



Medicina de Familia. SEMERGEN



<https://www.elsevier.es/semergen>

160/2161 - DIAGNÓSTICO DE UN SHOCK A CIEGAS

I. Arjona Burgos, V. Llamazares Muñoz y E. Bosquet Batista

Médico Residente de 4º año de Medicina de Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Fuensanta. Córdoba.

Resumen

Descripción del caso: Mujer 81 años alérgica a anestésicos locales, pirazolonas y betalactámicos. DM, HTA, FA crónica anticoagulada con Sintrom, hiperlipémica y deterioro cognitivo, que es llevada a las urgencias de un Centro de Salud rural por cuadro emético y diarreico, junto con dolor abdominal, deterioro general e inapetencia de 5 días de evolución.

Exploración y pruebas complementarias: MEG, consciente, poco colaboradora, con palidez, sudoración y frialdad cutánea. Impresiona de enfermedad. Pulso débil y filiforme con tensión sistólica, objetivada por esfigmomanómetro manual, de 40 mmHg. Fetor urémico. Glucemia capilar 255 mg/dl. ACR: tonos cardiacos arrítmicos taquicárdicos a unos 147 lpm. MVC sin ruidos sobreañadidos. Abdomen: globuloso, depresible y doloroso en flancos, no masas ni megalias, ni signos de irritación peritoneal. RHA presentes. MMII: edemas maleolares bilaterales sin signos de TVP. Dada la situación de shock que presenta la paciente, se intenta la canalización de vías periféricas para la administración de fluidos, siendo esta imposible debido a la baja tensión, por lo que se opta por una aguja de palometa con el objetivo de iniciar fluidoterapia. EKG: FA rápida. Se decide traslado de la paciente al servicio de urgencias hospitalarias donde a su llegada se realiza gasometría venosa evidenciándose hiperpotasemia grave con K 7,8, confirmada en analítica, en la que además destaca, hemoglobina 8,7 g/dl, creatinina 5,2, urea 166. En estudio de coagulación, no se especifican INR ni actividad de protrombina ya que la muestra no coagula. TAC abdominal sin hallazgos de interés, pero en cortes superiores que incluyen tórax se observa un derrame pericárdico moderado. Ecoscopia: ventrículo izquierdo no dilatado con función global y segmentaria conservada. No valvulopatías groseras. Ventrículo derecho colapsado con desplazamiento diastólico. Derrame pericárdico que impresiona de severo, circunferencial y con restos de fibrina. Dado los hallazgos evidenciados, se ingresa en UCI para drenaje de líquido pericárdico. En la punción se objetiva tabicación del mismo por lo que se decide toracotomía y drenaje quirúrgico urgente.

Juicio clínico: Derrame pericárdico que causa taponamiento en paciente con sobredosificación de Sintrom.

Diagnóstico diferencial: Shock hipovolémico secundario a gastroenteritis, shock séptico de origen abdominal, shock cardiogénico.

Comentario final: El caso expuesto hubiese sido imposible diagnosticar sin la realización de pruebas de imagen, de las que no siempre se disponen en centros rurales; pero los signos clínicos que presentaba la paciente indicaban la existencia de un shock, que en principio se relacionó con el

cuadro emético. El fracaso renal secundario al cuadro provocó una sobredosificación de Sintrom que en este caso ocasionó un derrame pericárdico hemorrágico. La relevancia del caso radica en el valor de los signos clínicos, el control estrecho del tratamiento anticoagulante por parte del MAP y establecer un soporte óptimo hasta la llegada al hospital de referencia. En este sentido, todo médico de urgencias debería tener las habilidades para la canalización de un acceso venoso central para poder asegurar el soporte de un paciente en su traslado al hospital.

BIBLIOGRAFÍA

1. Jiménez Murillo L, Clemente Millán MJ, Montero Pérez FJ. Taponamiento cardíaco. En Jiménez Murillo L, Medicina de urgencias y emergencias. Barcelona: Elsevier, 2011. pp 227-9.