



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 160/2433 - Complicación de técnica invasiva en Urgencias. De la insuficiencia renal secundaria a patología digestiva a la cirugía cardiovascular

M. Vigil Velis<sup>a</sup>, M.M. Antonio González<sup>b</sup>, P. Lázaro Aragües<sup>c</sup>, M.C. Molina Morazo<sup>d</sup>, M.E. Sánchez Cánovas<sup>d</sup>, J. Ballesta Lozano<sup>e</sup>, I. Cuenca Sandoval<sup>f</sup>, M.J. Rico Lledo<sup>g</sup>, E.D. Barraza Aguirre<sup>g</sup> y J.M. Serrano Navarro<sup>g</sup>

<sup>a</sup>Médico de Medicina Intensivista. Hospital General Universitario Reina Sofía. Murcia. <sup>b</sup>Médico de Familia. Servicio Murciano de Salud. Murcia. <sup>c</sup>Médico Residente de Medicina de Familia. Hospital General Universitario Reina Sofía. Murcia. <sup>d</sup>Médico de Urgencia Hospitalaria. Hospital General Universitario Reina Sofía. Murcia. <sup>e</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cieza Oeste y Hospital Vega Lorenzo Guirao. Cieza. Murcia. <sup>f</sup>Médico de Urgencia Hospitalaria. Hospital Vega Lorenzo Guirao. Cieza. Murcia. <sup>g</sup>Médico Residente de Medicina Intensiva. Hospital General Universitario Reina Sofía. Murcia.

### Resumen

**Descripción del caso:** Mujer de 69 años que acude a urgencias por 10 días de deposiciones líquidas persistentes sin productos patológicos acompañada de astenia y desde hace 2 días imposibilidad para alimentación oral por náuseas y vómitos. Afebril. AP: no RAM. HTA. DLP. Trastorno adaptativo. En estudio por digestivo por diarrea crónica. Tratamiento crónico: olmesartan 40 mg, atorvastatina 10 mg, duloxetine 60 mg, olanzapina 2,5 mg, omeprazol 20 mg, AAS 100 mg, lormetazepam 2 mg, *Saccharomyces boulardii* prednisona 30 mg, Fe oral, ácido fólico.

**Exploración y pruebas complementarias:** Glasgow 15 TA: 111/60. T: 35,6 °C. FC: 79. FR: 13 SAT: 99. Sequedad muco-cutánea. Ac: rítmica, sin soplos. Ap. murmullo vesicular conservado. Abdomen: excavado, blando y depresible. No doloroso. No signos de irritación peritoneal. No masas ni organomegalias. Ruidos hidroaéreos presentes. Puñopercusión renal bilateral negativa. MMII: no edemas ni signos TVP. Laboratorio: bioquímica: glucosa 71, urea 378, creatinina 5,5, Na 126, K 2,4, Procalcitonina 2,84. Hemograma: leucocitos 13.130 (82%N), Hb 15, plaquetas 235.000. Gasometría venosa: pH 7,263, PCO2 15,6, HCO3 11,2, EB – 13,6. ECG: RS a 90 lpm con ondas T aplanadas. Rx abdomen en bipedestación: sin evidencia de niveles hidroaéreos.

**Juicio clínico:** Insuficiencia renal pre-renal secundaria a diarrea crónica. Hipopotasemia grave. Extracción de guía metálica de vía central por abordaje femoral.

**Diagnóstico diferencial:** Otras complicaciones de la técnica de canalización de vía central subclavia: hemotórax, quilotorax, neumotórax, lesión del plexo braquial.

**Comentario final:** En camas de observación de urgencias se coloca inicialmente vía central de acceso periférico y se comienza tratamiento con hidratación, bicarbonato, control constantes y diuresis horarias. Posteriormente, la paciente se arranca dicha vía por estado de agitación por lo que se decide canalización de vía central subclavia, pero la paciente sigue sin colaborar y durante la técnica de canalización se pierde la guía metálica en subclavia, no siendo accesible para su retirada. Se comenta con UCI que indica cirugía cardiovascular urgente, extrayéndose finalmente sin incidencias mediante abordaje femoral. Tras regresar a urgencias y con el mantenimiento de cuidados, es ingreso en medicina interna con creatinina previa al

ingreso de 2,5 y potasio 3,7. Aunque habitualmente en adultos no es necesario sedar, solo anestesiarse localmente, en este caso hubiera sido necesario y suficiente una sedación ligera para evitar la complicación de la técnica. Por otro lado, recordar que las principales complicaciones de la cateterización de una vena central son debidas a la inexperiencia y desconocimiento de la anatomía.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Quesada A, Rabanal JM. Procedimientos técnicos en urgencias, medicina crítica y pacientes de riesgo. Vol 1. Madrid: Ergon 2010.
2. Perales- Rodríguez de Viguri N, López Messa J, Ruano M. Manual de soporte vital avanzado. 4ª ed. Barcelona: Masson 2007.