, desviación conjugada de la mirada y nistagmus derecho, reporte tomográfico con datos compatibles con mastoiditis izquierda; se realizó punción lumbar que evidenció datos compatibles con proceso infeccioso caracterizado por aspecto turbio, cel mononucleares 70%, proteínas de 119 mg/dl e hipogluorraquia, tinción de GRAM, tinta china y BAAR de líquido cefalorraquídeo negativos. Posteriormente presenta desorientación y afección a nervios craneales IV y VI, se realizó TAC de cráneo, la cual evidenció hidrocefalia con involucro de los ventrículos laterales y tercero, edema transependimario, por lo cual se realizó colocación de válvula de derivación ventricular peritoneal, tres días después presentó deterioro con descenso del Glasgow a siete puntos, se decide reintervención quirúrgica ante persistencia de la hidrocefalia, posteriormente ingresa a la UCI para manejo del edema cerebral, iniciando esquema antimicrobiano de amplio espectro con cefalosporina de tercera generación, glucopéptido y antifúngicos, posteriormente se agrega esteroide. La RMN con datos compatibles de tuberculosis meningea y ante los hallazgos se realizó una craniectomía descompresiva con colocación de catéter intraventricular. ADA en LCR de 3.6 UL y la biopsia cerebral positiva a tuberculosis meningea.

ULTRASONIDO DOPPLER CONTRASTADO PARA EL DIAGNÓSTICO DE CORTOCIRCUITO DE DERECHA A IZQUIERDA

González Trasviña Miguel Felipe, Cerón Díaz Ulises Wilfrido. Hospital Español.
1081 miguellope13@hotmail.com

Introducción: La Comunicación de Derecha a Izquierda (CDI) se produce principalmente con lesiones intracardiacas como el foramen oval permeable (FOP). Desde el informe inicial de Gramiak y colaboradores, la ecocardiografía con contraste ha sido el método de elección para identificar CDI. Siendo el ecocardiograma transesofágico con contraste (ETE-c) el método diagnóstico ideal de CDI. **Objetivo:** Se realizó una revisión sistemática, con el objetivo de conocer el rendimiento del Ultrasonido Doppler Contrastado (UD-c) en sus diferentes variantes (transcraneal, vertebral y carotideo) en comparación con el ETE-c para el diagnóstico de CDI. **Material y métodos:** La revisión se realizó en 10 bases de datos, se obtuvieron 33 publicaciones que cumplieran con los criterios de inclusión, aportando 36 estudios con 3,099 participantes. **Resultados:** UD-c transcraneal fue reportado en 34 estudios, incluyendo 2,964 participantes; para el conjunto de estudios se calculó una sensibilidad de 95% y especificidad de 95%; se calcularon además Likelihood ratio (+) de 8.93, y un Likelihood ratio (-) de 0.08, y al elaborar normograma de Bayes, infiriendo una probabilidad Pre-Test de 30% (prevalencia de CDI en la población general), se calcula una probabilidad Post-Test para su Likelihood ratio (+) de 79%, y una probabilidad Post-Test para su Likelihood ratio (-) de 3%. **Conclusiones:** El UD-c es una prueba con un excelente rendimiento diagnóstico al compararse contra el ETE-c, cuenta con la desventaja de no permitir diferenciar el tipo de comunicación (intracardiaca o pulmonar).

UNIDAD SATÉLITE DIAGNÓSTICO INTEGRAL

Méndez Martínez Mario Alberto. Neumocritic.
1014 zabeth@neumocritic.com

Introducción: La disnea representa un reto diagnóstico y terapéutico en cualquier ámbito hospitalario. Determinar la etología es la piedra angular del tratamiento eficaz y definitivo que limite la mortalidad de hasta 35%. Las causas pueden ser pulmonares, así como de origen cardiovascular. La diferenciación etiológica suele llevarse a cabo en las unidades de cuidados intensivos y muy raramente en los servicios de urgencias. **Objetivos:** 1.- Definir la utilidad y efectividad de una unidad satélite de diagnóstico integral USDI que permita identificar factores clínicos, laboratorio y gabinete que permitan diferenciar causas de insuficiencia respiratoria. **Material y métodos:** Seleccionamos dos pacientes con insuficiencia respiratoria admitidos a urgencias que cumplieron con el protocolo de estudio diseñado para pacientes respiratorios: Ultrasonido pulmonar UP, bioimpedancia transtorácica BT, gasometría arterial, funcionalismo respiratorio, marcadores cardiacos y de sepsis. Se determinó tiempo de realización, eficacia y costo de la valoración. **Resultados:** Clínicamente se detecta taquicardia, cianosis periférica, crepitancias difusas bilaterales, saturación de 65% y 73% respectivamente. Patrones obstructivos / restrictivos. El UP muestra un patrón de líneas B sugestivo de congestión pulmonar (PCP > 18 mmhg), BT a través del CFIT logra clasificar el origen de la insuficiencia respiratoria en cardiovascular y pulmonar. La ecocardiografía y la tomografía definen diagnóstico definitivo. La USDI es efectiva segura, rápida y económica. **Conclusiones:** la BT juega un rol importante para diferenciar disnea respiratoria o cardiovascular. El USDI a través de técnicos ofrece determinaciones de parámetros en minutos que facilita la toma de decisiones del especialista.

USO DE TERAPIA DE REEMPLAZO RENAL CONTINUA EN PACIENTE CON CHOQUE CARDIOGÉNICO Y SÍNDROME CARDIO-RENAL TIPO I

Solorzano García Juan Sebastián. IMSS.
1085 sebastia125@hotmail.com

Masculino de 87 años, cuenta con APP de HTA en adecuado manejo. Iniciando padecimiento súbitamente con epigastralgia, descarga neurovegetativa, disnea e incapacidad para realizar actividades cotidianas. Acudiendo a facultativo indicando tratamiento con AINES y corticoesteroides, quien presenta exacerbación de los síntomas a las 12 horas. Acudiendo a nuestro nosocomio, presentando hipotensión, taquicardia, datos de hipoperfusión sistémica, agregando agitación psicomotriz, decidiendo manejo de vía aérea avanzada con posterior sedación y analgesia, reportando primer EKG desnivel positivo en V2 a V6, DI y aVL superior a 1 mm, realizando coronariografía, reportando DA: placa del 40% con imagen de trombo, tracto medio de estenosis del 80%, se decide colocación de stent medicado del tracto medio-distal. En línea sobrepuesto de 1 mm se coloca otro stent medicado. DA con flujo distal TIMI 3, con un ventriculograma con un máximo sistólico de 30%. Ecocardiograma FEVI 40% requiriendo aminos, personas e inotrópicos a altas dosis. Reportando una elevación de creatinina gradual en las primeras 48 horas con un pico máximo de 2.4 mg/dl, urea: 86 mg/dl, así como disminución de uresis 0.19cc/k/h con test de furosemida negativo y balance positivo. Iniciando terapia de sustitución renal continua destacando unos flujos y extracción bajos, llevando por 72 horas, logrando retiro de aminos e inotrópicos, con recuperación de función renal basal, adecuados flujos urinarios al retiro, sin requerir terapia intermitente, logrando su emergencia al quinto día así como extubación. Egresando con una urea 23.54 Cr 0.8 mg/g como adecuada uresis, reportando ecocardiograma FEVI 60%.

VALORAR LA FUNCIÓN RENAL EN PACIENTES CON LESIÓN RENAL AGUDA QUE REQUIRIERON TRATAMIENTO CON TERAPIA DE REEMPLAZO RENAL CONTINUO EN UCI

Vera Aguirre Guadalupe, Molina Valdés José Ramón, Arellano Ramírez Alfredo, Gasca López Gilberto Adrián. Secretaría de Salud.
1094 lupitavera5@gmail.com

Introducción: La lesión renal aguda (LRA) en la UCI ha incrementado en los últimos años, relacionada como una complicación, incrementando la mortalidad, se considera que una lesión renal aguda no siempre es reversible y con ello severas complicaciones, donde habitualmente es necesario utilizar una técnica que sustituya su función, siendo en el caso del paciente en estado crítico el uso de terapia de reemplazo renal continuo. **Objetivo:** Valorar la función renal en pacientes con LRA que requirieron tratamiento con terapia de reemplazo renal continuo en UCI. **Material y métodos:** Se realiza estudio observacional, retrospectivo, transversal y analítico de enero a diciembre del año 2018 con diagnóstico de lesión renal aguda a su ingreso a UCI. **Resultados:** Se obtienen unas 126 pacientes, con edad mínima de 18 y máxima de 72 años, estancia promedio siete días, uso de TRRC promedio tres días, patologías más frecuentes asociadas sepsis, choque hipovolémico y preeclampsia observándose una mortalidad del 8% y una recuperación de la función renal del 87%. **Conclusiones:** Existe una diferencia estadísticamente significativa con el uso de TRRC en pacientes con LRA, presentando mejoría evidente, independientemente de si la terapia se administró de manera temprana o tardía, y mortalidad menor que la reportada en la literatura médica.

VARIABILIDAD DE PODER MECÁNICO Y SU ASOCIACIÓN A LA PROGRESIÓN A MODALIDAD VENTILATORIA PRESIÓN SOPORTE EN EL PACIENTE CRÍTICO

Sánchez Campero José Luis, Vázquez Mathieu Jean Paul. Hospital Ángeles del Pedregal.
1108 kcombat@hotmail.com

Introducción: El poder mecánico es la energía entregada en un tiempo específico al sistema respiratorio expresada en J por minuto. Comprende la elasticidad del sistema respiratorio, la resistencia de la vía aérea y la presión positiva al final de la vía aérea. Se sabe actualmente que un valor por encima de 12 J/min se asocia a desarrollo de lesión pulmonar como complicación asociada a ventilación mecánica, así como con capacidad predictiva para días libres de ventilación. **Objetivo:** Identificar si existe asociación entre la variabilidad de poder mecánico (VPM) y la progresión a modalidad presión soporte en el paciente crítico, así como su correlación con la estancia en UTI, días de ventilación mecánica y predicción de mortalidad. **Material y métodos:** Estudio observacional, prospectivo, longitudinal, descriptivo. Se incluyeron pacientes mayores

de 18 años bajo ventilación mecánica invasiva, o que ameritaran ventilación mecánica invasiva durante su internamiento por un mínimo de 24 horas. **Resultados:** Con un valor de corte de 17, ABC 0.745, sensibilidad 88%, especificidad de 67%, $p = 0.025$, IC 95% 0.528 – 0.953, Correlación con predicción de mortalidad, días de estancia en UTI y ventilación mecánica -0.330, $p = 0.075$, -0.240, $p = 0.202$, -0.281, $p = 0.133$ respectivo. **Conclusiones:** Existe asociación entre la variabilidad de poder mecánico y la progresión de modalidad ventilatoria a presión soporte en el paciente crítico, por lo que pudiera ser una herramienta para toma de decisiones clínicas en pacientes bajo ventilación mecánica, así como su correlación con la predicción de mortalidad.

