

C1. DESARROLLO DE TÉCNICA PARA FACILITAR LA COLOCACIÓN POR ULTRASONIDO DE CATÉTER CENTRAL DE ACCESO PERIFÉRICO

César Alejandro Rojas Gómez, Hospital Español.

Introducción: Este trabajo describe la experiencia al implementar una técnica novedosa que posiblemente facilita la colocación de catéteres centrales de acceso periférico (CAPS) guiada por ultrasonido (USG). **Objetivo:** Desarrollar una técnica que facilite la colocación de CAPS. **Material y métodos:** Se obtuvo consentimiento informado en todos los casos. **Descripción de la técnica:** El paciente debe contar con una canalización previa. Se coloca torniquete y se realiza evaluación por USG con identificación de vena objetivo. Se retira torniquete. Con técnica estéril, se desinfecta la piel, se preparan campos y cubierta estéril de transductor. Es necesaria la colaboración de un ayudante quien recoloca torniquete y administra bolo de solución cristaloide 1 ml/kg a través de la vena previamente canulada. A partir de este punto se realiza la colocación habitual, previa anestesia local. Hasta donde llega nuestro conocimiento, este estudio es el primero en describir esta técnica. **Resultados:** 15 CAPS. Colocaciones al primer intento: 11 (73%), procedimientos sin complicaciones asociadas n: 15 (100%). **Discusión y conclusiones:** Nuestra técnica puede ser considerada para facilitar la colocación de CAPS. Posiblemente es útil e inocua; la incidencia de complicaciones fue nula y de colocaciones al primer intento, aceptables. Es necesario realizar más estudios; los resultados son prometedores.

C2. ESTANDARIZACIÓN DEL DÍAMETRO MÁXIMO DE LA VENA CAVA INFERIOR POR ULTRASONIDO EN LA POBLACIÓN DE ECATEPEC

Emmanuel Flores Martínez*, Felipe de Jesús Montelongo**, Aurea Carmena Domínguez**, Eduardo Garrido Aguirre**. *Residente de la especialidad del enfermo en estado crítico, **Medico Adscrito, unidad de cuidados intensivos hospital General Ecatepec Las Américas.

Introducción: El diámetro de la vena cava inferior ha demostrado su correlación con el estado de volumen intravascular así como la respuesta a la administración de fluidos. Este método ha comprobado su utilidad, por lo cual se ha extendido su uso. El diámetro máximo de la vena cava inferior se ha estimado en 14-18 mm pero es importante determinar si se aplica a la población mexicana. **Objetivo:** Estandarizar el diámetro máximo de la vena cava inferior en voluntarios de Ecatepec. **Material y métodos:** Se midió de la vena cava inferior en 385 voluntarios sanos aplicando la prueba de Kolmogorov-Smirnov-Lilliefors. **Resultados:** Diámetro máximo de vena cava inferior: 13.5-17.8mm mujeres, 14.5 a 22.7mm hombres. **Discusión:** El diámetro de la vena cava inferior, siendo una medida antropométrica, depende de las características de cada población. **Conclusiones:** El diámetro de la vena cava inferior en mexicanos, no se correlaciona con lo reportado en la literatura internacional.

C3. PROPUESTA DE TÉCNICA DE COLOCACIÓN DE SWAN-GANZ GUIADA POR ULTRASONIDO

Dr. Calzada Torres Pablo, Dr. Jorge Eduardo Montesinos Calderón, Dr. Javier Alejandro Villegas Aguilar, Dr. Felipe de Jesús Montelongo. UCIA. Hospital General de Ecatepec ISEM "Las Américas"

Introducción: El uso de catéter en la arteria pulmonar (Swan-Ganz) ha sido discutido, sin embargo, aún es una herramienta útil para monitoreo hemodinámico en muchas terapias de cuidados intensivos. **Objetivo:** Ofrecer una alternativa en la colocación de catéter Swan-Ganz mediante ultrasonido en menor tiempo y sin complicaciones. **Material y métodos:** Se colocó a 7 pacientes con diversas patologías, catéter de arteria pulmonar; evaluando tiempos de colocación y complicaciones asociadas tras su colocación; visualizando la introducción del catéter por ventana subxifoidea. Se evaluó con Wilcoxon. **Resultados:** Se obtuvo media de 75 segundos de tiempo de colocación tras introducir la punta del catéter por venodisección ($p=0.75$) y 0% de complicaciones en los 7 pacientes. **Discusión:** El uso del ultrasonido ofrece un método alterno de colocación del catéter sin apoyo de fluoroscopia, curvas de monitoreo o presiones intracavitarias; y reduce complicaciones. Se requiere una muestra mayor para determinar si existe seguridad y eficacia en el método planteado de colocación. **Conclusiones:** La colocación de Swan Ganz por ultrasonido es un método alterno y seguro para su colocación con un tiempo medio de 75 segundos en su inserción.

C4. SARCOMA SINOVIAL METASTÁSICO DEL VENTRÍCULO DERECHO, REPORTE DE CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

Dr. Manuel José Rivera Chávez Médico Internista – Intensivista Adscrito a la Unidad de Terapia Intensiva del Hospital Regional de Alta Especialidad

(HRAEB) Unidad Post Quirúrgica de Cirugía de Corazón, Dr. Miguel Ángel Chagolla Santillán Cirugía Cardiovascular HRAEB Dra. Karina Itzel Martínez Cervantes Residente de Segundo Grado de Anestesiología HRAEB. E-mail para correspondencia: manrivilib@hotmail.com.

La metástasis cardiaca del sarcoma sinovial es rara a nivel mundial, presentamos el caso de una mujer 21^a, antecedente de sarcoma sinovial en extremidad inferior, sometida a técnica de perfusión aislada de Extremidad (ILP), la cual recurre con metástasis a corazón. Descripción de un caso de Sarcoma sinovial metastásico a corazón. Femenino con diagnóstico de sarcoma sinovial monofásico de pie derecho, operada con técnica ILP, recibió radioterapia adyuvante. Dos años después presenta disminución de clase funcional, Ecocardiograma, reportó tumoración fija en pared libre e infundíbulo (47x54x42 mm.) Angiotomografía: masa radiopaca en ventrículo derecho. Se realizó resección de tumoración intracardiaca, el tumor infiltraba pared libre del ventrículo derecho y parte del septum interventricular. Tratada en el post operatorio en la Unidad de Terapia Intensiva, adecuada evolución. Diversos autores refieren que el sitio de metástasis cardiaca más común es del lado derecho, algunos reportes incluso reportan 25% de metástasis cardíacas en el sarcoma sinovial, se refiere que en esta patología la sobrevida promedio ronda los 11 meses. Los pacientes con sarcoma sinovial requieren estudios de seguimiento dada la tasa de metástasis a corazón, No existe suficiente experiencia en este tipo de tumores para definir con certeza la sobrevida.

C5. MIXOMA AURICULAR GIGANTE. DIAGNÓSTICO POR EVALUACIÓN ECOCARDIOGRAFÍA TRANSTORÁCICA ENFOCADA (FATE)

Roberto Flores Suárez¹, Felipe de Jesús Montelongo², Coral Serrano Arroyo¹. Departamento de Medicina Interna HGR 196 IMSS¹, Unidad de Cuidados Intensivos HG Las Américas ISEM.

Introducción: Los tumores cardíacos primarios son raros. Aproximadamente 75% de los tumores encontrados son benignos y de éstos, el 50% de los casos son mixomas. Las manifestaciones clínicas aparecen hasta que el tumor alcanza un cierto tamaño y dependen de su localización e interferencia con la hemodinámica del corazón. El ecocardiograma bidimensional es la modalidad de elección ante sospecha de tumor cardíaco.

Objetivo: Describir el caso de un mixoma gigante de aurícula izquierda y la importancia diagnóstica ecocardiográfica. **Descripción:** Masculino de 17 años, sin antecedentes, con manifestaciones clínicas de falla cardiaca derecha con soplo mitral diastólico y retumbo tricuspídeo, se realiza protocolo FATE con presencia de tumoración auricular izquierda 7x3cm ocupa 90% de la cavidad y protruye a través de la válvula mitral hacia el ventrículo izquierdo en sistole, hipocinesia generalizada del ventrículo izquierdo con FEVI 43%, derrame pericárdico moderado con cavidades derechas dilatadas. Se realizó resección total del mixoma. **Discusión:** El diagnóstico oportuno del mixoma cardíaco es importante ya que es potencialmente curable con cirugía. Los hallazgos ecocardiográficos fueron indispensables en el diagnóstico y en decisiones posteriores del paciente. **Conclusión:** El protocolo FATE es una herramienta de importancia diagnóstica y de evaluación hemodinámica en pacientes críticamente enfermos.

C6. REPORTE DE CASO “TROMBOEMBOLIA GRASA EN MASCULINO DE 22 AÑOS”

Dr. Juan José Becerra Lara, Médico Adscrito Terapia Intensiva, Dr. Luis Daniel Pérez Sandoval, Residente de Segundo Año Medicina de Urgencias. IMSS Hospital General Regional 110, Guadalajara Jal. Mex.

Masculino de 22 años, quien 2 días previos sufrió fractura en tibia y peroné manejado de forma conservadora e inmovilización con férula, ingresó a Terapia Intensiva derivado de Choque presentando disnea, fiebre de 12 horas, cianosis peribucal, Glasgow 12 puntos, diaforesis y petequias retroesternales, FC 130, FR 35, Tem 40, SaO₂ 70.5%, Leucocitos 25000, CPK 1178, DHL 1072, Gasometría Arterial con pH 7.10, pCO₂ 78, HCO₃ 25.7, pO₂ 51.8, Neumotórax y en Estado de Choque, se inicia Ventilación Mecánica Asistida en modo BiPAP con FiO₂ 100% y PEEP 4 que se aumentó gradualmente hasta niveles de PEP de 12. Se realiza AngioTAC con reconstrucción en la que se muestran defectos de llenado en vasos distales izquierdos y consolidación broncoalveolar derecha. Al séptimo día se inicia reducción de PEEP suspendiendo sedación e iniciando plan de retiro de ventilación mecánica, lográndose despertar y ser retirado del ventilador al octavo día, egresado de la UTI al onceavo día de su ingreso.

C7. TROMBO EN CAVIDADES DERECHAS COMO CAUSA DE EMBOLISMO SÉPTICO SISTÉMICO

Dr. Oscar Rodrigo Jiménez Flores¹, Dr. Gilberto Hernández Fernández². UMAE 14.

Introducción: La sepsis actualmente en UCI continúa siendo la causa principal de ingresos con elevada mortalidad a pesar de antibioticoterapia. **Objetivo:** Recalcar la importancia de la toma de cultivos e inicio temprano de antibióticos en choque séptico. **Presentación del caso:** Nefrópata con choque séptico, leucocitosis 53000/mm³, procalcitonina 65 ng/ml, BUN 105 mg/dL, creatinina 6.5 mg/dL, K 6.8 mmol/L, pH 7.15, HCO₃ 5, DB -18, norepinefrina 40 mcg/min, con ventilación mecánica. ECOTT trombo en VCI-AD-VD, vegetación en válvula mitral. TAC de cráneo: infartos frontoparietales derechos sin secuelas clínicas, TAC de tórax con abscesos, absceso esplénico por USG. *S. aureus* en hemocultivo periférico Tx: vancomicina, carbapenémico y fluconazol, anticoagulación con HNF, HDVVC. **Discusión:** El abordaje en áreas críticas del choque por USG es una necesidad en crecimiento, así como lo son terapias de reemplazo renal para este tipo de pacientes. **Conclusiones:** Por su alta morbi-mortalidad hasta hoy el inicio de antibiótico temprano y la toma de cultivos en sepsis son los dos pasos iniciales que no deben obviarse en el abordaje de todo paciente con sepsis.

C8. TROMBOEMBOLIA PULMONAR AGUDA ASOCIADA A LEIOMIOMATOSIS UTERINA, PRESENTACIÓN DE CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

Dr. Julián Enrique Valero Rodríguez*, Dr. Manuel José Rivera Chávez*, Maximiliano Valero Vidal*, * Médico Internista-Intensivista Adscrito al servicio de Terapia Intensiva del Hospital General de Irapuato. §Estudiante de 5º Semestre de Medicina Universidad del Valle de México, Campus Querétaro. E-mail para correspondencia: manrivlib@hotmail.com.

La trombosis venosa profunda pélvica rara vez se reporta como complicación de Leiomioma uterino. Se presenta el caso de una mujer 5^a década, diagnóstico leiomioma uterino, sometida a histerectomía desarrolló tromboembolia pulmonar submasiva secundaria asociada a leiomiomatosis. Mujer 46^a. Antecedentes: DM2, datos de sangrado disfuncional. Ginecobiestéticos: Menarca 12 años G3 P2 A1 C0 FUP 12 años. Anticoncepción: ninguna. FUR: Sangrado disfuncional. US pélvico: útero área hipoeccóica 14.4x10.8x7.4 cm; Histerectomía 12/06/16. 72 hrs de post quirúrgico, disnea mínimos esfuerzos, desaturación, taquicardia, placa de tórax sin agregados, doppler venoso de Msls. Descartó TVP, ECOTT: VD 35mm, TAPSE 35mm, RAO 30 mm, AI 37 mm, DDVI 38 mm, DSVI 24mm, SIV 14-12 PP 12-10 mmhg FEVI 63%, Función Diastólica: E : 1.30 A 0.31 E- A 3.80 colapsabilidad > 50%, EKG: Taquicardia sinusal AQRS 30°. Angiotomografía: Trombo en AP. Ingresa a UCIA soporte vital avanzado, buena evolución y egreso por mejoría. Existe asociación de miomatosis uterina y tromboembolia pulmonar, sitio más común de compresión por miomas vena iliaca común, con posterior posibilidad de trombosis venosa y TEP. Prevalencia de miomatosis uterina es alta en nuestra población, se sugiere tromboprofilaxis y búsqueda intencionada de TVP pre quirúrgica.

* C9. ACOPLAMIENTO VENTRÍCULO-ARTERIAL A LA CABECERA DEL PACIENTE. ¿ES POSIBLE?, ¿ES ÚTIL?

Enrique Monares Zepeda. Sergio Edgar Zamora Gómez; Orlando Rubén Pérez Nieto; José Obeth Montoya Rojo; Edgar.

Introducción: La mejor forma de evaluar la eficiencia miocárdica es mediante el análisis del acoplamiento ventrículo arterial. Este complejo análisis puede realizarse de manera no invasiva mediante ecocardiografía Doppler. **Material y métodos:** Se realizó un estudio longitudinal, prospectivo, analítico, con los pacientes hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital San Ángel Inn Universidad, ingresados en estado de choque definido como una frecuencia cardíaca > 120 latidos por minuto o un lactato venoso > 4 mmol/L o un lactato > 2 mmol/L más alguno de los siguientes: Frecuencia cardíaca > Presión sistólica, presión sistólica < 90 mmHg. Se registraron las siguientes variables, edad, género, diagnóstico de ingreso, tensión arterial sistólica, diastólica, tensión arterial media, frecuencia cardíaca y lactato sérico, un ecocardiografista experto realizó las mediciones ecocardiográficas necesarias para obtener el cálculo del acoplamiento ventrículo arterial. Un residente de terapia intensiva de primer año tras un entrenamiento de 4 horas obtuvo los siguientes valores mediante USCOM: SMII, FTC y PKR. **Resultados:** Se estudiaron N = 47 pacientes con diagnóstico de estado de choque, género masculino n = 23 (48.9%), edad n = 59 (41 – 73), de estos n= 22 pacientes con choque séptico (53.7%), n = 11 con síndrome coronario (26.8%), n = 7 con *Cor pulmonale* (17.1%), n = 1 con tromboembolia pulmonar (2.4%). El acoplamiento ventrículo arterial medido por ecocardiografía fue de: 0.74 (0.63 – 1.1). El acoplamiento arterial medido por USCOM fue de 0.72 (0.63 – 0.9) con una correlación de r de 0.8, un porcentaje de error de 24% y una p <0.002. El

acoplamiento medido por ecocardiografía con un punto de corte de ≤ 0.7 predice mortalidad con una sensibilidad de 100% y una especificidad de 50%, con un área debajo de la curva de 0.75 (0.59 – 0.96) p = 0.46. El acoplamiento medido por USCOM con un punto de corte de 0.7 predice mortalidad con una sensibilidad del 80% una especificidad del 60%, con un área debajo de la curva de 0.79 (0.64 – 0.95) p = 0.02. **Conclusiones:** Es posible medir el acoplamiento ventrículo arterial a la cabecera del paciente por personal médico con un entrenamiento de 4 horas de una manera comparable al realizado por un ecocardiografista experto. Lo que permite emplear estos complejos análisis hemodinámicos de una manera no invasiva en el día a día de la atención del enfermo grave.

* R1. EFECTO DE LA ASPIRINA SOBRE LA MORTALIDAD EN EL SÍNDROME DE DISTRÉS RESPIRATORIO AGUDO EN LOS PACIENTES INTERNADOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO

Dr. Adolfo Israel Vásquez Cuellar, Dr. Orlando Pérez Nieto, Dra. Pamela Pozos Cortez, Dra. Ivonne Hinojosa, Dr. Sergio Edgar Zamora Gómez. Hospital Juárez de México.

Objetivo: Determinar el efecto sobre la morbitmortalidad a los 28 días con el uso de aspirina en los pacientes con SDRA. **Material y métodos:** Se realizó un ensayo clínico experimental, prospectivo aleatorizado simple, durante el periodo comprendido del 01 Diciembre del 2015 al 30 de Junio del 2016 en la UCI del Hospital Juárez de México. Se incluyeron todos los pacientes que ingresaron a la UCI durante el período de estudio con diagnóstico de SDRA y fueron divididos en dos grupos de manera aleatoria. El grupo A recibió 100 mg de aspirina además del tratamiento estándar para SDRA, el grupo B sólo recibió tratamiento médico estándar para SDRA. Se cuantificaron los cambios en los valores de PaO₂/FiO₂, los valores de la DA-AO₂ y C_{estat}, días de ventilación mecánica, así como la asociación de los valores del score APACHE II y su relación con la morbitmortalidad en ambos grupos. Se utilizó la prueba estadística T de Student para variables independientes. **Resultados:** La mortalidad en el grupo A fue del 60% vs 80% en el grupo B. No se evidenció diferencia en ambos grupos en la PaO₂/FiO₂ (p=0.097). En el grupo A se encontró una media de días de ventilación mecánica de 15.8 días vs 16.8 en el grupo B (p=0.860, IC 95%), respecto a los días de estancia en la UCI y estancia intrahospitalaria no se observó diferencia estadísticamente significativa. **Conclusiones:** El uso de la aspirina en pacientes con SDRA establecido, independientemente de su gravedad; no disminuye la mortalidad, los días de estancia en la UCI ni la Hospitalaria, así como tampoco disminuye los días de ventilación mecánica, ni mejora la PaO₂/FiO₂, la DAaO₂, y la C_{estat}.

R2. HIPOTERMIA INDUCIDA EN SÍNDROME DE INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA

Héctor Hernández Tolentino.

La hipotermia inducida ha mostrado su utilidad en atenuar la respuesta inflamatoria sistémica sin embargo su utilidad en otras patologías no está completamente clara. **Objetivo:** Evaluar la hipotermia terapéutica en SDRA. **Presentación:** Masculino de 32 años de edad, con diagnóstico de abdomen agudo que ameritó tratamiento quirúrgico quien durante inducción anestésica bronco aspiración con SDRA secundario. Se decide ingreso a unidad de terapia intensiva se decide tratamiento escalonado para hipoxemia refractaria, sedación a razón de midazolam, bromuro de vecuronio, por 24 hrs. Se cambia modo ventilatorio a controlado por presión de forma gradual manteniendo medida de neuromonitorización con hipoxemia refractaria se decide inicio de hipotermia inducida terapéutica con equipo ARTIC SUN se inicia fase de inducción rápida, mantenimiento durante 24 hrs, con una evolución lenta persistiendo con acidosis metabólica, a pesar de cambios en la terapéutica, posterior a 24 hrs de iniciar hipotermia inducida presenta mejoría gasométrica con disminución de parámetros ventilatorios, hasta su extubación y dado de alta de UCI al octavo día. **Discusión:** No existe suficiente evidencia de hipotermia terapéutica SDRA. **Conclusiones:** La hipotermia puede ser una herramienta para el tratamiento de SDRA.

R3. EXTUBACIÓN FALLIDA EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

Miguel Ángel Sosa Medellín, María del Carmen Marín Romero, Hospital Regional 1º. de Octubre, ISSSTE, México.

Objetivo: Describir la prevalencia de extubación fallida en la Unidad de Cuidados Intensivos. **Material y métodos:** Estudio transversal, descriptivo, en la unidad de cuidados intensivos, se incluyeron 146 expedientes que cumplieron los criterios de inclusión analizados en el periodo de un año a partir del 1º. Marzo 2014. **Resultados:** Se identificaron 146 expe-

dientes, 74(51%) femeninos, con promedio de edad 56 años. Las principales indicaciones de la ventilación mecánica fueron: choque 44(30%), postquirúrgicos 40(27%). Se reportó falla en la extubación en el 17.8%. El riesgo de prevalencia para extubación fallida con Midazolam OR 4.8 (IC 95%: 1.56-14.8), y un OR .208 para propofol (IC 0.068-.639) ($p=.002$), obesidad (OR 2.5 IC 95%: 1.07-6.16), deterioro neurológico como indicación de ventilación OR 6 (IC 95%: 3.14-11.8), acidosis metabólica OR 5.2 (IC 95 % 1.2-22.6). **Conclusiones:** La prevalencia de extubación fallida en nuestra unidad es de 17.8 %; Además se reportó una relación de riesgo para extubación fallida con algunas variables clínicas como ocurre con los pacientes con obesidad, deterioro neurológico, uso de Midazolam, y protección con uso propofol como sedante.

