

# CASO CLINICO

# CONTEXTO

Bruno es un paciente de 23 años, procedente de la costa norte del país, con estudios de básica secundaria, empleado, en unión libre, con dos hijos Sebastián (de 4 años) e Isabel (de 2 meses).

Es laboralmente activo, es el principal aportante al núcleo familiar, cuenta con el acompañamiento permanente por parte de su esposa (Angie) de 21 años, quien le ha brindado todo el apoyo que ha requerido durante su enfermedad, se dedica al hogar y tiene conocimiento de su enfermedad y tratamiento médico.

Tiene dos hermanas, menores que él, viven fuera del país y no tiene ningún tipo de contacto con ellas. Sus padres están vivos, contando con el apoyo y acompañamiento por parte de ellos.

# CONTEXTO

Cuenta con el apoyo económico por parte de un tío paterno, pero esto es de acuerdo a las necesidades del paciente. Su papá de manera ocasional le ayuda con mercado de fruta para la casa.

Ocupa una vivienda en arriendo y refiere no contar con familia en la ciudad de Bogotá, ni tampoco con domicilio para hospedaje llegado el caso de una intervención quirúrgica.

Se le considera con riesgo socio familiar y económico en la capital debido a que no cuenta con acompañamiento de su familia en la ciudad, para un procedimiento quirúrgico que requiere de una estancia prolongada. Las redes de apoyo, están en su ciudad de origen para cualquier procedimiento médico.

# DIAGNOSTICOS CON LOS QUE LLEGA DEL HOSPITAL DE LA COSTA

1. Tormenta arrítmica resuelta
2. Cardiomiopatía dilatada FEVI 17% (Función de eyección ventricular izquierda) de etiología desconocida
3. Falla cardiaca secundaria
4. Síndrome cardiorenal
5. Portador de CDI (Cardiodesfibrilador intracardiaco)

# EVOLUCION SEMANA 1

- Ingresa al hospital de la capital el 23 de diciembre, remitido de la costa norte.
- Presenta una infección generalizada de la cual no es posible establecer el origen.
- Empiezan a aparecer lesiones en piel de difícil manejo de las cuales no es posible establecer la causa.
- La falla cardiaca secundaria a la cardiomiopatía es la base de los demás padecimientos.
- Empieza a presentar signos de hipertensión pulmonar y edema generalizado en todo el cuerpo.
- Consideran la posibilidad de realizar un trasplante cardiaco.
- Descartan que el proceso infeccioso tenga origen en la cavidad oral

# DIAGNOSTICOS EN EL HOSPITAL DE LA CAPITAL

1. Tormenta arrítmica resuelta
2. Falla cardiaca aguda FEVI 17%
3. Cardiopatía dilatada de etiología no conocida - usuario de CDI (dx sept 2016)
4. Lesión renal aguda
  - 4.1 Síndrome cardiorenal tipo 1
  - 4.2 Toxicidad por medicamentos
5. Hepatitis isquémica.
6. Obesidad

# EVOLUCION SEMANA 2

- Se debe realizar proceso de diálisis en el paciente debido a la lesión renal presentada.
- Se encuentra con disfunción multiorgánica y sepsis con persistencia de picos febriles, se documenta endocarditis y se decide retiro de CDI (por tener vegetaciones en los electrodos del cardiodesfibrilador).
- Se ordena un implante de asistencia ventricular para poder conservar la función cardiaca en ausencia del CDI.
- Por la enfermedad de base hace un proceso de una hepatitis isquémica
- Las vegetaciones en el corazón causan un embolo que se va al pulmón provocando una embolia séptica, y se tiene que intubar para garantizar la ventilación mecánica asistida
- En esta semana el paciente plantea antes de ser sometido a la intubación, que “quiere morir y no sufrir más”.

