



# Del triaje a cuidados intensivos: índice respiratorio diastólico como predictor no invasivo en síndrome coronario agudo

From triage to intensive care: diastolic respiratory index as a non-invasive predictor in acute coronary syndrome

Eder Alexis Méndez Cruz,<sup>\*,‡</sup> Laura Carballo Molina<sup>\*,§</sup>

## RESUMEN

**Introducción:** la estratificación temprana del riesgo en pacientes con síndrome coronario agudo (SCA) es esencial para optimizar la toma de decisiones. El DRI (*Diastolic Respiratory Index*), calculado como  $FC/TAD + FR/SpO_2$ , se propone como una herramienta fisiológica no invasiva de aplicación inmediata. **Objetivo:** evaluar el rendimiento del DRI como predictor de desenlaces adversos: mortalidad hospitalaria, evolución a choque y ventilación mecánica en pacientes con SCA. **Material y métodos:** estudio observacional, ambispectivo, analítico y unicéntrico, realizado en una cohorte de 101 pacientes con diagnóstico de SCA. Se aplicó análisis ROC para determinar el punto de corte óptimo del DRI, y se desarrollaron modelos de regresión logística univariada y multivariada para evaluar su independencia como predictor. **Resultados:** se analizaron 101 pacientes con SCA, con mediana de edad de 69 años y predominio masculino (67.3%). Los eventos adversos se presentaron con las siguientes frecuencias: evolución a choque en 34.7% de los casos ( $n = 35$ ), requerimiento de ventilación mecánica en 21.8% ( $n = 22$ ) y mortalidad hospitalaria en 19.8% ( $n = 20$ ). El DRI mostró su mejor rendimiento para predecir ventilación mecánica (AUC = 0.759, punto de corte = 1.40, sensibilidad 72.7%, especificidad 82.3%), y también fue significativo para choque y mortalidad. En el análisis multivariado, el DRI se mantuvo como predictor independiente para los tres desenlaces: choque (OR = 2.60,  $p = 0.010$ ), ventilación mecánica (OR = 3.72,  $p = 0.001$ ) y mortalidad hospitalaria (OR = 2.97,  $p = 0.007$ ), superando a otras variables fisiológicas y confirmando su valor como herramienta de estratificación temprana. **Conclusión:** el DRI es un predictor independiente, no invasivo y confiable, con buena capacidad discriminativa para anticipar desenlaces adversos principalmente necesidad de ventilación mecánica en pacientes con SCA, con un punto de corte óptimo de 1.40 ( $p < 0.05$ ).

**Palabras clave:** síndrome coronario agudo, DRI, predictor, ventilación mecánica, choque, mortalidad hospitalaria.

## ABSTRACT

**Introduction:** early risk stratification in patients with acute coronary syndrome (ACS) is essential to optimize clinical decision-making. The diastolic respiratory index (DRI), calculated as  $HR/DBP + RR/SpO_2$ , is proposed as a non-invasive physiological tool for immediate application. **Objective:** to evaluate the performance of the DRI as a predictor of adverse outcomes: in-hospital mortality, progression to shock, and the need for mechanical ventilation (MV) in patients with ACS. **Material and methods:** observational, ambispective, analytical, and single-center study conducted in a cohort of 101 patients diagnosed with ACS. ROC curve analysis was applied to determine the optimal cutoff point for the DRI, and multivariable logistic regression models were developed to assess its independence as a predictor. **Results:** a total of 101 patients with ACS were analyzed, with a median age of 69 years and a predominance of males (67.3%). Adverse events occurred with the following frequencies: progression to shock in 34.7% of cases ( $n = 35$ ), requirement of mechanical ventilation in 21.8% ( $n = 22$ ), and in-hospital mortality in 19.8% ( $n = 20$ ). The DRI showed its best performance for predicting MV (AUC = 0.759; cutoff = 1.40; sensitivity 72.7%; specificity 82.3%) and was also significant for shock and mortality. In the multivariable analysis, the DRI remained an independent predictor for all three outcomes: shock (OR = 2.60,  $p = 0.010$ ), MV (OR = 3.72,  $p = 0.001$ ), and in-hospital mortality (OR = 2.97,  $p = 0.007$ ),

outperforming other physiological variables and confirming its value as an early stratification tool. **Conclusion:** the DRI is an independent, non-invasive, and reliable predictor, with good discriminative capacity to anticipate adverse outcomes, particularly the need for MV in ACS patients, with an optimal cutoff point of 1.40 ( $p < 0.05$ ).