R4. CAMBIOS EN LA MECÁNICA VENTILATORIA E INCIDENCIA DE COMPLICACIONES PULMONARES EN PACIENTES ADULTOS SOMETIDOS A CIRUGÍA CARDIACA

Yazmín Guillén Dolores, Viviana Astrid Gutiérrez García, Contreras Cañuto Sara Ivón, Gustavo Lugo Goytia, Francisco Javier Molina Méndez. Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez.

Introducción: Las complicaciones pulmonares después de cirugía cardiaca, representan una importante causa de morbi-mortalidad, prolongan los días de estancia hospitalaria y los costos. El síndrome de insuficiencia respiratoria aguda (SIRA), aumenta la mortalidad hasta en 50-90%. **Objetivo:** Determinar si los cambios en la mecánica ventilatoria en cirugía cardiaca predicen el desarrollo de complicaciones pulmonares. **Material y métodos:** Estudio prospectivo, observacional. 130 pacientes. Se registró espirometría transoperatoria, datos demográficos, ventilatorios y de desenlace. Se utilizó SPSS 22. Prueba exacta de Fisher, Chi cuadrada (χ^2) para grupos independientes; U de Mann Whitney para variables no paramétricas. La significancia estadística fue $p < 0.05$. Se utilizó regresión logística univariada y multivariada entre las presiones pulmonares y complicaciones pulmonares. **Resultados:** Los factores asociados al desarrollo de SIRA fueron: Tiempo anestésico, $p=0.001$; Volumen Tidal ajustado al peso ideal $>9\text{mL/kg}$, $p=0.002$ y $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2$ al llegar a Terapia Intensiva, $p=0.002$. Distensibilidad dinámica en grupo SIRA de $39.04 \text{ mL/cmH}_2\text{O}$, $p=0.004$. El SIRA se asoció a mortalidad a 30 días $p=0.039$, OR 6.674. **Discusión:** Los cambios en la distensibilidad y el uso de volúmenes tildales altos se asociaron a SIRA lo que concuerda con la literatura reportada. Un tiempo anestésico prolongado también se asocia. **Conclusión:** El uso de la espirometría transoperatoria es útil para detectar posibles complicaciones pulmonares postoperatorias. Es necesaria la realización de un estudio clínico aleatorizado para controlar variables que podrían disminuir esta complicación.

R6. FACTORES DE RIESGO PARA VENTILACIÓN MECÁNICA PROLONGADA EN PACIENTES CON FASCITIS NECROTIZANTE CÉRVIDO-FACIAL.

Adiel Jesús Ojeda-Tuz, Brigitte Carmen Tejeda-Huezo, Otoniel Toledo Salinas, Perla Cristina Arvizu-Tachiquín, Nancy Allín Canedo-Castillo, Luis Alejandro Sánchez-Hurtado, José Ángel Baltazar-Torres. Unidad de Cuidados Intensivos. UMAE Hospital de Especialidades "Dr. Antonio Fraga Mouret", Centro Médico Nacional La Raza, IMSS. Ciudad de México.

Introducción: La ventilación mecánica (VM) prolongada es frecuente en pacientes con fascitis necrotizante cervicofacial (FNC). No se han identificado factores de riesgo para VM prolongada en estos pacientes. **Objetivo:** Identificar factores de riesgo para VM prolongada en pacientes con FNC. **Pacientes y métodos:** Estudio retrospectivo en pacientes que ingresaron a la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) con FNC que requirieron VM. Se formaron dos grupos, VM ≤ 3 días y VM >3 días (prolongada). Se realizó estadística descriptiva y regresión logística b1 y multivariada. Un valor de $p <0.05$ se consideró estadísticamente significativo. **Resultados:** Cincuenta y nueve pacientes, edad promedio 53.8 años, 71% hombres. El espacio submandibular fue el más afectado, *Staphylococcus aureus* fue el germe aislado con mayor frecuencia, SOFA >8 (OR 1.55, IC95% 1.19-2.02 $p=0.004$), ≥ 2 intervenciones quirúrgicas (OR 20.42, IC 95% 5.27-79.06 $p=0.001$) y el desplazamiento de la vía aérea (OR 40.35, IC95% 2.74-593.75 $p=0.007$), fueron identificados como factores de riesgo para VM prolongada. **Conclusiones:** La calificación SOFA >88 puntos, ≥ 2 intervenciones quirúrgicas y el desplazamiento de la vía aérea son factores de riesgo independientes para VM prolongada en pacientes con FNC.

R7. LOS PREDICTORES PARA LA EXTUBACIÓN

¿RESULTAN SUFICIENTES PARA EL PACIENTE NEUROCRÍTICO?

Dr. Eusebio Pin Gutiérrez, Dr. Jesús Salvador Sánchez Díaz, Dra. Susana Patricia Díaz Gutiérrez, Dr. Gerardo Rivera Solís, Enrique Antonio Martínez Rodríguez, Dra. María Verónica Calyeca Sánchez.

Introducción: En muchos pacientes con lesiones neurológicas el médico permanece incierto en relación a la extubación debido a la posible incapacidad para proteger la vía aérea. **Objetivo:** Hacer referencia que los parámetros convencionales utilizados para evaluar el éxito de la extubación tienen el inconveniente de no valorar la capacidad de proteger la vía aérea.

Presentación del caso: Hombre de 76 años de edad con isquemia aguda en cerebro que fracasó a la extubación a pesar de parámetros convencionales adecuados (NIF -40 cmH₂O, p_{0.1} -3 cmH₂O, Capacidad Vital 30 ml/kg, VRS 55 rpm/L) y tolerancia a la prueba de "pieza en T". **Discusión:** El fracaso de la extubación ocurrirá en el 13 al 18% del total de los pacientes críticos a pesar de "parámetros de extubación" correctos; estos ayudan a predecir la capacidad del paciente para respirar de forma independiente pero no la capacidad para proteger la vía aérea. La extubación del paciente Neurocrítico sigue siendo un tema controvertido. **Conclusión:** Los parámetros que evalúan el éxito o fracaso de la extubación en el paciente Neurocrítico son un problema no resuelto, al día de hoy la Escala de Coma de Glasgow es la variable asociada a buenos o malos resultados.

R8. RESULTADOS DE LA IMPLEMENTACIÓN DE UN PROGRAMA DE RETIRO DE LA VENTILACIÓN MECÁNICA BASADO EN EL MODELO PDSA EN UNA TERAPIA POSTQUIRÚRGICA.

Guillermo David Hernández López, Leticia Graciano Gaytán, Raúl Cerón Juárez, Diana Escobar Ortíz, Eugenio Acosta Pacheco, Francisco Jaime Ordoñez Gómez. Hospital de Ortopedia. UMAE Dr. Victorio de la Fuente Narváez. IMSS.

El modelo que se ha propuesto para aplicar los avances científicos a la práctica diaria ha probado su eficacia, y se basa en el esquema "PDSA" (Plan Do Study Act) que en esencia es un proceso iterativo que pasa una y otra vez por 4 fases: determinar qué cambios se quiere llevar a cabo, planificar la estrategia de cambio, llevar a cabo el plan y evaluar los resultados. El objetivo de la implementación de este protocolo es disminuir el fracaso en el retiro de la ventilación mecánica y la detección oportuna de complicaciones asociadas a este tipo de soporte vital. Un total de 84 pacientes fueron incluidos en el estudio. Todos fueron sometidos a cirugía de columna cervical vía anterior y fueron manejados con ventilación mecánica. A su ingreso se midió la presión del globo de la COT. Previo a su extubación se realizó la determinación de índice de ventilación superficial, volumen minuto, presión inspiratoria negativa así como la prueba de fuga de globo. En los pacientes con prueba de fuga de globo negativa se realizó TAC de cuello. Nosotros reportamos los resultados obtenidos tras la implementación de un protocolo de retiro de la ventilación.

R9. UTILIDAD DEL HEMATOCRITO COMO PREDICTOR DE FRACASO EN EL RETIRO DE LA VENTILACIÓN MECÁNICA INVASIVA

Antonio Landaverde-López, Nancy Allín Canedo-Castillo, Perla Elena Martínez García, Sergio Zamora-Varela, Perla Cristina Arvizu-Tachiquín, Alejandro Esquivel-Chávez, José Ángel Baltazar-Torres. Unidad de Cuidados Intensivos. UMAE Hospital de Especialidades "Dr. Antonio Fraga Mouret", Centro Médico Nacional La Raza, IMSS. Ciudad de México.

Introducción: El edema pulmonar (EP) produce hemoconcentración y es causa de fracaso en el retiro del ventilador (RV). El hematocrito (Ht) es indicador de hemoconcentración y podría ser predictor de fracaso en el RV. **Objetivo:** Determinar si el incremento en el Ht es predictor de fracaso en el RV. **Pacientes y métodos:** Estudio prospectivo en pacientes con VM >72 horas. Registrámos datos demográficos y clínicos. Durante el protocolo de RV se realizó prueba de ventilación espontánea (PVE). Se midió el Ht al inicio y final de la PVE. Se evaluó la capacidad discriminativa y calibración del incremento del Ht para predecir fracaso en el RV. Un valor de $p<0.05$ se consideró estadísticamente significativo.

Resultados: Cincuenta y cinco pacientes, edad promedio 49.9 años, 58.2% mujeres. El 58.2% de pacientes incrementó el Ht al final de la PVE, 31.8% fracasaron al primer intento de RV. El incremento del Ht tuvo área bajo la curva ROC 0.719 ($p=0.006$) y Chi² de Hosmer-Lemeshow 41 ($p=0.142$) para predecir fracaso en el RV. **Conclusiones:** Los pacientes que fracasan al RV tienen incremento del Ht al final de la PVE. El incremento del Ht tiene buena capacidad discriminativa y calibración para predecir fracaso en el RV.

R10. ÍNDICE DE OXIGENACIÓN COMO PREDICTOR DE USO DE VENTILACIÓN MECÁNICA EN POSICIÓN PRONO EN PACIENTES CON SÍNDROME DE INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA

Dr. Humberto Alfonso Castillejos-Suastequi. Dr. Oscar Torres-Aguilar. Dra. Janet Aguirre-Sánchez. Dr. Juvenal Franco-Granillo. Servicio de Medicina Crítica Centro Médico ABC.

Introducción: La gravedad del síndrome de insuficiencia respiratoria aguda (SIRA) se determina con $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2$. Se demostró que el índice de oxigenación (IO) ($\text{PmaxFiO}_2/\text{paO}_2$) en SIRA, es mejor predictor de mortalidad que P/F¹. La ventilación en prono disminuye la mortalidad (PROSEVA). Se requiere de un predictor para decidir candidatos a ventilación prono de forma temprana. **Objetivo:** Valorar utilidad del IO para predecir requerimiento de ventilación en prono y predictor de mortalidad en pacientes con SIRA. **Materiales y método:** Estudio observacional, retrospectivo, retrolectivo. 83 pacientes diagnóstico de SIRA. Se registró índice de oxigenación (IO), $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2$ por 3 días, ventilación prono, mortalidad a 28 días. **Resultados:** Un IO >21 al día 1 requirieron ventilación en prono (OR 0.61 IC 95% 0.39-0.96, p= 0.05) análisis multivariado p=0.8. La IO >21 y mortalidad (OR 0.97 IC95% 0.64-1.46, p=0.89). **Discusión:** IO>21, pero no predice requerimiento de ventilación en prono. No demostró ser pronóstico para mortalidad quizás por el número de días de seguimiento o el tamaño de la muestra. **Conclusiones:** El IO no predice uso de ventilación en posición prono en las primeras 24 hrs y no es un predictor de mortalidad.

R11. BUNDLES PARA LA PREVENCIÓN DE NEUMONÍA ASOCIADA A VENTILACIÓN MECÁNICA

Enf. Esp. Miriam Susana Silva Reséndiz, Enf. Esp. Ezequiel López Ramírez, Dr. Miguel Ángel García Villagómez. Hospital Hmas.

Introducción: Una de las complicaciones más frecuentes asociadas a la ventilación mecánica es la neumonía, la cual se encuentra asociada de manera importante con la morbilidad, mortalidad así como con el incremento en costos económicos. En los pacientes que se encuentran internados en las unidades de cuidados intensivos se considera una de las complicaciones infecciosas de mayor predominio. **Objetivos:** demostrar la eficacia del uso del BUNDLES en la prevención de neumonía asociada a ventilación mecánica en pacientes que estén internados en el área de terapia intensiva de enero del 2015 a enero del 2016. **Material y métodos:** cuantitativo transversal con una muestra por conveniencia de 55 pacientes de un hospital privado y uso del formato BUNDLES. **Resultados:** la tasa de neumonía asociada a ventilación mecánica disminuyó a 0 por cada 1000 días. **Discusión y conclusiones:** con el uso del BUNDLES la neumonía asociada al ventilador disminuyó de forma significativa encontrando 0 casos en el periodo estudiado, por lo tanto, es un efectivo método de prevención.

R12. TUBO ENDOTRAQUEAL CON ASPIRACIÓN SUBGLÓTICA (TEAS) Y RIESGO DE NEUMONÍA ASOCIADA A VENTILADOR

Eduardo Rafael Fernández García, FACS; Juan Carlos Corona Meléndez. Unidad de Cuidados Intensivos, Hospital Ángeles del Carmen, Guadalajara, Jalisco.

Introducción: El principal factor de riesgo para neumonía intrahospitalaria es la ventilación mecánica invasiva. El uso de TEAS ha demostrado reducción de incidencia de NAV, estancia en UCI y duración de AMV. **Objetivo:** Documentar la efectividad de TEAS en la reducción de NAV. **Metodología:** Estudio de casos y controles durante enero 2012 – diciembre 2015, en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Ángeles del Carmen. Los casos se definieron como pacientes que desarrollaron NAV, el factor de exposición fue el TEAS. En muestra por conveniencia, con relación control:caso 3:1, fueron necesarios 18 casos y 54 controles. Se utilizó SPSS versión 21. **Resultados:** De 1492 pacientes, 277 (18.5%) recibieron AMV por un total de 2040 días ventilador. Se incluyeron 23 casos el grupo de NAV y 67 controles. Se obtuvo tasa de 12.3 NAV por 1000 días de ventilación (figura 1). Once pacientes (18.3%) con TEAS y doce (40%) sin TEAS desarrollaron NAV (OR 0.33, IC 95% de 0.12-0.89). NNT = 4.6. **Conclusión:** El TEAS y el apego al protocolo de reducción de riesgos disminuye el riesgo de NAV en pacientes con AMVI en la UCI, además de reducir los días de ventilación mecánica y la estancia hospitalaria.

R13. ASINCRONÍA EN PACIENTES CON TRAUMA Y SU IMPACTO EN EL RETIRO DE LA VENTILACIÓN MECÁNICA

Dr. Martín de Jesús Reyna Ramírez, Dra. Elizabeth Mendoza Portillo. Hospital General La Villa.

Introducción: La asincronía ventilación-paciente se define como la incapacidad del flujo del ventilador mecánico para satisfacer las demandas del paciente. **Objetivo:** Evaluar el riesgo de asincronía como factor de fallo en el retiro de la ventilación en pacientes con trauma. **Material y métodos:** Participaron pacientes con trauma y ventilación mecánica y se determinaron variables epidemiológicas, la presencia de asincronía y su asociación en el fallo al retiro de la ventilación. Se empleó estadística descriptiva y analítica para dichas determinaciones. **Resultados:** la asincronía por

trigger inefectivo se presentó en 35.9%, doble trigger con 33.33%, flujo inefectivo con 20.51% y autotrigger con 10.26%. Las asociaciones con significancia estadística fueron: asincronía - extubación fallida (p= 0.01); la presión inspiratoria máxima normal - extubación fallida (p < 0.0001); P 0.1 normal - extubación fallida (p = 0.002). **Conclusiones:** Los pacientes con diagnóstico de trauma que presentan asincronía ventilatoria tienen riesgo de falla al retiro de la ventilación mecánica.

R14. VENTILACIÓN DE ALTA FRECUENCIA OSCILATORIA COMO MODALIDAD VENTILATORIA EN SÍNDROME DE DISTRÉS RESPIRATORIO AGUDO (ARDS)

Dr. Carlos Alberto Cortés Soto, Dr. Francisco Javier Cruz Martínez, Dra. Aurea Carmona Domínguez, Dr. Felipe de Jesús Montelongo. UCIA. Hospital General de Ecatepec ISEM "Las Américas".

Introducción: La Ventilación de Alta Frecuencia Oscilatoria (VAFO), es una estrategia ventilatoria de rescate diseñada para mejorar oxigenación y ventilación en pacientes con ARDS; con mayor estabilidad hemodinámica y menos complicaciones. **Objetivo:** Demostrar ventajas de la VAFO como modo ventilatorio en ARDS. **Presentación del caso:** Masculino, 40 años con Trauma toracoabdominal cerrado; hemotorax masivo derecho (1300 cc); post-operado de laparotomía exploradora y toracotomía, desarrollando ARDS primario con $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2$ de ingreso ≤ 200 mmHg. Ventilación inicial con protección pulmonar de acuerdo a ARDSnet por 48 hrs sin mejoría. Sometido a VAFO con FiO_2 100%-50%, Paw 30-25 cmH₂O, Tinsp 33%, frecuencia 6-4 Hz y amplitud 45-47 cmH₂O durante 72 horas. Se extubó a las 24 hrs y se egresó a las 48 hrs con $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2$ de 245. **Discusión:** La VAFO en fases iniciales de SIRA, con los criterios utilizados en nuestra unidad: $\text{PEEP} \geq 10\text{cmH}_2\text{O}$, $\text{SaO}_2 \leq 88\%$, $\text{FiO}_2 \geq 60\%$ y $\text{Paw} \geq 25\text{cmH}_2\text{O}$ tiene impacto significativo en oxigenación y sobrevida de pacientes; de ahí la diferencia de resultados ante su uso como modo ventilatorio o estrategia de rescate. **Conclusiones:** VAFO permite intercambio gaseoso adecuado, en virtud de Paw alto y VT bajo que limita el desreclutamiento y sobredistensión alveolar, siendo opción de modalidad ventilatoria en ARDS.

R15. POSICIÓN PRONO EN PACIENTES CON SIRA GRAVE POSTOPERADOS DE LAPAROTOMÍA Y COLOCACIÓN DE BOLSA DE BOGOTÁ. REPORTE DE CASOS

Guillermo David Hernández López., Luis Antonio Gorordo Delsol., Sergio Edgar Zamora Gómez., Orlando Rubén Pérez Nieto., Jessica Garduño López., Marcos Antonio Amezcuá Gutiérrez., José Obeth Montoya Rojas., Eduardo Santiago Cruz Montesinos., Iván Lima Lucero. Hospital Juárez de México. OPD.

Las contraindicaciones absolutas que se tienen para la posición prono se encuentran ya determinadas. Existen contraindicaciones relativas entre las que figura la presencia de cirugía abdominal. Hasta la fecha, pocos estudios han reportado los efectos de la posición prono en pacientes con cirugía abdominal y bolsa de Bogotá que desarrollan SIRA grave. La información sobre el uso de la posición en decúbito prono en pacientes con heridas abdominales abiertas (debido a descompresión abdominal o laparotomía de control de daños) es aislada. Se reportan los casos de pacientes tratados durante el período comprendido de enero del 2014 a Julio de 2016. Nosotros reportamos nuestra experiencia en el manejo de pacientes con abdomen abierto y SIRA en los que no se obtuvo mejoría tras el incremento de la PEEP y FiO_2 por lo que el decúbito prono semi reclinado fue considerado necesario. Todos nuestros pacientes, cumplieron con los criterios de SIRA grave, con base en la definición de Berlín. El objetivo del estudio es reportar los resultados observados, en términos de morbilidad hospitalaria asociada al procedimiento, en una serie de pacientes postoperados y a quienes se les colocó bolsa de Bogotá, que desarrollaron SIRA grave y fueron colocados en posición prono.

* R16. VENTILACIÓN MECÁNICA EN DECÚBITO PRONO: ESTRATEGIA VENTILATORIA TEMPRANA Y PROLONGADA EN SIRA SEVERO POR INFLUENZA

Karla Gabriela Peniche Moguel. Jesús Salvador Sánchez Díaz. Edgar Castañeda Valladares, María Verónica Calyeca Sánchez, Susana Patricia Díaz Gutiérrez, Eusebio Pin Gutiérrez, IMSS UME de Alta especialidad No. 14. Veracruz.

Introducción: El síndrome de dificultad respiratoria aguda (SIRA) de causa pulmonar es actualmente una condición que pone en peligro la vida del

* Concursante Premio Mario Shapiro 2016.

paciente, cuando se desarrolla hipoxemia severa y refractaria, las estrategias terapéuticas son limitadas e incluso controversiales. La ventilación mecánica en decúbito prono llevada a cabo de manera temprana y prolongada se asocia con incremento en la sobrevida. **Objetivos:** Determinar la mortalidad asociada al SIRA severo por influenza utilizando como estrategia la ventilación mecánica en decúbito prono prolongada. **Materiales y métodos:** Estudio prospectivo, transversal, descriptivo, de intervención. Se reclutaron pacientes de marzo del 2016 a abril del 2016 con el diagnóstico de SIRA severo por influenza, que ingresaran a la unidad de cuidados intensivos (UCI). Se agruparon a los pacientes de acuerdo al desenlace (mejoría o defunción). **Resultados:** Se incluyeron 9 pacientes, con una media de edad de 47 ± 16 años. El 78% fueron hombres. La comorbilidad más frecuente fue la HAS con 44%. Durante su estancia, ocho pacientes fueron sometidos a ventilación mecánica en decúbito prono y se agruparon de acuerdo al desenlace. Tres pacientes fallecieron y seis fueron dados de alta de la UCI por mejoría. No se observó diferencia significativa en edad, tiempo de evolución, niveles de pH, PaO₂, PaCO₂, HCO₃, o SOFA a su ingreso en ambos grupos ($p > 0.05$ en todos los casos). 96 horas después de la pronación los valores de la PEEP fueron más altos en los pacientes fallecidos ($p = 0.026$) y en los parámetros de gasometría arterial se observó disminución en los niveles O₂ y la relación PaO₂/FiO₂, además de aumento en los requerimientos de FiO₂ en los pacientes que fallecieron, siendo estadísticamente significativo ($p < 0.05$). Otros factores que se analizaron fueron antecedente de HAS, DM 2, tabaquismo, tiempo de pronación, el manejo con esteroide y uso de antibióticos previo al ingreso a la UCI. (Prueba exacta de Fisher con $p > 0.05$ y OR no significativa en todos los casos). **Conclusiones:** La hipoxemia refractaria es el factor más importante involucrado con la mortalidad en pacientes con influenza y SIRA severo. La ventilación mecánica en decúbito prono temprana y prolongada por 48hrs debería de ser considerada una práctica habitual en este grupo de pacientes.