ECMO EN INSUFICIENCIA RESPIRATORIA GRAVE POR INFLUENZA H1N1. PRIMER CASO EN HOSPITAL ÁNGELES PEDREGAL

López Esquivel Yasmín Nancy, Teniza Frías Eduardo, Enríquez Barajas Adriana, Isaías Camacho Jorge Osvaldo, Carrillo Ramírez Silvia del Carmen. Hospital Ángeles Pedregal.

La oxigenación con membrana extracorpórea (ECMO) es un sistema de intercambio gaseoso extrapulmonar, que permite la oxigenación y la extracción de CO₂, a través de una membrana conectada a un sistema de derivación externo veno-venoso o venoarterial. En el caso de SDRA, se utiliza ante hipoxemia refractaria y/o hipercapnia grave, facilitando la ventilación mecánica protectora, por lo que se recomienda en estadios iniciales (antes de siete días), esta técnica en México sigue un curso de desarrollo lento, confinada a pocos centros especializados, costo elevado y la necesidad de equipo altamente especializado. Presentamos el primer caso de ECMO-VV por SDRA grave, secundario a influenza tipo A H1N1, que ingresó a la UCI por insuficiencia respiratoria, disnea, disociación toracoabdominal, SpO₂ 40%, zonas de consolidación y patrón retículo nodular en radiografía de tórax, se inicia manejo avanzado de vía aérea con PaO₂

60%, FiO₂ 100%, IK 70, con fracaso de maniobras de reclutamiento alveolar con PEEP de 18 mmH₂O, puntaje Murray 4 puntos con mortalidad > 80% e hipoxemia refractaria, frecuencia de manera inicial a 100% de oxigenación extracorpórea con ventilación mecánica de ultraprotección pulmonar, por 30 días con resolución de hipoxemia e hipercapnia.

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

Pereira Guzmán Erick, Esquivel Chávez Alejandro, Baltazar Torres José Ángel, Toledo Salinas Otoniel, Cano Oviedo Abraham Antonio, Ibarra Ortiz José Antonio. IMSS La Raza.

Introducción: El estado de choque es una causa frecuente de muerte en los pacientes en la Unidad de Cuidados Intensivos, el índice de choque es una herramienta que puede ser utilizada para evaluar la relación entre la falla circulatoria y la severidad del choque; sin embargo, estudios recientes han mostrado una relación entre el índice de choque y la progresión de la disfunción orgánica. **Objetivo:** Determinar la relación del índice de choque elevado (ICH) > 0.7 lat/min/mmHg y la progresión de disfunción orgánica (PDO) SOFA > 2. **Material y métodos:** Estudiamos prospectivamente a pacientes con choque circulatorio, se calculó ICH y SOFA al ingreso, 24 y 72 horas de estancia en UCI. Se utilizó curva ROC para evaluar la capacidad discriminativa y determinar si el ICH es un factor de riesgo para PDO. **Resultados:** Se analizaron 90 pacientes, 55.6% hombres, edad 55 años; 64.4% ingresaron a UCI con ICH elevado. La PDO fue mayor en pacientes con ICH (25.9 vs 9.4%, respectivamente, $p = 0.09\%$). La curva ROC de ICH fue de 0.67% (IC 95% 0.52-0.82) $p = 0.022$ para predecir PDO y OR fue de 4.11 (IC95% 1.00-19.92, $p = 0.05$). **Conclusiones:** El ICH tiene buena capacidad discriminativa y es un factor de riesgo independiente para la PDO en pacientes con choque circulatorio.

ACLARAMIENTO DEL DÉFICIT DE BASE ESTÁNDAR COMO PRONÓSTICO DE MORTALIDAD EN CHOQUE SÉPTICO

García Gómez Gabriel; Sánchez Díaz Jesús Salvador; Peniche Moguel Karla Gabriela; Monares Zepeda Enrique; Martínez Rodríguez Enrique Antonio; Calyeca Sánchez María Verónica. Hospital de Especialidades No. 14, CMN "Adolfo Ruiz Cortines", IMSS. Veracruz, Veracruz. Hospital San Ángel Inn Universidad, Ciudad de México, México.

Introducción: El concepto de exceso de base (EB) fue introducido por Siggaard-Andersen para finales de los 50 como marcador sérico de problemas estrictamente metabólicos. Hoy en día la base (B) ha sido estandarizada con resultados más efectivos cuando utilizamos la base estándar (Becf) en la evaluación clínica. El lactato y la base estándar medidos al ingreso a la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) son de utilidad pronóstica en los pacientes críticamente enfermos. Decidimos medir el aclaramiento del déficit de base estándar a las 24 horas a partir del ingreso en los pacientes con choque séptico y evaluar su utilidad pronóstica para mortalidad. **Material y métodos:** Estudio de cohorte, retrospectivo, descriptivo, analítico que incluyó pacientes con diagnóstico de choque séptico según el tercer consenso internacional de sepsis y choque séptico (sepsis-3) ingresados a la UCI en el periodo comprendido de mayo de 2015 a mayo de 2019. Los pacientes se asignaron para pertenecer al grupo <11% o al grupo $\geq 11\%$ según su porcentaje (%) de aclaramiento de déficit de base estándar a las 24 horas. **Resultados:** Se incluyeron 118 pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión. Del total, 43 pacientes se asignaron al grupo de aclaramiento de déficit de base estándar <11% y 75 pacientes al grupo de aclaramiento de déficit de base estándar $\geq 11\%$. En el grupo con aclaramiento <11% la mortalidad fue 65.1% y de 36% para el grupo con aclaramiento $\geq 11\%$ con $p \leq 0.05$. **Conclusión:** El aclaramiento del déficit de base estándar <11% a las 24 horas de ingreso a la UCI incrementa el riesgo de muerte en el choque séptico. El porcentaje de aclaramiento del déficit de base estándar es una excelente alternativa, pues su desempeño para predecir mortalidad tiene una capacidad pronóstica similar a la del lactato.

ASOCIACIÓN ENTRE EL AGUA EXTRAVASCULAR PULMONAR INDEXADA Y BALANCE HÍDRICO EN PACIENTES CRÍTICAMENTE ENFERMOS

Sosa Santos Sandybell, Gorordo Delsol Luis Antonio, Marcos A. Amezcua Gutiérrez, Mario Arturo Carrasco Flores, José Carlos Gasca Aldama, Nikollet Iren Medveczky Ordóñez. Hospital Juárez de México OPD, Ciudad de México; Sanatorio Durango. Ciudad de México.

Introducción: El balance hídrico positivo y el agua extravascular pulmonar medida por termodilución transpulmonar son factores independientes de mortalidad. La inclusión del valor de agua extravascular pulmonar indexada (EVLWi) durante la reanimación inicial impacta en la cantidad de líquido administrado. Aunque no existen antecedentes, buscar una asociación entre ambos parámetros puede llevar a un balance hídrico global negativo guiado por la cantidad de EVLWi. En este estudio retrospectivo se buscó la asociación entre EVLWi y balance hídrico y su impacto en la mortalidad. Metodología: Se realizó un estudio retrospectivo de cohortes con 20 casos para establecer la asociación entre agua extravascular pulmonar indexada medida por termodilución transpulmonar y balance hídrico total a las 24, 48 y 72 horas así como con la mortalidad a 30 días. **Resultados:** Un valor de corte > 11 ml/kg de EVLWi se asoció con un incremento de la mortalidad; a las 24 horas RR 8.0 (95% IC 1.2146-52.6944, $p=0.0306$), a las 48 horas RR 4.3778 (95% IC 1.1643-15.7177, $p=0.0286$) y a las 72 horas con RR 3.5000 (95% IC 0.9497-12.8983 $p=0.0598$). El valor de corte del balance hídrico fue ≥ 3.5 L, sin asociación con la mortalidad RR 0.1789 (95% IC 0.0125-2.5668, $p=0.2054$) a las 24 horas, RR 0.5000 (95% IC 0.0854-2.9258 $p=0.4419$) a las 48 horas y RR 0.3750 (95% IC 0.0610-2.3059 $p=0.2897$) a las 72 horas. La asociación entre balance hídrico total y EVLWi fue R2 Pearson=0.01269. **Conclusiones:** El EVLWi > 11 ml/kg se asoció a un incremento en la mortalidad, a diferencia del balance hídrico. No encontramos correlación entre el balance hídrico y el EVLWi.

COMPORTAMIENTO DE VARIABLES Y MORTALIDAD EN PACIENTES CON SÍNDROME DE INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA Y POSICIÓN PRONO

Morales Morales Alexéi Humberto; Gasca Aldama José Carlos; Gorordo Delsol Luis Antonio. Hospital Juárez de México.

Introducción: El Síndrome de Insuficiencia Respiratoria Aguda (SIRA) sigue siendo frecuente y letal o incapacitante a pesar de los avances en su manejo.

