



Resúmenes de Trabajos Libres (modalidad oral)

Free Papers Abstracts (oral modality)

CARACTERIZACIÓN DEL SÍNDROME

RIÑÓN-PULMÓN EN LA UCI

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

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

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

PERFIL ECOCARDIOGRÁFICO DE SUBFENOTIPOS EN SDRA

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

Unidad de Cuidados Intensivos, Hospital Juárez de México.

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

COAGULOPATÍA DUAL Y CHOQUE HIPOVOLÉMICO

Alejandra Cedillo Lárraga, Marcelino Vázquez Melchor,
Mario Del Moral Armengol, Nandyelly San Juan Román
Hospital de Especialidades «Dr. Antonio Fraga Mouret», Centro Médico Nacional La Raza.

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

ÚLCERA AÓRTICA EN TERAPIA INTENSIVA

Sergio Alberto Margallí Vázquez,
Abraham García Zamorano, Janet Aguirre Sánchez,
Braulia Aurelia Martínez Diaz, Arturo Fuentes

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

Introducción: la úlcera penetrante de aorta (2-7% prevalencia) es caracterizado por ulceración de una placa ateroesclerótica, generalmente en región medial e inferior. Riesgo ruptura 33 a 75%. La mayoría de los pacientes son hombres, geriátricos, fumadores, con múltiples comorbilidades. Se presenta un caso de presentación atípica en la UTI.

Objetivo: demostrar un caso de poca incidencia y mucha relevancia en la UTI. **Caso clínico:** mujer de 69 años con antecedente de HAS, DM, aracnoidocele selar y adenoma adrenal izquierdo. Sufrió pérdida del estado de alerta, ingreso a urgencias y protocolización en piso de MI sin encontrar causa. Durante su estancia inició con dolor abdominal 5/10, detectando mediante angiografía infarto esplénico y trombosis de arteria femoral. **Resultados:** se concluyó trombosis arterial femoral aguda bilateral, úlcera penetrante de aorta torácica, infarto esplénico, síncope en estudio EGSYS 1 punto. Con respuesta favorable a manejo médico quirúrgico. **Discusión:** hay pocos reportes de úlceras aórticas que se detecten y traten a tiempo, en este caso la paciente tuvo complicaciones asociadas, por lo que aporta valioso conocimiento al manejo de casos complejos. **Conclusión:** caso clínico complicado en cuanto a diagnóstico, tratamiento y pronóstico, respondió adecuadamente a manejo. Se egresó sin complicaciones.

EVALUACIÓN DIAFRAGMÁTICA EN EL OBESO CRÍTICO

Armando González Segovia

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

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

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

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

Hospital Regional de Alta Especialidad de Ixtapalapa.

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

CONGESTIÓN VENOSA Y PULSATILIDAD DE LA VENA PORTA

Edgar Ulises Téllez Agraz, Paola de Guadalupe Villa Cortés,
Roxana Vázquez Ramírez, Diana Graciela Rosales Sánchez
UMAE No. 25, Instituto Mexicano del Seguro Social. Monterrey, Nuevo León.

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

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

ENDOCARDITIS Y EMBOLIA SÉPTICA: REPORTE DE UN CASO

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

Hospital Centro Médico Zambrano-Hellion.

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

GASTO ENERGÉTICO BASAL POR SONOGRAFÍA EN LA UCI

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

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

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

INFECCIONES ESKAPE EN PACIENTES CRÍTICOS DE LA UCI

Marissa Jovita Eufracio Ferto, Luis Alejandro Sánchez Hurtado, Gustavo Vázquez Morales, Laura Romero-Gutiérrez, Salvador Calleja Alarcón
UMAE Hospital de Especialidades «Dr. Bernardo Sepúlveda Gutiérrez» del Centro Médico Nacional Siglo XXI.

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

FALLA DERECHA TRAS PARADA CARDIACA POR CEMENTACIÓN

Leslie Nieto Galván, Alan Orlando Reyes Sagastegui, Álvaro Eduardo Ramírez Gutiérrez, Jorge Rosendo Sánchez Medina, Reyna Isabel Azua Guevara
Hospital Regional Cd. Madero, Petróleos Mexicanos.

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

MICARDIOPATÍA PERIPARTO: SERIE DE CASOS

Jorge Rodríguez Zúñiga, Karen Elena Ortega Verdugo, Diego Ernesto Pacheco Zavala
Hospital General León, Secretaría de Salud de Guanajuato. León, Guanajuato, México.