# DIAGNOSTICOS AL 30 DE DICIEMBRE

1. Cardiopatía en fase dilatada con FEVI 17-8% (diagnostico sept 2016)
2. Portador de CDI (implante dic de 2016) explantado por las vegetaciones y la infección
3. Debutó con tormenta arrítmica
4. Lesión renal aguda
5. Síndrome cardiorenal tipo 1
6. Toxicidad por medicamentos
7. Hepatitis isquémica en resolución
8. Obesidad
9. Endocarditis - vegetaciones en electrodo CDI
10. Embolia séptica a pulmón
11. Síndrome de dificultad respiratoria aguda

# EVOLUCION SEMANA 3

- Presenta choque cardiogénico y séptico
- Según la valoración de cirugía cardiovascular colocan un dispositivo ECMO (oxigenación por membrana extracorpórea) lo cual equivale a tener un “pulmón artificial” (en este procedimiento es evidente el afán del cuerpo medico por probar esta técnica de ventilación)
- Por segunda ocasión el paciente solicita que esta sufriendo mucho y que “se le ayude a morir”.
- Presenta hemorragia alveolar y consolidación en la base del pulmón derecho y lo programan para broncoscopia.
- Se encuentra con un choque cardiogénico secundario a la falla cardiaca avanzada, disfunción multiorgánica con compromiso pulmonar.
- Se considera el trasplante de corazón contraindicado y se ordena toracentesis derecha para estudio de líquido pleural, lo cual implica un nuevo procedimiento invasivo

# EVOLUCION SEMANA 4

- Persiste con fiebre y se dan cuenta que cursa con una escara sacra grado I y logran identificar una bacteria resistente a los antibióticos utilizados
- Aparece una necrosis superficial en tercio medio de antebrazo derecho secundaria a los implantes de asistencia ventricular.
- Cursa con cifras tensionales hipertensivas, por lo que se inicia manejo antihipertensivo y la valoración de cirugía general muestra una posible colecistitis acalculosa y se ordena interconsulta con gastroenterología para posible derivación por CPRE (colangio pancreatografía retrógrada endoscópica)
- Se considera que estaría contraindicado el trasplante lo cual obligaría a parar el proceso de atención médica y se queda en espera de un comité para la definición de una limitación de esfuerzo terapéutico.

# EVOLUCION SEMANA 5

- Se programa para traqueostomía ya que es de difícil la extubación por su estado de desacondicionamiento físico.
- Se toma la decisión en junta multidisciplinaria de reorientar los esfuerzos a limitación de intervenciones terapéuticas y favorecer calidad de vida en este periodo final, pendiente junta de bioética.
- Se considera con falla multiorgánica, con heridas cruentas en brazos y piernas y úlceras de presión en glúteos, con necrosis en herida del antebrazo derecho (en el que se implanto el dispositivo para permitir la rehabilitación para lograr trasplante)

# CONCEPTO DE LA JUNTA

- Realización de traqueostomía y esfuerzos en liberación de ventilación mecánica
- Valoración por hepatología y cirugía plástica (deciden cubrir con apósitos heridas) para manejo de lesiones en piel y evaluar de manera posterior
- La disfunción hepática debe ser manejada teniendo en cuenta el daño cardiaco, pulmonar y renal.
- Valoración por grupo de trasplante renal en caso de requerir trasplante dual (corazón y riñón)
- Reacondicionamiento físico integral con terapia física, ocupacional, respiratoria y Fonoaudiología
- Nueva junta multidisciplinaria en 15 días para evaluar respuesta al manejo y definir si será candidato a trasplante cardiaco o a redireccionamiento del esfuerzo terapéutico
- Pronostico vital reservado

# EVOLUCION SEMANA 6

- Se hace traqueostomía debido a la imposibilidad de lograr el destete de la ventilación mecánica.
- Se encuentra con hemotórax y empiema y se colocan tubos y se realiza decorticación, lo cual implicó un nuevo procedimiento quirúrgico.
- Pese a su evolución tórpida se toma la decisión de considerarlo como URGENCIA CERO respecto al proceso de trasplante cardiaco, lo cual implica que esta de primero en la lista de donantes. Y por las enfermedades de base se debe realizar primero el trasplante cardiaco y posteriormente los trasplantes renal y pulmonar.
- Por otro lado no cuenta con la red de apoyo familiar y el soporte logístico y económico que requeriría el manejo de un paciente con triple trasplante



**LESIONES EN PIEL DE LAS CUALES NO HA SIDO POSIBLE ESTABLECER LA ETIOLOGIA Y HAN PRESENTADO PROBLEMAS CON EL MANEJO ANTIBIOTICO**