Un reconocimiento y manejo temprano en estos pacientes puede llevar a un mejor pronóstico. Una ventilación protectora (volumen tidal entre 6-8 ml/kg de peso predicho, presión plateau < de 27 cmH₂O, presión pico < 30 cmH₂O, Driving pressure < 13 cmH₂O y una PEEP óptima) se asocian a mejores resultados. Los pacientes con hipoxemia refractaria pueden no responder a ello, lo que requiere otras intervenciones como el manejo en posición prono. La monitorización de todos los parámetros en la ventilación mecánica y de la energía transmitida al sistema respiratorio es fundamental, el valor de Poder Mecánico (PM) y de Driving pressure (DP) son directamente proporcionales a la mortalidad. El Gradiente Alveolo arterial de O₂ (DAaO₂) es un marcador de la membrana alveolo arterial, por lo tanto, se espera de igual manera valores elevados se asocian a peores resultados. No se conoce si el comportamiento o valor en el delta de Poder mecánico, Driving pressure y de DAaO₂ antes y después del prono se asocian a los resultados finales y puedan predecir el pronóstico respecto a la mortalidad. **Material y métodos:** Estudio analítico, retrospectivo y transversal con pacientes con SIRA severo ingresados a una Unidad de Cuidados Intensivos y que fueron manejados con estrategia de posición prono. Análisis de un periodo de 18 meses, del 1 de enero del 2018 al 31 de marzo del 2019. Se incluyeron pacientes entre 18 y 85 años de edad, con criterios de Berlín para SIRA y que eran candidatos para manejo en posición prono al ingreso o durante su estancia en UCI. Se registraron cada una de las variables tanto de la mecánica respiratoria para el cálculo de Poder Mecánico y Driving pressure como del taller gasométrico para el cálculo de la DAaO₂ antes y después de la maniobra de prono. Se calcularon las medias y medianas del PM, DP, DAaO₂ pre y post-prono, se realizó una correlación de Pearson y se graficó en diagrama de cajas la relación entre los deltas y la mortalidad. **Resultados:** En el periodo de tiempo estudiado ingresaron 472 pacientes a la UCI, 96 de ellos tuvieron diagnóstico de Neumonía, 20.33% de todos los ingresos. 71 de los 96 pacientes cumplieron con Criterios de Berlín para SIRA en algún momento de su estancia. 46 pacientes cumplieron criterios de SIRA severo y fueron manejados en posición prono. La mortalidad en los pacientes con SIRA severo fue de 65%. Se encontró una relación directa entre los valores y Deltas negativos de PM, DP y DAaO₂, con la mortalidad, siendo este último un mejor parámetro para predecir mortalidad. **Conclusiones:** Valores altos de Poder Mecánico, de Driving pressure y de DAaO₂ son variables que se asocian directamente con peores resultados, se encontraron niveles superiores en el grupo de pacientes que fallecieron. Hay una tendencia a sobrevivir si el valor disminuye posterior al prono, es decir un Delta negativo. Sin embargo, la correlación entre los Deltas y la mortalidad es débil.

CORRELACIÓN DE LOS VALORES DE SFLT-1, PLGF Y SU COCIENTE EN PREECLAMPSIA CON CRITERIOS DE SEVERIDAD EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

Ruiz Marín Luis Alberto, Hernández Pacheco José Antonio, Medina Jiménez Virginia, Cruz Gómez Lida Montserrat, Uicab Jiménez Dulce María Bertha, Cruz López Miguelina de Jesús, Garduño García Guillermo. Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes.

Introducción: La detección del desequilibrio entre los factores proangiogénicos/antiangiogénicos (sFlt-1, PlGF, cociente sFlt-1/PlGF) en sangre materna son herramientas de pronóstico y diagnóstico en preeclampsia. **Objetivo:** Determinar la correlación entre los valores sanguíneos de (sFlt-1, PlGF, cociente sFlt-1/PlGF) y las complicaciones en mujeres con preeclampsia severa. **Material y métodos:** Se estudiaron mujeres que ingresaron a la UCI con diagnóstico de preeclampsia con criterios de severidad, se determinaron variables clínicas y de laboratorio. Las concentraciones séricas de sFlt-1, PlGF se realizaron con un equipo automático KRYPTOR compact Plus. **Resultados:** 33.3% fue preeclampsia temprana y 66.7% tardía. Los criterios de severidad ocurrieron con 66.7% con crisis hipertensiva y 33.3% con encefalopatía hipertensiva. Existió una correlación negativa entre los valores de sFlt-1 y urea, creatinina, proteínas de orina en 24 horas, presión sistólica (TAS), presión diastólica (TAD). La correlación fue pobre y no fue estadísticamente significativa. Existió una correlación positiva y estadísticamente significativa para ácido úrico. Existió una correlación negativa entre los valores de PlGF en TAS, TAD. No existió correlación entre los valores cociente sFlt-1/PlGF y las variables medidas como TAS, TAD. **Conclusiones:** Este estudio confirma que es posible identificar un desbalance angiogénico en mujeres con preeclampsia severa. Sin embargo, los marcadores angiogénicos no presentaron una correlación estadísticamente significativa con respecto a las variables clínicas y bioquímicas de preeclampsia en la Unidad de Cuidados Intensivos.

DELTA DE CLORO Y SU RELACIÓN CON MORTALIDAD, DESARROLLO DE LESIÓN RENAL AGUDA Y REQUERIMIENTO DE TERAPIA DE REEMPLAZO RENAL CONTINUA EN PACIENTES CRÍTICAMENTE ENFERMOS

Rivera Navarro Nancy E.; Razcón Echeagaray Arturo; Sánchez Nava Víctor Manuel, Muñoz Ramírez María Del Rosario; Chávez Pérez Carlos Eduardo. Hospital Zambrano Hellion; Hospital San José-Hospital Metropolitano; UMAE IMSS.

La lesión renal aguda es una entidad multifactorial frecuente en el paciente críticamente enfermo, en años recientes existe un mayor interés sobre el efecto del cloro en la patogenia de esta entidad. Pero algunos investigadores han encontrado que no es el hecho de desarrollar hipercloremia el factor nocivo, sino la exposición a una carga de cloro y un incremento del cloro basal a las 48 horas > 5 mmol/L. **Material y métodos:** Estudio ambispectivo, multicéntrico, muestra a conveniencia en dos unidades de terapia intensiva mixtas, con un total de 1,585 pacientes analizados, de los cuales 114 desarrollaron lesión renal aguda con una incidencia calculada en 7.53%, de éstos, 55.2% de sexo masculino y 44.7% de sexo femenino. La población analizada se dividió en dos grupos, aquéllos en los que la delta de cloro era < 5 mmol/l y en los que la delta de cloro > 5 mmol/L. La edad media fue de 48.9 años, el SOFA al ingreso fue similar en ambos grupos, de 8.9 en los pacientes con delta < 5 mmol/L y 10 en los que tenían delta > 5 mmol/L. Además, el APACHE II al ingreso fue similar 20.4 y 23.7 respectivamente. El cloro al ingreso fue de 106 mEq/L en el grupo de delta < 5 mmol/L y 108 en el grupo de delta > 5 mmol/L. **Resultados:** En el grupo de Δ Cloro < 5 mEq/L fallecieron 16 pacientes (22.8%) y en el grupo de Δ Cloro \geq 5 mEq/L 14 pacientes (31%). Al realizar el análisis estadístico por χ^2 , se obtuvo un valor de 1.1, sin ser estadísticamente significativo ($p=0.290$). Al analizar para los objetivos secundarios, se buscó asociación entre una Δ Cloro \geq 5 mEq/L y desarrollo de lesión renal aguda, 114 desarrollaron lesión renal aguda (incidencia de 7.53%), de éstos 60% con Δ Cloro < 5 mEq/L, y 40% con Δ Cloro \geq 5 mEq/L. En el grupo que no desarrolló lesión renal aguda, 91% tenían una Δ Cloro < 5 mEq/L y 8% una Δ Cloro \geq 5 mEq/L. Al analizar mediante χ^2 se encontró asociación estadísticamente significativa (χ^2 107.7, $p\leq 0.0001$). Se encontró un riesgo relativo de 5.5 (IC 95% 3.9-7.7) con una $p\leq 0.0001$. De igual manera, al analizar en busca de asociación de una Δ Cloro \geq 5 mEq/L y asociación con requerimiento de terapia de sustitución renal continua, se encontró que 11 pacientes (38%) con lesión renal aguda y Δ Cloro < 5 mEq/L requirieron inicio de TRRC. En los pacientes con una Δ Cloro \geq 5 mEq/L 18 (62%) requirieron inicio de TRRC. Mediante χ^2 se encontró asociación significativa estadísticamente entre Δ Cloro \geq 5 mEq/L y requerimiento de TRRC. (χ^2 8.5, $p=0.004$), con un OR 3.5 (IC 95% 1.4-8.6, $p=0.005$). **Conclusiones:** En el presente estudio, una Δ Cloro \geq 5 mEq/L no se asoció con mortalidad por cualquier causa durante la estancia en terapia intensiva. Sin embargo, sí se encontró una asociación con significancia estadística entre una Δ Cloro \geq 5 mEq/L y desarrollo de lesión renal aguda y requerimiento de terapia de sustitución renal continua durante la estancia en terapia intensiva. La curva ROC mostró que con una Δ Cloro mayor o igual a tres, se mantiene una sensibilidad de 0.72 y especificidad de 0.8 para predecir requerimiento de terapia de sustitución renal continua.

DESCRIPCIÓN DE LAS ALTERACIONES DE LA COAGULACIÓN POR TROMBOELASTOGRAFÍA Y SUS VENTAJAS TÉCNICAS EN PACIENTES CRÍTICAMENTE ENFERMOS

Carlos Rubio Madrigal; Diego Ramírez Urizar; Gilberto Camarena Alejo; Janet Silvia Aguirre Sánchez; Juvenal Franco Granillo. Centro Médico ABC.

