

# MEDICINA INTENSIVA

## CASOS PRÁCTICOS

### CASO PRÁCTICO 1

Hombre de 48 años que acude al servicio de urgencias por una historia de cuatro días de evolución de fatiga y dificultad respiratoria progresiva que ha empeorado significativamente durante las últimas 24 horas. Ocasionalmente ha tenido fiebre de hasta 38°C. El paciente no refiere historia de dolor torácico, tos o expectoración.

**Antecedentes personales:** sin interés.

**Exploración** al ingreso en Urgencias: tensión arterial: 80/40 mm Hg, frecuencia cardíaca: 110 latidos/minuto, frecuencia respiratoria: 24 respiraciones/minuto, saturación de oxígeno por pulsioximetría 86% respirando aire, temperatura: 36,2 °C. Cianosis central y periférica, extremidades frías y relleno capilar superior a 3 segundos. Auscultación pulmonar crepitantes finos en la mitad inferior de ambos hemitórax, auscultación cardíaca destaca soplo sistólico en punta irradiado a axila y tercer tono, abdomen y extremidades normales, no edemas, exploración neurológica normal.

#### **Datos de laboratorio**

Gasometría: pH 7,33, PaO<sub>2</sub> 60 mm Hg, PaCO<sub>2</sub> 30 mm Hg, bicarbonato 17 mmol/L, lactato 3,1 mmol/L, sodio 128 meq /L, potasio 5,1 meq/L, cloro 104 meq /L, creatinina 1,6 mg/dl, urea 42 mg/dl, albúmina 2,2 mg/dl, fosfatasa alcalina 300 UI, GOT 80 UI, bilirrubina 4 mg/dl, INR 1,2. leucocitos 12.000/ml, hemoglobina 13,6 g/dl, plaquetas 110.000/mm<sup>3</sup>.

**Electrocardiograma:** taquicardia sinusal.

**Radiografía de tórax:** infiltrados pulmonares bilaterales.

**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?:

**Evolución:** la ecocardiografía demuestra una disfunción sistólica severa con fracción de eyección del 20%, válvulas normales, no hay derrame pericárdico, TAPSE 18, cava inferior 2,5 cm sin colapso. El paciente continúa deteriorándose con mayor hipoxemia y aumento del trabajo respiratorio, se mantiene hipotenso y oligúrico, creatinina 2,4 mg/dl, GOT 200 UI, INR 3,5, lactato 6 mmol/L.

**PREGUNTA 4.** A su juicio ¿cuáles serían las acciones prioritarias en este momento para un manejo adecuado del paciente?

**PREGUNTA 5.** Si decide intubar a este paciente ¿qué técnica y fármacos utilizaría?

## MEDICINA INTENSIVA CASOS PRÁCTICOS

### CASO PRÁCTICO 2

Mujer de 53 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, la 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. La paciente llega al Servicio de Urgencias trasladada por el Servicio de Emergencias Extrahospitalario y usted es requerido para su evaluación inicial y manejo.

La paciente tiene antecedentes de hipertensión arterial.

#### **Exploración**

Taquipnea y deformidad en el hemitórax derecho con entrada disminuida de aire y tráquea centrada, SpO<sub>2</sub> 94% con oxígeno 100% administrado por mascarilla con bolsa reservorio. Tensión arterial: 95/58 mm Hg, frecuencia cardíaca 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 angicatóter n° 16 en el antebrazo derecho con infusión rápida de suero salino fisiológico. 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, la paciente presenta hipotensión (75/50 mm Hg) y mayor taquicardia sinusal 130 lats/min. Ha recibido 1500 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 esta paciente, en este momento, ¿cuál sería su estrategia?

# MEDICINA INTENSIVA

## CASOS PRÁCTICOS

### CASO N°3

Paciente de 68 años trasplantada hepática que ingresa en UCI por shock.