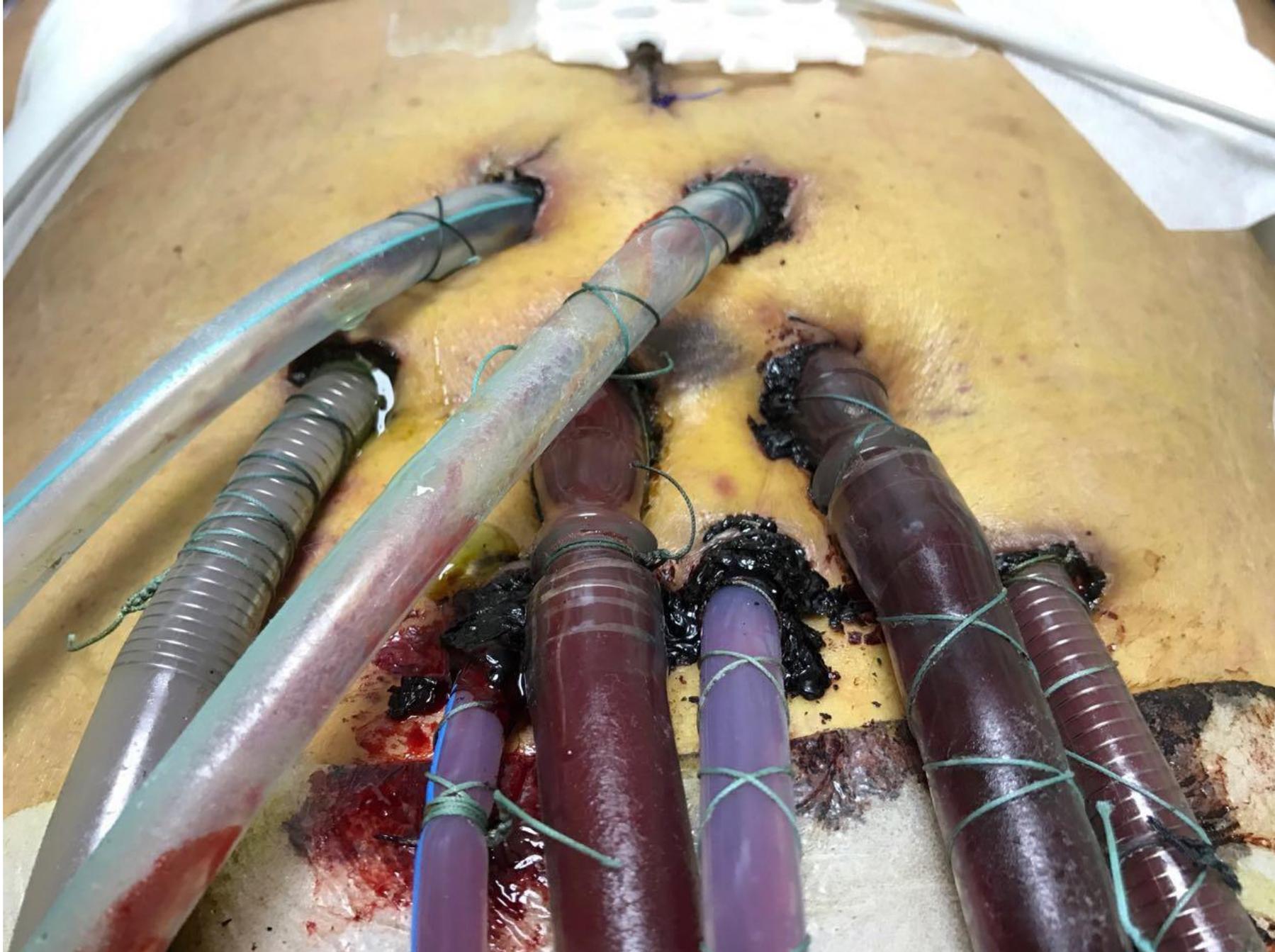




**LESION EN EL ANTEBRAZO PROVOCADA POR EL  
IMPLANTE DE ASISTENCIA VENTRICULAR**



**ESCARA SACRA DE DIFICIL MANEJO**



**DISPOSITIVO ECMO (OXIGENACIÓN POR MEMBRANA EXTRACORPÓREA) COLOCADO A MODO DE PRUEBA Y ENSAYO**