* R17. ELECTROESTIMULACIÓN DE MÚSCULO DIAFRAGMA PARA RETIRO TEMPRANO DE LA VENTILACIÓN MECÁNICA Y SEGUIMIENTO DE CAMBIOS

Dr. Raúl Ruiz Pérez, Dr. Jorge Sosa Bolio, Dr. Alfonso Chávez Morales, Dra. Ma. Argentina Sandia Zerpa, Dr. Antonio Hernández Bastida. Hospital General de México.

El diafragma es una estructura músculo-aponeurótica, que separa las cavidades pleural y peritoneal y provee la principal fuerza mecánica a la ventilación. Del grupo de músculos respiratorios, este es el que mayor participación tiene en lograr el retiro de la ventilación mecánica, pero también la falta de integridad del mismo en cuanto a su trofismo, nutrición y conducción, puede convertirse en el mayor de los problemas para el destete. En este estudio llevamos a cabo la electro-estimulación no invasiva de músculo diafragma para mejorar la conducción, así como atender la atrofia o hipotrofia del mismo, la cual es condicionada por múltiples factores entre los cuales destacan fármacos, sepsis y ventilación mecánica *per se*. En la terapia intensiva de la nueva torre quirúrgica del Hospital General de México, se realizó el estudio de tipo experimental, prospectivo, transversal y analítico, en una población de 23 pacientes ($n=23$), correspondientes a un grupo etario entre 19 a 75 años de edad, con una media de 40 años, divididos en 3 grupos; a, b y c, donde los del grupo "a" se les aplicó terapia de electro-estimulación de músculo diafragma dos sesiones al día de 15 minutos cada una, en el grupo "b", tres sesiones al día de 15 minutos cada una y en el grupo "c" con 4 sesiones al día de 15 minutos cada una. Cada impulso del electro-estimulador fue de una intensidad de 10 hasta 300 mA, lo que se determinó en base al grado de tolerancia del paciente, el cual se encontraba despierto, con RASS de 0 a -1 y cooperador, aún con tubo endotracheal, pero que cumplió con todas las condiciones previamente para iniciar el retiro de la ventilación mecánica. Para la ubicación de los electrodos, nos basamos en los puntos de inserción anteriores y laterales para músculo diafragma, número de electrodos empleados (4). Previo a la electro-estimulación se tomó en cuenta la presión soporte inicial, así como el volumen corriente inspirado y el grosor del músculo diafragma el cual se verificó con visión directa en apoyo con ultrasonido. Al final de la terapia se tomaron en cuenta las mismas variables para observar diferencias. Se obtuvieron resultados con una p significativa de 0.048 para el aumento del grosor del músculo diafragma a tres días en el grupo C (4 sesiones al día), con un intervalo de confianza del 95% en su límite inferior de 0.01 y de límite superior de 1.65. Pero los resultados al observar la diferencia entre grupos en cuanto a la disminución de la presión soporte fue aún más significativo ($p < 0.05$) para este mismo grupo a 3 días de la terapia.

* Concursante Premio Mario Shapiro 2016.

* R18. EL VOLUMEN TIDAL COMO PREDICTOR TEMPRANO DE FALLA A LA VENTILACIÓN MECÁNICA NO INVASIVA EN LA INSUFICIENCIA

Graziella Alexandra Gálvez Blanco Alfredo Aisa Álvarez. Janet Silvia Aguirre Sánchez. Juvenal Franco Granillo.

La Insuficiencia Respiratoria Aguda (IRA) se clasifica en hipoxémica o hipercápnica, la primera es la más común. Es la principal causa de uso de ventilación mecánica invasiva o no invasiva en las unidades de cuidados intensivos. La ventilación mecánica no invasiva (VMNI) se desarrolló como una alternativa a la invasiva tratando de eliminar las complicaciones asociadas a esta última. Hasta el momento no se ha demostrado su papel en la IRA hipoxémica sobre todo por las altas tasas de falla asociadas a su uso y la falta de información en las guías respecto a esta entidad. Ciertos pacientes podrían beneficiarse pero aún no se han establecido los parámetros que determinan, en caso de hipoxemia, falla a la VMNI. Uno de ellos recientemente fue el aumento del volumen tidal exhalado (VTe) mayor a 9.5ml/kg de peso predicho. **Método:** Estudio Retrospectivo observacional. **Resultados:** Se reportaron los datos de 40 pacientes. El VTe promedio fue de 8.8 ± 3.7 ml/kg peso ideal. Al comparar al grupo de falla a la VMNI contra el grupo de éxito no hubo diferencia significativa en cuanto al VTe inicial (9.09 ± 3.33 vs 8.59 ± 3.95 ; IC 95%, $p = 0.570$) ni a las 6 horas de uso de VMNI (9.11 ± 2.43 vs 8.53 ± 3.22 ; IC 95%, $p = 0.628$). El porcentaje de pacientes con VTe menor de 6 ml/kg fue menor en el grupo de falla comparado con el grupo de éxito pero esto no fue estadísticamente significativo. **Conclusión:** El VTe inicial y a las 6 horas del uso de la VMNI no fue factor predictor de falla a esta terapia. Por la naturaleza de nuestro estudio, estos resultados no son concluyentes y se requieren de estudios prospectivos multicéntricos para un mayor impacto.

* R19. MEDICIÓN DE GROSOR DIAFRAGMÁTICO COMO PARÁMETRO PREDICTIVO PARA DE RETIRO DE VENTILACIÓN MECÁNICA INVASIVA EN PACIENTES DE TERAPIA INTENSIVA

Dr. Andrés Tanaka. Dra. Ana del Carmen Amador Martínez, Dra. Lucía Yunnuen Delgado Mercado, Dr. Juvenal Franco Granillo Dr. Dra. Janet Aguirre Sánchez, Dr. Gilberto Camarena Alejo. Centro Médico ABC.

Introducción: Mediante la medición de engrosamiento diafragmático y el cambio de grosor en espiración e inspiración del mismo, se puede utilizar como medición para predecir el éxito o fracaso a la extubación. Se evaluó la fracción de grosor diafragmático (FGD) por ultrasonido en pacientes de terapia intensiva y se comparó con índice de ventilación rápida superficial (VRS). **Métodos:** Los 65 pacientes con ventilación mecánica invasiva fueron reclutados prospectivamente en el departamento de Medicina crítica de centro Médico ABC en un periodo de 9 meses agosto 2015 abril 2016. La FGD se midió en la zona de aposición de diafragma al tórax, en ambos hemitórax, utilizando un transductor de ultrasonido 4 MHz y se realizó por médico radiólogo en todos los pacientes desconociendo patologías de paciente. Los pacientes reclutados fueron sometidos a una prueba de respiración espontánea (PRE) cuando se reunieron los siguientes criterios: FiO₂ < 50%, la PEEP ≤ 5 cm de H₂O, PaO₂/FiO₂ > 200, frecuencia respiratoria < 30 por minuto, ausencia de fiebre, neurológicamente alerta y sin el apoyo hemodinámico de vasopresores. Se calculó el porcentaje de cambio en FGD, siendo final de la inspiración y el final de la espiración entre final de la inspiración, en pacientes entre con ventilación mecánica invasiva en modalidad ventilación presión soporte con progresión ventilatoria con fines de extubación. Un éxito a la extubación se definió como respiración espontánea > 48 hrs sin soporte ventilatorio después del retiro de tubo endotracheal.

Resultados: De los 65 pacientes reclutados, 23(35.4%) mujeres y 42 (64.6%) hombres, índice de masa corporal (IMC) de 25.83 (SD + 4.19) todos fueron extubados en modalidad ventilación presión soporte. La frecuencia de falla a la extubación fue de 21.5% y mortalidad de 24.6%. Las variables asociadas a fracaso fueron valores de corte de FGD derecho 25.9%, FGD izquierdo 23.1%. Tiempo de ventilación mecánica en días con mediana de 4 (RIQ 3-6) vs 8.5 (RIQ 7 – 11), $p < 0.001$ y VRS con 68.2 ± 9.6 vs 53.9 ± 11.1 , $p < 0.001$. **Conclusiones:** Las mediciones de grosor diafragmático por ultrasonido tanto VRS como de tiempo de ventilación mecánica son un parámetro útil para predecir el éxito o el fracaso de la extubación. Este estudio demuestra que no hay relación entre paciente con EPOC, IMC, edad y falla a la extubación. La extubación un procedimiento conjunto y entre más parámetros para extubación menor riesgo de presentar falla.

*** R20. UTILIDAD DEL ULTRASONIDO DE PULMÓN EN LA TITULACIÓN DEL PEEP EN PACIENTES CON SÍNDROME DE INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA CLASIFICACIÓN BERLÍN MODERADO Y GRAVE**

Dr. Oscar Torres Aguilar, Dr. Humberto Castillejos Suastegui, Dr. Enríquez Monares Cepeda, Dra. Janet Aguirre Sánchez, Dr. Juvenal Franco Granillo Hospital ABC.

La ventilación mecánica es una de las herramientas que tenemos en el manejo del síndrome de insuficiencia respiratoria aguda (SIRA), el PEEP es una de las variables que nos permiten mejorar a estos pacientes. Recientemente el ultrasonido de pulmón es cada vez más empleado en terapia intensiva, por lo que incorporarlo de forma rutinaria a la titulación de PEEP puede ser un acierto. Realizamos de manera prospectiva la titulación de PEEP en 20 pacientes con SIRA y se efectuaron mediciones al pie de cama por medio de ultrasonido de pulmón. **Objetivos.** Objetivo Primario: Evaluar la utilidad del ultrasonido pulmonar (USP) para la titulación del PEEP. Objetivo secundario: Comparar 4 métodos de titulación de PEEP con hallazgos encontrados en el ultrasonido de pulmón (USP). **Material y métodos:** Estudio prospectivo y observacional. Criterios de inclusión: pacientes con SIRA moderado y severo de acuerdo a clasificación de Berlín, mayores de 18 años. **Resultados:** 20 pacientes (p), 11 hombres (55%), 9 mujeres (45%), 16 (80%) con $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2 \leq 150$ mmHg y 4 (20%) $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2 > 150$ mmHg, BNP en 19 p (95%), de estos 11 (57%) ≤ 250 ng/dL y 9 (42.2%) > 250 ng/dL, en 17 p (85%) se evidenció potencial de reclutamiento, representado por incremento de distensibilidad de 1 ml/cmH₂O y disminución de 1% del espacio muerto. En la titulación por curva de flujos lentos el punto de inflexión inferior fue en promedio 7.2 cmH₂O, el superior 21.9 cmH₂O, el medio 13.5 cmH₂O, volumen inferior 105.1 ml, el volumen superior 428.7 ml. Se tituló PEEP por mejor distensibilidad en 19 p (95%), programándose 16cmH₂O en 5 p (26%), 14cmH₂O (15.7%), 12cmH₂O (21%), 10 cmH₂O (15.7%) y 8cmH₂O (26.3%). Se logró realizar USP en 14 p (70%). **Conclusiones:** Realizar USP a la cabecera del paciente es factible y es útil en la titulación del PEEP sin riesgos. Es otra herramienta en la identificación de sobredistensión pulmonar.

R21. SÍNDROME DE DISTRÉS RESPIRATORIO AGUDO (SDRA) POR INTOXICACIÓN CON GAS NATURAL (METANO).

REPORTE DE UN CASO EN UCI

*Dr. José David Salmerón González, **Dra. Ma. Natalia Gómez González, ***Dr. Eliseo Luis López **** Dr. Pedro Luis González Carrillo. Instituto Mexicano del Seguro Social
CMN Bajío UMAE No. 1 Unidad de Cuidados Intensivos.

Introducción: El gas metano es un hidrocarburo parafínico, más liviano que el aire, penetrando al organismo vía inhalatoria desplaza al oxígeno de la hemoglobina dando como resultado monóxido y dióxido de carbono. **Objetivo:** Presentar el caso clínico de un paciente con SDRA secundario a intoxicación por gas natural. **Reporte de un caso:** Masculino de 32 años, al estar laborando en un ducto de gas natural con fuga sufre inhalación en espacio abierto, inmediatamente con pérdida del estado de alerta, crisis convulsivas tónico-clónico generalizadas, hemoptisis y dificultad respiratoria. Ingresó a Urgencias con GCS (8pts) e insuficiencia respiratoria tipo 1 ($\text{PaO}_2/\text{FiO}_2 102$), nivel de carboxihemoglobina 30%, ECG con taquicardia supraventricular paroxística que revirtió con tratamiento médico; se inicia soporte ventilatorio y se realiza tomografía de tórax (Imagen 1) donde se evidencia neumotórax izquierdo >30% e imágenes nodulares con distribución difusa por infiltrado alveolar, franjas de consolidación (33UH) y zonas de broncograma aéreo; Se coloca sonda endopleural y se continua tratamiento por 72hrs con buena respuesta; 96hrs después, progresión ventilatoria y egreso, previo control tomográfico (Imagen 2). **Conclusión:** La intoxicación por gas tiene alta mortalidad si los síntomas se presentan de forma inmediata, por lo que el pronóstico depende del diagnóstico y tratamiento oportuno.

R22. NEUMONÍA CRIPTOGÉNICA ORGANIZADA COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

*Dr. Obed Zacamitzin Contreras, **Dra. Ma. Natalia Gómez González, ***Dr. Eliseo Luis López, **** Dr. Pedro Luis González Carrillo. Instituto Mexicano del Seguro Social. CMN Bajío UMAE No. 1 Unidad de Cuidados Intensivos. * Médico Residente de Primer año de Medicina del Enfermo en Estado Crítico. CMN Bajío UMAE No. 1 IMSS E-mail: zacamitzino@hotmail.com. ***Médico Adscrito de Medicina del Enfermo en Estado Crítico. CMN Bajío UMAE No.1 IMSS. **** Médico Adscrito de Medicina del Enfermo en Estado Crítico. CMN Bajío UMAE No.1 IMSS.

* Concursante Premio Mario Shapiro 2016.

Introducción: La neumonía criptogénica es una enfermedad pulmonar intersticial difusa, de etiología no infecciosa, con incidencia 1.1/100,000 habitantes, el diagnóstico se realiza con estudio histopatológico. **Objetivo:**

Presentar el caso clínico de un paciente con neumonía criptogénica organizada. **Reporte de un caso:** Hombre de 55 años con antecedente de hipertensión arterial sistémica con buen control. Padecimiento actual: Inicia con tos no productiva, rinorrea hialina, disnea progresiva, dolor pleurítico y fiebre no cuantificada; 2 días posteriores ingresa a Urgencias con insuficiencia respiratoria tipo II, $\text{PaCO}_2 79$ mmHg, $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2 67$, $\text{SaO}_2 88\%$. Se inicia tratamiento con ventilación mecánica, metilprednisolona (1 gr/24 hrs), y tratamiento antimicrobiano (meropenem, vancomicina, caspofungina); urocultivo, hemocultivo y de secreción bronquial negativos, perfil viral e inmunológico negativos. Se realizó TAC de Tórax (Imagen 1), con presencia de múltiples opacidades algodonosas, e imagen de vidrio desplulado. Sin respuesta al tratamiento, con evolución tórpida y muerte. Se realizó necropsia encontrando: paredes alveolares engrosadas, daño alveolar difuso y áreas de tejido fibroconectivo organizadas (Imagen 2). **Conclusión:** La neumonía organizada es una entidad poco frecuente, probablemente subdiagnosticada ya que el estudio histopatológico no se realiza de rutina. El tratamiento temprano es con esteroide sin embargo un 50% de los pacientes es no respondedor.

G1. ENFERMEDAD HIPERTENSIVA DEL EMBARAZO, SÍNDROME DE HELLP Y LESIÓN RENAL AGUDA, RELACIÓN DEL INICIO TEMPRANO DE TERAPIA DE REEMPLAZO RENAL CONTINUO Y EVOLUCIÓN FAVORABLE. REPORTE DE UN CASO

Edgar Ricardo Abascal García (π), Ricardo Martínez Zubietta (∞), Ulises Wilfrido Cerón (∞), Alejandro Trejo Arteaga (∞). (π) Residente de segundo año de Medicina Crítica, Hospital Español, Ciudad de México. (∞) Médico adscrito de la unidad de terapia intensiva del Hospital Español, Ciudad de México.

Introducción: Enfermedad hipertensiva del embarazo es una patología común y con una morbilidad importante, existe poca literatura del manejo de la afeción a diversos órganos. **Objetivo:** Mostrar la evolución de paciente puérpera con uso de terapia de reemplazo renal continuo. **Caso:** Femenina 29 años con obesidad grado I, diabetes tipo 2 y embarazo de 29 semanas de gestación. Presentó datos clínicos de vasoespasmo, ingresó a la Unidad Toco-quirúrgica, con tensión arterial (TA) de 170/110 mmHg, sin respuesta a antihipertensivos, con oliguria pese a manejo hidrático. Se dio término del embarazo vía abdominal y desarrolló síndrome de HELLP. Recibió tratamiento con Labetalol, ventilación mecánica, sin respuesta a diurético con dosis de estrés, por lo que requirió terapia de reemplazo renal continuo (TRRC), disminución de enzimas hepáticas y bilirrubinas.

Discusión: Se ha documentado la presencia de biomarcadores angiogénicos en preeclampsia-eclampsia y síndrome de HELLP, con disminución de éstos posterior al retiro de la placenta, y probable con el uso de la TRRC. **Conclusión:** Despues del término del embarazo, la TRRC demostró beneficio en el manejo del síndrome de HELLP con complicación de lesión renal aguda AKIN III, pese a que no se puede realizar medición de biomarcadores.

G2. ECOCARDIOGRAFÍA TRANSTORÁCICA Y ULTRASONIDO PULMONAR EN PACIENTES CON ENFERMEDAD HIPERTENSIVA INDUCIDA POR EMBARAZO EN PACIENTES DE UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS OBSTÉTRICOS

Dr. Daniel Ricardo Caballero Pérez¹, Dr. David Joaquín Torres Avilés², Dr. Marco Antonio Cetina Cámara⁵, Dra. Martha Laura Cerino Aguirre³, Dra. Mónica García Cardiel⁴, Dr. Vicente Campos García⁶, Dra. Doris del Carmen Salazar Escalante⁷, Dr. Gabriel Magdaleno Lara⁸. Hospital General Agustín O'Hanlon, Mérida, Yucatán. ^{1,2,3,4} Residente de Primer Año de Medicina del Enfermo Estado Crítico; ⁵ Jefe de Servicio de Terapia Intensiva; ⁶ Médico Adscrito al área de Cuidados Intensivos Obstétricos; ⁷ Médico Cardiólogo; ⁸ Médico Adscrito a área de cuidados intensivos.

Introducción: En épocas recientes se ha usado el ultrasonido como herramienta de evaluación diagnóstica en la paciente obstétrica, empleando la modalidad pulmonar y la Ecocardiografía. **Objetivo:** Evaluar cuáles son las características encontradas por medio de ultrasonido pulmonar y ecocardiografía en pacientes con enfermedad hipertensiva inducida por el embarazo. **Material y métodos:** A las pacientes con diagnóstico de enfermedad hipertensiva inducida por embarazo que ingresaron en al área de Cuidados Intensivos Obstétricos se les realizó ultrasonido pulmonar y rastreo ecocardiográfico para evaluar la presencia de posibles alteraciones hemodinámicas relacionadas a dicha patología. **Resultados:** Se incluyó 6 pacientes, en quienes la edad promedio fue

de 20.83 años, con un patrón por LUS leve en 33.3% (n=2); moderado 33.3% (n=2) y ausente en 33.3% (n=2). La FEVI, la PSAP y la relación E_A observadas fueron normales en todas las pacientes. El septum interventricular y la pared posterior de VI se encontraron engrosados en 2 pacientes. **Discusión:** Se observó alteraciones en ultrasonido pulmonar al igual que en ecocardiografía que se correlacionan con lo observado en la literatura. **Conclusiones:** El ultrasonido pulmonar y la Ecocardiografía son de utilidad en la evaluación de la paciente con enfermedad hipertensiva inducida por embarazo.

G3. TUMOR UTERINO MIXTO MULLERIANO MALIGNO DE COMPONENTES HOMÓLOGOS EN EL PUEPERIO. REPORTE DE UN CASO EN UCI

Dr. Jorge Adalid Díaz Rodríguez¹, Dra. Raquel Silva Medina², Dra. M. Natalia Gómez González³, Dr. Eliseo Luis López⁴, Dr. Raúl Soriano Orozco⁵, Dr. Mario Murguía Pérez⁶, Dr. Pedro Luis González Carrillo⁷. Instituto Mexicano del Seguro Social. CMN Bajío UMAE No. 1 Unidad de Cuidados Intensivos. ¹ Médico Residente de Segundo año de Medicina del Enfermo en Estado Crítico CMN Bajío UMAE No. 1 IMSS León Universidad de Guanajuato, E-mail: dr.diaz.mi@gmail.com. ² Médico Residente de Segundo año Radiología CMN Bajío UMAE No. 1 IMSS León Universidad de Guanajuato. ³ Centro Médico Nacional del Bajío UMAE No.1 IMSS. ⁴ Centro Médico Nacional del Bajío UMAE No.1 IMSS. ⁵ Centro Médico Nacional del Bajío UMAE No.1 IMSS. ⁶ Centro Médico Nacional del Bajío UMAE No.1 IMSS. ⁷ Centro Médico Nacional del Bajío UMAE No.1 IMSS.

