Semergen. 2015;41 (Espec Congr):957

Medicina de Familia. SEMERGEN

https://www.elsevier.es/semergen

160/2142 - Dame mejor un "abrazo de oso"

I. Cuesta Bermejo[a], S.M. Hernández Sánchez[b], V. Berdión Marcos[c], I. Riera Carlos[d], M.Á. Paule Sánchez[e], C. de Manueles Astudillo[f] y L. Velasco Pelayo[g]

[a]Médico Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Garrido Sur. Salamanca. [b]Médico de Familia. Centro de Salud Garrido Sur. Salamanca. [c]Enfermera. Área de Aldeadávila de la Ribera. Salamanca. [d]Médico Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Juan. Salamanca. [e]Médico de Familia. Centro de Salud San Juan. Salamanca. [f]Médico Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de San Juan. Salamanca. [g]Radiólogo vascular e intervencionista. Hospital Universitario de Salamanca. Salamanca.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 77 años. AP: HTA, DM2, dislipemia, hiperuricemia, cardiopatía valvular reumática (anuloplastia tricuspídea, prótesis valvular aórtica y mitral), FA permanente, osteoporosis, aplastamiento vertebral (D8-D9), neumopatía restrictiva por cifosis, HTP moderada-grave, hemorroides internas y diverticulitis, IC CF III de la NYHA, Síndrome depresivo, artrosis. Tratamiento: furosemida, losartán, insulina glargina, alopurinol, acenocumarol, calcitriol, bromuro de ipratropio, salbutamol, oxígeno domiciliario con gafas nasales a 2 l/min, esomeprazol, escitalopram y alprazolam. MC: Agravamiento de su disnea habitual hasta hacerse de reposo + ortopnea de 2 almohadas, sudoración profusa, cianosis labial y acra. Dolor en brazo derecho en relación con movilización por debajo de axilas.

Exploración y pruebas complementarias: SpO2: 64%, TA: 130/55 mmHg, FC: 85 lpm, FR: 20 rpm, Tª: 36,5 ºC, Barthel: 20, palidez de piel y mucosas, ingurgitación yugular a 45º. AC: RC metálicos irregulares. AP: crepitantes bibasales y en campo medio izquierdo con disminución del MV en la base izquierda. Abdomen: reflujo hepatoyugular positivo, hernia supraumbilical. EEII: edema con fóvea hasta tobillos. Ante sospecha de ICC + insuficiencia respiratoria, se deriva a segundo nivel e ingresa. Analítica: Hb: 10,3 g/dL, transferrina: 265 mg/dl, ferritina: 48 ?g/ml, índice de saturación transferrina: 13,6%, FG: 20 ml/min, INR: 2,35. Gasometría: pO2: 50 mmHg, pCO2: 49 mmHg. Rx tórax: cardiomegalia. Engrosamiento del intersticio peribroncovascular de predominio perihilar y basal. Discreto derrame pleural derecho con componente cisural. Pinzamiento del seno costofrénico izquierdo. Ecocardiografía: VI no dilatado, hipertrofia leve, función sistólica global normal, cámaras derechas no dilatadas, no derrame pericárdico. Al 2º día de ingreso presenta hematoma en parrilla costal y mama derecha, con agravamiento del dolor previo del MSD + anuria. Pulso radial disminuido y caída de 4 puntos de la Hb, asociado a TA: 90/55 mmHg, taquicardia, taquipnea y desorientación. Se solicita arteriografía axilo-humeral con visualización de signos directos de sangrado a nivel distal de la arteria toraco-dorsal, procediéndose a cateterismo selectivo y embolización con coils y soporte transfusional de 6 concentrados de hematíes.

Juicio clínico: Shock hipovolémico con fracaso renal secundario a rotura de la arteria axilo-humeral derecha.

Diagnóstico diferencial: Shock hipovolémico: Antecedente traumático previo en la mayoría de casos. Hipotensión, taquicardia, taquipnea, piel fría, palidez cutáneo-mucosa, oliguria y alteraciones mentales. Shock cardiogénico: IAM y arritmias cardíacas como factores más frecuentes. Disnea, hipotensión,

taquipnea, ingurgitación yugular, crepitantes pulmonares y reflujo hepatoyugular.

Comentario final: Ante signos de inestabilidad hemodinámica y hematoma, se debe descartar posible lesión vascular; siendo la arteriografía la prueba princeps en su diagnóstico principal y tratamiento. Es de vital importancia que el MAP conozca que una adecuada movilización puede evitar lesiones vasculares graves que comprometan la vida del paciente. “En vez de coger al paciente por debajo de las axilas se debería utilizar la movilización abrazo del oso o transferencia con doble agarre frontal”.

BIBLIOGRAFÍA

1. Fülöp A, Turóczi Z, Garbaisz D, Harsányi L, Szijártó A. Experimental models of hemorrhagic shock: a review. Eur Surg Res. 2013;50(2):57-70.

2. Fuduri¿ J, Erdeljac ¿, Frketi¿ I, Mileti¿ M, Zadro AS, Baci¿ I, Ra¿i¿ Z, Zadro Z, Martinac M, Missoni E. Blunt trauma of thorax with subclavian and axillary artery lesion-case report. Coll Antropol. 2014;38(3):1055-7.

1138-3593 / © 2015 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.