CASO PRÁCTICO 1

Hombre de 28 años que ingresa en Urgencias por fiebre y escalofríos de 5 días de evolución.

Antecedentes personales: Adicto a drogas por vía intravenosa.

Exploración al ingreso en Urgencias: ligeramente obnubilado, orientado y colaborador, frecuencia respiratoria: 20 respiraciones/minuto, saturación de oxígeno por pulsioximetría 95% respirando aire ambiente, tensión arterial: 90/55 mm Hg, frecuencia cardiaca: 110 latidos/minuto, temperatura: 39,2 °C, extremidades calientes y relleno capilar normal. Auscultación pulmonar crepitantes finos en la mitad inferior de ambos hemitórax, auscultación cardiaca destaca soplo sistólico 2/6 en el borde esternal izquierdo, abdomen y extremidades normales, no edemas.

Datos de laboratorio:

Gasometría: pH 7,40, PaO_2 70 mm Hg, $PaCO_2$ 35 mm Hg, bicarbonato 22 mmol/L, lactato 1,1 mmol/L, sodio 140 meq /L, potasio 4,1 meq/L, cloro 104 meq /L, creatinina 1,6 mg/dl, urea 52 mg/dl, albúmina 2,6 mg/dl, fosfatasa alcalina 300 UI, GOT 40 UI, bilirrubina 1,2 mg/dl, INR 1,2. leucocitos 22.000/ml, hemoglobina 12,6 g/dl, plaquetas 120.000/mm^3.

Electrocardiograma: taquicardia sinusal.

Radiografía de tórax: signos de redistribución vascular ligera.

PREGUNTA 1. ¿Cuál es el diagnóstico diferencial que debe plantearse inicialmente en este paciente y cuál considera que es el diagnóstico inicial más probable?

PREGUNTA 2. ¿Qué pruebas diagnósticas solicitaría en este momento y cuál de ellas considera que le puede proporcionar la información más relevante?

PREGUNTA 3. ¿Cuáles serían los pilares básicos del manejo inicial de este paciente?:

PREGUNTA 4. ¿Cuál es el germen más probable y la antibioterapia empírica de elección en este contexto clínico?

EVOLUCIÓN: En la ecocardiografía transtorácica se observa una imagen sugestiva de vegetación en válvula aórtica. Varias horas después del ingreso, el paciente se queja de aparición súbita de dolor torácico agudo y disnea. Durante las siguientes 24 horas el examen físico revela edemas en extremidades inferiores, ingurgitación yugular elevada, TA: 100/40 mm Hg, impulso apical hiperdinámico, soplo continuo en la parte baja del esternón y en región precordial, y hepatomegalia dolorosa. ECG: ritmo sinusal, sin hallazgos significativos.

PREGUNTA 5. A su juicio ¿cuáles serían las acciones prioritarias en este momento para un manejo adecuado del paciente?

CASO PRÁCTICO 2

Hombre de 65 años que ingresa en el servicio de urgencias por haber sufrido un atropello por un vehículo que circulaba a 60 km/h. En el lugar del accidente su puntuación en la escala de coma de Glasgow era de 10 puntos, presentaba respiración espontánea con una saturación de oxígeno (pulsioximetría) del 98% con 15 L/min de oxígeno administrado por mascarilla con bolsa reservorio, el paciente presentaba hipotensión. Se colocó un collarín cervical, se inició fluidoterapia con cristaloides, se administró 1 g de ácido tranexámico y se aplicó un cinturón pélvico para inmovilizar la pelvis. El paciente llega al Servicio de Urgencias trasladado por el Servicio de Emergencias Extrahospitalario y usted es requerido para su evaluación inicial y manejo.

El paciente tiene antecedentes de hipertensión arterial.

Exploración:

Taquipnea y deformidad en el hemitórax derecho con entrada disminuida de aire y tráquea centrada, SpO_2 94% con oxígeno 100% administrado por mascarilla con bolsa reservorio. Tensión arterial: 95/58 mm Hg, frecuencia cardiaca 120 latidos por minuto, relleno capilar 3 segundos, frialdad cutánea y pulsos débiles en el brazo derecho que presenta un gran hematoma axilar. Temperatura 34,5 °C**.** Tiene un angicatéter nº 16 en el antebrazo derecho con infusión rápida de suero salino 0,9%. Puntuación en la escala de coma de Glasgow 8 (O 1, V 1, M6), pupilas simétricas y reactivas. Abdomen ligeramente defendido y doloroso a la palpación en el lado derecho. Luxación de la rodilla derecha.