Introducción: Los tumores Müllerianos mixtos malignos son poco frecuentes, 3% de los cánceres uterinos, histológicamente con un componente epitelial maligno y otro sarcomatoso. **Objetivo:** Presentar el caso clínico de un tumor mixto Mülleriano maligno uterino con componentes homólogos. **Reporte de un caso:** Primigesta de 30 años inicia en la semana 28 con cefalea, déficit de atención, bradilalia, bradipsiquia, sin mejoría espontánea, el 20 de mayo con 38 sdg se realiza cesárea, 24 hrs posteriores presenta tetraparesia, disnea, disfagia, ptosis palpebral hemiparesia y babinski izquierdos. TAC de cráneo contrastada con múltiples imágenes hipodensas circulares, bien definidas con reforzamiento y edema cerebral moderado; el 4 de junio ingresa a UCI por deterioro neurológico severo, con carga viral (-), western blot positivo a P24/25, RMN de cráneo con lesiones tumorales en corteza, cerebelo, hipofisis, puente; tomografía toracoabdominal reportando lesiones en cuello, hígado, bazo, pulmones, útero y colon; el día 11 de junio se documenta diabetes insípida central y cráneo hipertensivo, sin respuesta a tratamiento médico, evolución tórpida y muerte; En autopsia se reporta un tumor Mülleriano mixto uterino con metástasis orgánicas. **Conclusión:** Los tumores Müllerianos infrecuentes y con comportamiento agresivo son un reto diagnóstico en la UCI más cuando están asociados al puerperio.

G4. DIAGNÓSTICOS DE INGRESO A LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS OBSTÉTRICA DEL HOSPITAL GENERAL AGUSTÍN O'HORAN ENERO DEL 2014 A DICIEMBRE DEL 2015 MÉRIDA YUCATÁN

Martha Laura Cerino Aguirre, Mónica García Cardiel, Daniel Ricardo Caballero Pérez, Joaquín David Torres Avilez, Marco Antonio Cetina Cámarra, Gabriel Magdaleno Lara, Doris del Carmen Salazar Escalante. Hospital General Agustín O'horan Mérida, Yucatán.

Introducción: Actualmente la morbilidad y mortalidad materna se consideran un indicador para evaluar los servicios de salud de un país, por lo que conocer la epidemiología puede guiar intervenciones tempranas con el objetivo de disminuir las complicaciones asociadas. **Objetivo:** Determinar las causas de ingreso más frecuentes a la Unidad de Cuidados Intensivos Obstétrica.

Material y métodos: Se realizó una encuesta retrospectiva, descriptiva, transversal y observacional que incluyó a pacientes embarazadas o puérperas que ingresaron en el periodo comprendido de enero del 2014 a diciembre del 2015. **Resultados:** Durante el periodo estudiado ingresaron 173 pacientes, la edad media fue 25.5 años y los días de estancia 3.7 días, las primeras 3 causas de ingreso fueron preeclampsia (30.6% n=53), eclampsia (22.5% n=39), choque hipovolémico (13.8% n=24). **Discusión:** La mayoría de países desarrollados reporta como primera causa de ingreso la hemorragia obstétrica, en el caso de nuestra población las primeras causas fueron los trastornos hipertensivos del embarazo lo que pudiera guardar estrecha relación con el nivel socioeconómico bajo de la población a nuestro cargo, siendo este un factor de riesgo para la aparición de preeclampsia y eclampsia. **Conclusión:** La primera causa de ingreso a la Unidad de Cuidados Obstétrica son los trastornos hipertensivos.

G5. REANIMACIÓN GUIADA POR OBJETIVOS EN PACIENTES CON HEMORRAGIA OBSTÉTRICA

Guillermo David Hernández López. Marisela Estrada Carreón. Jessica Garduño López., Marcos Antonio Amezcua Gutiérrez., José Obeth Montoya Rojas., Eduardo Santiago Cruz Montesinos., Iván Lima Lucero. Hospital General De Ceylán. ISEM.

Introducción: La admisión de pacientes obstétricas a la Unidad de Cuidados Intensivos es cada vez más frecuente su ingreso. Las hemorragias puerperales representan una de las urgencias obstétricas más importantes que enfrentamos a diario. **Objetivo:** Establecer estrategias de reanimación en hemorragia obstétrica. **Métodos:** Se incluyeron todas las pacientes que ingresaron con diagnóstico de hemorragia obstétrica durante el periodo de enero del 2015 a mayo del 2016. Se realizó reanimación con base en determinación de delta de CO₂, SV_cO₂, Hb y monitoreo hemodinámico no invasivo. Se registraron las siguientes variables: frecuencia cardíaca, delta de CO₂, diuresis horaria, temperatura, saturación venosa central de oxígeno, hemoglobina (Hb), presión venosa central (PVC) y presión arterial media. **Resultados:** Se incluyeron todas las pacientes con diagnóstico de hemorragia obstétrica. El APACHE II promedio de ingreso fue de 9 puntos mientras que la valoración SOFA fue de 2 puntos. No se registraron defunciones durante el periodo de estudio. **Conclusiones:** Las estrategias actuales de reanimación en nuestra unidad en este grupo de pacientes han mejorado enormemente y nos permiten la reposición de sangre y volumen con base en objetivos, lo cual deriva en el uso adecuado de hemoderivados y cristaloïdes en este grupo de pacientes.

* G6. ÍNDICE DE LA VENA CAVA INFERIOR COMO PRUEBA DE RESPUESTA A VOLUMEN EN GESTANTES DEL TERCER TRIMESTRE

Dra. Sophia Selene Torres Valdez. Dra. Aurea Carmona Domínguez. Dr. Eduardo Garrido Aguirre. Dr. Silvio Antonio Namendys Silva. Dr. Rafael Tapia Velasco. Dr. Felipe de Jesús Montelongo.

Introducción: Durante el embarazo hay importantes alteraciones hemodinámicas y la administración de líquidos en diferentes escenarios representa un verdadero reto. El diámetro de la vena cava inferior (VCI) es una medida estática relacionada con la precarga cardiaca y es un reflejo de la presión de la aurícula derecha. Los cambios dinámicos ventilatorios en la VCI como medida indirecta de respuesta a volumen han sido poco estudiados en embarazadas. Este trabajo se realizó con el objetivo de describir la incidencia de respuesta positiva a volumen evaluada por ultrasonido en embarazadas del tercer trimestre y evaluar la utilidad del índice de VCI como prueba de respuesta a volumen. **Métodos:** Estudio prospectivo, observacional y descriptivo. Se incluyeron 118 embarazadas. Se midió distensibilidad de VCI en decúbito supino por ultrasonido y gasto cardíaco (GC) por USCOM® antes y después a elevación pasiva de piernas. **Resultados:** De 118 pacientes, 33 (28%) fueron respondedoras a volumen por índice de VCI y 32 (27.1%) por cambio en GC (diferencia de 0.90%, IC95%: -11.0% - 12.8%, $\chi^2 < 0.001$, $p = 0.992$). La media del porcentaje de cambio en GC en las respondedoras fue 29.1%, y -4.3% en las no respondedoras ($p < 0.001$). Un diámetro de la VCI ≤ 53 mm tiene una sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo y valor predictivo negativo de 83.5%, 72.1%, 64.1% y 90%, respectivamente para predecir respuesta positiva a volumen (área bajo la curva ROC: 0.86 [IC95%: 0.78-0.91], $p < 0.001$). **Conclusiones:** Menos del 30% de las embarazadas en el tercer trimestre responden a volumen. El índice de VCI puede utilizarse como prueba de respuesta a volumen y un diámetro de la VCI ≤ 53 cm tiene un buen valor predictivo negativo para predecir respuesta a volumen en estas pacientes.

G7. INSUFICIENCIA HEPÁTICA SECUNDARIA A HÍGADO GRASO DEL EMBARAZO: REPORTE DE UN CASO

Roxana Vázquez Ramírez, Ma. Rosario Muñoz Ramírez, Gonzalo Pantoja Silveira, Luis Pérez Pérez, Alejandro López Hernández, Willibaldo Romero Campos, Pedro López Hernández, Laura Cisneros Garza. Unidad de Cuidados Intensivos, IMSS, UMAE No. 25, CMNE. Monterrey, N.L.

Introducción: El hígado graso asociado al embarazo es una forma severa de enfermedad hepática, principalmente en el 3er trimestre de gestación. La interrupción del embarazo y reanimación inmediata son vitales para la supervivencia de la madre y el feto. **Objetivo:** Reportar el caso de paciente con 35 SDG que presentó datos de insuficiencia hepática secundaria a hígado graso del embarazo. **Presentación de caso:** Femenina 27 años,

embarazo de 35 SDG. 2 semanas previas presenta dolor abdominal intenso en epigastrio, náusea, vómito de contenido biliar, prurito generalizado e ictericia, PFH con transaminasemia e hiperbilirrubinemia directa, manejo con ácido ursodesoxicólico. Evolución tórpida, con encefalopatía. Se realiza cesárea. Evoluciona con desequilibrio ácido base, elevación de azoados, hipoglucemia, coagulopatía. USG abdomen: aumento de ecogenicidad hepática. Manejo con hemoderivados, reanimación hidrática, mejoría progresiva, siendo egresada del servicio 20 días posteriores a ingreso. **Discusión y conclusiones:** El hígado graso del embarazo puede presentarse con afección multiorgánica, incidencia 1/7,000 a 16,000 embarazos. Se considera que es debido a infiltración grasa microvesicular de hepatocitos, mortalidad materna < 10%. Se debe enfatizar en el diagnóstico diferencial de insuficiencia hepática relacionada al embarazo ya que el tratamiento oportuno permite una recuperación rápida y mejoría en la supervivencia en el binomio madre-hijo.

S1. TROMBOSIS MESENTÉRICA ASOCIADA A SEPSIS DE ORIGEN OSTEOARTICULAR. REPORTE DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

Diana Escobar Ortiz, Guillermo David Hernández López, Raúl Cerón Juárez, Leticia Graciano Gaytán, Mónica Narveza Vela, Alan Espíndola Cruz, Alejandro Sánchez García, Julio C. Montes Cedillo. Unidad de Cuidados Intensivos Postquirúrgicos. UMAE «Dr. Victorio de la Fuente Narváez». IMSS. Magdalena de las Salinas.

Introducción: La aparición de trombosis mesentérica en la infección osteoarticular es una asociación rara. Entre los anticoagulantes naturales más importantes se encuentran la fibrina y la antitrombina III (AT III). La deficiencia de AT III puede ser congénita o adquirida. Una de las causas de la deficiencia adquirida es la sepsis. **Objetivo:** Describir un caso de un paciente con infección osteoarticular y trombosis mesentérica. **Presentación del caso:** Masculino de 88 años de edad, quien al ingreso presentó cambios de coloración, salida de material purulento y exposición de material protésico articular de rodilla, se agrega cuadro de irritación peritoneal pasa a quirófano realizando LAPE con hallazgos de isquemia mesentérica. Sólo se encontró elevación de la PCR y VSG. En este caso se documentó sepsis por *E. coli*. **Discusión:** Comunicamos el caso de un paciente con infección periprotésica de rodilla, que desarrolló trombosis mesentérica, encontrando como alteración hematológica elevación de la PCR y VSG. **Conclusiones:** El reconocimiento temprano de la sepsis así como su adecuado abordaje son esenciales para reducir la mortalidad. La edad mayor de 70 años, IMC mayor de 30 y enfermedades crónicas se asocian con mayor riesgo de complicaciones cardíacas y tromboembólicas después de una artroplastia total de rodilla.

S2. MIASIS ORAL PRESENTACIÓN DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

* Dr. Luis F. Loza Venegas. Dr. José M. Cantú Dávila. Dr. Gustavo Morales Muñoz. Dr. Roberto Rosas Velásquez. Dr. Jorge Vallejo Betancourt.

Introducción: Miasis oral. **Objetivo:** Presentación de un caso y revisión de la literatura. **Diseño:** Reporte de un caso. **Lugar:** UCI de PEMEX, Villahermosa Tabasco, México. **Paciente:** Masculino de 74 años edad. Antecedentes diabetes mellitus 2, Hipertensión Arterial sistémica, procedimiento dental. Padecimiento dolor precordial, palpitaciones y datos de bajo gasto. Diagnóstico de fibrilación auricular, tratamiento, sin mejoría, ingresa con actividad eléctrica sin pulso, desfibrilación 150 jules, recuperación sinusal 100 por minuto, ingresa a UCI, ventilación invasiva, se observa larva en cavidad oral, en carrillo inferior derecho, lesión necrótica, tratamiento aseo oral con Clorhexidina e ivermectina. **Resultados:** Diagnóstico choque Cardiogénico, FA respuesta ventricular rápida, Miasis oral. **Conclusiones:** Miasis, infestación del tejido vivo o necrótico de humanos, por larvas. Fenómeno mundial, Incidencia alta en zonas tropicales y subtropicales. Clasificación clínicamente: Primarias cuando se alimentan de tejidos vivos, comunes en el ganado, raras en humanos comportándose como parásitos obligados. Secundarias, se alimentan de tejidos muertos (larvas necrobiófagas), tipo más común en humanos. Ataca pacientes con lesiones necróticas en cavidades. Mayor frecuencia en varones que en mujeres, descrita en 1909. Tratamiento remoción manual o quirúrgica de regiones necróticas. Fármaco eficaz y seguro, es la ivermectina, antibiótico macrólido semisintético, bloquea el sistema nervioso del parásito.

S3. CANDIDA SCORE EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

Luis del Carpio Orantes, Unidad de Cuidados Intensivos, Hospital D'María

Introducción: La candidemia es la micosis profunda más frecuente en UCI. El *Candida score* (CS), surgió para identificar pacientes en ries-

go de presentar una infección fúngica invasiva. **Objetivo:** Se revisa la casuística de candidiasis invasiva en una UCI, aplicando el *Candida score*, evaluando su potencial predictor. **Diseño:** estudio retrospectivo, observacional y descriptivo. **Método:** Se aplica el *Candida score* a todos los casos identificados de candidiasis invasiva para evaluar su efecto predictor y probable de mortalidad; asimismo se identifican las cepas más frecuentes y sus factores de riesgo. **Resultados:** Se revisaron 102 pacientes, reportándose *Candida* en 14 (13.7%). Diez fueron mujeres; la mediana de edad: 75 años. La comorbilidad más frecuente fue EPOC (8); Neumonía fue la causa más frecuente de ingreso a la UCI (57.1%). Hubieron 19 cultivos positivos siendo los tipos más frecuentes *C. Albicans* (9), *Kruusei* (4) y *Tropicalis* y *Spp* (ambas 3). Se detectó en expectoración (11), orina (3), sonda urinaria (3). La mediana del score fue 2.5 y en los colonizados 3.1. Cuantificamos 6 defunciones (42.9%), todos tuvieron *C. albicans* en expectoración y en dos *C. albicans* en el urocultivo. **Conclusión:** El score *Candida* es un indicador predictivo de colonización en pacientes de UCI.

S4. ASOCIACIÓN DE LOS ÍNDICES PLAQUETARIOS CON EL DESARROLLO DE DISFUNCIÓN ORGÁNICA MÚLTIPLE EN PACIENTES SÉPTICOS

Moisés Beltrán-Molina, Abraham Antonio Cano-Oviedo, Otoniel Toledo-Salinas, Felipe Sánchez Montoya, Noé Jacobo Galicia-Castañeda, Alejandro Esquivel-Chávez, José Ángel Baltazar-Torres. Unidad de Cuidados Intensivos. UMAE Hospital de Especialidades "Dr. Antonio Fraga Mouret", Centro Médico Nacional La Raza, IMSS. Ciudad de México.

Introducción: Los índices plaquetarios (IsPs) [cuenta plaquetaria (CP), volumen plaquetario medio (VPM), relación CP/VPM] son indicadores de activación plaquetaria en sepsis. Las alteraciones de IsPs podrían predecir el desarrollo del síndrome de disfunción multiorgánica (SDMO). **Objetivo:** Evaluar el comportamiento de IsPs y su asociación con SDMO en pacientes sépticos. **Pacientes y métodos:** Estudio ambispectivo en pacientes sépticos que ingresaron a la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI). Registraron variables demográficas y clínicas, se midieron IsPs al ingreso a UCI y durante 3 días. Se registró la presencia de SDMO. Se evaluó la asociación de IsPs con el desarrollo del SDMO (regresión logística) y su desempeño como predictores del mismo (curva ROC). Un valor de $p < 0.05$ se consideró estadísticamente significativo. **Resultados:** Cincuenta pacientes, edad promedio 54.8 años, 50% mujeres. El 54% de pacientes tuvieron alteraciones de IsPs. La CP <150,000/mm³ (RR 4.571, $p=0.013$, área bajo la curva ROC 0.77, $p=0.001$) y CP/VMP <16.6 (RR 8.5, $p=0.001$, área bajo la curva ROC 0.78, $p=0.001$) se identificaron como factores de riesgo y tuvieron adecuada capacidad discriminativa para identificar SDMO. **Conclusiones:** Las alteraciones de IsPs son frecuentes en pacientes sépticos, se asocian significativamente y tiene buena capacidad discriminativa para identificar SDMO.

S5. PROFILAXIS DE INFECCIÓN ASOCIADA A COLOCACIÓN DE CATÉTER VENOSO CENTRAL, CLORHEXIDINA VS YODOPOVIDONA

Dr. Daniel Ricardo Caballero Pérez, Dra. Sandra Angélica Chi Pool, Dr. Marco Antonio Cetina Cámara, Hospital General Agustín O'Horan, Mérida, Yucatán.

Introducción: Los catéteres venosos centrales proporcionan acceso vascular necesario, sin embargo se han descrito complicaciones relacionadas que incluyen tanto infecciones como eventos adversos no infecciosos. Debe realizarse siempre en perfectas condiciones de asepsia. **Objetivo:** Comparar la eficiencia de la clorhexidina contra la yodopovidona para la prevención de infecciones asociadas a catéter venoso central. **Material y métodos:** Se seleccionaron pacientes ingresados en área de UCI, Medicina Interna, Urgencias y Cirugía a quienes se instaló catéter venoso central, fueron divididos en 2 grupos: el primero con aseo previo con clorhexidina y el segundo con yodopovidona. **Resultados:** Se estudiaron 84 pacientes en total, 42 por grupo, detectándose complicaciones infecciosas relacionadas a catéter en 45.23% pacientes con yodopovidona ($n=19$) y en 4.7% de pacientes con clorhexidina ($n=2$); con mayor eficiencia de la clorhexidina para la prevención de infecciones locales y sistémicas asociadas a catéter venoso central (RR 0.34 y 0.08, respectivamente). **Discusión:** Se encontraron resultados similares a los reportados en la literatura en cuanto a la eficiencia de la clorhexidina para la prevención de infecciones asociadas a catéter central. **Conclusiones:** La clorhexidina tiene mayor eficiencia que la yodopovidona para la prevención de infecciones locales y sistémicas asociadas a catéter venoso central.

S6. MORTALIDAD Y DIFERENCIA DE PRESIÓN VENOARTERIAL DE DIÓXIDO DE CARBONO SOBRE CONTENIDO ARTERIOVENOSO DE OXÍGENO EN CHOQUE SÉPTICO. ESTUDIO RETROSPETIVO DE 10 CASOS

César Alejandro Rojas Gómez, Alejandro Trejo Arteaga. Hospital Español.

Introducción: Existe evidencia sobre la utilidad del cociente de la diferencia de presión venoarterial de CO_2 sobre el contenido arteriovenoso de oxígeno ($\Delta\text{PCO}_2/\text{Ca-vO}_2$) como marcador de hipoperfusión tisular en el paciente séptico. La $\Delta\text{PCO}_2/\text{Ca-vO}_2$ puede ser útil para guiar la resuscitación del paciente con choque séptico y es posible que se trate de un indicador indirecto de mortalidad. **Objetivo:** Conocer la asociación entre mortalidad y $\Delta\text{PCO}_2/\text{Ca-vO}_2$ en pacientes con choque séptico. **Material y métodos:** Se realizó una revisión de bases de datos de nuestra institución entre los años 2009 y 2016, para obtener información de 10 pacientes aleatorizados que contaban con el diagnóstico de choque séptico. Se obtuvo la información necesaria para calcular el $\Delta\text{PCO}_2/\text{Ca-vO}_2$ al ingreso a la Unidad de Terapia Intensiva y su evolución dentro de las siguientes 24 horas. Se realizó correlación de la variación en el tiempo del $\Delta\text{PCO}_2/\text{Ca-vO}_2$ con variables de mortalidad. **Resultados:** Se encontró una significancia estadística en el porcentaje de mortalidad calculado por SAPS III y la variación de $\Delta\text{PCO}_2/\text{Ca-vO}_2$, con un valor de $p < 0.03$. **Discusión y conclusiones:** Este estudio concuerda con los hallazgos que sugieren que el $\Delta\text{PCO}_2/\text{Ca-vO}_2$ es un método adecuado para evaluar mortalidad del paciente con choque séptico.

S7. EPIDEMIOLOGÍA Y PRONÓSTICO DE LA SEPSIS EN EL PACIENTE ANCIANO CRÍTICO EN LA UCI DEL HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO. REPORTE PRELIMINAR

Guillermo David Hernández López, Orlando Rubén Pérez Nieto, Luis Antonio Gorordo Delsol, Adolfo Israel Vásquez Cuellar, Ivonne Nayelly Hinjosa Aguilar, Karen Pamela Pozos Cortes, Sergio Edgar Zamora Gómez. Hospital Juárez de México. OPD.