**Keywords:** acute coronary syndrome, DRI, predictor, mechanical ventilation, shock, in-hospital mortality.

## Abreviaturas:

AUC = Area Under the Curve (área bajo la curva)

DRI = Diastolic Respiratory Index (índice respiratorio diastólico)

GRACE = Global Registry of Acute Coronary Events (Registro Mundial de Eventos Coronarios Agudos)

IC95% = intervalo de confianza de 95%

lpm = latidos por minuto

OR = Odds Ratio (razón de momios)

ROC = Receiver Operating Characteristic (característica operativa del receptor)

rpm = respiraciones por minuto

SCA = síndrome coronario agudo

SCACEST = síndrome coronario agudo con elevación del segmento ST

SCASEST = síndrome coronario agudo sin elevación del segmento ST

TIMI = Thrombolysis In Myocardial Infarction (trombólisis en el infarto de miocardio)

## INTRODUCCIÓN

El síndrome coronario agudo (SCA) representa la primera causa de morbimortalidad cardiovascular intra-hospitalaria a nivel mundial oscilando entre 5-10%. Su abordaje inicial requiere herramientas diagnósticas y pronósticas que permitan una estratificación rápida del riesgo para guiar la toma de decisiones.<sup>1</sup> En la práctica clínica, existen diversas puntuaciones pronósticas como TIMI y GRACE; sin embargo, muchas de ellas requieren estudios complementarios o marcadores bioquímicos que no están disponibles de forma inmediata en todos los entornos hospitalarios.<sup>2,3</sup>

El índice respiratorio diastólico (DRI, por sus siglas en inglés) surge como un indicador fisiológico que integra variables clínicas de obtención inmediata (frecuencia cardíaca, presión arterial diastólica, frecuencia respiratoria y saturación parcial de oxígeno), permitiendo estimar de forma indirecta el estado hemodinámico y respiratorio del paciente.<sup>4,5</sup> Estudios recientes han propuesto su aplicación en contextos como sepsis, trauma

\* Hospital Regional de Poza Rica, Petróleos Mexicanos. Veracruz, México.

‡ Medicina del Enfermo en Estado Crítico.

§ Unidad de Terapia Intensiva.

Recibido: 08/09/2025. Aceptado: 20/10/2025.

**Citar como:** Méndez CEA, Carballo ML. Del triaje a cuidados intensivos: índice respiratorio diastólico como predictor no invasivo en síndrome coronario agudo. Med Crit. 2026;40(2):104-108. <https://dx.doi.org/10.35366/123471>

y urgencias prehospitalarias, pero su utilidad en SCA no ha sido plenamente validada.<sup>6-15</sup>

Ante esta necesidad, se propone evaluar el DRI como predictor no invasivo de desenlaces adversos como evolución a choque, mortalidad hospitalaria y ventilación mecánica en pacientes con SCA.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional, analítico, ambispectivo y unicéntrico en el servicio de terapia intensiva de un hospital de segundo nivel. Se incluyeron pacientes consecutivos mayores de 18 años con diagnóstico confirmado de síndrome coronario agudo (SCA), ya fuera con elevación del segmento ST (SCACEST) o sin elevación del ST (SCASEST), entre enero de 2023 y julio de 2025.

**Criterios de inclusión:** diagnóstico de SCA, ingreso hospitalario en las primeras 24 horas del inicio de los síntomas, ingreso en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), disponibilidad de los signos vitales requeridos para calcular el DRI (frecuencia cardíaca [FC], presión arterial diastólica [TAD], frecuencia respiratoria [FR] y saturación parcial de oxígeno [ $SpO_2$ ]). Se excluyeron pacientes con diagnósticos alternativos, intervenciones quirúrgicas urgentes previas al ingreso a la UCI, o registros incompletos.

