

Reporte caso clínico: Terapia de rescate en shock séptico con pérdida de coherencia hemodinámica

Bárbara Nahuelpan Orellana^{1*}, Glenn Hernández Poblete².

1. Hospital Clínico Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile. 2. Departamento Medicina Intensiva del adulto, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile.

*Correspondencia: bnahuelpan@gmail.com

Introducción: La administración de fluidos y vasopresores no siempre permiten corregir el déficit en extracción de oxígeno que ocurre en la sepsis, el subgrupo de pacientes en que se manifiesta esta situación suele desarrollar falla orgánica múltiple progresiva y, en consecuencia, presentar una mortalidad mayor al 60%, pese a intervenciones oportunas guiadas por la información recogida con las herramientas disponibles para evaluar la macro y microcirculación en las diferentes etapas del *shock* séptico. Se presenta un caso clínico ilustrativo respecto al rol de la hemofiltración de alto volumen como terapia de rescate en escenarios de estas características. **Caso clínico:** paciente de 60 años, masculino, con fibrilación auricular crónica sin tratamiento anticoagulante, miocardiopatía dilatada con severa disfunción de ventrículo izquierdo, capacidad funcional II, enfermedad renal crónica etapa 3 y tabaquismo crónico. Se traslada el 5 de julio de 2019 a Hospital Clínico de Universidad Católica de Santiago, por cuadro de 5 días de evolución de dolor abdominal epigástrico, diarrea y vómitos. Se constata vigilia, mal estado general, tiempo de relleno capilar (CRT) prolongado, sin necesidad de soporte ventilatorio ni de agentes vasoactivos, Creat 4.2 mg/dL, Lactado 2.1 mmol/L pH arterial 7.32 Bic 16 pCO₂ 27. Se realiza angiotomía de abdomen y pelvis con lo que se confirma trombosis tercio medio arteria mesentérica superior, neumatosis colon ascendente e íleon distal. Durante la madrugada del 5 de julio se realiza trombectomía arterial logrando reperfusión parcial de intestino isquémico, se reseca colon ascendente y 70 cm de íleon distal, se cierran los cabos distales sin anastomosis primaria y se realiza aseo quirúrgico. Ingresa a UCI intubado y con norepinefrina en dosis altas (0.35 mcc/kg/min), en las primeras dos horas de reanimación presenta aumento sostenido en requerimiento de vasopresores (norepinefrina mayo a 1 mcc/kg/min), aumento de lactato arterial y deterioro de perfusión clínica (CRT) pese a reposición de fluidos previa evaluación de predictores de precarga dependencia con termodilución transpulmonar y ecocardiograma al lado de la cama. Requiere agregar infusión de epinefrina para evitar el colapso circulatorio, luego de constatar disfunción miocárdica concomitante. Se decide apoyo con hemofiltración de alto volumen (HFAV) por 9 horas, con buena respuesta en parámetros de perfusión clínica y bioquímica ya en las primeras 2 horas de terapia. Pasadas las primeras 24 horas de reanimación se logra estabilidad en parámetros de perfusión tisular, reducción significativa en dosis de norepinefrina a 0.1 mcc/kg/min y ausencia de otras disfunciones orgánicas. **Conclusión:** en el *shock* séptico refractario, cuando la corrección de la macrocirculación no permite un óptimo reclutamiento de la microcirculación ni mejoría de la perfusión tisular, es razonable considerar la HFAV como estrategia terapéutica de rescate.