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

SÍNDROME DE OBESIDAD-HIPOVENTILACIÓN Y FALLA HIPERCÁPNICA

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

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

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

ESTATUS EPILÉPTICO SUPRARREFRACTARIO POR ANTI-NMDA

Cindy Paola López Flores*

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

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

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

DESAFÍO DE LA NEUMOCISTOSIS EN LA UCI

Mónica Libertad Moya Alfaro, Marcos Vidal Sánchez,

José Carlos Gasca Aldama, Paulina Carreño Pérez

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

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

PRESENTACIÓN PULMONAR ATÍPICA

DE LUPUS ERITEMATOSO

Octavio Ernesto Sánchez Escudero, Edmundo Israel Roque, Alejandro Ortega García, Mateo Sebastián Segovia Arévalo,

Juan Yadic Calzada Luevano

Centenario Hospital Miguel Hidalgo.

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

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

ÓXIDO NÍTRICO EN CHOQUE CARDIOGÉNICO

Ivonne Elizabeth Montoya Martínez,

Jorge Omar Castro Meza, Liliana Ponce Baños,

Karel Zertuche López, María Diesselina Ruiz Barrera

Medicina Crítica, Hospital Regional de Alta Especialidad de Ixtapaluca.

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

MANEJO NUTRICIONAL EN QUEMADURA

ESOFÁGICA CÁUSTICA

Nayeli Magali Bárcenas Gutiérrez, *‡

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

María Diesselina Ruiz Barrera, *§ María Alaciela Galván Merlos*¶

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

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

INCIDENCIA DE EVENTOS ADVERSOS EN EL TRASLADO

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

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

SÍNDROME DE MALPERFUSIÓN RENAL

EN DISECCIÓN AÓRTICA

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

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

NEUMONITIS LÚPICA: SOMBRA OCULTA DEL SDRA EN LA UCI

Melissa Arizmendi Romero

Hospital de Especialidades, Centro Médico Nacional La Raza.

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

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

ECMO EN PACIENTES UNIPULMONARES CON SDRA

Jorge García Fabregat Padilla, Víctor Manuel Sánchez Nava

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

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

MIOCARDITIS POR COXSACKIE B5: DESAFÍO EN LA UCI

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

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

EMBOLIA CEREBRAL GRASA, EL ENEMIGO DEL POLITRAUMA

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

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

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

PRES HEMORRÁGICO EN LA UCI: REPORTE DE CASO

Leopoldo Jorge Rodríguez Cruz, José Luis Valdez Balderrama,
José Luis Pérez Rodríguez, Brian Noé Garnica Hernández,
Luz Gardenia Coronel Castañeda
Hospital Civil Antiguo «Fray Antonio Alcalde». Guadalajara, Jalisco.

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

IMPACTO DE SARCOPEÑIA EN PATOLOGÍAS RESPIRATORIAS

Diana Tovar Benítez, Alejandro Hernández Solís,
Grisel Hernández Ríos, Pablo Álvarez Maldonado
Servicio de Neumología y Cirugía de Tórax, Hospital
General de México «Dr. Eduardo Liceaga».

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

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

TORMENTA TIROIDEA EN LA UCI

Cristian Efrén Contreras Altamirano,
Reyna Isabel Azua Guevara, Álvaro Eduardo Ramírez Gutiérrez,
Jorge Rosendo Sánchez Medina, Ángel Jonathan Woge Ávalos
Hospital Regional Pemex Ciudad Madero.

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

SÍNDROME DE TAKOTSUBO, COMPLICACIÓN BRONCOSCÓPICA

Mónica Libertad Moya Alfaro, Marcos Vidals Sánchez,
José Carlos Gasca Aldama
Unidad de Cuidados Postquirúrgicos, Instituto Nacional de
Enfermedades Respiratorias Ismael Cosío Villegas.

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

EMERGENCIA HIPERTENSIVA POR FEOCROMOCITOMA

Karla Espinosa Pérez Negrón, Ramiro Escudero Farias,

Carlos Iván Romero Vargas, Pedro Barriga Ferreyra

Unidad de Cuidados Intensivos, Hospital Regional de Morelia, ISSSTE.

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

ALTERACIONES EN ILP VS INL EN EL NEUROCRÍTICO

Michell Estrella Montalvo Aguilar, Alberto Ortiz Hernández,

Indira Itzel Franco González, María Isabel Cadena Valle,

Juan Esteban Blanco López

Hospital de Alta Especialidad de Veracruz.

