



Resúmenes de Trabajos Libres Póster

Abstracts of Free Papers Poster

TROMBOSIS VENOSA CEREBRAL (TVC) EN SAF

Mariely Fernández García, Blanca Estela Herrera Morales

Hospital General Regional 196 «Fidel Velazquez».

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

AZUL DE METILENO EN VASOPLÉJIA POST-BENTALL

Aaron Tito Santiago López, Jorge Adrián Ramos Guerrero

Hospital Regional de Alta Especialidad de Oaxaca.

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

HELLP, PREECLAMPSIA Y LLA EN GESTANTE DE 27 AÑOS

Heriberto Herrera Vázquez, Joaquín David Torres Avilez, Alma Rosa Silva Barrios

UMAE «Ignacio García Téllez», IMSS.

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

EICH MULTIORGÁNICA TRATADA CON FOTOAFÉRESIS

Marco Antonio Montes de Oca,

Giovanni Francisco Domínguez Quintero, Janet Silvia Aguirre Sánchez

Centro Médico ABC.

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

LACTATO Y MORTALIDAD EN PACIENTES CON SDRA EN UCI

Guillermo David Escalona Muñoz, Alfonso López González

Hospital General «La Villa». Ciudad de México.

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

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

ESTATUS EPILÉPTICO SUPER-REFRACTARIO EN UCI

Tamara Hernández Morales, Ingrid Adriana Coronado Pérez

Centro Médico ISSEMYM «Lic. Arturo Montiel Rojas».

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

COAGULACIÓN Y ESTANCIA EN UCI OBSTÉTRICA

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

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

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

CASO POR INTOXICACIÓN AGUDA POR ROPIVACAÍNA EN UCI

Aldo Giovanni Cervantes Durana,*†

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

Liliana Ponce Baños,*¶ María Alaciel Galván Merlos*.^{||}

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

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

MONITOREO NEUROLÓGICO INVASIVO EN UTI

Sergio Alberto Margalli Vázquez, Janet Aguirre Sánchez,

Braulia Aurelia Martínez Díaz, Manuel Ruiz Álvarez

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

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

MIASTENIA GRAVIS ATÍPICA EN UCI: REPORTE DE CASO

Víctor Anaya Calderón, Mario Valencia Gutiérrez,

Adriana Calderón Guillén, Gaudencio Anaya Sánchez

Hospital Regional de Morelia, ISSSTE.

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

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

CHOQUE PROFUNDO TRAS PLEURODESIS QUÍMICA

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

Hospital Regional Ciudad Madero de Petróleos Mexicanos.

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

SEDACIÓN INHALADA EN GRAN QUEMADO CON SDRA

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

Hospital Regional de Ciudad Madero de Petróleos Mexicanos.

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

DIAGNÓSTICO DE TEP Y TAPONAMIENTO CON US CRÍTICO

Eder Alexis Méndez Cruz, Laura Carballo Molina

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

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

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

NEUROMONITOREO EN NEUMOENCÉFALO A TENSIÓN

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

Unidad de Cuidados Intensivos, Hospital Juárez de México.

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

WEANING CARDIACO EN PACIENTE CON FEVI REDUCIDA

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

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

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

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

TROMBOEMBOLIA PULMONAR, USO DE SISTEMA EKOS

Samuel Ramos Margarito

Hospital Star Médica Centro. CDMX.

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

SOPORTE MECÁNICO POSTCIRUGÍA VALVULAR CARDIACA

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

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

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

DE LA HSA ANEURISMÁTICA AL SÍNDROME DE TAKOTSUBO

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

Hospital Country 2000.

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

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

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

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

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

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

MÁS QUE SEPSIS, FALLA MULTIORGÁNICA POR HLH EN UCI

Leonardo Daniel Maxemin Tirado,*†

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

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

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

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

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

ÍNDICE PCR/ALBUMINA EN MORTALIDAD DE NEUROCRÍTICOS

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

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

ENCEFALOPATÍA POR CONTRASTE: UN ENIGMA CLÍNICO

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

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

NUTRICIÓN Y DESENLACES EN PACIENTES CRÍTICOS DE LA UCI

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

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

COMPLICACIONES DE TERAPIA DE REEMPLAZO RENAL

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

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

DELTA DÍMERO D PLAQUETAS CON CHOQUE SÉPTICO

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

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

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

UTILIDAD DEL IRR EN LESIÓN RENAL POR SEPSIS

José Juan Jiménez Orozco, Alfonso López González

Hospital General La Villa.

