



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 212/757 - SHOCK MULTIFACTORIAL, A PROPÓSITO DE UN CASO EN ATENCIÓN PRIMARIA

S. Pérez Gómez, R.L. Vázquez Alarcón y M.F. García López

Médico de Familia. Centro de Salud Vera. Almería.

### Resumen

**Descripción del caso:** Paciente de 79 años que acude a consulta por náuseas y molestias abdominales difusas, pautando tratamiento sintomático. A los 4 días se acude a domicilio tras aviso de familiar por mareo. A nuestra llegada, paciente obnubilado y con restos de hematoquecia. Se estabiliza mediante cardioversión sincronizada por hallazgo de taquicardia ventricular de QRS ancho y se traslada al hospital. No antecedentes de interés, no tratamiento previo ni hábitos tóxicos.

**Exploración y pruebas complementarias:** Glasgow 11/15, TA: 60/40, glucemia: 37, sO<sub>2</sub>: 95%, responde a estímulos, ictericia muco-cutánea, cianosis distal, ingurgitación yugular, no signos de focalidad neurológica. ACR: tonos taquirrítmicos, no soplos, MVC. Abdomen: blando y depresible, distendido, RHA normales, no signos de irritación peritoneal. Tacto rectal: masa rectal sugerente de neoplasia, dedil manchado de restos hemáticos. Resto sin hallazgos. 1<sup>er</sup> ECG: taquicardia ventricular a 170 lpm. 2<sup>o</sup> ECG: ritmo sinusal a 70 lpm, onda q, ondas T negativas en cara inferolateral. Radiografía tórax: sin hallazgos. Bioquímica: glucosa: 143, urea: 293, creatinina: 4,33, potasio: 6,3, bilirrubina total: 4,63, BD: 1,61, GOT: 1.541, GPT: 2.453. Amilasa: 278, LDH: 1.551, CPK: 123, troponina T: 1,6, PCR: 127, PSA: 48,5. Gasometría arterial: pH: 7,37, HCO<sub>3</sub>: 13,2, lactato: 9. Hemograma: Hb: 13,7, plaquetas: 28.000, leucocitos: 11.800 (80% PMN). Coagulación: INR: 3,6, IQ: 21%, fibrinógeno: 111, TTPA: 41. Ecografía abdominal: aneurisma abdominal no complicado, HBP, resto normal. Ecocardiograma: VI con aquinesia ínfero-antero-lateral, FEV1: 34%. Hemocultivos: aislamiento de *S. epidermidis*, *S. haemolyticum*, *Citrobacter koseri*. EDB: adenocarcinoma de recto.

**Juicio clínico:** IAM inferiolateral evolucionado, shock multifactorial, insuficiencia prerrenal, hepatopatía aguda de estasis. hemorragia digestiva baja, adenocarcinoma recto.

**Diagnóstico diferencial:** Isquemia mesentérica, cardiopatía isquémica, ulcus péptico perforado, diverticulitis, neoplasias, sepsis, pancreatitis, obstrucción intestinal, aneurisma/disección aórtica, enfermedad inflamatoria intestinal.

**Comentario final:** Actualmente se encuentra ingresado bajo seguimiento multidisciplinar. Se pretende destacar la importancia de una adecuada historia clínica y reevaluación de nuestros pacientes gracias a la gran accesividad de los mismos en Atención Primaria, así como una atención urgente eficiente y coordinada con el resto de especialidades.

### Bibliografía

1. Valenzuela Sánchez F, Bohollo de Austria R, Monge García I. Shock séptico. 2005;29:192-200.
2. Bruhn CA, Pairumani MR, Hernández PG. Manejo del paciente con Shock séptico. Rev Med. Clin. 2011;22:293-301.

**Palabras clave:** *Dolor abdominal. Isquemia. Shock multifactorial.*