El DRI se calculó mediante la fórmula:  $DRI = FC/TAD + FR/SpO_2$ . Se consideraron los siguientes desenlaces clínicos: evolución a choque (definido como la necesidad de vasopresores por hipotensión sostenida), ventilación mecánica y mortalidad hospitalaria.

**Análisis estadístico:** se realizó con pruebas de normalidad, estadística descriptiva, análisis ROC para determinar el punto de corte óptimo del DRI, además de regresión logística univariada y multivariada para evaluar su independencia como predictor de los desenlaces. El nivel de significancia estadística se estableció en  $p < 0.05$ . El análisis se llevó a cabo mediante el *software* SPSS® v.26.

## RESULTADOS

Se analizaron un total de 101 pacientes con diagnóstico de SCA. La mediana de edad fue de 69 años (RIC 61-79). La distribución por sexo fue 67.3% hombres y 32.7% mujeres. El 39.6% presentó SCASEST y 60.4% SCACEST. Los eventos adversos registrados fueron: evolución a choque en 34.7% ( $n = 35$ ) de los casos, requerimiento de ventilación mecánica en 21.8% ( $n = 22$ ) y mortalidad hospitalaria en 19.8% ( $n = 20$ ).

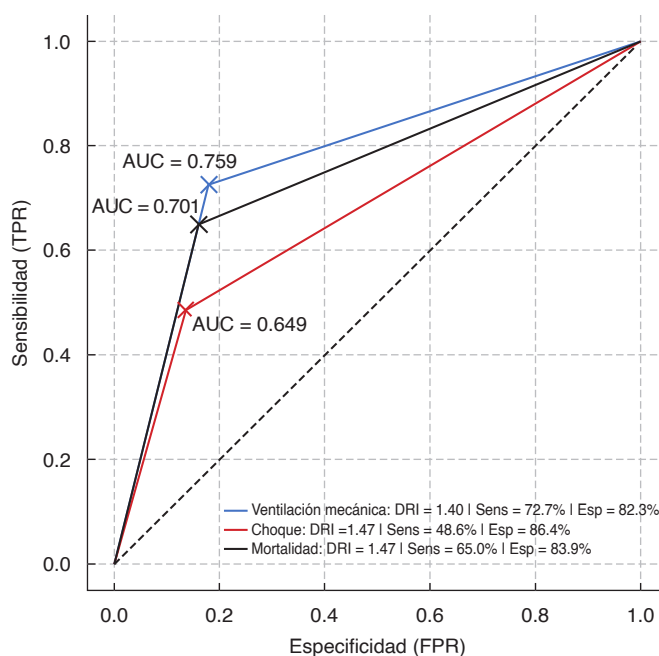
Respecto al tratamiento de reperfusión, 44 (43.6%) pacientes recibieron trombólisis, mientras que 57 (56.4%) no fueron trombolizados, de los cuales 19.8%

fueron SCACEST que acudieron al Servicio de Urgencias posterior a 12 horas del acmé del dolor.

Fueron sometidos a cateterismo 67 pacientes, 34.3% ( $n = 23$ ) presentó enfermedad de un solo vaso, 13.4% ( $n = 9$ ) afectación de dos vasos y 49.3% ( $n = 33$ ) enfermedad trivascular. La afectación del tronco coronario se documentó en un caso (1.5%) y en un paciente (1.5%) no se especificó el vaso comprometido. En el subgrupo con enfermedad de un solo vaso ( $n = 23$ , 34.3%), la arteria descendente anterior (DA) estuvo comprometida en 13 casos (56.5% del subgrupo univaso), la coronaria derecha (CD) en seis (26.1%) y la circunfleja (CX) en cuatro (17.4%).