En la Unidad Terapia Intensiva existen diversas condiciones clínicas en las que es importante la evaluación rápida y exacta de la coagulación y sus alteraciones, debido a que las intervenciones terapéuticas derivadas de dichas mediciones han demostrado mejorar el pronóstico en cuanto a morbilidad y mortalidad en pacientes críticamente enfermos. Las pruebas de coagulación estándar han demostrado poca sensibilidad y especificidad para discriminar a pacientes con o sin hemorragia activa, entre otras desventajas técnicas, como el tiempo de procesamiento. Debido a dichas desventajas técnicas, se han desarrollado diversos métodos de evaluación de la coagulación, entre ellos las pruebas viscoelásticas, su representante más significativo la tromboelastografía, estudio considerado como "Point of Care" o a la cama del paciente, permitiendo la interpretación cualitativa en tiempo real de dicha prueba diagnóstica. Como ventajas clínicas destacan: entrega inmediata de resultados e interpretación cualitativa en tiempo real, evaluación global de la coagulación, incluyendo cascada de la coagulación, función plaquetaria y fibrinólisis, guía para la terapia transfusional y disminución en el uso de hemoderivados; así como detección dinámica de cambios en la coagulación durante la resucitación. No existe evidencia de la prevalencia de las alteraciones de la coagulación en pacientes críticamente enfermos, únicamente

existen algunos estudios esporádicos en población de trauma y coagulopatía. **Objetivo:** Describir las alteraciones en la coagulación medidas por tromboelastografía en los pacientes críticamente enfermos. **Métodos:** Se realizó la búsqueda sistematizada de los resultados de tromboelastograma en pacientes hospitalizados en el área de terapia intensiva del Centro Médico ABC Observatorio y Santa Fe, en un periodo de un año, de agosto del 2018 a agosto del 2019. A continuación se aplicaron las pruebas estadísticas pertinentes según el tipo de distribución para evaluar la significancia estadística y distribución de cada una de las alteraciones de la coagulación. **Resultados:** En las pruebas de tromboelastograma se encontró que la alteración en el R se presentó en 45 pacientes (44.5%), de los cuales 42 presentaron disminución y sólo tres presentaron aumento por encima de los valores normales (5-10 minutos). El tiempo de formación del coágulo K se vio alterado en 10 pacientes (9.9%), de éstos, seis (5.94%) presentaron niveles inferiores y cuatro (3.96%) niveles superiores a los valores normales (1-3 minutos). El ángulo alfa se encontró alterado en 29 (28%), de los cuales 10 (9.9%) tenían niveles inferiores y 19 (18.8%) niveles superiores a la normalidad (53 a 72 grados). La amplitud máxima se encontró alterada en 10 pacientes (9.9%), de los cuales seis tuvieron un nivel menor y cuatro un nivel mayor con respecto a los niveles normales (50-70 mm). **Conclusiones:** Las alteraciones en la coagulación evidenciadas son frecuentes, aproximadamente se presentan en la mitad de los pacientes críticamente enfermos, la alteración más frecuente se encuentra relacionada a la fase primaria de la coagulación principalmente por deficiencia de los factores de coagulación, seguida de alteraciones en la fase secundaria por disfunción plaquetaria. El tromboelastograma es un método diagnóstico y de seguimiento eficaz para diagnosticar alteraciones en la homeostasis de la coagulación y respuesta a tratamiento en tiempo real en pacientes críticamente enfermos, que puede conferir ventajas técnicas con respecto a otros métodos de evaluación actualmente disponibles.

DIÁMETRO DE LA VAINA DEL NERVIÓ ÓPTICO EN EL TERCER TRIMESTRE CON EMBARAZO NORMOEVOLUTIVO Y EMBARAZO CON PREECLAMPSIA

Salas Zurita Saul; Navarrete Acevedo Neftali; Montelongo Felipe de Jesús; Reyes Pérez María Magdalena; Suárez Suárez Araceli; Carmona Domínguez Aurea. Hospital General "Las Américas".

Introducción: La hipertensión intracraneal aguda es la condición derivada de la elevación de la presión del contenido. Generalmente se manifiesta por cefalea, alteración del nivel de conciencia y déficits neurológicos focales. La monitorización de la presión intracraneal (PIC) requiere generalmente de instrumentación invasiva. La preeclampsia-eclampsia es una enfermedad potencialmente grave, los signos clínicos de la elevación de la presión intracraneal no son específicos y son difíciles de interpretar. **Hipótesis:** La modificación del diámetro de la vaina del nervio óptico en pacientes en el tercer trimestre de gestación con preeclampsia será mayor en comparación con pacientes en el tercer trimestre de gestación con embarazo normoevolutivo. **Material y métodos:** Se trató de un estudio observacional, descriptivo, comparativo, prospectivo y transversal, en el cual se clasificó a las pacientes que contaron con los criterios de selección y que aceptaron participar en dos grupos: Grupo 1 y Grupo 2; Universo: mujeres hospitalizadas que activaron código mater con preeclampsia severa y en la Unidad de Tococirugía del Hospital General "Las Américas". **Resultados:** Se encontró que la χ^2 (Chi cuadrada) en el grupo de pacientes normoevolutivas y preeclámpticas contrastadas con grupo riesgo de diámetro de vaina óptica promedio, y grupo de riesgo de tensión arterial sistólica fue significativa con una $p<0.000$, lo que confirma la hipótesis. Se demuestra la significancia con una $p<0.05$ para aceptar la hipótesis alterna de que el diámetro de la vaina óptica es diferente si la paciente es normoevolutiva o preeclámptica. El estudio permite demostrar que el diagnóstico indirecto de la presión intracraneal a través del ultrasonido ocular tiene sólo una efectividad entre 60 y 78% de los casos en mujeres embarazadas. **Conclusión:** Se concluye que las pacientes embarazadas con el diagnóstico de preeclampsia presentaron diámetros mayores de la vaina del nervio óptico en comparación con las mujeres con embarazos normoevolutivos. En este sentido, la medición del diámetro de la vaina del nervio óptico mediante ultrasonido transorbital aparece como una nueva herramienta promisor, económica y accesible.

DIÁMETRO DE LA VAINA DEL NERVIÓ ÓPTICO MEDIDO POR ULTRASONOGRAFÍA VERSUS TOMOGRAFÍA SIMPLE DE CRÁNEO EN PACIENTES CON TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO

Islas Ávila Roberto Emmanuel; Ladrón de Guevara Valeria Leticia Coria; Montelongo Felipe de Jesús; Reyes Pérez María Magdalena; Carmona Domínguez Aurea; Suárez Suárez Araceli. Hospital General Ecatepec Las Américas, Instituto de Salud del Estado de México.

Introducción: El trauma craneoencefálico es una causa importante de muerte y secuelas en nuestro país. La causa principal de muerte para es-

tos pacientes es el aumento de la presión intracraneal. Existen diferentes métodos de monitorización de la presión intracraneal, puede ser por métodos invasivos y no invasivos. De entre los métodos no invasivos destaca por su accesibilidad la medición de la vaina del nervio óptico por ultrasonografía a la cabecera del paciente. Nuestro estudio pretende encontrar la distancia adecuada en milímetros a partir del globo ocular con la cual la medición del diámetro de la vaina del nervio óptico por ultrasonografía es más precisa si es comparada con la medición en un estudio de tomografía simple de cráneo. **Material y método:** Se realizó un estudio de tipo observacional, prospectivo, transversal y analítico entre pacientes que ingresaron al Servicio de Terapia Intensiva Neurológica del Hospital General de Ecatepec "Las Américas" y que cumplieran con los criterios de ingreso. En el periodo comprendido entre el 1º de noviembre del 2018 y el 31 de enero del 2019. Se compararon las medidas del diámetro de la vaina del nervio óptico a 3, 6 y 9 mm de cada globo ocular en 24 pacientes mediante ultrasonografía contra las medidas a las mismas distancias por tomografía simple de cráneo de cada uno de los pacientes. **Resultados:** No se encontró diferencia estadísticamente significativa al comparar las mediciones por ultrasonografía contra tomografía simple de cráneo en ninguna de las tres distancias establecidas (3, 6 y 9 mm) con una $p > 0.05$ en todos los casos. La distancia a la cual se encontró una menor diferencia entre las medidas fue a 3 mm a partir del globo ocular, esto sin significancia estadística. El trauma craneoencefálico en la población estudiada afecta principalmente a hombres jóvenes en edad productiva. La lesión que se encontró con mayor frecuencia en los estudios de tomografía simple de cráneo de los pacientes estudiados fue la hemorragia subaracnoidea. **Conclusiones:** La medición de la vaina del nervio óptico a 3, 6 y 9 mm a partir del globo ocular por ultrasonografía no muestra diferencia estadísticamente significativa si la comparamos con la medición de la vaina del nervio óptico mediante tomografía simple de cráneo en pacientes con trauma craneoencefálico severo. Sin embargo, la distancia que demuestra una menor diferencia entre ambas medidas es a 3 mm, la cual es la distancia ya establecida para realizar la medición en la bibliografía actual.

DIFERENTES NIVELES DE MEDICIÓN Y VARIABLES ANATÓMICAS DE LA VAINA DEL NERVIÓ ÓPTICO EN LA POBLACIÓN DE ECATEPEC, DEL ESTADO DE MÉXICO

Mejía Ruiz Elena; Montelongo Felipe de Jesús. ISEM Las Américas.

La elevación de la presión intracraneal (PIC) es una complicación grave que puede presentar complicaciones graves al paciente, por lo que su monitorización es primordial, existen diferentes métodos para realizar dicha medición tanto invasivos como no invasivos, de estos últimos el ultrasonido se ha estudiado mediante la medición de la vaina del nervio óptico. La dilatación de la vaina del nervio óptico (VNO) ha demostrado ser la manifestación previa a la elevación de la PIC. La medición del diámetro de la VNO es bastante fácil de visualizar con ultrasonografía mediante la insonación a través de la órbita. El diámetro de la VNO medido a una distancia establecida por debajo de la retina se ha empleado para evaluar y diagnosticar la hipertensión intracraneana; sin embargo, en diversos estudios ha variado la distancia y el rango de medición para considerarlo significativo, por lo que consideramos primordial la medición de la vaina en nuestro medio, ya que en la literatura internacional no se cuenta con una medición promedio para la población mexicana, consideramos importante realizar una medida en nuestra población para mejorar el conocimiento de la medida y de las variables anatómicas de la vaina del nervio óptico, aplicando de acuerdo a nuestra población.