PREGUNTA 1. ¿Qué lesiones aparentes presenta este paciente?

PREGUNTA 2. A su juicio ¿cuáles serían las acciones prioritarias en este momento para un manejo adecuado del paciente?

PREGUNTA 3. ¿Cuál es la prueba o pruebas diagnósticas cruciales para el tratamiento correcto de este paciente?

Evolución. Durante la siguiente hora, el paciente presenta hipotensión (75/50 mm Hg) y mayor taquicardia sinusal 130 lats/min. Ha recibido 1.500 ml de cristaloides y no responde a una carga adicional de cristaloides de 500 ml en 10 minutos, el lactato en este momento es de 5 mmol/L.

PREGUNTA 4. Con respecto a la resucitación del shock en este paciente en este momento, ¿cuál sería su estrategia?

CASO PRÁCTICO 3

Varón de 28 años de edad que ingresa en el hospital tras sufrir accidente de tráfico (coche-coche). Se diagnostica de trauma abdominal cerrado (perforación duodenal) y ortopédico (fractura de tibia). Se interviene de forma urgente y se objetiva la perforación y peritonitis fecaloidea secundaria. Le practican resección intestinal, anastomosis termino-terminal y lavado de cavidad, ingresando posteriormente en UCI en situación de shock séptico y fracaso multiorgánico. A los 5 días del ingreso, continua con ventilación mecánica, noradrenalina, anasarca, oligoanuria sin respuesta a diuréticos, con criterios según las guías KDIGO de lesión renal aguda estadio 3.

Exploración UCI: Peso 70 Kg. Tensión arterial: 90/60 (70 mm Hg), frecuencia cardiaca: 102 latidos/minuto, frecuencia respiratoria: 16 respiraciones/minuto (VMI), saturación de oxígeno por pulsioximetría 95% (FiO2 65%), temperatura: 38,5 °C. Bajo efectos de la sedación y analgesia: RASS -3. Auscultación pulmonar: hipoventilación con crepitantes bibasales. Auscultación cardiaca: taquicardia, sin roces ni soplos. Abdomen: silente, dolor a la palpación profunda, apósito quirúrgico de laparotomía media limpio, drenaje penrose derecho y Martín Palanca izquierdo con escaso contenido hemático. Pulsos periféricos palpables y simétricos. Edemas declives.

Datos de laboratorio:

Gasometría: pH 7,23, PaO_2 73 mm Hg, $PaCO_2$ 49 mm Hg, bicarbonato 18 mmol/L, lactato 3,2 mmol/L, sodio 148 mEq /L, potasio 5,8 mEq/L, cloro 104 mEq /L, creatinina 3,4 mg/dl, urea 120 mg/dl, NT-proBNP 19.328 pg/mL, albúmina 2,2 mg/dl, fósforo 9,4 mg/dL, Glucosa 159 mg/dL, procalcitonina 140 ng/mL, GOT 120 UI, bilirrubina 3,4mg/dl. leucocitos 19.940.000/ml, hemoglobina 8,1 g/dl, plaquetas 42.000/mm^3. IQ 39%, INR 1,83, TTPa 38 seg, Fibrinógeno 221 mg/dL.

Electrocardiograma: taquicardia sinusal.

Radiografía de tórax: infiltrados pulmonares bilaterales.

PREGUNTA 1. Ante esta situación ¿se plantearía iniciar terapias de reemplazo renal (TRR) o es demasiado pronto? En caso afirmativo, qué elegiría ¿técnicas intermitentes o continuas?

PREGUNTA 2
Usted decide iniciar Terapias Continuas de Reemplazo Renal (TCRR). ¿Qué acceso venoso canalizaría? ¿Qué anticoagulación elegiría?

PREGUNTA 3
Antes de la conexión del monitor de TCRR a su paciente, debe prescribir una pauta: modalidad, dosis, flujos.

PREGUNTA 4. A nuestro paciente se le ha pautado una TCRR, HDFVVC, anticoagulación regional con citrato. La gasometría de control muestra los siguientes datos: pH 7,24 pCO_2 30 mm Hg, Bicarbonato 16 mmol/L, EB -9, ácido láctico 1,5 mmol/L, Calcio iónico 4,2 mg/ml, Calcio Total 8 mg/ml ¿Qué parámetros debe vigilar en un paciente anticoagulado con citrato? ¿qué modificaría de la pauta de este paciente?