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

PTT ASOCIADA A SÍNDROME DE HELLP

Erick Alberto Islas Hernández, Montserrat Torres Macotela,

Daniel Blanco Manrique, Joaquín David Torres Avilés,

Ricardo Montes González

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

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

SAF Y TEP EN EL EMBARAZO: REPORTE DE UN CASO

Jovanhy Castillo Amador, Janette Alondra Callejas Velarde

Hospital Regional Primero de Octubre, ISSSTE. CDMX.

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

EVALUACIÓN MULTIDIMENSIONAL DE WEANING EN UCI

Francisco Javier Ramírez Almaraz,

Marcos Antonio Amezcua Gutiérrez, Mario Arturo Carrasco Flores,

Jessica Garduño López, José Carlos Gasca Aldama

Hospital Juárez de México. Ciudad de México.

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

AGENTES ETIOLÓGICOS Y RESISTENCIA PACIENTES EN VMI

Carlos Gálves Banda, Arnulfo González Fernández,

Celenys Bermúdez Lago

Hospital General Regional No. 58.

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

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

NEOPLASIA SUPRARRENAL Y CHOQUE HIPOVOLÉMICO EN UCI

Karla Deyanira Núñez Pedroza, Gabriel Ulises Carrillo Cortes

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

CID EN UCI: EL ESTADO TROMBÓTICO DE LA SEPSIS

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

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

PROGRAMA DE CUIDADOS POST-UCI DEL COMMECG

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

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

Introducción: el programa de cuidados post-UCI del COMMECG busca rehabilitación integral en el paciente críticamente enfermo, previniendo secuelas físicas, cognitivas y emocionales para mejorar la calidad. **Objetivos:** describir el proceso de los cuidados post-UCI en la recuperación integral de pacientes egresados y su impacto en el proceso de seguimiento clínico. **Material y métodos:** estudio prospectivo, comprendiendo de enero a agosto 2025 con pacientes egresados de UCI; seguimiento clínico, funcional y psicológico mediante escalas validadas, entrevistas y controles periódicos multidisciplinarios. **Resultados:** se obtuvo los datos de 35 pacientes, quienes se les dio seguimiento clínico dentro de los primeros 10 días posterior a su egreso a domicilio. Para debilidad muscular, se evaluó la escala *Short Physical Performance Battery*, donde se encontró, principalmente, que menos de 10% de los pacientes se encontraban con 0 puntos (pobre recuperación), disnea y uso de *O₂ mMRC Dyspnea Scale* con 11% en grado 4, *Mini Nutritional Assessment* (MNA) 18% con riesgo de malnutrición, autonomía funcional a través del índice de Barthel 15% totalmente dependientes de sus cuidadores, ajuste farmacológico en patologías crónicas, descontrol glucémico e hipertensivo. Área psicológica con 16% con depresión grave a través de la escala PHQ-9 (*Patient Health Questionnaire-9*). Además, se cuenta con apoyo psicológico y nutricional para su manejo.

DIAGNÓSTICO DE GRANULOMATOSIS CON POLIANGEÍTIS

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

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

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

HEMATOMA PERIRRENAL EN PACIENTE CON SAF Y LUPUS

Patricia Marisol Campos Carlos

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

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

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

ENCEFALITIS AUTOINMUNE ANTI-GAD65: CASO CLÍNICO

Jovanhy Castillo Amador, Katia Aime Ramírez Luna

Hospital Regional 1º Octubre, ISSSTE.

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

AZUL DE METILENO COMO RESCATE HEMODINÁMICO

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

Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajío.

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

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

ABORDAJE DE MIELOSUPRESIÓN EN LA UCI: REPORTE DE CASO

Marco Antonio Sedano Gómez

Hospital Regional ISSSTE de Morelia. Morelia, Michoacán.

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

WEANING EN PACIENTES CON VÍA AÉREA DIFÍCIL

Itzel Villanueva Delgado, Alfonso López González,

Alfredo Cortes Munguía

Hospital General La Villa.