EFICIENCIA DEL ANÁLISIS GASOMÉTRICO ARTERIAL Y VENOSO COMO PREDICTOR DE MORTALIDAD EN PACIENTES EN CHOQUE SÉPTICO: ESTUDIO DE COHORTE PROLECTIVO

Palacios Calderón Oscar Emilio; Monter Viguera Jorge Eliel; Aguirre Sánchez Janet Silvia; Franco Granillo Juvenal; Camarena Alejo Gilberto; Aisa Álvarez Alfredo. Centro Médico ABC.

Introducción: El análisis gasométrico es probablemente la herramienta de valoración más utilizada en la Unidad de Terapia Intensiva. Una adecuada comprensión y uso del muestreo arterial y venoso central/arteria pulmonar hace posible interpretar la mayoría de alteraciones respiratorias, circulatorias y metabólicas, que pueden presentarse en el paciente en choque séptico. **Objetivos:** Evaluar la eficiencia de un análisis gasométrico arterial y venoso para predecir la mortalidad de pacientes con choque séptico. **Material y métodos:** Estudio de cohorte prolectivo realizado en dos unidades de terapia intensiva de adultos, en el periodo de enero 2018 - julio 2019. Se incluyeron pacientes adultos mayores de 18 años con diagnóstico de choque séptico según los criterios SEPSIS-3. Todo paciente ingresado con diagnóstico de choque séptico le fue realizado

análisis gasométrico arterial y venoso, al mismo tiempo para la realización de los siguientes cálculos: PaO_2/FiO_2 , $ScvO_2$, Qs/Qt , $Dv-aCO_2$, $Da-vO_2$, $Dv-aCO_2/Da-vO_2$, IEO_2 . **Resultados:** Se analizaron 136 pacientes. Edad promedio de 66 años. IMC media 25.17 kg/m², 74 (54%) hombres, dentro de las comorbilidades más frecuentes: tabaquismo, hipertensión, cáncer y diabetes. El 75% de los ingresos fueron no quirúrgicos, siendo el motivo respiratorio (30%) el más frecuente. El 30% de los pacientes fallecieron. El antecedente de enfermedad renal crónica tuvo relación estadísticamente significativa con la mortalidad RR 3.73 (IC 95% 1.28 – 10.8) $p < 0.01$. El taller gasométrico mostró la $Da-vO_2$ con una media de 2.91 mL/dL (hiperdinamia), la cual tuvo relación directa con la mortalidad RR 0.58 (IC 95% 0.39 – 0.87) $p < 0.008$; asimismo el índice $Dv-aCO_2/Da-vO_2$ $p < 0.023$. **Conclusión:** El taller gasométrico se considera una herramienta útil, no invasiva, para el análisis de los distintos cambios fisiopatológicos en el paciente en choque séptico. Un parámetro del taller gasométrico aislado normal o alterado no valora el aporte de oxígeno tisular (DO_2). Considerando los efectos deletéreos de la sobreestimulación generada por la actividad simpática y el hallazgo de un perfil de hiperdinamia mayormente asociado a mortalidad, la terapéutica con betabloqueadores puede ser un tratamiento atractivo dirigido en pacientes en choque séptico.

EVALUACIÓN DE LA UTILIDAD DE LAS CÁNULAS NASALES DE ALTO FLUJO (HFNC) COMO ALTERNATIVA DE OXIGENOTERAPIA EN PACIENTES QUE CURSAN CON INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA LEVE A MODERADA EN LA UNIDAD DE MEDICINA CRÍTICA (UMC)

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

Introducción: Las cánulas nasales de alto flujo (HFNC) han demostrado su utilidad en diversos escenarios clínicos, pulmonares y extrapulmonares; están aprobadas en el tratamiento de la insuficiencia respiratoria aguda (IRA) como medida en la prevención de reintubación en pacientes postoperados y en la Unidad de Medicina Crítica (UMC). **Objetivo:** Evaluar la utilidad de HFNC en la UMC en el Centro Médico ABC en pacientes con IRA de leve a moderada. **Material y métodos:** Se realizó un estudio retrospectivo, observacional en la UMC; se sometió el protocolo a revisión por parte del Comité de Ética e Investigación Institucional, se recopilaron expedientes de mayo de 2018 a mayo de 2019. Se registraron de manera electrónica ficha de identificación, edad, sexo, signos vitales, saturación periférica, SAFI (saturación periférica de O_2/FiO_2) y se clasificó IRA leve ($SAFI > 200$), moderada (100-200) y grave (< 100), también se registraron los diagnósticos de ingreso, tipo de insuficiencia respiratoria (hipoxémica, hipercápnica o mixta), sitio de infección, patología pulmonar, extrapulmonar u oncológica, escalas SOFA, APACHE II, SAPS II, escala HACOR, valores de gasometría venosa central, días de uso de HFNC, días de estancia hospitalaria, mortalidad. Los criterios de inclusión fueron pacientes de ambos sexos, mayores de 18 años, con estancia mayor a 24 horas en UMC tratados con oxígeno a través de HFNC por IRA. Criterios de exclusión pacientes con IRA grave ($SAFI < 100$), menores de 18 años y que no contaran con catéter venoso central para toma de gasometrías. La descripción de las variables de acuerdo a su condición de cualitativas o cuantitativas se reportarán como media y desviación estándar según sea el caso, frecuencias y porcentajes. **Resultados:** Fueron 75 pacientes ingresados en la UMC que utilizaron HFNC, dos de los cuales se eliminaron por no contar con catéter venoso central y dos por estancia menor a 24 horas en la unidad. En total se analizaron 71 pacientes en el periodo comprendido de mayo de 2018 a mayo de 2019; 42 masculinos (59%) y 29 femeninos (41%). De acuerdo a la edad general se obtuvo una media de 69 ± 12 años (28-96 años), para el sexo masculino la media de edad fue 68 ± 6 años (44-86) y para el sexo femenino 69 ± 15 años (28-96). En cuanto a escalas pronósticas APACHE II la media fue 16 ± 6 puntos (5-31), SAPS II media 32 ± 13 puntos (8-71), SOFA al ingreso 6 ± 3 puntos (1-15), SOFA al inicio de las HFNC 4 ± 2 puntos (1-10). 80% (57) fue médico, 15% (11) quirúrgico y 5% (3) por trauma; patología pulmonar 59% ($n=42$) y extrapulmonar 41% ($n=29$). De acuerdo al tipo de insuficiencia 60% ($n=43$) fue tipo 1 o hipoxémica, 23% (16) tipo 2 hipercápnica y 17% (12) tipo mixta. Sitio de infección más frecuente fue el pulmonar 42% ($n=30$) seguido del abdominal 15% ($n=10$). Tipo de apoyo ventilatorio antes del inicio de las HFNC: 73% ($n=52$) con apoyo de puntas nasales o face tent, BIPAP 21% ($n=15$), CPAP 3% ($n=2$), VMI 3% ($n=2$). Los días de uso de HFNC con media de 4 ± 3 días, se encontró 42% ($n=30$) de pacientes con patología oncológica y el cáncer más frecuente fue de colon 23% ($n=7$), seguido de cáncer de recto 13% ($n=4$), pulmón 10% (tres) y mieloma múltiple 10% (tres); la media de los días de estancia en UCI fue de 15 días (1-54) y mortalidad de 19% ($n=14$). La causa de muerte más frecuente fue por choque séptico de origen pulmonar y abdominal. **Conclusiones:** Las patologías que se

benefician con el uso HFNC son pacientes con neumonía, choque séptico (pulmonar y abdominal), derrame pleural y pacientes oncológicos. Los pacientes posterior al uso de HFNC mejoraron la insuficiencia respiratoria aguda tanto hipoxémica e hipercápnica. Las alteraciones gasométricas corregidas fueron pH, PO₂, PCO₂, saturación venosa central, además de la saturación periférica y frecuencia respiratoria.

EXCURSIÓN DIAFRAGMÁTICA COMO PREDICTOR DE ÉXITO EN EL RETIRO DE LA VENTILACIÓN MECÁNICA EN PACIENTE OBESO

Valerio Munguía Beatriz; Mendoza Portillo Elizabeth; Mendoza Rodríguez Martín. Hospital General La Villa SSCDMX.

Introducción: El soporte respiratorio es una indicación de ingreso a las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI), la liberación de la ventilación mecánica invasiva (VMI) representa hasta 40% del tiempo en VMI; comorbilidades como obesidad son más frecuentes en la UCI; existen recomendaciones en la liberación de la VMI (LVMI) en este grupo de pacientes; sin embargo, no existen predictores de éxito ajustados para la población mexicana. **Objetivo:** Evaluar la excursión diafragmática (ED) como predictor de éxito en el retiro de la VMI en pacientes obesos (PO). **Material y métodos:** Se realizó un estudio transversal, prospectivo, comparativo y analítico, en PO ingresados a UCIs con VMI por más de 48 horas, se analizaron variables demográficas, índice de ventilación respiración superficial (IVRS), ED, el punto de desenlace fue el éxito en LVMI. **Resultados:** La distribución por género fue mujeres 42%, hombres 58%; edad 41.3 ± 12.8 años estancia hospitalaria 9.6 ± 4.6 días, tiempo de VMI: 8.8 ± 4.8 días, índice de masa corporal (IMC) 33.3 ± 2.7; representados en grado I 76%, grado II 2%, grado III 22%, IRS 59 ± 9.4; ED 1.55 ± 0.11. El área bajo la curva (ABC) para IRS fue 0.60 y ED 0.77. Adicionalmente el mejor punto de corte para éxito fue: IVRS <44 con sensibilidad y especificidad 100%, y la ED >1.9 cm con sensibilidad y especificidad 100%. **Conclusión:** El mejor predictor de éxito fue la ED con respecto al IVRS, se proponen nuevos puntos de corte para IVRS y ED.