#### Antecedentes Personales:

- No alergias conocidas.
- Diabetes mellitus tipo 2 insulinizada.
- Infecciones urinarias de repetición.
- Cirrosis hepática de etiología enólica en 2016, con hipertensión portal conocida tras descompensación por hemorragia por varices esofágicas.
- Trasplante hepático en 2020. Hepatitis B aguda post-trasplante. Ingresos posteriores por episodios de hemorragia digestiva. Último ingreso 4 meses antes donde se determinó colonización rectal por *Klebsiella pneumoniae* productora de beta-lactamasa de espectro extendido (BLEE) en frotis rectal (cultivo de vigilancia).
- Tratamiento habitual: Micofenolato 750 mg/12h vía oral. Tacrolimus 1 mg/12h vía oral. Entecavir 0,5 mg/24h vía oral. Insulina según pauta de Endocrinología.

#### Historia Actual:

Acude a Urgencias de nuestro centro por comenzar con fiebre en picos de 24 horas de evolución precedido de molestias urinarias. Presenta pico febril de 39,1°C tomándose hemocultivos. Exploración en Urgencias: tensión arterial: 75/40 mm Hg, frecuencia cardiaca: 120 latidos/minuto (ritmo sinusal), frecuencia respiratoria: 26 respiraciones/minuto, saturación de oxígeno por pulsioximetría 90% (con Ventimask al 40%).

Se canaliza acceso venoso administrando 1000 cc de suero fisiológico (Cloruro sódico al 0,9%) e iniciando antibioterapia empírica con piperacilina-tazobactam.

Se decide ingreso en UCI. A su llegada, continua con tensión arterial: 70/40 mm Hg, iniciándose noradrenalina. Ante el deterioro clínico se decide intubación y conexión a ventilación mecánica.

#### Datos de laboratorio:

Gasometría: pH 7,31, PaO<sub>2</sub> 55 mm Hg, PaCO<sub>2</sub> 29 mm Hg, bicarbonato 18,5 mmol/L, lactato 4,6 mmol/L, sodio 139 mEq/L; potasio 4,1 mEq/L; cloro 120 meq/L; glucosa 251 mg/dL creatinina 1,95 mg/dl; urea 42 mg/dl; albúmina 2,6 mg/dl; bilirrubina total 1,44 mg/dl; AST 92 UI/L; ALT 65 UI/L; PCR 218,2 mg/dL; INR 1,4; hemoglobina 13,6 g/dl, leucocitos 41.550 /ml, neutrófilos 38.620/ml; plaquetas 127.000/mm<sup>3</sup>.

**PREGUNTA 1.** Con estos antecedentes y la situación clínica actual de la paciente, ¿qué antibioterapia empírica iniciaría? Especifique la dosis del antibiótico (o antibióticos) que emplearía y como los administraría.

**PREGUNTA 2.** ¿Qué monitorización invasiva emplearía y qué parámetros utilizaría para saber si la paciente respondería al aporte de volumen?

**PREGUNTA 3.** Sin entrar en precisar la cantidad de volumen a administrar, ¿qué tipo de fluidos emplearía para la reanimación de esta paciente? ¿Cristaloides o coloides? En su caso, ¿qué tipo de cristaloides o qué tipo de coloide?

Evolución: al tercer día, la situación clínica de la paciente ha mejorado, se encuentra afebril, se ha podido retirar la noradrenalina y está en proceso de desconexión de la ventilación mecánica. Recibe el antibiograma del hemocultivo y del urocultivo: Hemocultivo de ingreso: *Klebsiella pneumoniae*

MEDICINA INTENSIVA  
CASOS PRÁCTICOS

ANTIBIOGRAMA:

		CMI (mg/L)
Ampicilina	R	> 8
Amoxicilina-Clav	R	> 32
Piperacilina-Taz	S	8
Cefotaxima	R	>2
Ceftazidima	R	> 8
Cefepime	R	> 8
Azteronam	R	> 4
Ertapenem	S	≤ 0,12
Imipenem	S	≤ 1
Meropenem	S	≤ 0,12
Gentamicina	S	≤ 2
Ciprofloxacino	S	0,25

Cultivo de orina: > 100.000 colonias. *Klebsiella pneumoniae* (similar antibiograma)

**PREGUNTA 4.** Con estos datos, ¿qué tratamiento dirigido prescribiría?