Introducción: el abordaje terapéutico del paciente neurocrítico se diferencia de otros aspectos de la atención neuroquirúrgica, ya que depende en gran medida de la atención multidisciplinaria. Aunque el campo ha aportado avances para mejorar los resultados, en muchos casos, siguen siendo deficientes, por lo que se hecho hincapié en mejorar la atención a partir de un mejor reconocimiento de la severidad.

Objetivo: analizar si los índices linfocito-plaleta y neutrófilo-linfocito son buenos predictores de severidad. **Material y métodos:** se efectuó un estudio analítico, observacional, transversal y retrospectivo con registros de los expedientes de los pacientes con ingreso a la UCI diagnóstico de cualquier enfermedad neurocrítica por cualquier mecanismo. Se efectuó un análisis inferencial. **Resultados:** se estudiaron un total de 89 pacientes neurocríticos (73.0% hombres, edad media 42.9 ± 17.7 años), se evaluó la capacidad predictiva del índice neutrófilo-linfocito (INL) y el índice linfocito-plaquetas (ILP) sobre el desenlace clínico, que registró una mortalidad de 3.4%. El INL obtuvo un AUC de 0.395 ($p = 0.539$) y el ILP un AUC de 0.616 ($p = 0.495$), no siendo predictores de la severidad. **Discusión:** la utilidad pronóstica de biomarcadores en pacientes neurocríticos es un área de investigación, dada la necesidad de herramientas objetivas, accesibles y de bajo costo para estratificar el riesgo. Los hallazgos del presente sugieren un valor predictivo limitado de estos índices.

ÚTERO DE COUVELAIRE EN PREECLAMPSIA SEVERA

Alejandra Vargas Alcántara, José Alfredo Cortés Munguía,

Alfonso López González

Hospital General La Villa. CDMX.

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

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

ROTEM EN CID POR SEPSIS: HERRAMIENTA VITAL EN LA UCI

Maria Dioselina Ruiz Barrera,^{*,†} Karel Zertuche López,^{*,§}

Leticia Guerrero Navarrete,^{*,¶} Liliana Ponce Baños,^{*,¶}

María Alaciel Galván Merlos^{*,||}

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

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

CORAZÓN-PULMÓN EN ECMO

¿BUSCANDO EL PEEP «IDEAL»?

Jannette Ramírez-Cortés, José Francisco Ávila-Silva,

Vania Daniela Nina-Saucedo, Marcos Vidals-Sánchez,

José Carlos Gasca-Aldama, Ismael Maldonado-Beltrán

Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias Ismael Cosío Villegas.

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

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

ESTATUS EPILÉPTICO EN ENFERMEDAD DE CREUTZFELDT-JAKOB

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

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

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

UTILIDAD DEL GALACTOMANANO EN LAVADO BRONQUIAL

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

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

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

TRATAMIENTO DE HEMORRAGIA MASIVA POST CX CARDIACA

Rosa Steffany Tenorio Astudillo, Ahtziri Yunuen Rodríguez Santos, Janet Silvia Aguirre Sánchez, Braulia Aurelia Martínez Díaz
Centro Médico ABC, Ciudad de México.

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

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

INTERCAMBIO PLASMÁTICO SÍNDROME PULMÓN-RÍNÓN LES

Sandra Yuliana Ramírez Lázaro, Carlos Jiménez Correa
UMAE No. 1, Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional del Bajío.

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

CETOACIDOSIS EUGLUCÉMICA EN PACIENTE CON LES

María Diesselina Ruiz Barrera,*‡ Alejandra Torres Aguilar,*‡ Aldo Giovanni Cervantes Durana,*§ Jorge Omar Castro Meza,*¶ María Alaciela Galván Merlos*||

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

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

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

INTOXICACIÓN POR RATICIDA TRES CABEZAS

Laura Carolina Lizama Quiñonez, Brian Noé Garnica Hernández, Luz Gardenia Coronel Castañeda, Obed Peña Parra, Sergio Jacobo Gómez Villaseca
Hospital Civil Antiguo «Fray Antonio Alcalde». Guadalajara, Jalisco.

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

FILMARRAY VS CULTIVO EN NAVM: ¿NUEVA HERRAMIENTA?

Ana Elena Sánchez Anguiano, Erick Eduardo Ortiz Unzueta, Alejandra Leticia Mendiola Rojas
UMAE Hospital de Traumatología y Ortopedia Lomas Verdes, Instituto Mexicano del Seguro Social.