FACTORES ASOCIADOS A MORTALIDAD EN EL ADULTO MAYOR CON CHOQUE SÉPTICO

González Escudero Eduardo Alberto; Sánchez Díaz Jesús Salvador; Solórzano Guerra Armando; Peniche Moguel Karla Gabriela; Villegas Domínguez Josué Eli; Calyeca Sánchez María Verónica. Hospital de Especialidades No. 14, CMN "Adolfo Ruiz Cortines", IMSS Veracruz, Veracruz.

Introducción: Para el año 2050 la población anciana a nivel mundial por primera vez en la historia será mayor que la población joven. La incidencia de choque séptico es 13 veces más común en los pacientes > 65 años, conocer los factores de riesgo asociados a mortalidad en esta población es indispensable para la terapéutica. **Material y métodos:** Estudio ambispectivo, longitudinal, descriptivo, analítico. Pacientes con diagnóstico de choque séptico según el consenso Sepsis-3 ingresados en la UCI del 1 de junio de 2015 al 31 de junio de 2019. Se clasificaron en los grupos: <65 y >65 años, se incluyeron variables demográficas, hemodinámicas (índice de choque modificado, SvcO₂, Δp (v-a) CO₂/Δp (a-v) O₂, BNP, vasopresor), respiratorias (PaO₂/FiO₂), metabólicas (pH, HCO₃⁻ DB) y renales para compararlos entre ambos grupos; el grupo >65 años se subclasificó de acuerdo al desenlace en vivos y no vivos para identificar las variables con valor estadístico para el mismo; se utilizó estadística descriptiva, χ² y prueba exacta de Fisher y T-Student y U-Mann-Whitney de acuerdo al caso. Se consideró significancia un valor de p = <0.05, se empleó el SPSS20. **Resultados:** 118 pacientes cumplieron con los criterios de inclusión. 78 pacientes en el grupo <65 años y 40 pacientes en el grupo >65 años. La mortalidad en los > 65 años fue de 67.5% versus 36% en los < 65 años con p=0.001. En el grupo > 65 años, 27 pacientes fallecieron. Las variables hemodinámicas y respiratorias no tuvieron significancia estadística; a diferencia del pH (p=0.037), base (p=0.041) y norepinefrina (p=0.03). **Conclusión:** Los pacientes > 65 años de edad tienen mayor gravedad y comorbilidad respecto a pacientes más jóvenes. Las variables hemodinámicas y respiratorias no influyen en el desenlace; la acidosis metabólica grave es un factor de riesgo de mortalidad en los pacientes >65 años.

FEVI Y PROTEÍNA C REACTIVA COMO PRONÓSTICO DE MORTALIDAD EN CARDIOMIOPATÍA SÉPTICA

Martínez Larrazabal Elvia; Mendoza Rodríguez Martín; Cortés Munguía José Alfredo; Padilla Sandoval Edilberto Aarón. Hospital General Balbuena SSCDMX.

Antecedentes: La sepsis es una afección común encontrada en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) con costos significativos, tanto económicos

como humanos. La miocardiopatía séptica es un fenómeno conocido, pero poco diagnosticado que se desarrolla en 60% de los pacientes y se caracteriza por la presencia de dilatación del ventrículo izquierdo con presiones de llenado normales o bajas y disminución de la fracción de eyección (FEVI), es reversible, y se normaliza dentro de los siete a 10 días del inicio, teniendo un impacto negativo en la supervivencia del paciente. **Objetivo:** Evaluar la relación de la FEVI y la proteína C reactiva como pronóstico de mortalidad en cardiomiopatía séptica. **Metodología:** Se realizó un estudio observacional descriptivo prospectivo, multicéntrico en pacientes sépticos ingresados a la UCI a las 24 horas y a los siete días de estancia. Se analizaron variables como proteína C reactiva (PCR), Fracción de Eyección del Ventrículo Izquierdo (FEVI), edad y género. La finalidad fue correlacionar que la disminución de la FEVI y niveles elevados de proteína C reactiva son útiles para el pronóstico de cardiomiopatía séptica. **Resultados:** Se estudiaron 76 pacientes, se incluyeron en total 53 pacientes, excluyendo 14 que fallecieron y nueve que se dieron de alta antes de los siete días. La distribución por género fue 61.3% hombres y 38.7% mujeres, la edad promedio fue de 48 años. Se observa que en función del tiempo aquellos pacientes con una FEVI a las 24 horas ≥ 49.5% muestran mayor supervivencia a corto plazo (siete días). Hubo una correlación moderada entre la PCR a las 24 horas y FEVI a las 24 horas. Los valores a los siete días muestran una correlación alta y finalmente los valores de FEVI muestran la mayor correlación con los valores de PCR, ambos a los siete días. **Conclusiones:** Durante el estudio se observó que el valor promedio de PCR a las 24 horas es moderadamente significativo con una especificidad del 50% para pronóstico de mortalidad. Una FEVI de <49.5% tiene una sensibilidad de 89.5% y una especificidad de 85.7% para pronóstico de mortalidad a los siete días, con un coeficiente de determinación entre PCR y FEVI a los siete días de 57%, lo que indica que el aumento de la PCR explica la disminución de la FEVI a los siete días.

ÍNDICES DE OXIGENACIÓN EN LOS PACIENTES NEUROQUIRÚRGICOS UTILIZANDO DOS ESTRATEGIAS VENTILATORIAS EN EL PERIOPERATORIO

González Escudero Eduardo Alberto; Sánchez Díaz Jesús Salvador; Hernández Leyva Ivonn Monserrat; Peniche Moguel Karla Gabriela; Villegas Domínguez Josué Eli; Calyeca Sánchez María Verónica. Hospital de Especialidades No. 14 CMN "Adolfo Ruiz Cortines", IMSS Veracruz, Veracruz.

Introducción: La comorbilidad pulmonar postoperatoria dependerá de factores relacionados al paciente, modificables y no modificables, pero definitivamente los parámetros ventilatorios intraoperatorios juegan un rol fundamental. Existen índices de oxigenación (IO) que pueden resultar útiles en la evaluación del grado de lesión pulmonar. **Material y métodos:** Estudio prospectivo, descriptivo, analítico, de casos y controles. Pacientes que requirieron intervención neuroquirúrgica (urgente o electiva) y ventilación mecánica invasiva para el procedimiento durante el periodo comprendido entre el 1º de enero de 2018 y el 31 de diciembre de 2018. Los pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión se asignaron uno a uno para pertenecer al grupo Vt intermedio (>8 a <10 ml/kg peso predicho) o al grupo Vt bajo (6-8 ml/kg peso predicho). La PEEP fue determinada a consideración del médico (anestesiólogo). **Resultados:** En el periodo considerado se incluyeron 60 pacientes, los cuales cumplieron con los criterios de inclusión. Del total, 30 pacientes se incluyeron en el grupo Vt intermedio (VtI) y 30 pacientes en el grupo Vt bajo (VtB). La modalidad ventilatoria más utilizada fue asisto-control-volumen (ACV) con 96.7% para VtI y 100% para VtB con p= 0.3. El Vt por peso predicho, en el grupo de VtI tuvo una media de 8.9 ml/kg y en el grupo de VtB una media de 7.1 ml/kg con una p=0.001. La escala de coma de Glasgow (ECG) posterior a la extubación fue de 14.3 puntos y 14.4 puntos para VtI y VtB sin diferencia estadísticamente significativa. **Conclusión:** Utilizar volumen corriente intermedio (>8 a <10 ml/kg peso predicho) en los pacientes neuroquirúrgicos ocasiona alteración de los índices de oxigenación: PaO₂/FiO₂ y PaO₂/PAO₂. El nivel de PEEP durante el perioperatorio de los pacientes neuroquirúrgicos no ocasiona diferencia significativa en la escala de coma de Glasgow.

INFLUENCIA DE LA NUTRICIÓN ENTERAL Y/O PARENTERAL, EL TIEMPO DE INICIO EN EL PACIENTE CON CHOQUE SÉPTICO Y SU REPERCUSIÓN EN LA FALLA ORGÁNICA

Monter Viguera Jorge Eliel; Palacios Calderón Oscar Emilio; Aisa Álvarez Alfredo; Aguirre Sánchez Janet Silvia; Camarena Alejo Gilberto; Franco Granillo Juvenal. Centro Médico ABC.

Introducción: El objetivo de la nutrición (parenteral o enteral) es mantener o mejorar la función sistémica, la evolución clínica, enfatizando en

disminuir la morbimortalidad, reducir la estancia hospitalaria y prevenir la desnutrición proteico-calórica. **Objetivo:** Investigar si existe influencia de la nutrición enteral y/o parenteral y el tiempo de inicio en la falla multiorgánica en los pacientes con choque séptico. **Material y métodos:** estudio de cohorte, prospectivo, observacional, donde se valoró la influencia de la nutrición enteral y/o parenteral en los pacientes con choque séptico, principalmente su repercusión en la falla multiorgánica, así como la repercusión en los días de ventilación mecánica y en la mortalidad. Se calcularon las escalas pronósticas de SOFA, APACHE II y SAPS II al ingreso a la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI). El análisis estadístico descriptivo, de regresión lineal, medidas de asociación mediante Odds ratio, distribución mediante t de Student, Shapiro-Wilk tests, Skewness/Kurtosis tests y χ^2 . **Resultados:** Se incluyeron un total de 93 pacientes de ambos sexos, 46 pacientes del sexo masculino (49.4%) y 47 del sexo femenino (50.4%), NUTRIC score fue 4.38 (DE \pm 1.81), con un inicio de nutrición en horas de 15 (mediana uno a 92). Se realizó un modelo de aproximación n enteral y mixta, disminuyen 1-2 puntos el SOFA por día en comparación con los que recibieran parenteral (p 0.001 y 0.027), siendo estadísticamente significativo. **Conclusiones:** El uso de nutrición enteral por sí sola no contribuye a tener menor mortalidad, pero sí nos ayudará a evitar desnutrición, falla multiorgánica y días de estancia hospitalaria.

PODER MECÁNICO Y APP SCORE COMO VARIABLES DE MORTALIDAD EN CHOQUE SÉPTICO PULMONAR

Martínez Rojas Manuel; Sánchez Díaz Jesús Salvador; Monares Zepeda Enrique; Peniche Moguel Karla Gabriela; González Escudero Eduardo Alberto; Calyeca Sánchez María Verónica. Hospital de Especialidades No. 14, CMN "Adolfo Ruiz Cortines", IMSS. Veracruz, Veracruz. Hospital San Ángel Inn Universidad, Ciudad de México, México.