Cerca de 26-51% de los ingresos a la UCI corresponden a pacientes mayores de 65 años. Hasta el momento no existe unanimidad para considerar la edad como factor de mortalidad en los pacientes sépticos. El objetivo fue comparar la incidencia de sepsis en pacientes mayores de 60 vs menores de 60 años y analizar el impacto que tiene la edad de los pacientes sépticos, en la gravedad, estancia en UCI, días-ventilación mecánica y mortalidad. Para determinar la mortalidad se calculó el *odd ratio*, con intervalos de confianza al 95%. Los análisis se realizaron mediante el software IBM SPSS 21.0. **Resultados:** Se incluyeron 96 pacientes ≥ 60 años y 210 pacientes < 60 años. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre APACHE II, SOFA, días de estancia así como tampoco en días de ventilación mecánica entre ambos 2 grupos. Se observó una disminución en la mortalidad en los pacientes mayores de 60 años, con OR = 0.5332 (95% IC 0.3089 a 0.9204, $p = 0.0240$). **Conclusiones:** Se asoció esta disminución en la mortalidad a: mayor ingreso de pacientes con cirugía electiva, no considerar la edad como determinante para un tratamiento más avanzado, así como el menor número de pacientes con trauma.

*** S8. 200 DÍAS DE QSOFA, DETECCIÓN TEMPRANA DE SEPSIS Y DISMINUCIÓN DEL RIESGO**

Freddy Pedraza Olivares: Residente de primer año de Medicina del paciente en estado crítico en el Hospital San Ángel Inn Universidad. Ciudad de México. Enrique Monares Zepeda: Jefe de la Unidad de Terapia Intensiva en el Hospital San Ángel Inn Universidad. Ciudad de México. Carlos Alfredo Galindo Martín: Jefe del servicio de Nutrición en el Hospital San Ángel Inn Universidad. Ciudad de México. Job Heriberto Rodríguez Guillen: Subjefe de la Unidad de Terapia Intensiva en el Hospital San Ángel Inn Universidad. Ciudad de México. Alberto Valles Guerrero: Médico adscrito a la Unidad de Terapia Intensiva en el Hospital San Ángel Inn Universidad. Ciudad de México. Alejandro Cruz Suárez Mendoza: Médico adscrito a la Unidad de Terapia Intensiva en el Hospital San Ángel Inn Universidad. Ciudad de México. Correspondencia: LN. Carlos Alfredo Galindo Martín, Mayorazgo #130, Col. Xoco. CP. 03339, Ciudad de México. 56236363 ext. 1003 (044) 4423474856, E-mail: carlos.algalmar@gmail.com

Introducción: Cuando se emplea la escala de *quick Sepsis Related Organ Failure Assessment* o qSOFA para activar a los equipos de respuesta rápida se tiene el objetivo de detectar de manera temprana a pacien-

tes cuyo deterioro sea secundario a sepsis y los equipos de respuesta rápida son conocidos como "sepsis team" o "código sepsis". **Métodos:** Nosotros presentamos los primeros 200 días de un programa de detección temprana de sepsis acorde a las nuevas recomendaciones. Se excluyeron todos aquellos pacientes que ingresaron a hospitalización con carta de "Voluntad anticipada", diagnósticos de enfermedad terminal y cuidados paliativos así como pacientes pediátricos (menores de 18 años) y obstétricas. **Resultados:** En un periodo de 200 días, se realizó un total de 111 alertas por parte del equipo de respuesta rápida mediante la escala qSOFA. Siendo así, 34 alertas por cada 1,000 ingresos. Por cada 6 pacientes evaluados 1 paciente se benefició de ser trasladado de manera inmediata a la unidad de terapia intensiva; por una reducción del riesgo absoluto a mortalidad de 18.26% (Intervalo de confianza al 95% -16.47 a 52.99). Por cada 6 pacientes con datos de riesgo que no sean detectados 1 fallecerá. Por cada 2 pacientes ingresados al programa de respuesta rápida uno fue beneficiado por el tratamiento establecido. **Conclusión:** El presente estudio muestra que el uso de la escala qSOFA en nuestra población resultó en una reducción del riesgo absoluto a mortalidad.

*** S9. CLASIFICACIÓN CLÍNICA DE LA PERFUSIÓN TISULAR EN PACIENTES CON CHOQUE SÉPTICO BASADO EN LA SATURACIÓN VENOSA CENTRAL DE OXÍGENO (SvCO₂) Y DIFERENCIA VENOARTERIAL DE DIÓXIDO DE CARBONO ENTRE EL CONTENIDO ARTERIOVENOSO DE OXÍGENO ($\Delta\text{P}(\text{V}-\text{A})\text{CO}_2/\text{C}(\text{A}-\text{V})\text{O}_2$)**

Dr. Gerardo Rivera Solís, Dr. Jesús Salvador Sánchez Díaz, Enrique Antonio Martínez Rodríguez, Dra. Rosalba Carolina García Méndez, Dr. Juan Marcelo Huanca Pacaje, Dra. María Verónica Calyeca Sánchez

Introducción: El choque séptico es la principal causa de choque en la Unidad de Cuidados Intensivos (62% de todos los casos), su mortalidad es alrededor del 40 al 50% y el reconocimiento temprano de la hipoperfusión tisular es vital para su manejo. **Material y métodos:** Estudio de cohorte prospectivo, longitudinal, descriptivo y analítico. Pacientes con diagnóstico de choque séptico según las Guías de la Campaña Sobrevida a la Sepsis del año 2012, ingresados a la Unidad de Cuidados Intensivos en el periodo que comprende de Junio de 2015 a Junio del 2016. **Resultados:** El análisis multivariado de sobrevida a las 24 horas mostró que la $\text{SvCO}_2 > 70\%$ tuvo OR 0.23 (IC95% 0.047-1.15) $p=0.075$ y la $(\Delta\text{P}(\text{V}-\text{A})\text{CO}_2/\text{C}(\text{A}-\text{V})\text{O}_2) > 1.4$ tuvo un OR 5.49 (IC95% 1.07-28.09) $p=0.04$. El Grupo 4 ($\text{SvCO}_2 < 70\%$ y $(\Delta\text{P}(\text{V}-\text{A})\text{CO}_2/\text{C}(\text{A}-\text{V})\text{O}_2) > 1.4$) que incluyó 7 pacientes fue el de peor pronóstico con 43 % de mortalidad ($n=6$). **Discusión:** Diferentes estudios han demostrado que es pobre la correlación entre la macro y la microcirculación, que las alteraciones microcirculatorias están presentes antes del descenso de la presión arterial, del gasto cardíaco y que la densidad de vasos perfundidos es independiente de estos parámetros. **Conclusión:** Los pacientes con choque séptico que tienen $\text{SvCO}_2 < 70\%$ y $\Delta\text{P}(\text{V}-\text{A})\text{CO}_2/\text{C}(\text{A}-\text{V})\text{O}_2 > 1.4$ medidos a las 24 horas de ingreso presentan mayor mortalidad a 30 días.

*** S10. DETERMINACIÓN DEL UMBRAL DEL CONSUMO MÁXIMO DE OXÍGENO (VO_2 MÁXIMO) ESTIMADO POR FÓRMULA, COMO MARCADOR PRONÓSTICO EN PACIENTES CON SEPSIS Y CHOQUE SÉPTICO EN UNA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA**

Dr. Axel Pedraza Montenegro; Dr. Enrique Monares Zepeda; Dra. Janet Silvia Aguirre Sánchez; Dr. Gilberto Camarena Alejo; Dr. Juvenal Franco Granillo Centro Médico ABC. Departamento de Medicina Crítica "Dr. Mario Shapiro".

Introducción: La obtención del consumo máximo de oxígeno (VO_2max) de forma directa, requiere equipo y personal entrenado, no disponible en la mayoría de las unidades de terapia intensiva. Nosotros modificamos la fórmula de Uth Niels y cols: $\text{VO}_2\text{máx} = 15 \times (\text{Frecuencia cardiaca máxima (fmáx)} / \text{fmáx durante ejercicio}) \times (\text{fmáx para la edad} / \text{frecuencia en reposo})$, sustituyendo la fmáx durante ejercicio por la fmáx para la edad y la frecuencia en reposo por la frecuencia cardiaca a las 24 horas de ingreso a terapia intensiva. $\text{VO}_2\text{máx}$ modificada = $15 \times (\text{Frecuencia cardiaca máxima para la edad} / \text{frecuencia cardiaca a las 24 horas})$. **Objetivos:** Determinar el umbral útil como marcador pronóstico del consumo máximo de oxígeno estimado en los pacientes con sepsis y choque séptico. **Métodos:** Estudio de cohorte, prospectivo, longitudinal. Pacientes mayores de 18 años que ingresan a Terapia Intensiva con diagnóstico de sepsis y choque séptico. Se calculó el $\text{VO}_2\text{máx}$ al ingreso de los pacientes con sepsis y choque séptico y se compararon grupos de acuerdo a éste. Se realizó análisis bivariado, por medio de χ^2 , curva ROC y riesgo relativo. **Resultados:** Se analizaron 78 pacientes, 42 hombres (54%), edad 68 ± 16 años, principal sitio de

infección a nivel pulmonar (57%), seguido de urinario (19%), SOFA de 6 ± 3 puntos, 39% con sepsis y 61% con choque séptico, fallecieron 21 pacientes (27%). Se obtuvo curva ROC para $\text{VO}_2\text{máx}$ modificada a las 24 horas, AUC 0.70 IC 0.64-0.89; $p = 0.03$, con punto de corte de 25 mL/kg/min, sensibilidad de 70% y especificidad de 70%. Pacientes con $\text{VO}_2\text{máx}$ mayor a 25 mL/kg/min tuvieron un RR de 0.4 (IC 0.2-0.7) para mortalidad a 30 días. **Conclusiones:** El $\text{VO}_2\text{máx}$ modificado podría ser una herramienta útil para identificar a pacientes con una adecuada reanimación. Este estudio sugiere que un valor de $\text{VO}_2\text{máx}$ calculado a las 24 horas de ingreso a la unidad de terapia intensiva igual o mayor a 25 mL/kg/min constituye un reflejo de una buena reanimación; sin embargo, futuros estudios para corroborar la utilidad pronóstica y establecerla como meta de reanimación son necesarios.

* S11. DIFERENCIA SODIO-CLORO E ÍNDICE CLORO/SODIO COMO PREDICTORES DE MORTALIDAD EN CHOQUE SÉPTICO

Dr. Jorge Samuel Cortes Román, Dr. Jesús Salvador Sánchez Díaz, Enrique Antonio Martínez Rodríguez, Dra. Rosalba Carolina García Méndez, Dra. Karla Gabriela Peniche Moguel, Dra. María Verónica Calyecca Sánchez

Introducción: La hiperclorémia es la causa más frecuente de acidosis metabólica en pacientes en estado crítico. La diferencia Sodio-Cloro ($\text{Na}^+ - \text{Cl}^-$) y el índice Cloro/Sodio (Cl^-/Na^+) pueden valorar de manera simple el papel de la hiperclorémia en las alteraciones ácido-base. **Material y métodos:** Estudio de cohorte prospectivo, longitudinal, descriptivo y analítico. Pacientes con diagnóstico de choque séptico según las Guías de la Campaña Sobrebiendo a la Sepsis del año 2012, ingresados a la Unidad de Cuidados Intensivos en el periodo comprendido de Junio del 2015 a Junio del 2016. **Resultados:** El análisis multivariado de sobrevida a las 24 horas mostró que la diferencia $\text{Na}^+ - \text{Cl}^-$ menor de 31 mEq/L incrementa el riesgo de muerte en los pacientes con choque séptico, OR 15.26 (IC95% 1.56-148.49) $p=0.019$. **Discusión:** La hiperclorémia es un factor de riesgo para resultados desfavorables y su concentración tiene un efecto significativo en el estado ácido-base, tal efecto es observado con el enfoque de Stewart. La diferencia $\text{Na}^+ - \text{Cl}^-$ será modificada en relación a las variaciones entre estos cationes y aniones principales, por consiguiente la hiperclorémia podrá ser reconocida a través de ésta. **Conclusión:** La disminución de la diferencia $\text{Na}^+ - \text{Cl}^-$ por debajo de 31 mEq/L condicionada por hiperclorémia incrementa el riesgo de muerte en el paciente con choque séptico.

* S12. FALLA MULTIORGÁNICA Y DESENLAZOS CLÍNICOS EN PACIENTES SÉPTICOS CON SÍNDROME EUTIROIDEO ENFERMO.

Dra. Celia Margarita Coronado Robles, Dr. Juvenal Franco Granillo, Dra. Janet Silvia Aguirre Sánchez, Dr. Marco Antonio Montes de Oca Sandoval, Dr. Alain Sánchez Rodríguez. Centro Médico ABC "Dr. Mario Shapiro".

Introducción: La prevalencia de síndrome eutiroideo enfermo en pacientes con sepsis es aproximadamente del 60% y además existe poca información sobre su correlación con falla multiorgánica. **Objetivo:** Estimar la prevalencia de síndrome eutiroideo enfermo (SEE) y correlacionar con la presencia de fallas orgánicas específicas y puntajes de gravedad y desenlaces clínicos. **Material y métodos:** Se incluyeron pacientes con diagnóstico de sepsis en una unidad de cuidados críticos durante el periodo comprendido de marzo de 2014 a febrero de 2016, se tomaron variables clínicas, estudios de laboratorio que incluyan perfil tiroideo en todos los pacientes. **Análisis estadístico:** Estadística descriptiva con medidas de frecuencia, de tendencia central y dispersión. Se realizaron análisis de sobrevida con modelos de regresión de Cox y curvas de Kaplan-Meier para mortalidad. Razones de riesgo e intervalos de confianza del 95%. El error alfa ajustado menor de 5% a dos colas será considerado significativo. La paquetería estadística STATA SE versión 11.1. **Resultados:** Se incluyó un total de 90 pacientes, 51.1% sexo femenino, con edad de 71 ± 14.15 años, IMC al ingreso a UCI de 24.94 ± 5.07 Kg/m². La prevalencia global de SEE es de 61.1%. Los pacientes con SEE presentaron en mayor proporción falla hemodinámica, renal y hematológica, sin alcanzar significancia estadística. En las fases combinadas 2 y 3 de SEE, sí se observó mayor proporción de falla renal 88 vs 63.3%, **RR = 1.8 (IC 95% 1.1 – 2.6, p = 0.037)**. Altas dosis de vasopresores (norepinefrina > 0.1 µg/kg/min) **RR = 2.3 (IC 95% 1.063 – 5.18, p=0.024)**. Menor sobrevida con una mediana en días de 28 (RIQ 19 -39) vs 26 (RIQ 13 - 36), $p=0.7$. PCT igual o mayor a 6 en un 65.5 vs

40%, **RR = 1.87 (IC 95% 1.1 – 3.1, p=0.18)** mayor puntaje de SOFA con mediana de 12 (RIQ 8-4) vs 9 (RIQ 7-13) puntos, $p= 0.09$. Además con peores desenlaces durante la estancia hospitalaria evaluado por un índice compuesto que incluye mortalidad, necesidad de VMI, SOFA ≥ 9 con un **RR = 1.713 (IC 95% 1.036 – 2.83, P=0.05)**. El análisis de curva ROC detectó el mejor punto de corte de SOFA como predictor de SEE $\Rightarrow 11$ con sensibilidad 60.0, especificidad 62 LR + 1.6, LR - 0.63, AUC = 0.6. **RR = 1.7 (IC 95% 1.024 – 3.05, p = 0.034)**. **Conclusiones:** Los pacientes con SEE presentan mayor elevación de marcadores de inflamación, mayor requerimiento de vasopresores, soporte ventilatorio, compromiso multiorgánico y mortalidad.

* S13. RELACIÓN ENTRE CONSUMO CRÓNICO DE BETABLOQUEADORES Y MORTALIDAD EN SEPSIS Y CHOQUE SÉPTICO

Missael V. Espinoza Villafuerte¹, Ricardo Martínez Zubieta², José J. Zaragoza³. ¹ Unidad de Terapia Intensiva "Alberto Villazón Sahagún", Hospital Español de México. ² Unidad de Terapia Intensiva "Alberto Villazón Sahagún", Hospital Español de México. ³ Unidad de Terapia Intensiva "Alberto Villazón Sahagún", Hospital Español de México. **Correspondencia:** Missael V. Espinoza Villafuerte. Unidad de terapia intensiva "Alberto Villazón Sahagún", Hospital Español de México. Avenida Ejército Nacional #613, colonia Granada. Miguel Hidalgo. Ciudad de México. C. P. 11520. Teléfono: (55) 52559600, Extensiones 1111 – 1114. Teléfono móvil: (22) 21252879. Correo electrónico: missael84@hotmail.com

Introducción: Se ha considerado que los betabloqueadores pueden reducir la sobre-estimulación adrenérgica en pacientes sépticos. **Objetivo:** identificar la relación del consumo crónico de betabloqueadores en pacientes que desarrollaron sepsis y choque séptico tratados en UTI y la mortalidad a 30 días. **Material y métodos:** Por lo anterior se diseñó este estudio retrospectivo de casos y controles. Se incluyeron 104 pacientes dividiéndose en dos grupos: betabloqueadores (n= 16) y control (n= 88). **Resultados:** Los pacientes del grupo de estudio no presentaron diferencia de mortalidad en relación al control ($p= 0.99$), sin embargo el SOFA cardiovascular fue mayor ($p= 0.05$), requirieron mayor dosis de vasopresores ($p= 0.18$) y mayor tiempo de estancia en UTI ($p= 0.11$). **Conclusiones:** El consumo crónico de betabloqueadores no fue factor de protección para mortalidad en pacientes sépticos.

* S14. RIESGO DE DESARROLLO DE CANDIDA NO ALBICANS EN PACIENTES EN TERAPIA INTENSIVA CON USO PREVIO DE FLUCONAZOL

Dr. Axel Pedraza Montenegro, Dra. Claudia I. Olvera Guzmán, Dra. Janet Silvia Aguirre Sánchez, Dr. Gilberto Camarena Alejo, Dr. Juvenal Franco Granillo. Centro Médico ABC.

Introducción: La candidemia es una entidad clínica en incremento en los pacientes en terapia intensiva, el inmunocompromiso y la invasión múltiple en estos pacientes los hace sujetos lábiles a la diseminación por hongos, y por ende, el incremento en la mortalidad. El uso de puntajes para estimar el riesgo de desarrollo de candidemia, ha permitido iniciar de forma profiláctica antifúngicos, en su mayoría de tipo azoles; sin embargo, el desarrollo de *Candida no albicans* se ha incrementado, lo que genera incertidumbre acerca del beneficio que pueden tener estas medidas iniciadas en forma temprana en la mortalidad. **Objetivos:** Determinar si los pacientes que han recibido de forma profiláctica algún antifúngico del tipo azol, tienen mayor incidencia en el desarrollo de especies de *Candida no albicans*, en los pacientes que ingresan a la unidad de terapia intensiva. **Métodos:** Estudio retrospectivo, longitudinal, analítico. Pacientes mayores de 18 años que ingresan a la unidad de Terapia Intensiva con diagnóstico de sepsis. Se determinó qué pacientes han recibido de forma profiláctica azoles y de éstos quiénes han desarrollado especies de *Candida albicans* y *no Albicans*. **Ánalisis estadístico:** Se realizó análisis estadístico mediante T de Student para comparación de grupo y χ^2 para variables categóricas. Los resultados se expresan en promedio, \pm , desviación estándar y porcentajes. Se considera estadísticamente significativo si $p \leq 0.05$, análisis con uso de sistema de estadística SPSS Statistics 21. **Resultados:** 25 pacientes, en periodo de 2 años, edad 72 ± 13 años (49-52), 15 hombres (60%), sepsis abdominal 56% (n = 14), APACHE II 14 ± 5 (8-29) y SOFA 6 ± 3. Cultivos sin crecimiento en 16 pacientes (64%), *Candida albicans* 4 (16%) y no *Albicans* en 5 (20%). **Conclusiones:** La incidencia de *Candida no albicans* en pacientes que reciben profilaxis con fluconazol es baja, sin incremento en mortalidad, por lo que consideramos que el uso de fluconazol como manejo profiláctico sigue siendo una medida adecuada en este grupo.

* Concursante Premio Mario Shapiro 2016.

* **S15. UTILIDAD DE LOS PARÁMETROS GASOMÉTRICOS COMO PREDICTORES DE MORTALIDAD EN PACIENTES CON CHOQUE SÉPTICO**

Dr. Víctor Manuel Sánchez Nava, Dra. María del Rosario Muñoz Ramírez, Dr. Carlos Chávez Pérez, Israel Guerrero Izaguirre, Hospital San José Tecnológico de Monterrey.

Objetivos: Describir los parámetros gasométricos de la presión de dióxido de carbono, el déficit de base y saturación venosa central en los pacientes en choque séptico y observar si el cambio entre el valor inicial (T0) y a las 24 horas (T1) influye en el pronóstico de los pacientes. **Métodos:** Se realizó un estudio observacional y retrospectivo desde marzo de 2014 a Julio de 2016 en pacientes mayores de 18 años con diagnóstico de choque séptico. Se midieron SOFA y APACHE II al ingreso, así como las variables derivadas de las gasometrías venosas central y arterial al diagnóstico del choque séptico (T0) y a las 24 horas del manejo inicial (T1). **Resultados:** Se incluyeron 39 pacientes: sobrevivientes ($n = 25$) y no sobrevivientes ($n = 14$). Al ingreso (T0), hay diferencias entre los sobrevivientes contra los no sobrevivientes en la ΔPCO_2 y $\Delta\text{PCO}_2/\text{Ca-vO}_2$ (7.2 ± 2.4 vs 8.7 ± 2.0 mmHg, $p = 0.05$) y (1.7 ± 0.5 vs 2.1 ± 0.9 mmHg/mL, $p = 0.05$), respectivamente. A las 24 horas (T1) el DB y la PAM mostraron diferencia entre los grupos (-4.5 ± 5.0 vs -9.5 ± 7.7 mEq/L, $p = 0.02$) y (81 ± 10 vs 70 ± 9 mmHg, $p = 0.03$). El cambio del déficit de base (ΔDB) entre los valores al ingreso (T0) y a las 24 horas (T1) fue significativa (-4.5 ± 4.1 vs 2.1 ± 6.3 mEq/L, $p = 0.001$) y en la razón $\Delta\text{PCO}_2/\text{Ca-vO}_2$ (ΔRatio) no hubo diferencia (-0.02 ± 1.2 vs 0.72 ± 1.7 mmHg/mL, $p = 0.13$) entre los grupos. **Conclusión:** Ademáis de la ΔPCO_2 y la razón $\Delta\text{PCO}_2/\text{Ca-vO}_2$, en este estudio, el déficit de base puede ser una herramienta pronostica en los pacientes con choque séptico.