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

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

FACTORES DE RIESGO DE PACIENTES CON VIH EN LA UCI

Grisel Hernández-Ríos, Pablo Álvarez-Maldonado, Alejandro Hernández-Solís, Diego Antonio Vidales Torres
Servicio de Neumología y Cirugía de Tórax, Hospital General de México «Dr. Eduardo Liceaga».

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

CHOQUE TÓXICO SÉPTICO: URGENCIA CRÍTICA

Paloma Elizabeth Sandoval Chávez, Estephania Reyes Botello, José Ernesto Salamanca González, Ervin Manzo Palacio
Hospital Ángeles Metropolitano.

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

INTOXICACIÓN POR METFORMINA EN MANEJO CON TRRC

Sayra Giselle Torres Bustamante, Francisco Javier Ruiz Corzo, Diego Ernesto Pacheco Zavala, Karen Elena Ortega Verdugo, Sílvia Analie Romero Grande
Unidad de cuidados intensivos, Hospital General de León. León, Guanajuato, México.

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

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

IUC PREDICTOR DE LRA EN PREECLAMPSIA

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

Hospital de Alta Especialidad de Veracruz.

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

DIABETES INSÍPIDA GESTACIONAL: REPORTE DE UN CASO

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

Hospital Regional 1º de Octubre, ISSSTE.

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

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

ÍNDICE PCT/PCR Y MORTALIDAD EN SEPSIS

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

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

Introducción: la sepsis es una de las principales causas de ingreso y mortalidad en unidades de cuidados intensivos (UCI). A nivel mundial afecta a cerca de 31 millones de personas cada año y en México representa hasta 30% de los ingresos a la UCI, con una mortalidad que oscila entre 30 y 50%. Se ha propuesto que el índice procalcitonina/proteína C reactiva (PCT/PCR) podría servir como marcador pronóstico accesible y de bajo costo. **Objetivo:** evaluar la correlación entre el índice PCT/PCR y la mortalidad en pacientes con sepsis en la UCI del Hospital General Regional No. 6, Ciudad Madero, Tamaulipas.

Material y métodos: estudio observacional, retrospectivo y transversal en 47 pacientes con sepsis (marzo 2024-marzo 2025). Se registraron edad, sexo, procalcitonina, PCR, índice PCT/PCR y estado vital al egreso. Se aplicó estadística descriptiva, pruebas de normalidad, Mann-Whitney, regresión logística y curva ROC. **Resultados:** edad media 54.1 años; 51% hombres. Mortalidad global 46.8%. El índice PCT/PCR tuvo media 1.58 ± 2.36 . No hubo diferencias significativas entre sobrevivientes y fallecidos ($p = 0.447$). El modelo logístico no mostró significancia para índice PCT/PCR, edad o sexo. El área bajo la curva ROC fue 0.60 de poder discriminativo. **Discusión:** en esta cohorte, el índice PCT/PCR no se correlacionó con la mortalidad. El tamaño muestral limitado pudo influir en los resultados. Se requieren estudios con mayor población para confirmar su utilidad como predictor pronóstico.

RESCATE PULMONAR: PRONO

PROLONGADO, OBESIDAD Y SDRA

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

Unidad de Cuidados Intensivos, Hospital Juárez de México.

Existen pocos datos acerca de la ventilación mecánica en pacientes con obesidad mórbida y síndrome de dificultad respiratoria aguda (SDRA), patologías comunes en Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), que son un desafío clave en la fisiología cardiopulmonar, debido a que su manejo repercute directamente en la sobrevida del paciente. Paciente masculino de 44 años con diagnóstico de SDRA severo ($\text{pH } 7.38$, $\text{PaO}_2 30 \text{ mmHg}$, $\text{paCO}_2 53$, $\text{HCO}_3 19.3$) con optimización de ventilación mecánica protectora, presentando hipoxemia refractaria persistente, posteriormente se indicó el uso de posición prono con respuesta tardía, cumpliendo con criterios EOLIA para oxigenación de membrana extracorpórea (ECMO). Sin acceso al mismo, posición prono ininterrumpida vigilancia ultrasonográfica, hemodinámica y neurológica, con mejoría de los parámetros respiratorios ($\text{pH } 7.43$, $\text{PCO}_2 36$, $\text{PO}_2 91$, $\text{HCO}_3 19.7$, Lac 0.9, $\text{FiO}_2 40\%$) presentó miopatía del enfermo en estado crítico, por lo que se realizó traqueostomía percutánea con rehabilitación física activa a la recuperación funcional. Logrando decanulación posterior de la traqueostomía e integración completa social del paciente. El manejo multidisciplinario, por parte de terapia intensiva, neumología, rehabilitación y nutrición clínica conformando el equipo de rescate pulmonar mejora la supervivencia en el paciente con SDRA y obesidad mórbida.