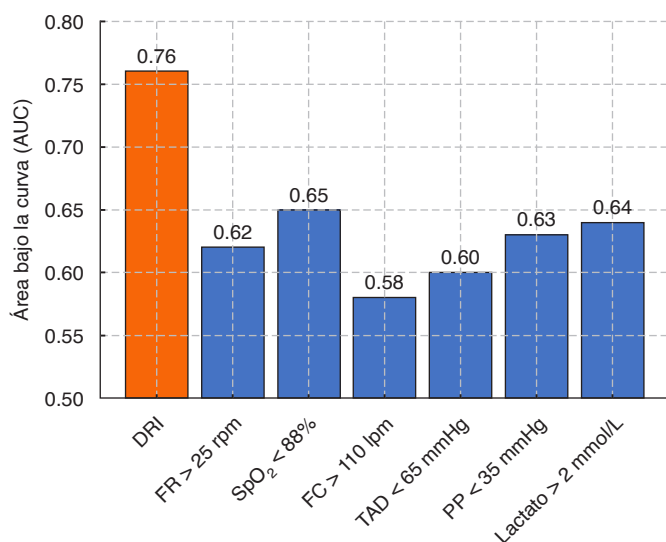
En el análisis ROC por desenlace individual, el DRI mostró una capacidad discriminativa buena para la ventilación mecánica, el área bajo la curva (AUC) fue de 0.759, con un punto de corte de 1.40, sensibilidad de 72.7% y especificidad de 82.3%, constituyendo el mejor rendimiento discriminativo del índice. Para la evolución a choque mostró un área bajo la curva (AUC) de 0.649, un punto de corte óptimo de 1.47, sensibilidad de 48.6% y especificidad de 86.4%. En cuanto a la mortalidad hospitalaria fue de moderado a bueno con AUC de 0.701, con punto de corte de 1.47, sensibilidad de 65% y especificidad de 83.9% (Figura 1).

Cuando se evaluó el desenlace compuesto que incluyó evolución a choque, ventilación mecánica o mor-



**Figura 1:** Curvas ROC del índice respiratorio diastólico y valores de corte para ventilación mecánica, choque y mortalidad hospitalaria.

AUC = Area Under the Curve (área bajo la curva). DRI = Diastolic Respiratory Index (índice respiratorio diastólico). Esp = especificidad. FPR = False Positive Rate (tasa de falsos positivos)(1-especificidad). Sens = sensibilidad. TPR = True Positive Rate (tasa de verdaderos positivos) (sensibilidad).



**Figura 2:** Comparación de capacidad predictiva (AUC) del índice respiratorio diastólico (DRI) versus variables individuales para el desenlace de ventilación mecánica.

AUC = Area Under the Curve (área bajo la curva). FC = frecuencia cardiaca. FR = frecuencia respiratoria. lpm = latidos por minuto. PP = presión de pulso. rpm = respiraciones por minuto. TAD = presión arterial diastólica.

talidad hospitalaria, el DRI obtuvo un AUC de 0.649 y un punto de corte óptimo de 1.47, con sensibilidad de 48.6% y especificidad de 86.4%, manteniendo un perfil discriminativo moderado a bueno y priorizando la capacidad para descartar falsos positivos.

En el análisis comparativo del AUC de las variables fisiológicas (*Figura 2*), el DRI alcanzó el mayor rendimiento discriminativo (AUC = 0.76), superando de manera significativa a los demás parámetros clínicos individuales. Entre los predictores tradicionales, la SpO<sub>2</sub> < 88% (AUC = 0.65), la presión de pulso < 35 mmHg (AUC = 0.63) y el lactato > 2 mmol/L (AUC = 0.64) mostraron una capacidad intermedia de predicción. En contraste, la frecuencia respiratoria > 25 respiraciones por minuto (rpm) (AUC = 0.62), la presión arterial diastólica < 65 mmHg (AUC = 0.60) y la frecuencia cardiaca > 110 latidos por minuto (lpm) (AUC = 0.58) presentaron menor capacidad discriminativa frente a los desenlaces adversos.