S16. ACLARAMIENTO DE PROCALCITONINA COMO PREDICTOR PRONÓSTICO TEMPRANO EN SEPSIS SEVERA

Silvia Pérez-Topete, Tomás Miranda-Aquino, Ma. del Rosario Muñoz-Ramírez. Hospital Christus Muguerza Alta Especialidad/UDEM, Monterrey Nuevo León.

Introducción: Se ha reducido la mortalidad debido a la detección temprana de sepsis. La Procalcitonina es un marcador específico y dinámico de infección bacteriana. **Objetivo:** Evaluar los niveles de procalcitonina en pacientes con diagnóstico de sepsis severa al ingresar a UCIA y 72 horas después; el no depurar más del 80% de los niveles es predictor temprano de mortalidad. **Material y métodos:** Estudio de cohorte, observacional, prospectivo. Se incluyeron pacientes adultos ingresados a UCIA, con sepsis severa. Se calculó la depuración de Procalcitonina (ΔPCT) a las 0 y 72 horas. Se comparó entre los que depuraron (GD) y los que no depuraron (GND). **Resultado:** Los pacientes que depuraron procalcitonina (0% GD vs 32%; $p = 0.005$), tienen menor mortalidad, y mayor sobrevida a 30 días (100% GD vs 67% GND; $p = 0.002$). El riesgo relativo de muerte: GD 0.06 (IC95%: 0.004-0.98; $p = 0.048$) y en el GND 16.4 (IC95%: 1.02-265; $p = 0.048$) (Tabla 1). **Discusión:** El no depurar más de 80% de los niveles basales de procalcitonina se asocia una mayor mortalidad y menor sobrevida a 30 días pudiendo reflejar una mala respuesta al tratamiento. **Conclusión:** El aclaramiento de procalcitonina a las 72 horas puede ser utilizado como marcador temprano de mortalidad.

RL1. CARACTÉRISTICAS ASOCIADAS A DESENLAZ CLÍNICO EN PACIENTES SOMETIDOS A TRRC EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO

K. Pamela Pozos Cortes.

Introducción: La incidencia elevada de la lesión renal aguda (LRA) en pacientes críticos hace necesaria la terapia de reemplazo renal (TRR). **Objetivo:** describir las características de los pacientes con LRA que precisó TRRC y determinar los factores de riesgo asociados a mortalidad. **Material y métodos:** Pacientes en UCI que precisaron TRRC. **Resultados:** Muestra de 71 pacientes con LRA que requirieron TRRC durante su estancia en UCI, 34 pacientes fueron egresados vivos (grupo 1), 37 pacientes fallecieron (grupo 2). Balance positivo y delta de balance de líquidos (BL) en 24 hrs. El balance hídrico al egreso de UC: grupo 1, promedio es negativo a 4.3 L, (-16.9 a + 4.7 L) DS 7.7 L, grupo 2: promedio -340 ml, (-30 L a -13 L) DS 6.13, $P_{0.01} = 0.055$. **Conclusiones:** La reducción de la mortalidad impacta a favor de los balances hídricos negativos. Las patologías asociadas a balances positivos fueron: sepsis de origen pulmonar 37%, sepsis abdominal secundaria a pancreatitis 28%,

sepsis otro origen 12%, acidosis metabólica secundaria a intoxicaciones 8% otros 15%.

RL2. REPORTE PRELIMINAR DEL USO DE BIOMARCADORES COMO PREDICTORES PRONÓSTICOS DE LESIÓN RENAL AGUDA (LRA) EN OPERADOS DE CIRUGÍA CARDIACA (CC)

Alfredo Aisa Alvarez¹, Oscar Torres Aguilar¹, María E Soto López², Janet Aguirre Sánchez¹, Juvenal Franco Granillo¹, Gilberto Camarena Alejo¹. Departamento de Medicina Crítica¹ e Investigación². Centro Médico ABC, Ciudad de México, México.

Introducción: El diagnóstico de LRA por creatinina o disminución del volumen urinario es inadecuado y tardío. **Objetivo:** Investigar la capacidad pronóstica de combinar biomarcadores de LRA en operados de CC. **Metodología:** Cohorte, prospectiva, en la UCI desde Marzo del 2016. Se midieron marcadores de daño funcional y estructural al ingreso en >18 años operados de CC. **Resultados:** De 19 pacientes, 10 (53%) presentaron LRA y 2 (20%) tuvieron LRA grave y persistente. De los biomarcadores en pacientes con y sin LRA, NGAL mostró diferencia significativa, 48.3 (1.1-3103) vs 6 (1.6-19.2) $p=0.09$ y NGAL/cr = 147 (22-9374) vs 41 (11-146) $p = 0.04$, respectivamente. Al comparar los pacientes con LRA persistente vs no persistente los marcadores que mostraron diferencia significativa fueron cistatina c sérica [1.08 (0.78-1.22) vs 0.64 (0.40-1.12) $p = 0.02$] y microalbuminuria [171 (55-997) vs 39 (7-79) $p = 0.01$]. A mayor número de marcadores funcionales y estructurales mayor persistencia y gravedad de LRA. **Conclusión:** La combinación de cistatina c sérica, NGAL ajustado y microalbuminuria puede predecir LRA grave y persistente en pacientes operados de cirugía cardiaca.

* **RL3. ABORDAJE FISIOQUÍMICO DEL ESTADO ÁCIDO BASE EN PACIENTES CRÍNICAMENTE ENFERMOS DESPUÉS DE LA INFUSIÓN DE SIETE DIFERENTES TIPOS DE SOLUCIONES BALANCEADAS**

Andrea Rugerio Cabrera; Enrique Monares Zepeda; Juvenal Franco Granillo; Janet Silvia Aguirre Sánchez; Alain Sánchez Rodríguez; Hospital ABC "The American British Cowdry".

Introducción: El método simplificado de Fencl-Stewart puede ser empleado a la cabecera del paciente y es más exacto para la evaluación del balance ácido-base. Omron desarrolló un modelo físico-químico del cambio en el exceso de base posterior a la infusión de cristaloïdes con DIF diferente; sin embargo, fue un estudio experimental bajo condiciones controladas. **Objetivo:** Describir el cambio en el estado **ácido** base inicial y a las 24 horas en pacientes críticamente enfermos posterior a la infusión de siete diferentes tipos de soluciones balanceadas. **Método:** Se realizó un estudio retrospectivo, observacional y descriptivo en una terapia intensiva de tercer nivel. Se incluyeron pacientes mayores de 18 años de enero 2015 a julio 2016. Evaluamos los efectos en el estado **ácido** base a través del modelo físico-químico de Fencl-Stewart modificado al inicio y a las 24 horas posterior a la infusión de cristaloïdes balanceados con DIF de 27 a 154 mEq/L. Se analizaron gases arteriales a través del gasómetro ABL800 Flex y GEM Premier 3500. El análisis de electrolitos séricos se realizó a través de Architec plus C16,000. Análisis estadístico fue descriptivo a través del programa SPSS v21.0. **Resultados:** 198 pacientes. Las soluciones utilizadas con mayor frecuencia fueron Hartmann, H25, en el 27.8 y 26.3%, respectivamente. En general, al analizar la totalidad de la población estudiada, todos los parámetros relacionados con acidosis metabólica tuvieron mejoría a las 24 horas. **Conclusiones:** El uso de soluciones con DIF > 24mEq/L mejoraron el estado **ácido-base**, sin mayor incidencia de hipercloremia a las 24 horas.

* **RL4. USO DE SOLUCIONES INTRAVENOSAS Y SU RELACIÓN CON LA LESIÓN RENAL AGUDA EN LA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA**

Faustino J. Rentería Díaz, José J. Zaragoza Galván, Ulises W. Cerón Díaz. Hospital Español de México.

Introducción: La lesión renal aguda se define como una elevación de la creatinina mayor a 0.3 mg/dL o una disminución en los flujos urinarios en las últimas 6 horas en cualquier paciente. **Métodos:** Tuvimos la hipótesis de que los pacientes admitidos en la Unidad de Terapia Intensiva durante 2013 presentaban mayor incidencia de lesión renal aguda puesto que eran reanimados con mayor cantidad de solución salina 0.9% que los pacientes ingresados en la actualidad. Comparamos dos grupos de pacientes en dos períodos de tiempo distintos (años 2013 y 2015). Se recabaron diariamente datos sobre el balance de líquidos (BL), criterios de lesión renal (LR) y tipo y cantidades de soluciones administradas. **Resultados:** Durante

el periodo de Julio-Agosto del 2013 se incluyó un total de 30 pacientes, y durante el periodo comprendido de Julio-Agosto 2015 se incluyeron 36 pacientes, dando un tamaño de muestra de 66 pacientes (n=66). No se encontró asociación estadísticamente significativa en cuanto al tipo y cantidad de solución cristaloide administrada con respecto a la presentación de lesión renal aguda ($p=0.8$) y días de estancia en la UTI ($p=0.45$). Se encontró asociación estadísticamente significativa entre lesión renal y el uso de coloides como solución intravenosa ($p=0.01$). **Conclusiones:** Actualmente se tiene una tendencia a utilizar más soluciones intravenosas balanceadas, la lesión renal aguda debe prevenirse en la UTI.

RL5. APARICIÓN DE LESIÓN RENAL AGUDA DURANTE HOSPITALIZACIÓN EN ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR

Leticia Alejandra Olgún Ramírez, Juan Fernando Góngora Rivera, Héctor Ramón Martínez Rodríguez, Rogelio de Jesús Maya Quintá. Hospital Zambrano Hellion, TEC Salud.

Introducción: Lesión renal aguda (LRA) en enfermedad cerebrovascular (ECV) se asocia a incremento de morbilidad, dependiendo de TFG basal, comorbilidades, localización y tipo ECV, 25% desarrollará LRA. **Objetivo:** Determinar factores de riesgo de LRA en ECV. **Material y métodos:** Estudio retrospectivo, se evaluaron 20 pacientes con ECV durante Septiembre 2012-2016. Se diagnosticó LRA de acuerdo con guías KDIGO 2012, durante una semana posterior a ECV. **Resultados:** Se incluyeron 11 hombres y 9 mujeres, media de edad 73.05 años. TFG basal en 75% de nuestra población fue G2 y G3a (45 a 89 ml/min). Se presentó LRA en 90.9% de los pacientes con antecedente de Hipertensión Arterial y 45.4% de Diabetes Mellitus. Once pacientes desarrollaron LRA, 91% clasificados como KDIGO I y II, 5% requirió terapia de reemplazo renal, 25% presentó LRA al segundo día. Tres pacientes con LRA fallecieron. **Discusión:** LRA en ECV es mayor en nuestra población. **Conclusiones:** LRA se presenta con alta frecuencia en ECV de pacientes con hipertensión arterial y diabetes mellitus, prevenirlas disminuirá morbilidad en ECV.

RL6. BRECHA DE IONES FUERTES Y SU CINÉTICA DE ACLARAMIENTO COMO MARCADOR DE MORTALIDAD EN PACIENTES CON CHOQUE SÉPTICO

Andrés Santillana Juárez, María Del Rosario Muñoz Ramírez, Víctor Manuel Sánchez Nava, Carlos Eduardo Chávez Pérez, Hospital San José. Tecnológico De Monterrey.

Introducción: Existe evidencia clínica que la Brecha de iones fuertes, obtenido por el método de Stewart de equilibrio ácido-base es mejor predictor de mortalidad que los parámetros tradicionales en algunos pacientes críticamente enfermos. **Objetivo:** Evaluar la cinética de depuración de la brecha de iones fuertes en pacientes con choque séptico durante las primeras 48 horas de estancia en la Unidad de Cuidados Intensivos. **Materiales y métodos:** Un estudio retrospectivo observacional, con datos obtenidos del expediente clínico. Realizado en una unidad de cuidados intensivos adultos en un hospital privado de la ciudad de Monterrey en Nuevo León. Se evaluaron variables demográficas, así datos obtenidos de gasometrías y química sanguínea al ingreso, 24 horas y 48 horas posteriores para así calcular parámetros tradicionales del equilibrio ácido-base y los obtenidos por el método de Stewart. Se calculó también la cinética de eliminación de dichos parámetros y así evaluar sus cambios a través del tiempo y su relación con la mortalidad. **Resultados:** Se estudiaron 91 pacientes con choque séptico entre junio del 2014 y junio del 2016, con una mortalidad del 28.6%. La depuración de lactato, brecha aniónica corregida y brecha de iones fuertes a 48 horas no fueron capaces de predecir mortalidad, aunque sí los niveles individuales de dichos parámetros a las 48 horas. El mejor predictor de mortalidad fue AGCOR a 48 con un área bajo de curva ROC de 0.71805, contrario a la SIG a 48 horas con un área bajo de curva ROC de 0.67367. **Conclusiones:** Los cambios a través de las primeras 48 horas de la brecha fuerte de iones son asociados a mortalidad, pero no aportan mayor beneficio que los parámetros tradicionales en pacientes con choque séptico.

M1. VALOR PREDICTIVO PARA MORTALIDAD DEL NIVEL SÉRICO DE ESTRADIOL EN PACIENTES CRÍTICAMENTE ENFERMOS.

Rolando Guadalupe Lugo-Cob, Luis Alejandro Sánchez-Hurtado, Karelly Cristina Durán-Escalante, Nancy Allín Canedo-Castillo, Israel Moreno-López, Sergio Zamora-Varela, José Ángel Baltazar-Torres. Unidad de Cuidados Intensivos. UMAE Hospital de Especialidades "Dr. Antonio Fraga Mouret", Centro Médico Nacional La Raza, IMSS. Ciudad de México.

Introducción: Durante la enfermedad aguda el riesgo de muerte depende de diversos factores, principalmente de la gravedad. El nivel sé-

rico de estradiol (NSE) parece estar asociado con mortalidad en pacientes críticamente enfermos (PCE). **Objetivo:** Evaluar la capacidad del NSE para predecir mortalidad en PCE. **Pacientes y métodos:** Estudio prospectivo en PCE que ingresaron a la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI). Se registraron variables demográficas y clínicas y se midió el NSE al ingreso a UCI. Se determinó su capacidad discriminativa para predecir mortalidad mediante análisis de curva ROC y su asociación con mortalidad mediante regresión logística. Un valor de $p < 0.05$ se consideró estadísticamente significativo. **Resultados:** Ciento treinta y un pacientes, edad promedio 48.9 años, 57.3% hombres. El NSE fue mayor en los no sobrevivientes en comparación con los sobrevivientes: 116 vs 67.2 pg/mL, respectivamente ($p < 0.0001$). El área bajo la curva ROC del NSE para predecir mortalidad fue de 0.74 ($p < 0.0001$) y tuvo OR de 6.47 ($p=0.002$) para mortalidad en UCI. **Conclusiones:** El NSE está elevado en los pacientes críticamente enfermos, sobre todo en los que fallecen, tiene buena capacidad discriminativa para mortalidad y es un factor de riesgo independiente de muerte en este grupo de enfermos.

M2. COMPORTAMIENTO DE LA AMPLITUD DE DISTRIBUCIÓN DE LOS GLÓBULOS ROJOS Y SU ASOCIACIÓN CON LA MORTALIDAD EN PACIENTES CRÍTICAMENTE ENFERMOS

Sergio Reyes-Inurrigarro, Sergio Zamora-Varela, Víctor Hugo Cervantes-López, Saira Sanjuana Gómez-Flores, Abraham Antonio Cano-Oviedo, Alejandro Esquivel-Chávez, José Ángel Baltazar-Torres. Unidad de Cuidados Intensivos. UMAE Hospital de Especialidades "Dr. Antonio Fraga Mouret", Centro Médico Nacional La Raza, IMSS. Ciudad de México.

Introducción: La amplitud de distribución de glóbulos rojos (ADG) se ha propuesto como marcador inflamatorio. Poco se sabe del impacto de la ADG sobre el pronóstico de pacientes críticamente enfermos (PCE).

Objetivo: Conocer el comportamiento de la ADG en PCE y su asociación con mortalidad. **Pacientes y métodos:** Estudio ambispectivo en PCE ingresados a la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI). Registraron variables demográficas y clínicas y ADG al ingreso a UCI y diariamente durante 6 días. Se analizó el comportamiento de ADG y su asociación con mortalidad mediante regresión logística. Un valor de $p < 0.05$ se consideró estadísticamente significativo. **Resultados:** Doscientos tres pacientes, edad promedio 51.27 años, 51.7% mujeres. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en los valores de la ADG medidos al ingreso a la UCI (14.6% vs 14.8%, $p=0.024$), al día 1 (5% vs 15%, $p=0.049$) y al día 2 (15.1% vs 15.5%, $p=0.044$) entre sobrevivientes y no sobrevivientes, respectivamente. ADG >15.5 al ingreso a UCI tuvo RR 2.47 para mortalidad (IC95% 1.29-4.72, $p = 0.006$). **Conclusiones:** El incremento de ADG al ingreso a UCI es un factor de riesgo independiente de muerte. ADG mayor de 15.5% se asocia significativamente con mortalidad.

M3. PROCALCITONINA ASOCIADO A PUNTAJE DE SOFA COMO MEJOR PREDICtor DE MORTALIDAD EN PACIENTES CON SEPSIS

José Israel Gómez Ramírez, Janet Aguirre Sánchez, Juvenal Franco Granillo. Departamento de Medicina Crítica "Dr. Mario Shapiro", Centro Médico ABC.

Introducción: La sepsis es una entidad patológica con estratos poco objetivos al momento de estratificarla con alta mortalidad e impacto en costos a nivel global. **Objetivo:** Conocer el impacto en la predicción de mortalidad al asociar procalcitonina al puntaje SOFA en pacientes con sepsis en unidades de cuidados intensivos. **Material y métodos:** Estudio observacional, longitudinal, prospectivo, incluyó pacientes con diagnóstico de sepsis. Análisis estadístico: medidas de tendencia central y de dispersión, variables categóricas: frecuencias absolutas y relativas, rendimiento diagnóstico: se evaluó mediante análisis ROC y diferencias de áreas bajo la curva, error alfa ajustado a 5%, a dos colas. Software STATA v11.0. **Resultados:** 21 pacientes, edades promedio: 61 (DE ± 16) años, 61.9% hombres. Cultivos positivos: 81.8%. Mortalidad global: 27.3%. Puntajes SOFA al ingreso: 10(RIQ 9-10). Volumen plaquetario medio: media 8.7 ± 1.2 fl. Procalcitonina: mediana 5(RIQ 0.7-19), leucocitos 11.3 ± 7.2 mil células/cm³. Puntos de corte con mejor rendimiento: SOFA ≥ 7 puntos, AUC=0.6 (IC 95% 0.49-0.70); PCT ≥ 2 , AUC=0.5 (IC95% 0.25-0.74). Combinaciones de PCT ≥ 2 y SOFA ≥ 7 vs PCT ≥ 2 o SOFA ≥ 7 con AUC=0.73 (IC 95% 0.60-0.86) y 0.6 (IC 95% 0.49-0.70), $p = 0.02$. **Conclusiones:** Combinar puntaje SOFA y niveles de procalcitonina tienen mejor estimación pronostica para predecir mortalidad al ingreso que por separado.

M5. FACTORES DE RIESGO PARA VENTILACIÓN MECÁNICA PROLONGADA EN PACIENTES CON FASCITIS NECROTIZANTE CÉRVO-CITAL

Adiel Jesús Ojeda-Tuz, Brigitte Carmen Tejeda-Huezo, Otoniel Toledo Salinas, Perla Cristina Arvizu-Tachiquín, Nancy Allín Canedo-Castillo, Luis Alejandro Sánchez-Hurtado, José Ángel Baltazar-Torres. Unidad de Cuidados Intensivos. UMAE Hospital de Especialidades "Dr. Antonio Fraga Mouret", Centro Médico Nacional La Raza, IMSS. Ciudad de México.

Introducción: La ventilación mecánica (VM) prolongada es frecuente en pacientes con fascitis necrotizante cervicofacial (FNC). No se han identificado factores de riesgo para VM prolongada en estos pacientes. **Objetivo:** Identificar factores de riesgo para VM prolongada en pacientes con FNC. **Pacientes y métodos:** Estudio retrospectivo en pacientes que ingresaron a la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) con FNC que requirieron VM. Se formaron dos grupos, VM <3 días y VM >3 días (prolongada). Se realizó estadística descriptiva y regresión logística bi y multivariada. Un valor de $p < 0.05$ se consideró estadísticamente significativo. **Resultados:** Cincuenta y nueve pacientes, edad promedio 53.8 años, 71% hombres. El espacio submandibular fue el más afectado, *Staphylococcus aureus* fue el germe aislado con mayor frecuencia, SOFA >8 (OR 1.55, IC95% 1.19-2.02 $p=0.004$), ≥ 2 intervenciones quirúrgicas (OR 20.42, IC 95% 5.27-79.06 $p=0.001$) y el desplazamiento de la vía aérea (OR 40.35, IC95% 2.74-593.75 $p=0.007$), fueron identificados como factores de riesgo para VM prolongada. **Conclusiones:** La calificación SOFA >8 puntos, ≥ 2 intervenciones quirúrgicas y el desplazamiento de la vía aérea son factores de riesgo independientes para VM prolongada en pacientes con FNC.