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

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

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

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

FOCUS EN ICC Y MIOCARDIOPATÍA HIPERTRÓFICA

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

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

MIXEDEMA POR HIPOTIROIDISMO POSTIRODECTOMÍA

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

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

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

INTENTO SUICIDA CON ETILENGLICOL: REPORTE CLÍNICO

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

Introducción: la intoxicación por etilenglicol es una condición crítica que pone en riesgo la vida, provocando acidosis metabólica, insuficiencia renal y deterioro neurológico. El tratamiento temprano con antídotos y manejo intensivo es esencial para la supervivencia. **Objetivo:**

presentar el caso de un paciente con intoxicación masiva por etilenglicol y coingesta de acetona y peróxido de hidrógeno, que logró una evolución favorable gracias a un enfoque multidisciplinario. **Material y métodos:**

hombre de 36 años con trastorno depresivo mayor, que ingirió 2-3 L de etilenglicol, acetona y peróxido de hidrógeno en un intento suicida. Fue trasladado a urgencias, se realizó lavado gástrico, administración de pantoprazol, etanol, intubación orotraqueal y sedoanalgesia, así como bloqueo neuromuscular. **Resultados:** desarrolló acidosis mixta, neumonía por broncoaspiración, infección por *Candida spp.*, síndrome de distrés respiratorio agudo e insuficiencia renal. Requirió soporte ventilatorio y vasopresor, además de tratamiento antibiótico. Tras una fallida extubación, se realizó traqueotomía y, posteriormente, mostró recuperación neurológica, hemodinámica y renal. **Discusión:** este caso destaca la importancia del diagnóstico temprano y el manejo intensivo en intoxicaciones graves. La intervención oportuna, el uso de etanol y el adecuado soporte terapéutico permitieron una evolución favorable, pese alta letalidad del etilenglicol y falla orgánica múltiple.

FALLA DERECHA: DIAGNÓSTICO Y TERAPIA COMBINADA

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

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

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

HIPOCALCEMIA Y SEVERIDAD EN HEMORRAGIA OBSTÉTRICA

Hugo Alberto Melchor Villanueva, Alfonso López González

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

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

FALLA HEPÁTICA HIPERAGUDA POR METFORMINA

Edgar Antonio León Vázquez, Blanca Estela Herrera Morales,

José Alfredo Cortés Munguía

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

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

DEBUT ATÍPICO DE CRISIS MIASTÉNICA

Sandra Paola Ávila Villalobos, Karen Harumi López Rodríguez,

Ricardo Daniel Estrada Moreno, Francisco Javier Ramírez Almaraz,

José Carlos Gasca Aldama

Unidad de Cuidados Intensivos, Hospital Juárez de México.

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

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

CIRCUNFERENCIA DE PANTORRILLA Y SUPERVIVENCIA

Fernanda Alejandra Rojas Arzate,

Carlos Alfredo Galindo Martín, Gloria Iveth Rodríguez Soto,

Naomi Guadalupe Vieyra, Alberto Valles Guerrero

Hospital San Ángel Inn Universidad.

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

CRISIS TIROTÓXICA EN EMBARAZO DE 14.4 SDG

Magdalena Teresa Bautista Cayetano,

Jesús Carlos Briones Garduño, Annanda Iveth Márquez,

Luis Fernando Mendoza Contreras, Jorge Tonatiuh Pérez Cruz,

Luis Fernando Huayllani Gutiérrez

Unidad de Cuidados Intensivos Obstétricos, Hospital

General de México «Dr. Eduardo Liceaga».