En cuanto al análisis univariado del desenlace de evolución a choque, el DRI mostró asociación significativa (*odds ratio* [OR] = 2.84, IC95% 1.47-5.48, p = 0.002), junto con presión arterial diastólica < 65 mmHg (OR = 2.40, IC95% 1.03-5.57, p = 0.043) y presión de pulso < 35 mmHg (OR = 2.70, IC95% 1.27-5.74, p = 0.010). Los resultados correspondientes al desenlace de ventilación mecánica se muestran en la *Tabla 1*. En ventilación mecánica, fueron significativos el DRI (OR = 4.46, IC95% 2.16-9.19, p < 0.001), frecuencia respiratoria > 25 rpm (OR = 3.27, IC95% 1.53-6.96, p = 0.002), saturación de oxígeno < 88% (OR = 3.94, IC95% 1.81-

8.59, p < 0.001) y lactato > 2 mmol/L (OR = 3.65, IC95% 1.68-7.94, p = 0.001). Para mortalidad hospitalaria, las variables asociadas fueron DRI (OR = 3.52, IC95% 1.66-7.45, p = 0.001), saturación de oxígeno < 88% (OR = 3.86, IC95% 1.68-8.88, p = 0.001) y lactato > 2 mmol/L (OR = 3.40, IC95% 1.49-7.78, p = 0.004).

Para el análisis multivariado del desenlace de evolución a choque, se mantuvieron como predictores independientes el DRI (OR = 2.60, IC95% 1.25-5.41, p = 0.010) y la presión de pulso < 35 mmHg (OR = 2.39, IC95% 1.02-5.59, p = 0.045). Los resultados del modelo multivariado para ventilación mecánica se presentan en la *Tabla 2*. Para ventilación mecánica, conservaron significancia el DRI (OR = 3.72, IC95% 1.73-8.02, p = 0.001) y la saturación de oxígeno < 88% (OR = 3.16, IC95% 1.34-7.47, p = 0.009). En mortalidad hospitalaria, permanecieron como predictores independientes el DRI (OR = 2.97, IC95% 1.34-6.60, p = 0.007) y la saturación de oxígeno < 88% (OR = 3.12, IC95% 1.28-7.56, p = 0.012).

## DISCUSIÓN

En esta cohorte de 101 pacientes con síndrome coronario agudo (SCA), el DRI mostró un desempeño superior frente a los parámetros fisiológicos tradicionales en la predicción de desenlaces adversos. El análisis ROC evidenció que el DRI alcanzó un AUC de 0.759 para

**Tabla 1:** Análisis univariado (ventilación mecánica como desenlace).

Variable	OR [IC95%]	p
Índice respiratorio diastólico (DRI)	4.46 [2.16-9.19]	< 0.001
Frecuencia respiratoria > 25 rpm	3.27 [1.53-6.96]	0.002
Saturación de oxígeno < 88%	3.94 [1.81-8.59]	< 0.001
Lactato > 2 mmol/L	3.65 [1.68-7.94]	0.001
Presión arterial diastólica < 65 mmHg	NS	> 0.05
Frecuencia cardiaca > 110 lpm	NS	> 0.05
Presión de pulso < 35 mmHg	NS	> 0.05

IC95% = intervalo de confianza de 95%. lpm = latidos por minuto. NS = no significativo. OR = *Odds Ratio* (razón de momios). rpm = respiraciones por minuto.

**Tabla 2:** Análisis multivariado (ventilación mecánica como desenlace).

Variable	OR [IC95%]	p
Índice respiratorio diastólico (DRI)	3.72 [1.73-8.02]	0.001
Saturación de oxígeno < 88%	3.16 [1.34-7.47]	0.009
Frecuencia respiratoria > 25 rpm	NS	> 0.05
Lactato > 2 mmol/L	NS	> 0.05
Presión arterial diastólica < 65 mmHg	NS	> 0.05
Frecuencia cardiaca > 110 lpm	NS	> 0.05
Presión de pulso < 35 mmHg	NS	> 0.05

IC95% = intervalo de confianza de 95%. lpm = latidos por minuto. NS = no significativo. OR = *Odds Ratio* (razón de momios). rpm = respiraciones por minuto.

ventilación mecánica, con un punto de corte óptimo de 1.4, sensibilidad de 72.7% y especificidad de 82.3%. Estos valores indican una capacidad discriminativa buena, con adecuado balance entre detección de casos verdaderos positivos y minimización de falsos positivos.