* M6. CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS DE LOS PACIENTES CON ENFERMEDAD CRÍTICA CRÓNICA. UN ESTUDIO OBSERVACIONAL AMBISPECTIVO

Héctor Romeo Vásquez-Revilla, Eduardo Rodríguez-Revilla, Clemente Alejandro Raymundo-Aguilar, Berenice Magdalena Gaytán-Sánchez, Víctor Terrazas-Luna. HRAEO.

Introducción: La población de pacientes que requiere de cuidados intensivos por tiempo prolongado se ha incrementado en las últimas décadas dando lugar a una nueva población de pacientes con Enfermedad Crítica Crónica (ECC). El objetivo de este estudio fue el de describir las características epidemiológicas de los pacientes con enfermedad crítica crónica en la UCI del Hospital Regional de Alta Especialidad de Oaxaca. **Material y métodos:** Se realizó un estudio ambispectivo, observacional y descriptivo que incluyó los pacientes ingresados entre el 1 de enero del 2012 al 31 de diciembre del 2015. Se definió a los pacientes con ECC como aquéllos con ventilación mecánica prolongada definida como ≥ 21 días de ventilación mecánica por ≥ 6 horas al día. Los pacientes fueron seguidos hasta su egreso hospitalario o defunción. Se excluyeron los pacientes con expedientes clínicos incompletos, edad menor de 16 años, enfermedades neuromusculares (Síndrome de Guillain Barre y Miastenia Gravis) y pacientes sin ventilación mecánica o requerimiento menor a 48 horas. **Resultados:** Se incluyeron 284 pacientes, la incidencia de ECC fue de 9.8%. En los pacientes con ECC la escala de APACHE II fue 19.4 ± 9.7 y sin ECC fue 15.94 ± 8.6 ($p=0.044$), mientras que la escala SOFA fue en los pacientes con de 8.7 ± 2.6 y sin ECC de 7.01 ± 4.4 ($p=0.007$). Los días de estancia en UCI fueron de 17.1 ± 9.2 días en los pacientes con ECC y de 8 ± 4.8 días sin ECC ($p=0.0000$). Los días de estancia hospitalaria fueron en los pacientes con ECC de 45.9 ± 19.7 días y en los pacientes sin ECC de 18.3 ± 12.4 días ($p=0.0000$). La mortalidad en UCI fue de 17.8% en los pacientes con ECC y de 27.7% en los pacientes sin ECC ($p=0.0000$). La mortalidad hospitalaria fue de 50% en los pacientes con ECC y de 16% sin ECC ($p=0.0000$). Fue egresado del hospital el 32.3% de los pacientes con ECC y el 56.3% de los pacientes sin ECC ($p=0.0000$). **Conclusiones:** La incidencia de ECC en nuestro estudio fue similar a la reportada a la literatura. La severidad de la enfermedad aguda al ingreso de acuerdo a las escalas de SOFA y APACHE está relacionada con el desarrollo de ECC. Los pacientes con enfermedad crítica crónica tuvieron mayor estancia en UCI, mayores días de sedación, así como mayor estancia hospitalaria y mayor mortalidad hospitalaria.

N1. ENFERMEDAD DE ZIKA Y SÍNDROME DE GUILLAIN BARRÉ. PRESENTACIÓN DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

* Dr. Luis F. Loza Venegas. Dr. José M. Cantú Dávila. Dr. Gustavo Morales Muñoz. Dr. Roberto Rosas Velásquez. Dr. Jorge Vallejo Betancourt.** Dr. Rogelio García

* Concursante Premio Mario Shapiro 2016.

Introducción: Síndrome de Guillain Barré y Zika. **Objetivo:** Síndrome de Guillain Barré secundario Zika y revisión de la literatura. **Diseño:** Reporte de un caso. **Lugar:** UCI PEMEX, Villahermosa Tabasco, México. **Paciente:** Femenino 34 años. Antecedentes cuadros faringeos, inicia con erupción dérmica eritematosa, cefalea, mialgias, artralgias, fiebre, dificultad marcha, disminución fuerza muscular, compromiso ventilatorio, cuadriparexia flácida, arreflexias, fuerza muscular 4 de 5, VSG 43 mm/hr y PCR 1.3 mg/dl. Positivo Zika, disfagia, diplojia facial, disautonomía, hipertensión arterial, retención de secreciones, no vence gravedad y mueve en un solo plano. LCR proteínas 449 mg/dl, células cero, tratamiento con inmunoglobulina humana 5 días, profilaxis embógena, antimicrobianos, ventilación no invasiva, control hipertensión. Mejoría fuerza muscular, flexiona extremidades inferiores, manejo de secreciones así como expresión verbal. Egreso de UCI 7º día. **Resultados:** Ingrera diagnóstico síndrome de Guillain-Barré secundaria a Zika. **Conclusiones:** Zika identificado en 1947, 2014, 2015 se expande América. Se autolimita, alarma mundial, grave epidemia en Brasil. Más de un millón afectados, gestantes expuestas, podrían desarrollar microcefalia. Van - Mai - Cao Lormeau: Zika puede causar síndrome de Guillain-Barré. Zonas Vulnerables, México: Chiapas, Campeche y Yucatán, riesgo de 1/4,000 casos. En el mundo incidencia anual de 1 a 3 cada 100,000 habitantes.

N2. REPORTE DE CASO TUBERCULOSIS CEREBRAL ASOCIADA A LINFOMA DE HODGKIN INTRACRANEALE

Silver Balcázar De León, Carlos Eduardo Chávez Pérez, María Del Rosario Muñoz Ramírez, Víctor Manuel Sánchez Nava. Unidad de Cuidados Intensivos, del Hospital San José, Tecnológico de Monterrey.

Caso: Masculino de 40 años, antecedente Linfoma Hodgkin (LH) diseminado (hepático y pericárdico), quimioterapia, con doxorubicina, bleomicina. Inició con cefalea intensa, desorientación en tiempo y espacio, sin respuesta a analgésicos. Al ingreso a terapia intermedia presenta crisis convulsivas tónico-clónicas generalizadas. Se maneja con levetiracetam, se realiza tomografía computada de cráneo, encontrando alteraciones en parénquima sugestivas de linfoma metastásico vs infección fílmica, se realiza craneotomía fronto-parietal derecha y resección del tumor. Extubación al segundo día. En hospitalización presenta deterioro neurológico, con estupor e hiporreflexia. Se coloca derivación ventrículo peritoneal, tras 14 días de estancia en UCIA se realiza traqueostomía por estado de coma. Patología corrobora LH en tejido cerebral + tuberculosis. **Discusión:** El LH cerebral es infrecuente, se reporta en 0.2 a 0.5% de los LH diseminado, generalmente es menor del 0.02%. Su incidencia tan baja hace que se confunda con otras enfermedades. El compromiso del SNC es considerado atípico, una lesión ocupante en cráneo en un paciente con LH, debe ser estudiado para descartar una segunda enfermedad. Las manifestaciones neurológicas corresponden a convulsiones, déficit neurológico, cefalea. **Conclusiones:** La necesidad del diagnóstico patológico es esencial en cualquier paciente con LH, que presenta déficit neurológico. El pronóstico es pobre y la recuperación neurológica improbable.

N3. HIPOTERMIA TERAPÉUTICA Y SU BENEFICIO NEUROLOGÍCO EN PACIENTE CON REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR PROLONGADA. REPORTE DE UN CASO

Edgar Ricardo Abascal García (π), Ricardo Martínez Zubeta (∞), Ulises Wilfrido Cerón (∞), Alejandro Trejo Arteaga (∞). (π) Residente de segundo año de Medicina Crítica, Hospital Español, Ciudad de México. (∞) Médico adscrito de la unidad de terapia intensiva del Hospital Español, Ciudad de México.

Introducción: El síndrome post-parada cardiaca es una secuela asociada al proceso de isquemia – reperfusión sistémica. Existen efectos protectores a nivel cerebral por disminución del metabolismo a través de hipotermia terapéutica (HT). **Objetivo:** Mostrar la evolución neurológica siguiendo las recomendaciones de American Heart Association 2015.

Caso: Masculino 58 años, con obesidad G-I, hipertensión arterial sistémica. Presentó precordalgia y paro cardiorrespiratorio (PCR). Recibió maniobras básicas de reanimación cardiopulmonar (RCP), ingresó a urgencias con fibrilación ventricular, se inicia RCP avanzada, 14 descargas modo bifásico 200J, adrenalina 13 mgs, amiodarona 300 mgs, a 58 minutos de RCP retornó a circulación espontánea. Se realizó angioplastia coronaria con Stent a descendente anterior. En UTI se inició HT temperatura meta: 34 °C (Criticool). Monitorización de saturación tisular de oxígeno cerebral transcraneal (NIRS). Requirió inotrópico, vasopresor y balón de contrapulsación intraártico. HT por 24 horas. Mini-mental: 26/30 puntos en UTI, 30/30 puntos a los 12 días del PCR. Egresó sin secuelas neurológicas. **Discusión:** Se observa protección neuronal en el paciente con PCR prolongado, sin evidenciar daño significativo asociado a HT. **Conclusión:**

La HT es recomendación 1A en guías AHA en cuidados post-paro en pacientes comatosos, con FV/TV como ritmo inicial, presenta beneficio neurológico a largo plazo.

AN1. APORTE NUTRICIONAL ENTERAL ÓPTIMO EN EL PACIENTE EN ESTADO CRÍTICO Y SU EFECTO SOBRE LA DURACIÓN DE LA VENTILACIÓN MECÁNICA

Karely Cristina Durán-Escalante, Luis Alejandro Sánchez-Hurtado, Brigitte Carmen Tejeda-Huezo, Saira Sanjuana Gómez-Flores, Abraham Antonio Cano-Oviedo, Felipe Sánchez-Montoya, José Angel Baltazar-Torres. Unidad de Cuidados Intensivos. UMAE Hospital de Especialidades "Dr. Antonio Fraga Mouret", Centro Médico Nacional La Raza, IMSS. Ciudad de México.

Introducción: Diversas condiciones pueden modificar la duración de la ventilación mecánica (VM). Algunos autores reportan que el déficit calórico está asociado con incremento en la duración de la VM, pero los resultados son inconsistentes. **Objetivo:** Determinar si el aporte nutricional enteral óptimo disminuye la duración de la VM en pacientes críticamente enfermos (PCE). **Pacientes y métodos:** Estudio prospectivo en PCE que requirieron VM. Registramos variables demográficas y clínicas y calorías administradas por nutrición enteral total (NET). Se comparó la duración de la VM entre los pacientes con aporte calórico óptimo (al menos 20 Kcal/Kg/día) y no óptimo. Un valor de $p < 0.05$ se consideró estadísticamente significativo. **Resultados:** Sesenta y nueve pacientes, edad promedio 50.36 años, 52.2% mujeres. El 67.3% de los pacientes recibieron NET 24 horas posteriores al inicio de la VM, 7.2% recibieron el aporte calórico óptimo en el primer día de NET. La duración de la VMI fue de 4.8 ± 5.5 vs 4.9 ± 5.3 días ($p=0.97$) en pacientes con aporte calórico óptimo y no óptimo, respectivamente. **Conclusiones:** El aporte calórico no impacta en la duración de la VM en PCE.

AN2. COMPORTAMIENTO DE LAS PRUEBAS DE FUNCIÓN HEPÁTICA ASOCIADAS AL USO DE SMOFLIPID EN NUTRICIÓN PARENTERAL TOTAL EN PACIENTES CRÍTICOS

Pablo R. Zúñiga Granillo, Estefanía Esparza Corona, Carlos Chávez Pérez, Víctor Sánchez Nava, M. Rosario Muñoz Ramírez. Unidad de Cuidados Intensivos, Hospital San José TEC Salud, Monterrey, N.L.

Introducción: Los lípidos son esenciales para nutrición parenteral (NPT), aportan calorías concentradas y ácidos grasos esenciales. Emulsiones basadas en ácidos grasos de cadena larga exacerbaban respuesta inmune-inflamatoria con resultados clínicos adversos. Emulsiones que contienen aceite de oliva, ácidos grasos omega 3 y aceite de soya impactan positivamente en resultados clínicos y previenen alteraciones de pruebas de función hepática (PFH). **Objetivos:** Determinar el comportamiento de emulsión lipídica basada en una mezcla de TCM y ácidos grasos omega 3 en PFH en pacientes críticos. **Material y métodos:** Estudio retrospectivo, observacional en una UCI privada mixta del 1º de enero 2013 a junio de 2016. Se incluyeron pacientes con NPT mayor de 48 horas, excluyéndose pacientes con enfermedad hepática aguda, crónica e insuficiencia renal crónica. Se evaluaron las PFH a su ingreso y al término de NPT. **Resultados:** Al ingreso TGO(44.18), TGP(49.37), BD(1.3), BI(0.58), FA(103.74). Al egreso, TGO(39.151), TGP(52.47), BD(1.15), BT(0.512) y FA(172.58). Mediante T Student, encontramos que la bilirrubina directa e indirecta su correlación fue significativa ($p \leq 0.005$), en el resto de parámetros no fue significativa. **Conclusiones:** La administración de lípidos omega 3 (smoflipid) no se correlaciona con incremento en los niveles de bilirrubinas.

*** AN3. COMPARACIÓN DE LA VALORACIÓN GLOBAL SUBJETIVA Y VALORACIÓN GLOBAL SUBJETIVA MODIFICADA CON MARCADORES ANTROPOMÉTRICOS Y DE LABORATORIO PARA LA DETECCIÓN DEL RIESGO DE MALNUTRICIÓN EN PACIENTES CRÍTICAMENTE ENFERMOS**

Pablo René Zúñiga Granillo, Estefanía De Fátima Esparza Corona, Carlos Eduardo Chávez Pérez, María del Rosario Muñoz Ramírez, Víctor Manuel Sánchez Nava.

La malnutrición es un problema importante en pacientes ambulatorios y hospitalizados, especialmente en el área de Cuidados Intensivos. Hay varias escalas para diagnosticar la malnutrición, que generalmente requieren de medidas complicadas y/o la toma de biomarcadores. La valoración global subjetiva es una escala que ayuda al clínico a valorar la malnutrición de una manera sencilla y al pie de la cama, y que ofrece una buena co-

rrelación con los estudios mencionados. Se han requerido de ajustes en la valoración para ajustarla a ciertos grupos de pacientes. La valoración nutricional subjetiva modificada en nuestra unidad puede ser de utilidad para el diagnóstico correcto y guiar la conducta terapéutica. Para valorarla se comparó con los dos parámetros más sensibles para el diagnóstico de malnutrición y su escala original.

*** AN4. DESARROLLO DE LA ESCALA MODIFICADA SIMPLIFICADA DE RIESGO NUTRICIONAL (NUTRIC) EN EL PACIENTE CRÍTICO**

Lida Montserrat Cruz Gomez: Carlos Alfredo Galindo Martín: Enrique Monares Zepeda; Brenda Silvana Pérez Galavis; Verónica Angélica Aportela Vázquez; Job Heriberto Rodríguez Guillen; Víctor Manuel Sánchez Nava. Hospital San Ángel Inn Universidad/ ITESM

Introducción: La escala NUTRIC es una de las herramientas propuestas para la evaluación del riesgo nutricional en pacientes críticamente enfermos. Esta escala contiene dos índices pronósticos de gravedad: *Acute Physiology and Chronic Evaluation II* (APACHE II) y *Sequential Organ Failure Assessment score* (SOFA), lo que genera un alto riesgo a colinealidad. **Métodos:** En el presente estudio se pretende eliminar la colinealidad otorgada por el APACHE II y el SOFA score utilizados en el NUTRIC score simplificando dicha herramienta. Se realizaron dos escalas alternas: NUTRIC modificada con un ajuste por APACHE II, eliminando el puntaje por APACHE II y obteniendo un coeficiente de ajuste mediante regresión lineal y NUTRIC sin APACHE II, restando los puntos otorgados por el APACHE II. Posteriormente se realizaron curvas ROC con el fin de determinar el desempeño de ambas escalas en detectar riesgo nutricional. **Resultados:** 225 pacientes fueron incluidos a lo largo del estudio. La regresión lineal en contra del NUTRIC convencional mostró para el NUTRIC sin APACHE II un coeficiente de Pearson= 0.918, $r^2 = 0.843$, $p < 0.05$, $m = 1.368$, $b = 0$ y para el NUTRIC modificado un coeficiente de Pearson= 0.918, $r^2 = 0.843$, $p < 0.05$. Ambas curvas ROC resultaron con un área bajo la curva de 0.95, $p < 0.05$.

Conclusión: Al eliminar el APACHE II de la escala NUTRIC se evita la colinealidad obteniendo dos puntos corte de 3 y 5 para la detección de bajo riesgo (sensibilidad=99%) y alto riesgo (especificidad=99%) respectivamente y un puntaje de 4 para realizar una evaluación especializada.

*** AN5. EL ÍNDICE DE MASA CORPORAL COMO PREDICTOR DE MORBIMORTALIDAD Y CONSUMO DE RECURSOS EN PACIENTES INTERNADOS EN LA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA**

Dra. Magdalena Judith Reyes Huidobro, Dr. Juan Pedro Chávez Pérez, Dr. Luis David Sánchez Velázquez, Dr. Alfonso Chávez Morales, Dra. Gloria Eugenia Queipo García. Hospital General de México.

Introducción: No hay acuerdo en los reportes de la literatura sobre si un índice de masa corporal por arriba de 25 kg/m^2 incrementa, no modifica o disminuye la mortalidad en pacientes en estado crítico. **Objetivo:** Comparar mortalidad, morbilidad y consumo de recursos entre pacientes con peso normal o bajo (índice de Masa Corporal $\text{IMC} < 25 \text{ kg/m}^2$) versus pacientes con sobrepeso y obesidad ($\text{IMC} > 25 \text{ kg/m}^2$). **Diseño:** Estudio de cohorte prolectiva en una Unidad de Terapia Intensiva. **Pacientes:** Se incluyeron 159 pacientes en el estudio. **Método:** Se colectaron variables demográficas, clínicas incluyendo peso y talla para poder calcular el índice de masa corporal. Se colectaron datos de escalas de gravedad de la enfermedad SAPS-3, de falla orgánica Bruselas y de intervención terapéutica NEMS (como subrogado de consumo de recursos). El análisis estadístico fue multivariado considerando significativa una $p < .05$. **Resultados:** Al comparar pacientes con $\text{IMC} < 25 \text{ kg/m}^2$ con aquéllos con un IMC mayor no hubo diferencia estadísticamente significativa en mortalidad y consumo de recursos. Sin embargo, al replantear el estudio y comparar pacientes con $\text{IMC} < 30 \text{ kg/m}^2$ con aquéllos con un IMC mayor, se encontró diferencia significativa en mortalidad entre ambos grupos y un tamaño del efecto considerable en cuanto a consumo de recursos en pacientes con un $\text{IMC} > 30 \text{ kg/m}^2$. **Conclusiones:** En México debemos cambiar el punto de corte del índice de masa corporal a 30 kg/m^2 cuando comparemos mortalidad y consumo de recursos en los pacientes internados en la UTI. Este estudio abre la posibilidad de realizar un estudio multicéntrico para confirmar estos resultados.

*** AN6. ULTRASONOGRAFÍA DE MÚSCULO ESQUELÉTICO COMO VALORACIÓN NUTRICIONAL EN EL PACIENTE CRÍTICO**

Damián Gutiérrez Zárate, Karina Rosas Sánchez, Ulises Cerón Díaz, Carlos Limbert Sagardia, Ricardo Martínez Zubietra.

Introducción: El paciente crítico se caracteriza por una respuesta catabólica aumentada de origen multifactorial, la cual aumenta la pérdida muscular. El ultrasonido a la cabecera del paciente es una herramienta

* Concursante Premio Mario Shapiro 2016.

útil para medir el desgaste muscular, evaluar y dar seguimiento nutricional. **Material y métodos:** Es un estudio prospectivo descriptivo con una intervención diagnóstica de bajo riesgo. Se realizaron mediciones del grosor del músculo cuádriceps de una muestra de 20 pacientes consecutivos, se dividieron dos grupos, en el grupo 1 con 11 pacientes que tuvieron desgaste muscular representado en porcentaje y en el 2 con 9 pacientes sin desgaste muscular. **Resultados:** En el análisis univariado sólo se encontró diferencia entre ambos grupos en el día en que se lograron las metas de nutrición, fue tardío para el grupo de pacientes con desgaste muscular (5 [5-5.5, IC 95%] y 3 [2.5-5, IC 95%] con $p=0.02$). En el análisis multivariado se corroboró la misma asociación, pero sin significancia estadística (RM 10.8 [0.93-125-68, IC 95%]). Para el análisis de correlación se encontró una relación inversa entre el puntaje de SOFA y el porcentaje de desgaste muscular ($r=-0.48$ y $r^2=0.23$). **Conclusiones:** En el estudio se encontró una posible asociación entre la presencia de desgaste muscular en el paciente crítico y el retraso en lograr las metas de nutrición. Y relación inversa entre el valor del puntaje de SOFA y el porcentaje de pérdida muscular.

O1. COMA MIXEDEMATOSO CON DERRAME PERICÁRDICO MASIVO EN UNA MUJER DE 41 AÑOS

Dr. Juan José Becerra Lara. Médico Adscrito Medicina Intensiva. Dra. Ana Paula Díaz de Sandi Riquelme. Residente Segundo Año Urgencias Médico Quirúrgicas. Hospital General Regional No. 110 IMSS, Guadalajara, Jal. Méx.

Femenino 41 años. Ingresó a Terapia intensiva condición post-paro cardiorrespiratorio de 7 minutos, estado de choque e hipotiroidismo severo. Estado neurológico RASS -5, reflejos miotáticos abolidos. Telemetría demuestra bradicardia relativa con complejos pequeños, ecocardiograma demostrando derrame pericárdico masivo con cambios incipientes de compresión AD y VD. Cursó con Glicemia 46 mg/dL Perfil Tiroideo TSH 36.14 T4L 0.023 (ng/dl) con tratamiento hormonal T4 y Esteroides Sistémico Con Anemia y Trombocitopenia. Décimo día se realizó traqueotomía iniciando despertar día 16 con recuperación neurológica y miopatía generalizada, se egresa al día 28 con TSH 12.04 T4L 0.76.