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

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

GOLPE DE CALOR: SUPERVIVENCIA INESPERADA

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

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

FALLA ORGÁNICA MÚLTIPLE ASOCIADA A ROTAVIRUS

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

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

NEUROMONITOREO MULTIMODAL PARA TOMA DE DECISIONES

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

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

neurológica del paciente neurocrítico y guiar las decisiones terapéuticas, principalmente en situaciones de lesión cerebral grave como: catéter de presión intracranal (PIC), oxigenación cerebral (PtO₂), electroencefalograma (EEG), neuroimagen, Doppler transcraneal continuo (DTC), índice del estado del paciente (PSI), entre otros. Reportamos un paciente masculino de 25 años con traumatismo craneoencefálico severo que recibió neuromonitoreo multimodal: PIC 28 mmHg, PO₂ 36 mmHg, PtO₂ 4.8 mmHg, PSI 32, TAC cráneo hemorragia intraparenquimatosa derecha y edema cerebral con optimización de sedoanalgesia y neuroprotección ventilatoria. Con los valores obtenidos se decide craniectomía descompresiva; una PtO₂ < 5 mmHg por > 4 horas se asocia con mayor mortalidad. Posterior al manejo definitivo, se reporta PIC 11 mmHg, PO₂ 67 mmHg, PtO₂ 26 mmHg, ecografía pupilar 2.3 mm/2.2 mm, DTC: velocidad sistólica 185 mmHg, diástolica 69 mmHg, media 107 mmHg, PIC 10 mmHg, EEG normal, con buena progresión neurológica, retiro de sedación, SetScore 5, ENIO 98, ACS 2, lo que permitió la extubación temprana exitosa, con egreso de la UCI por mejoría clínica. La integración de un neuromonitoreo multimodal, permite la individualización del paciente para determinar el manejo adecuado y mejorar el pronóstico.

CATÉTER INTRAPARENQUIMATOSO EN LA UCI: SERIE DE CASOS

Mauricio González Hernández, Francisco Javier Ramírez Almaraz,
Karen Harumi López Rodríguez, José Carlos Gasca Aldama,
Osvaldo Alexis Marché Fernández

Departamento de Medicina Intensiva, Hospital Juárez de México. Ciudad de México.

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

INL VS PCT EN SEPSIS BAJO TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO

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

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

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

APOPLEJÍA HIPOFISARIA Y COMPROMISO ENDOCRINO AGUDO

Nayeli Magali Bárcenas Gutiérrez,*‡

Herendira Senica Rodríguez García,*‡ Etna Paola Gordillo Velasco,*‡ María Diesselina Ruiz Barrera,*§ María Alaciela Galván Merlos*¶

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

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

HEMORRAGIA EN HEMOFILIA: DIAGNÓSTICO EN LA UCI

María Diesselina Ruiz Barrera,*‡

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

Liliana Ponce Baños,*¶ María Alaciela Galván Merlos*¶

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

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

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

NECRÓLISIS EPIDÉRMICA TÓXICA SECUNDARIA A ENFORTUMAB

Juvenal Franco Noguez,* Alejandro Diaz Esquivel,‡ Celso Montoya González,§ Janet Silvia Aguirre Sánchez,¶ Braulia Aurelia Martínez Díaz||

* Residente de tercer año de Medicina Crítica del Centro Médico ABC. ‡ Médico adscrito de Terapia Intensiva del Centro Médico ABC.

§ Médico adscrito de Terapia Intensiva del Centro Médico ABC. ¶ Jefa del departamento de Medicina Crítica, campus Observatorio. || Jefa del departamento de Medicina Crítica, campus Santa Fe.

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

ROL DE LA BRONCOSCOPIA EN LESIÓN INHALATORIA

Alicia Eunice Orozco Villanueva,

Reyna Isabel Azúa Guevara, Álvaro Eduardo Ramírez Gutiérrez, Theno Alejandro Turribiates Hernández, Jorge Rosendo Sánchez Medina Hospital Regional Cd. Madero, Petróleos Mexicanos.

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

TAPONAMIENTO CARDIACO, PRESENTACIÓN INUSUAL EN AR

Ana Paulina Cortés Vásquez, Paola Overall Salazar,

Guadalupe Andalón Vélez

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

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

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

HEMORRAGIA ALVEOLAR POR LUPUS Y SAF

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

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

RICKETTSIOSIS Y SÍNDROME DE GUILLAIN-BARRÉ

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

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

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

MIXOMA AURICULAR Y OBSTRUCCIÓN DINÁMICA MITRAL

Miguel Ángel Rosado Chi

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

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

ENCEFALITIS VÍRICA ASOCIADA A SÍNDROME DE PRES

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

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

MENINGOENCEFALITIS EN LA UCI POR CMV: CASO CLÍNICO

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

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

DISFUNCIÓN MIOCÁRDICA POR SEPSIS

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

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

NET DE GRAN EXTENSIÓN: EXPERIENCIA DE MANEJO EN LA UCI

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

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

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

ABORDAJE DE LA HIPERTENSIÓN PULMONAR AGUDIZADA

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

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

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