Para mortalidad hospitalaria, el rendimiento fue moderado a bueno (AUC = 0.701, punto de corte 1.47, sensibilidad 65%, especificidad 83.9%), mientras que para evolución a choque el valor predictivo fue más limitado (AUC = 0.649, punto de corte 1.47, sensibilidad 48.6%, especificidad 86.4%), priorizando la capacidad de exclusión de falsos positivos.

En el análisis comparativo de AUC, el DRI (AUC = 0.76) superó significativamente a variables aisladas como frecuencia cardíaca > 110 lpm (AUC = 0.58), presión arterial diastólica < 65 mmHg (AUC = 0.60) y frecuencia respiratoria > 25 rpm (AUC = 0.62), las cuales demostraron un bajo poder discriminativo. Por otro lado, parámetros como saturación de oxígeno < 88% (AUC = 0.65), lactato > 2 mmol/L (AUC = 0.64) y presión de pulso < 35 mmHg (AUC = 0.63) ofrecieron un rendimiento intermedio.

En el análisis univariado, el DRI se asoció significativamente con evolución a choque (OR = 2.84, IC95% 1.47-5.48,  $p = 0.002$ ), ventilación mecánica (OR = 4.46, IC95% 2.16-9.19;  $p < 0.001$ ) y mortalidad hospitalaria (OR = 3.52, IC95% 1.66-7.45,  $p = 0.001$ ). Este efecto fue comparable o incluso superior al de predictores clásicos como lactato > 2 mmol/L (OR = 3.65 para ventilación mecánica,  $p = 0.001$ ; OR = 3.40 para mortalidad,  $p = 0.004$ ) y saturación de oxígeno < 88% (OR = 3.94 para ventilación mecánica,  $p < 0.001$ ; OR = 3.86 para mortalidad,  $p = 0.001$ ). En contraste, la frecuencia cardíaca > 110 lpm no alcanzó significancia estadística en ninguno de los modelos ( $p > 0.05$ ).

Al ajustar por múltiples covariables en el análisis multivariado, el DRI se mantuvo como un predictor independiente de evolución a choque (OR = 2.60, IC95% 1.25-5.41,  $p = 0.010$ ), ventilación mecánica (OR = 3.72, IC95% 1.73-8.02,  $p = 0.001$ ) y mortalidad hospitalaria (OR = 2.97, IC95% 1.34-6.60,  $p = 0.007$ ). Es relevante destacar que otras variables como la presión arterial diastólica < 65 mmHg, que inicialmente mostraron asociación en el análisis univariado, perdieron significancia en el modelo ajustado. Esto refuerza el peso independiente del DRI como herramienta de estratificación.

En conjunto, estos hallazgos sugieren que el DRI no solo refleja mejor la interacción entre los componentes hemodinámicos y respiratorios del paciente con SCA, sino que además logra una capacidad predictiva independiente y constante frente a desenlaces críticos. La magnitud de sus asociaciones (OR entre 2.60 y 4.46 según el desenlace) y la estabilidad de su significancia tras el ajuste multivariado, posicionan al DRI como un marcador pronóstico robusto y clínicamente relevante.

## CONCLUSIONES

El DRI mostró una buena capacidad discriminativa para predecir desenlaces adversos en pacientes con SCA. Con un punto de corte de 1.40, el índice permite identificar adecuadamente a los pacientes con mayor riesgo de requerir ventilación mecánica. Además, cuando el valor llega a 1.47, el DRI también discrimina de manera significativa la probabilidad de evolucionar a choque y de presentar mortalidad hospitalaria, todos con significancia estadística ( $p < 0.05$ ).

En el análisis multivariado, el DRI se mantuvo como predictor independiente para los tres desenlaces, superando a todas las variables fisiológicas evaluadas de forma aislada, lo que respalda su uso como herramienta de estratificación temprana.

Entre los desenlaces, la ventilación mecánica presentó el mejor rendimiento predictivo (AUC = 0.759, IC95% 0.622-0.890,  $p < 0.001$ ), lo que sugiere que el DRI es especialmente útil para identificar pacientes con riesgo de deterioro respiratorio que requiera ingreso a la Unidad de Cuidados Intensivos y disminuir complicaciones.