O2. INTOXICACIÓN POR FOSFINA EN TRABAJADOR SANITARIO EN ÁREA DE URGENCIAS: REPORTE DE UN CASO

Gómez Bañuelos Luis Vicente, Domínguez Santana Cesar, Loria Castellanos Jorge, Valenzuela Molina Lucia Concepción. Hospital de Especialidades N. 2, Sonora.

Introducción: La intoxicación es fatal, secundaria al contacto con plaguicidas o roedores con fosfuro. A continuación se describe un reporte de caso y revisión de literatura de intoxicación por fosfina en personal sanitario. **Objetivo:** Presentar el caso de médico urgenciólogo IMSS con intoxicación por fosfina, cuya finalidad es dar a conocer el riesgo y la fatalidad de esta patología. Se trata de paciente femenino de 36 años de edad, inicia padecimiento posterior a estar en contacto con paciente intoxicado con fosfuro de aluminio, quien se intoxicó en intento suicida. **Conclusión:** Patología mortal si no se atiende correctamente. La paciente cursa con mejoría sin alteraciones metabólicas o hemodinámicas se decide alta a los 6 días de estancia en UCI.

O3. USO DE RELIGIÓN DURANTE EL CUIDADO DE PACIENTES CRÍTICOS. ANÁLISIS DEL ESTUDIO ETHICS

Yamely Méndez, Faisal Rustom, Beatriz Valenzuela, Sharon Einav, Joseph Varon. Dorrington Medical Associates/Foundation Surgical Hospital of Houston. Houston, Texas, E.U.A.

Objetivos de enseñanza: La religión puede desempeñar un papel importante en la salud mental de los pacientes críticos, incluso puede representar un vínculo para la atención del paciente. **Materiales y métodos:** Encuesta anónima, 30 preguntas a practicantes de salud, 124 instituciones, 39 países. Preguntas sobre criterios personales referentes a religión en el cuidado de pacientes. **Resultados:** De 10,106 encuestas, los médicos fueron 30.6% (n=3092), y la mayoría eran católicos/cristianos en 71.1% (n=2197), musulmanes 6.6% (n=203), e hindúes 1.4% (n=43). El porcentaje de enfermería fue 22.4% (n=2262), la religión predominante fue católica/cristiana, protestantes 3.8% (n=85) y musulmanes 3.6% (n=81). El porcentaje de médicos, enfermeras y estudiantes de medicina que estuvieron de acuerdo con la pregunta «¿Cree usted que un médico debería mencionar la religión para consolar a un paciente bajo su cuidado?» fue 46.6% (n=1,419), 55.8% (n=1,235), y 41.0% (n=1,163) respectivamente. Al contrario, 53.4% (n=1,625) de médicos estuvieron en contra de mencionar religión, comparado con 44.2% (n=977) de enfermería y 59.0% (n=1,676)

de estudiantes de medicina ($p<0.001$). **Conclusiones:** En este estudio, enfermería mostró estar más de acuerdo en mencionar la religión durante el cuidado del paciente crítico comparado con médicos. Los estudiantes de medicina, por el contrario, no mencionan la religión.

O4. USO DE LISTAS DE COTEJO PARA EVITAR EVENTOS ADVERSOS ASOCIADOS A LA ESTANCIA EN LA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA

Faustino J. Rentería Díaz¹, Ulises W. Cerón Díaz¹, Ricardo Martínez Zubietta¹. ¹ Médico Residente de 2do. Año en Medicina Crítica. Hospital Español de México. ² Médico Adscrito al Servicio de Terapia Intensiva. Hospital Español de México. ³ Médico Adscrito al Servicio de Terapia Intensiva, jefe de Servicio. Hospital Español de México.

Introducción: El uso de listas de cotejo durante el pase de visita en las Unidades de Terapia Intensiva (UTI) es una herramienta para evitar la falta de aplicación de medidas de protección para pacientes. **Objetivo:** Evaluar la eficacia del uso de listas de cotejo en la UTI. **Material y métodos:**

Durante Julio y Agosto del 2016 se realizó el llenado de una lista de cotejo con paquetes de protección a pacientes (*bundles*) durante el pase de visita diario a los enfermos en la UTI. Se comparó la incidencia de eventos adversos con los presentados en Mayo y Junio del 2016 cuando no se realizaba el llenado de dicha lista. **Resultados:** Durante el periodo con lista de cotejo se presentaron 1 (2%) evento de neumonía asociada a ventilación, 3 (6%) de neumonía intrahospitalaria, 2 (4%) de paro cardiorespiratorio no previsto y 10 (19%) defunciones. En comparación con el periodo de tiempo sin lista de cotejo no hubo diferencia significativa ($p=0.93$). **Análisis y conclusiones:** No se demostró menor incidencia en eventos adversos. La heterogeneidad de la muestra en el grupo con lista de cotejo mostró mayor gravedad. El uso de listas de cotejo es una recomendación pero no una necesidad absoluta.

O5. DIFERENCIA EN TRATO DIGNO DE ACUERDO AL ESTADO DE CONCIENCIA EN LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

Noreen Rosendo Ballesteros, Nancy Trujillo Ramírez, José Vicente Rosas Barrientos. Hospital Regional "1º de Octubre", ISSSTE, Ciudad de México.

Introducción: El paciente críticamente enfermo está limitado para defender su dignidad debido a la gravedad de su condición, además del cambio en su estado de conciencia, siendo vulnerable a no recibir trato digno por el personal de salud. **Objetivo:** Reportar si existe diferencia en el trato digno otorgado a los pacientes de terapia intensiva por su estado de conciencia. **Material y métodos:**

Estudio observacional, descriptivo, longitudinal y analítico, se evaluó personal de la Unidad de Cuidados Intensivos mediante un estudio de sombra y encuestas de autoevaluación comparando las respuestas para el paciente sedado y despierto. Empleamos análisis estadístico con medidas de tendencia central, comparación por prueba de Wilcoxon y Chi cuadrada (χ^2). **Resultados:** Menor trato digno para el paciente sedado (32%) comparado con el paciente despierto (58%) con significancia estadística en los puntos de saludar a su paciente de forma amable, presentarse con él y brindar sensación de seguridad. **Discusión y conclusiones:** El paciente sedado recibe menor trato digno respecto al paciente despierto, coincidiendo con un estudio llevado a cabo en Johns Hopkins durante 2013, en que los familiares reportaron que los pacientes sedados reciben menor calidad de atención por el personal de salud.

* O6. ÍNDICE DE BRIONES Y DELTA DE CO₂ COMO PRONÓSTICO EN CHOQUE HIPOVOLÉMICO-TRAUMÁTICO

Dra. Elizabeth Mendoza Portillo, Dr. José Juan Lozano Nuevo, Dr. Martín Mendoza Rodríguez. Hospital General La Villa SSCDMX.

Antecedentes: El choque hemorrágico conduce a la disminución en el suministro de oxígeno, disminución de la perfusión tisular, hipoxia celular, daño celular, síndrome de disfunción multiorgánica y muerte. Está demostrado que existen diferentes escalas pronósticas y determinaciones bioquímicas que permiten identificar al paciente en riesgo. **Objetivo:** Establecer la correlación que existe entre el Índice de Briones (IB), Delta de CO₂ (Δ CO₂) y la disfunción orgánica en pacientes con choque hipovolémico traumático. **Material y métodos:** Se realizó un estudio transversal, retrospectivo, comparativo y analítico; participaron 46 pacientes, se evaluaron variables demográficas, presión oncótica, IB, diferencia arteriovenosa de CO₂, escalas pronósticas y seguimiento a 48hrs con puntos de desenlace: mortalidad y disfunción orgánica. **Resultados:** El género representó:

* Concursante Premio Mario Shapiro 2016.

femenino (41%), masculino (59%). La edad promedio: 38 ± 14.6 años. La clasificación del choque hipovolémico fue: clase I: 7%, clase II: 39%, clase III: 24%, clase IV: 30%; IB: 0.25 ± 0.07 mmHg, DB: -7.9 ± 5.2 mmol/l, lactato: 3.01 ± 2.2 mmol/l, ΔCO_2 : 6.98 ± 4.6 mmHg. La mortalidad a las 48 horas: 10.8%. Trauma Score: 9 ± 3 puntos; SOFA: 6-3 puntos. LRA: 41%. $\Delta\text{CO}_2 > 6$ mmHg mostró sensibilidad 0.91 y especificidad 0.54 como predictor de mortalidad, se identificó el mejor punto de corte > 10.5 mmHg (0.96 y 0.98 respectivamente, $p < 0.001$, Intervalo de confianza IC 0.988-1.0; área bajo la curva ABC 0.998). **Conclusiones:** Este estudio demostró que ΔCO_2 es un marcador con impacto en la mortalidad y escalas pronósticas de SOFA y Trauma score. El IB puede ser empleado como pronóstico en pacientes que desarrollarán LRA dentro de las primeras 48 horas de estancia en la UCI con una adecuada significancia estadística.

* 07. MODELOS DE REANIMACIÓN EN LA TERAPIA INTENSIVA Y DESARROLLO DE COMPLICACIONES EN EL POSTOPERATORIO DE TRASPLANTE HEPÁTICO

Ricardo Teijeiro Paradis, José Antonio Fonseca Lazcano, Eduardo Rivero Sigarroa, Guillermo Domínguez Cherit, Mario Vilatobá Chapa, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán (INCMNSZ).

La reanimación en el postoperatorio del trasplante hepático (POTHO) toma en cuenta los cambios fisiológicos del estado pre-trasplante, transoperatorios, postquirúrgicos y los efectos adversos de los instrumentos de reanimación sobre la función del injerto. **Material y métodos:** Se realizó un estudio, retrospectivo de las primeras 48 horas del POTHO en la unidad de terapia intensiva (UTI) en la ciudad de México. Se agrupó los pacientes de acuerdo a modelos de reanimación: Grupo 1 dosis de norepinefrina (NADR) empleada < 0.1 gamas y balance hidrático (BaT) $< 3,805$ mL. Grupo 2: NADR > 0.1 /BaT $< 3,805$ mL, grupo 3: NADR < 0.1 gamas /BaT $> 3,805$ mL, grupo 4: NADR > 0.1 gamas /BaT $> 3,805$ mL. Se analizó la relación que existe con el desarrollo de complicaciones médicas, reintervención, tiempo de estancia, ventilación mecánica, desarrollo de falla renal, función anormal del injerto y cultivos positivos. **Resultados:** El TEUTI fue 3.39 días con un TVM de 16.5 horas. Las complicaciones médicas fueron de 67%, reintervención 15.8%, falla renal 62%, función anormal del injerto 50.5% y cultivos positivos 45.5%. De estos parámetros, el TEUTI y el TVM presentaron diferencias entre los modelos de reanimación. ($p < 0.001$ y $p < 0.000$). **Conclusiones:** El TEUTI y TVM variaron acorde al modelo de reanimación. Los otros desenlaces primarios fueron independientes a modelo de reanimación.

* 08. VARIABILIDAD GLUCEMIA EN PACIENTES CRÍTICAMENTE ENFERMOS: EL MANEJO DEBERÁ SER PERSONALIZADO

Lida Montserrat Cruz Gómez, Enrique Monares Zepeda, Carlos Alfredo Galindo Martín, Job Heriberto Rodríguez Guillen, Brenda Silvana Pérez Galavis, Verónica Angélica Aportela Vázquez, Hospital San Ángel Inn Universidad.

Introducción: Los tres dominios del control glucémico (hipoglucemia, hiperglucemia y variabilidad glucémica) componen un marco conceptual para la disminución de los riesgos asociados a dicho control durante la enfermedad crítica. Aún así el componente premórbido no suele ser tomado en cuenta en dichos dominios. Se ha demostrado que en aquellos pacientes con hiperglucemia crónica las metas de glucosa en sangre más liberales pueden beneficiar a esta población, contrario a lo que se ha demostrado en pacientes con buen control glucémico premórbido. **Métodos:** Mediante el uso de las cifras de hemoglobina glucosilada (HbA1c) y la glucosa predicha de 90 días previos se desarrolló una fórmula de «Variabilidad Glucémica Relativa» (VGR) en pacientes adultos críticamente enfermos. Posteriormente mediante los valores de glucosa capilar de obtuvieron los eventos de hipoglucemia, la media de glucemia capilar, VGR y coeficiente de variación (CV) glucémica durante los primeros 7 días de estancia. Se dividió la población en HbA1c $< 7\%$ y $\geq 7\%$, así como en vivos y muertos, comparando las variables capturadas y calculadas entre éstos. **Resultados:** Mediante el protocolo de control glucémico los pacientes con HbA1c $\geq 7\%$ mantuvieron una VGR negativa, es decir cifras menores a lo habituado y en el grupo $< 7\%$ positivas es decir mayor a lo habitual. El primer grupo mostró una estancia hospitalaria mayor 9 vs 7 días ($p < 0.05$) y aquellos pacientes con HbA1c $< 7\%$ fallecidos mostraron un CV mayor ($p < 0.05$) 27.49 (11.02-37.07) vs 12.49 (8.2-8.75), dicha asociación no se encontró en el grupo $\geq 7\%$. **Conclusiones:** La VGR negativa en relación al control premórbido muestra efectos negativos en la evolución de los

pacientes con mal control glucémico previo, a su vez un CV de mayor magnitud mostró su efecto negativo en la mortalidad de aquellos pacientes con buen control previo. Se reitera que en relación al control glucémico, efectivamente «una talla no se ajusta a todos».

09. ENFERMEDAD DE WEIL (LEPTOSPIROSIS). FALLA HEPÁTICA FULMINANTE

Dra. Susana Patricia Díaz Gutiérrez, Dr. Jesús Salvador Sánchez Díaz, Dra. Karla Gabriela Peniche Moguel, Dr. Eusebio Pin Gutiérrez, Dr. Jorge Samuel Cortés Román, Dra. María Verónica Calyeca Sánchez. UMAE 189 Hospital de Especialidades No. 14.

Introducción: La enfermedad de Weil es una zoonosis potencialmente fatal con mayor prevalencia en ciudades tropicales causada por infección con *Leptospira Interrogans* (serotipo icterico-hemorrágico). Se caracteriza por tendencia a la hemorragia, ictericia y daño orgánico grave. La Falla Hepática Fulminante es una presentación inusual de la enfermedad. **Objetivo:** Presentamos un caso de Enfermedad de Weil manifestado por falla hepática fulminante. El diagnóstico se realizó basado en cuadro clínico, serología y autopsia. **Presentación del caso:** Masculino de 47 años de edad el cual presentó fiebre, mialgias y artralgias acompañadas de hiperbilirrubinemia, transaminasemia, trombocitopenia, tiempos de coagulación prolongados y lesión renal aguda KDIGO III. Sospecha diagnóstica Enfermedad de Weil. Reporte de autopsia congestión pasiva crónica del hígado (extravasación sanguínea) con zonas de necrosis en «nuez moscada». **Discusión:** Las alteraciones hepáticas en la enfermedad de Weil son variables, los principales hallazgos son necrosis irregular con cambios regenerativos de los hepatocitos, hiperplasia de las células de Kupffer, colestasis e infiltración celular en área portal. **Conclusión:** Los cambios histopatológicos observados a nivel hepático apoyados por el cuadro clínico y la serología fueron asociados a Falla Hepática Fulminante secundaria a Enfermedad de Weil.

010. ANHEPÁTICO PROLONGADO POR HEPATECTOMÍA - RETRASPLANTE EN 2 PASOS, COMO TRATAMIENTO DE TROMBOSIS DE LA ARTERIA HEPÁTICA DEL INJERTO. REPORTE DE CASO

Ricardo Teijeiro Paradis, José Antonio Fonseca Lazcano, Eduardo Rivero Sigarroa, Guillermo Domínguez Cherit. Adscripción hospitalaria: Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán (INCMNSZ).

Introducción: Complicaciones como falla primaria del injerto (PNF) y trombosis de la arteria (HAT) son principales causas de retrasplante de hígado. **Objetivo:** Reportar el manejo del anhepático prolongado en hepatectomía-retrasplante. **Caso clínico:** Masculino de 33 años con cirrosis sometido a trasplante hepático. Ingresa a UTI inestable y se reinterviene por hematoma subdiafragmático. Egresó a piso a las 48 horas. Al 10º día duplica transaminasas. TC con occlusión total de arteria hepática. Se realiza trombectomía y trombólisis superselectiva. Pasa a UTI, desarrolló síndrome hígado tóxico (SHT), falla renal, coagulopatía y edema cerebral. Se inicia TRR continua. Pasa a quirófano para explante del injerto. Sale a UTI en anhepático con mejoría hemodinámica. Se mantiene con infusión de calcio, hemoderivados, TRR continua y protección cerebral. Se retransplanta a las 36 horas. Egresó de UTI día 16 postoperatorio y fallece 30 días después por sepsis, demuestra variables fisiológicas del paciente.

Discusión y conclusiones: Globalmente 1.8% de los THO desarrollan PNF y 3% HAT. En 1988 Ringe describe la hepatectomía-trasplante con anhepático prolongado. Actualmente se han reportado anhepáticos de hasta 72 horas con retrasplante satisfactorio y reducción de mortalidad de 99% a 65-75%. El manejo en UTI del anhepático prolongado es complejo pero viable y puede considerarse una opción de rescate.

011. TROMBOSIS TEMPRANA DE LA ARTERIA HEPÁTICA DESPUÉS DE TRASPLANTE HEPÁTICO: REPORTE DE CASO

Gonzalo Pantoja Silveira, Ma. Rosario Muñoz Ramírez, Roxana Vázquez Ramírez, Luis Pérez Pérez, Alejandro López Hernández, Willibaldo Romero Campos, Pedro López Hernández, Laura Cisneros Garza, Guillermo Álvarez Treviño, Gerardo Carmona, Guillermo Martínez, Yuri Orozco de los Ríos, Jesús Morgado Pérez, Ma. José Sebastián Ruiz. Unidad de Cuidados Intensivos y Coordinación de Donación y Trasplantes IMSS, UMAE No. 25, Monterrey, N.L.

Introducción: La trombosis de arteria hepática (TAH) se presenta en 3-9% de trasplantes hepáticos, lo cual puede llevar a pérdida del injerto y necesidad de retrasplante, siendo una complicación potencialmente letal.

Objetivo: Presentar el caso de un paciente postoperatorio de TOH que desarrolló trombosis aguda de arteria hepática. **Caso:** Mujer 30 años, cirrosis

* Concursante Premio Mario Shapiro 2016.

20 a hepatitis autoinmune. Se realizó trasplante hepático sin complicaciones. En primeras horas postquirúrgicas con mejoría clínica y bioquímica. Se realiza USG Doppler a las 12 horas evidenciándose trombosis de arteria hepática. Pasa a quirófano de urgencia, realizándose anastomosis de arteria hepática término-terminal. Evoluciona hacia mejoría; iniciándose clexane y aspirina siendo egresada el 7º día. **Discusión y conclusiones:** Las complicaciones vasculares del trasplante hepático más frecuentes en adultos son la trombosis arterial y portal. La trombosis TAH se manifiesta con deterioro brusco y progresivo de la función hepática. Pudiendo ocurrir de forma aguda en los primeros 15 días postransplante incrementando la morbilidad, si no es diagnosticada y tratada de forma adecuada. Es fundamental la ecografía Doppler en el postoperatorio inmediato, como en el caso de la paciente, que debido al diagnóstico temprano no cursó con deterioro bioquímico y clínico.

O12. INSUFICIENCIA HEPÁTICA ASOCIADA A HEPATOTOXIDAD POR FÁRMACOS Y TERAPIA DE MARS: REPORTE DE UN CASO

Roxana Vázquez Ramírez, Ma. Rosario Muñoz Ramírez, Gonzalo, Pantoja Silveira, Luis Pérez Pérez, Alejandro López Hernández, Willibaldo Romero Campos, Pedro López Hernández, Laura Cisneros Garza. Unidad de Cuidados Intensivos, IMSS, UMAE No. 25, CMNE. Monterrey, N.L.

Introducción: Hepatotoxicidad secundaria a fármacos se asocia a 10-15% de insuficiencia hepática aguda, con un riesgo de mortalidad cercano al 90%. El pronóstico resulta favorable identificando tempranamente el fármaco dado el elevado potencial de reversibilidad una vez que es suspendido. **Objetivo:** Presentar caso de un paciente con FHF secundaria a hepatotoxicidad farmacológica y recibió terapia de MARS. **Descripción de caso:** Masculino 50 años, antecedente Pénfigo vulgar tratamiento con Metotrexate, Ciclofosfamida y Deflazacort. 1 mes previo ictericia, alteración del estado mental. PFHs: BT 16.6, BD 12.2, ALT 158, AST 132, GGT 1543. Biopsia hepática compatible con hepatotoxicidad por fármacos. Manejo inicial: hidratación, ácido ursodesoxicólico, sin mejoría. PFHs: BT 26.14, BD 16.7, AST 590, ALT 470, GGT, INR 2.2, TTP 46, Glucosa 43 mg/dL, Cr 14.4 Urea 261.1, serología hepatitis viral. Colangiorresonancia sin alteraciones, se inicia TRRI, hiperbilirrubinemia persistente por lo que iniciamos terapia MARS por 3 sesiones, evolución satisfactoria. **Discusión y conclusiones:** Terapia MARS es la técnica de diálisis hepática con albúmina mejor estudiada, demostrando mejoría bioquímica y en el grado de encefalopatía hepática, sin embargo, los beneficios en la supervivencia son contradictorios. En nuestro paciente, sin respuesta a tratamiento médico y suspensión de hepatotóxicos, se decidió inicio de MARS con evolución favorable.