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

SLT CLÍNICO ATÍPICO EN MIELOMA MÚLTIPLE: CASO EN UCI

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

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

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

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

ENDOCARDITIS COMPLICADA EN PACIENTE CON VIH

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

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

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

¿TPE DE ALTO VOLUMEN O ESTÁNDAR EN FALLA HEPÁTICA?

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

Unidad de Cuidados Intensivos Adultos. Hospital Juárez de México.

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

ECMO-VA COMO RESCATE EN TEP: CASO CLÍNICO

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

Hospital San Ángel Inn Universidad.

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

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

CATÉTER PERIDURAL TORÁCICO EN TÓRAX INESTABLE

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

Hospital Regional «Dr. Valentín Gómez Farías» ISSSTE.

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

ANGIOFIBROMA CELULAR DE VULVA: ENTIDAD A INVESTIGAR

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

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

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

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

VARIANTE AXONAL DEL SÍNDROME DE GUILLAIN-BARRÉ

Ivonne Calderón Lugo

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

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

SÍNDROME HEMOFAGOCÍTICO Y TUBERCULOSIS GANGLIONAR

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

Centro Médico ABC Campus Santa Fe.

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

ADENOCARCINOMA LETAL CON DISFUNCIÓN MULTIORGÁNICA

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

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

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

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

CRISIS MIASTÉNICA EN EMBARAZO CON HELLP Y HEMATOMA

Christopher Tapia García,* Atziry Domínguez Sánchez,[‡] Rigel Josué Huchim Estrella,[‡]

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

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

DE LA HIPERTERMIA A LA INFLAMACIÓN PANCREÁTICA

Cindy Danae Domínguez Angulo,

Irma González Prado, Luis Gutiérrez Domínguez,

Christian Eduardo Badillo Morales, Álvaro Flores Romero

Hospital General de Alta Especialidad de Veracruz.

Introducción: el golpe de calor es una condición potencialmente mortal caracterizada por hipertermia extrema (> 45 °C), disfunción del sistema nervioso central (SNC) e insuficiencia multiorgánica. Los sobrevivientes pueden presentar complicaciones neurológicas, cardiovasculares y renales a largo plazo, con riesgo persistente de muerte.

Material y métodos: revisión observacional, retrospectiva y descriptiva de un caso clínico. **Discusión:** en este caso, el paciente presentó encefalopatía aguda y lesión renal aguda, evolución clásica del golpe de calor. Requirió terapia sustitutiva renal y ventilación mecánica. Durante la estancia se identificó pancreatitis, una complicación infrecuente. El tratamiento oportuno, con soporte ventilatorio, renal e hídrico, limitó mayores complicaciones hemodinámicas, aunque se necesitó manejo invasivo de la vía aérea, con riesgo asociado de infecciones. **Resultados:** al egreso de UCI, el paciente presentaba secuelas físicas y neurológicas derivadas de la encefalopatía. Se logró estabilizar la función orgánica y fue dado de alta tres semanas después para continuar con rehabilitación. **Conclusión:** se mostró una complicación poco común del golpe de calor que, por su forma de presentación, puede desviar el enfoque clínico hacia diagnósticos diferenciales.

EDEMA AGUDO PULMONAR: INHALACIÓN DE ÁCIDO NÍTRICO

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

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

SÍNDROME DE GUILLAIN-BARRÉ AMAN

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

* Residente de primer año de Medicina Crítica.

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

LEIOMIOSARCOMA EN VCI CON GRADIENTE TRICUSPÍDEO

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

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

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

CHOQUE MIXTO POR NEUMONÍA NECROTIZANTE

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

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

CHOQUE OBSTRUCTIVO SECUNDARIO A TEP DE ALTO RIESGO

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

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

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

AGONISTAS GLP-1: NUEVA ERA CONTRA LA OBESIDAD

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

Centro Médico ABC.

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

DE LA SEPSIS AL COMA MIXEDEMATOSO

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

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

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

GUILLAIN-BARRÉ VARIANTE AMAN: REPORTE DE CASO CLÍNICO

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

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

IAM, ANEURISMA DE VI Y CHOQUE MIXTO EN LA UCI

Erick Alberto Sifuentes de la Cruz, Hugo Cárdenas Castañeda

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

TAQUICARDIA SUPRAVENTRICULAR EN EL EMBARAZO

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

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

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

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

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

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