La simplicidad y disponibilidad inmediata del DRI lo convierten en un índice aplicable en contextos de urgencia y cuidados críticos, optimizando la predicción temprana y apoyando la priorización en el manejo inicial del SCA.

## REFERENCIAS

1. Ibanez B, James S, Agewall S, Antunes MJ, Bucciarelli-Ducci C, Bueno H, et al. 2018 ESC Guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation. *Eur Heart J*. 2018;39(2):119-177.
2. Morrow DA, Antman EM, Charlesworth A, Cairns R, Murphy SA, de Lemos JA, et al. TIMI risk score for ST-elevation myocardial infarction. *JAMA*. 2000;284(7):835-842.
3. Granger CB, Goldberg RJ, Dabbous O, Pieper KS, Eagle KA, Cannon CP, et al. Predictors of hospital mortality in the global registry of acute coronary events. *Arch Intern Med*. 2003;163(19):2345-2353.
4. Sanz R, López-Palop R, Florit E, Martínez-Dolz L. Índices hemodinámicos no invasivos en pacientes críticos: utilidad clínica. *Med Intensiva*. 2020;44(5):312-321.
5. Nazerian P, Vanni S, Morello F, Di Somma S, Mantuani D, Strada E, et al. Respiratory and circulatory indexes for risk stratification in emergency settings. *Emerg Med J*. 2021;38(6):402-409.
6. Paniagua D, Echeverría R, Gómez S, López J. Diastolic shock index: a new tool in the early identification of circulatory collapse. *Crit Care Med*. 2022;50(4):e320-e328.
7. De Backer D, Cecconi M, Hajjar L, Monnet X, Teboul JL. Hemodynamic monitoring in shock: A clinical review. *Intensive Care Med*. 2021;47(6):627-639.
8. Jentzer JC, van Diepen S, Barsness GW, Henry TD, Menon V, Clements SD, et al. Shock in the cardiac intensive care unit: classification, risk stratification, and management. *J Am Coll Cardiol*. 2019;73(17):2017-2035.
9. Levy B, Bastien O, Benjelid K, Cariou A, Chouihed T, Combes A, et al. Hemodynamic monitoring in cardiogenic shock: Recent advances and future directions. *Curr Opin Crit Care*. 2021;27(5):489-497.
10. Mokhtari A, Dryver E, Soderholm M, Ekelund U. Clinical predictors of mechanical ventilation and mortality in emergency patients

with respiratory failure. *Am J Emerg Med.* 2020;38(11):2321-2327.

11. Liu KD, Matthay MA, Chertow GM, Cohen MJ, Calfee CS, Goodman SB, et al. Critical care outcome prediction: toward a universal model. *Crit Care Med.* 2021;49(4):640-649.
12. Patel B, Lavi S, Daemen J, Garcia-Garcia HM. Oxygen saturation index as a predictor of mortality in acute coronary syndrome patients. *Am J Cardiol.* 2022;172:112-117.
13. Mateo J, González Del Castillo J, Puente MA, Del Prado F. Rapid predictors of ICU admission in patients with chest pain: a prospective cohort. *Emergencias.* 2023;35(1):29-34.
14. Hernández G, Soto A, Ferrer R, Varela M. Evaluación fisiológica en urgencias: índices compuestos y su utilidad clínica. *Rev Clin Esp.* 2020;220(8):452-458.
15. Arboine-Aguirre L, Menéndez-Espinoza R, Torres-López I, Villanueva-Moreno E. Score fisiológico respiratorio-diafórico en

pacientes críticos: validación en cohortes latinoamericanas. *Med Intensiva.* 2024;48(1):23-30.

**Financiamiento:** el presente trabajo fue desarrollado de manera independiente, sin apoyo financiero externo.

**Conflicto de intereses:** los autores declaran que no existen patrocinios ni conflicto de intereses relacionados con este estudio.

*Correspondencia:*

**Eder Alexis Méndez Cruz**

**E-mail:** edermendez203@gmail.com