Introducción: La infección más frecuente en sepsis es la de origen respiratorio, lo que conlleva a que muchos de estos pacientes utilicen ventilación mecánica (VM). De hecho, 7% de los pacientes con sepsis desarrollará Síndrome de Distrés Respiratorio Agudo (SDRA), lo que incrementa el riesgo de muerte hasta 60%. El principal factor de riesgo de desarrollar SDRA es la sepsis secundaria a neumonía. Las diferentes escalas de severidad o pronósticas utilizadas en el paciente críticamente enfermo ayudan al clínico a evaluar, clasificar y predecir resultados; sin embargo, dichas escalas resultan ser muy "generales" para poblaciones "específicas". **Material y métodos:** Estudio de cohorte, ambispectivo, descriptivo, analítico que incluyó pacientes con diagnóstico de choque séptico según el tercer consenso internacional de sepsis y choque séptico (sepsis-3) de etiología pulmonar, ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos con ventilación mecánica por lo menos 24 horas. Los pacientes se asignaron al grupo score APP < 6 puntos o al grupo score APP \geq 6 puntos. **Resultados:** Del total, 18 pacientes se incluyeron en el grupo score APP < 6 puntos y 17 pacientes en el grupo score APP \geq 6 puntos. En el grupo < 6 puntos la mortalidad fue 39% y de 59% para el grupo \geq 6 puntos con p=0.86. El modelo de regresión logística de cox para sobrevida en las variables con mejor AUC incluyó PM < 22 j/min con 9.97 días (7.76 – 12.18) y PM > 22 j/min con 8.11 días (5.67 – 10.55) con p=0.02 y para score APP < 6 puntos con 9.63 días (7.6 – 11.62) y score APP \geq 6 puntos con 8.85 días (6.3 – 11.39) con p=0.03. **Conclusión:** El score APP es mejor para predecir mortalidad en los pacientes con choque séptico de etiología pulmonar (o SDRA) comparado con escalas más generales como SAPS II, pero al comparar el score APP con variables pulmonares es mejor el poder mecánico (PM).

SOSPECHA CLÍNICA DE TRASTORNO DE LA DEGLUCIÓN CORROBORADO POR FIBROSCOPIA ENDOSCÓPICA EN PACIENTES CRÍTICOS: ANÁLISIS DE UTILIDAD Y CORRELACIÓN DE FACTORES DE RIESGO

Varela Sánchez Luis Ernesto; Chávez Requena Luisa Irina; Sumano Gotóo Amparo; Pedraza Montenegro Axel; Sánchez Aguirre Janet Silvia; Franco Granillo Juvenal. Centro Médico ABC.

Introducción: Los trastornos de deglución son un factor importante de morbilidad y mortalidad, la valoración por fibroscopia endoscópica tiene ventajas tangibles contra otro tipo de estudios de la deglución. El paciente crítico con disfagia ha sido estudiado en relación a diferentes factores de riesgo como medicamentos, procedimientos invasivos y diferentes patologías; sin embargo, en pocos estudios se busca una relación directa con respecto al mecanismo causal del trastorno de deglución. **Objetivos:** Establecer la relación entre diferentes factores de riesgo con trastornos de la deglución en fase oral, faríngea y con la presencia de penetración laríngea o aspiración traqueal en pacientes que han cursado con cuidados críticos y valorar los factores de riesgo de acuerdo al sustrato anatómico en el

que se desarrolla. **Material y métodos:** Realizamos estudio de una cohorte, observacional, retrolectivo, en el cual se incluyeron exclusivamente pacientes internados en terapia intensiva e intermedia de julio del 2016 a febrero del 2019, mayores de 18 años que cursaron con valoración de la deglución por fibroscopia endoscópica. Se realizó un análisis univariado de los factores seleccionados, el análisis estadístico se elaboró en SPSS v.21, se analizaron medidas de frecuencia y se realizó el análisis de los factores de riesgo con prueba de Fisher y χ^2 . **Resultados:** Se realizó un total de 40 valoraciones por fibroscopia endoscópica, se confirmó algún trastorno de deglución en 82% de los pacientes, 18 del género masculino y 15 femenino. 30% tuvieron penetración laríngea, 18% aspiración de contenido, alteración de la fase oral en 60% y de la fase faríngea en 66% de los pacientes. Se asoció la penetración laríngea con el uso de sonda nasogastrica (p 0.02), la aspiración traqueal con el uso de opioides (p 0.05) y benzodiazepinas (p 0.05). En el caso de alteraciones de la fase oral se asoció el uso de opioides (p 0.03) y en alteraciones de la fase faríngea no se asoció a un factor de riesgo específico. **Conclusión:** El desarrollo de los trastornos de deglución en pacientes críticos no se relaciona a una sola causa, se han asociado múltiples factores de riesgo en diferentes estudios, pero no se ha asociado la sinergia entre diferentes eventos y/o factores predisponentes. Debemos tomar en cuenta que diferentes factores de riesgo pueden tener un sustrato anatomofisiológico similar, provocando que múltiples eventos resulten en un trastorno significativo de la deglución.

TROMBOELASTOGRAFÍA "POINT OF CARE" EN LAS PACIENTES OBSTÉTRICAS CÓDIGO MATER

González Martínez Karen Itzel; Montelongo Felipe de Jesús Tapia Velasco; Rafael; Suárez Suárez Araceli; Cañez Martínez David Rafael; Cerón Solano Aldo Giovanni. Hospital General de Cuautitlán, ISEM.

La tromboelastografía es un método que mide las propiedades visco-elásticas del coágulo, ya que documenta la integración de las plaquetas en la cascada de coagulación. Este método fue desarrollado por primera vez por Hartert (Alemania en 1948). El objetivo de este método es identificar los trastornos específicos de la coagulación como la disminución de los factores de ésta, alteraciones plaquetarias, evaluar la relación existente entre plaquetas, fibrinógeno y proteínas de la coagulación. **Objetivo:** Identificar la importancia de la tromboelastografía "Point of care" (atención en el sitio de cuidado) en la toma de decisiones en cuanto a transfusión de hemoderivados en pacientes obstétricas graves en el departamento de Terapia Intensiva del Hospital General de Ecatepec. **Material y métodos:** Previa autorización del comité de ético se realizó un estudio prospectivo analítico en el departamento de Terapia Intensiva de julio de 2017 a julio de 2019 donde se estudiaron 16 pacientes obstétricas con diagnóstico de Choque Hipovolémico Hemorrágico en las que se activó código mater, a las cuales se les realizó tromboelastografía a su ingreso o durante su estancia en terapia intensiva y se comparó la necesidad de transfusión de hemoderivados en estas pacientes y su importancia en cuanto al manejo y desenlace de ésta. Esto se realizó con el tromboelastógrafo TG 1000, el cual se encuentra a pie de cama del paciente, lo cual le permite ser una herramienta accesible, rápidamente disponible y con personal médico altamente capacitado para la toma de decisiones inmediata en no más de 30 minutos.

TROMBOSIS VENOSA CEREBRAL EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEUROLÓGICOS DEL INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIROLOGÍA

Uriel García Cabrera; José Juan Gracia Vera; Guadalupe Juárez Díaz; Jocelyn Cruz Pérez; Israel Becerra Hernández. CMN Bajío UMAE No. 1 IMSS. León, Guanajuato. UMAE No. 1 Ignacio García Téllez. Mérida, Yucatán. Centro Médico Toluca ISSEMyM Toluca Estado de México. Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía (INNN) Manuel Velasco Suárez.

La trombosis venosa cerebral (TVC) es un estado potencialmente devastador que ocurre en adultos jóvenes, especialmente mujeres. Subtipo menos frecuente de la enfermedad vascular cerebral (EVC), representando sólo 0.5% en los pacientes EVC. La cefalea es el síntoma más común. Requiere un diagnóstico preciso, ya que la fisiopatología y el tratamiento difieren del EVC arterial. La comprensión de los factores de riesgo es la clave para el pronóstico de la TVC. **Objetivo:** Determinar la prevalencia, los principales hallazgos clínicos, radiológicos y pronósticos de la TVC en Unidad de Cuidados Intensivos Neurológicos. **Material y método:** Estudio retrospectivo, longitudinal y analítico de carácter observacional. Se consideraron todos los pacientes que ingresaron a la Unidad de Cuidados Intensivos Neurológicos del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía (INNN) con el diagnóstico de TVC de enero del 2010 a julio del 2019 confirmados

por tomografía computarizada fase venosa (veno TC) y/o venorresonancia magnética (veno RM), que contaran con información de cuadro clínico, así como la evolución, tratamiento y el pronóstico al egreso hospitalario. **Resultados:** De un total de 14 pacientes, con una edad promedio de 33 años de edad, de los cuales 85.72% (n= 12) fueron mujeres y 14.28 (n= 2) fueron hombres. La cefalea se presentó en 50% de los casos. La principal causa predisponente para TVC fue el uso de anticonceptivos orales en seis pacientes (42.85%) y puerperio en tres pacientes (21.42%). La demora en el diagnóstico fue en promedio de 48 horas. El método de imagen utilizado para el diagnóstico en el 64.28% de los pacientes con tomografía computarizada en fase venosa y en 37.71% con venorresonancia magnética. El seno longitudinal superior fue el más afectado en 50% de los casos. El promedio de estancia en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) fue de siete días, donde 100% de los pacientes recibieron anticoagulación. Desarrollaron hipertensión intracraneana tres (21.4%) pacientes, a las cuales se les realizó craniectomía descompresiva entre el segundo y el quinto día de estancia. Los días de ventilación mecánica en promedio fueron de siete días. Con una estancia hospitalaria en promedio de 20 días. La mortalidad al egreso hospitalario fue de 21.42%. **Conclusiones:** La TVC es menos frecuente que el accidente cerebrovascular isquémico o la hemorragia intracerebral. El espectro de la clínica es amplio, teniendo como dato pivote la cefalea. La confirmación del diagnóstico se debe realizar con veno TC y/o veno RM. La intervención terapéutica dentro de la fase aguda está encaminada a la recanalización del seno o senos trombosados y la prevención de complicaciones; la anticoagulación con heparina de bajo peso molecular es el tratamiento de primera línea, el cual ha mostrado impacto en el pronóstico de los pacientes. Debemos tener en cuenta que la trombolisis y la trombectomía son una opción en el tratamiento. En el caso de la craniectomía descompresiva está indicada sólo en caso de infartos venosos malignos. Los resultados después de la TVC son generalmente favorables, también dependen de factores del paciente como el sexo y los factores de riesgo específicos de la mujer.

ULTRASONIDO DOPPLER CONTRASTADO PARA EL DIAGNÓSTICO DE CORTOCIRCUITO DE DERECHA A IZQUIERDA: REVISIÓN SISTEMÁTICA Y META-ANÁLISIS

González Trasviña Miguel Felipe; Cerón Díaz Ulises Wilfrido; Villagrana Márquez Saúl Antonio. Hospital Español de México.

Antecedentes: La Comunicación de Derecha a Izquierda (CDI) se produce principalmente con lesiones intracardíacas como el foramen oval permeable (FOP) y, en menor medida, a través de malformaciones arteriovenosas pulmonares (MAVP). Desde el informe inicial de Gramiak y cols. la ecocardiografía con contraste ha sido el método de elección para identificar CDI. Siendo el Ecocardiograma Transesofágico con contraste (ETE-c) considerado actualmente el método diagnóstico ideal para CDI. **Material y métodos:** Se realizó una revisión sistemática, con el objetivo de conocer el rendimiento diagnóstico del Ultrasonido Doppler Contrastado (UD-c) en sus diferentes variantes (Transcaneal, Vertebral y Carotideo) en comparación con el ETE-c para el diagnóstico de CDI; la revisión se realizó en las bases de datos EBSCO, Elsevier, KoreaMed, Lilacs, PubMed/Medline, OVID/Cochrane Library, SciELO, SCOPUS, Web of Science y EMBASE. **Resultados:** Se obtuvieron 33 publicaciones que cumplían con los criterios de inclusión, aportando 36 estudios con 3,099 participantes (edad promedio 47.1; 53% masculinos). De éstos sólo se incluía un estudio sobre UD-c Vertebral y un estudio sobre UD-c Carotideo, por lo que no se pudo realizar análisis estadístico de estas dos pruebas diagnósticas. UD-c Transcaneal fue reportado en 34 estudios, incluyendo 2,964 participantes (edad promedio 46.8 años, 52% masculinos); para el conjunto de estudios se calculó una sensibilidad de 95% (IC 95% de 0.93-0.97) y especificidad de 95% (IC de 95% de 0.89-0.98); se calcularon además Likelihood ratio (+) de 8.93 (IC 95% de 7.17-11.0), y un Likelihood ratio (-) de 0.08 (IC 95% de 0.05-0.12), y al elaborar normograma de Bayes', infiriendo una probabilidad Pre-Test de 30% (prevalencia de CDI en la población general), se calcula una probabilidad Post-Test para su respectivo Likelihood ratio (+) de 79% (IC 0.75-0.82), y una probabilidad Post-Test para su respectivo Likelihood ratio (-) de 3% (IC 0.02-0.05). **Conclusiones:** El UD-c es una prueba con un excelente rendimiento diagnóstico al compararse contra el ETE-c, cuenta con la desventaja de no permitir diferenciar el tipo de comunicación (intracardíaca o pulmonar). No existe suficiente evidencia para recomendar de demeritar el uso de UD-c Vertebral o Carotideo para el diagnóstico de CDI; sin embargo, la evidencia actual orienta hacia una superioridad del UD-c Transcaneal sobre éstos.

VARIABLES ASOCIADAS AL INICIO DE LA TERAPIA DE REEMPLAZO RENAL LENTA CONTINUA EN CHOQUE SÉPTICO: PUNTAJE TERRENALP (TERAPIA DE REEMPLAZO RENAL PRONÓSTICO)

Lagunez Caramón Jaritz Guadalupe; Sánchez Díaz Jesús Salvador; Peniche Moguel Karla Gabriela; Martínez Rodríguez Enrique Antonio; Villegas Domínguez Josué Eli; Calyeca Sánchez María Verónica. Hospital de Especialidades No. 14, CMN "Adolfo Ruiz Cortines", IMSS Veracruz.

Introducción: 50% de los pacientes que ingresan a la unidad de cuidados intensivos (UCI) presenta lesión renal aguda (LRA) siendo la sepsis la principal causa; 10% de los pacientes requerirá terapia de reemplazo renal lenta continua (TRRLC). Existen variables previas a la conexión que son factores de riesgo de malos resultados; considerarlos antes del empleo de este soporte renal proporcionaría optimización de recursos. **Material y métodos:** Estudio cohorte, retrospectivo, descriptivo, analítico. Pacientes mayores de 18 años con diagnóstico de choque séptico, LRA tratados con TRRLC entre 1ro. de agosto de 2015 y 30 de junio de 2019. Se clasificaron de acuerdo al desenlace (vivos o fallecidos) para identificar las variables hemodinámicas, renales y metabólicas que pueden repercutir en el desenlace. **Resultados:** Se incluyeron 43 pacientes, el género femenino representó 60.5%. Al clasificar a los pacientes, la edad promedio fue de 56.8 años para los vivos (DE \pm 16.8) y 57.8 años (DE \pm 15.6) para los fallecidos $p = 0.02$. El puntaje SAPS II fue de 69.4 pts. (DE \pm 10.5) y 72.59 pts. (DE \pm 9.5) $p = 0.31$ entre ambos grupos; el valor de lactato para los fallecidos fue de 5.87mmol/l y 3.88mmol/l para los vivos $p = 0.017$. La dosis de norepinefrina, el índice de choque modificado y la $SatVO_2$ presentaron $p \geq 0.05$. El pH menor de 7.2 tiene un OR para mortalidad de 1.15 (IC95% 0.2-1.81 $p = 0.02$), el lactato > 4 mmol/l un OR 2.18 (IC 95% 0.62-7.70) $p = 0.029$. La edad > 65 años presenta un OR 3.23 (IC 95% 0.82-12.5) $p = 0.02$. **Conclusiones:** La LRA es una disfunción orgánica frecuente; la TRRLC es una opción plausible; el principal factor no modificable para malos resultados es la edad (mayor de 65 años) y los factores modificables el pH, lactato y HCO_3^- son variables sobre las que podemos incidir. El puntaje TerrenalP nos ayudaría a identificar el pronóstico del paciente sometido a TRRLC.

BLOQUEADORES NEUROMUSCULARES EN EL SÍNDROME DE INSUFICIENCIA RESPIRATORIA PROGRESIVA AGUDA: META-ANÁLISIS

Rojas Gómez César Alejandro, Aisa Álva Alfredo Rez. Centro Médico ABC.

Introducción: El uso de agentes bloqueadores neuromusculares (BNM) en adultos con síndrome de insuficiencia respiratoria progresiva aguda (SIRPA) se ha propuesto ampliamente. Sin embargo, la eficacia y seguridad de este tratamiento es incierta, según la literatura más reciente. El objetivo de este estudio fue estimar la efectividad y la seguridad de los BNM en el tratamiento del SIRPA. **Material y métodos:** En esta revisión sistemática y meta-análisis, se realizaron búsquedas en diferentes bases de datos, comparando la administración de BNM versus placebo o no-tratamiento en pacientes con SIRPA. Los títulos, resúmenes y textos completos de los artículos fueron seleccionados por duplicado por dos investigadores. Los datos para el diseño del estudio, las características de los pacientes, las intervenciones y los resultados se resumieron de forma independiente y por duplicado. Para obtener información adicional, se contactó a los autores de los estudios seleccionados por correo electrónico. Las guías GRADE se utilizaron para calificar la calidad de la evidencia. Calculamos las razones de riesgo (RR) y las razones de momios (OR) con intervalos de confianza del 95% (IC del 95%) para variables dicotómicas, mientras que para las variables continuas obtuvimos la diferencia de medias y realizamos un meta-análisis de efectos aleatorios. El resultado primario fue la evaluación de mortalidad por cualquier causa, mortalidad en la Unidad de Cuidados Intensivos, la incidencia de efectos adversos y la evolución de los parámetros respiratorios. **Resultados:** Se incluyeron 6 estudios controlados aleatorizados (ECA). En comparación con el grupo de placebo o ningún tratamiento, los BNM se asociaron con una reducción significativa de la mortalidad por cualquier causa (603 [35.7%] de 1,691 pacientes frente a 673 [40.5%] de 1,660 pacientes; RR 0.84, [IC del 95%: 0.74-0.95] $p = 0.005$ I^2 33%); así como disminución de la mortalidad en la UCI (RR 0.72; [IC del 95%: 0.57 - 0.91]). En comparación con el grupo de placebo o ningún tratamiento, el grupo de BNM se asoció con una reducción significativa de los eventos adversos (RR 0.72, [IC del 95%: 0.52 a 0.99], cuatro ECA, 3,621 pacientes; $p = 0.15$ I^2 64%) y una significativa mejora en la relación PaO_2 / FiO_2 (11.02 mmHg, [IC 95% 5.38 a 16.66]; cuatro ECA, 3,637 pacientes; $p = 0.0001$ I^2 24%). **Conclusiones:** El uso de BNM en adultos con SIRPA se asoció con una reducción significativa de la mortalidad por cualquier causa. Hubo menos eventos adversos y una mejora significativa en la relación PaO_2 / FiO_2 en el grupo de BNM. Con base en nuestros resultados, recomendamos el uso de BNM para pacientes con SIRPA moderado a severo, que necesitan ventilación mecánica. Debido a la calidad moderada a baja de la evidencia, se requieren nuevos estudios aleatorizados con suficiente poder estadístico para confirmar estos hallazgos.