# Importancia del manejo dialítico precoz por Médico Intensivista. Reporte de un caso.

**Cecilia Gonzalez Almonacid.[1], Eduardo Chinchón González[2], Hospital Eloísa Díaz de La Florida[3]**

1. Pontificia Universidad Católica de Chile
2. Hospital Eloísa Díaz de La Florida
3. Claudio Valenzuela Romero

**INTRODUCCIÓN:**

La insuficiencia renal en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) es una entidad frecuente y que se asocia a mayor morbimortalidad. Existen condiciones donde la instauración de terapias de reemplazo renal (TRR) de urgencia impacta crucialmente en el desenlace clínico de nuestros pacientes. Se presenta un caso de una cetoacidosis diabética (CAD) severa que llevó a paro cardio respiratorio (PCR) y se manejó de forma precoz con TRR, presentando una excelente respuesta clínica.

**CASO:**

Hombre de 49 años, antecedente de diabetes mellitus tipo 1, enfermedad renal crónica en hemodiálisis. Ingresa por convulsión tónico-clónica y en laboratorio se evidencia nitrogeno ureico 70 mg/dl, normokalemia y acidosis respiratoria leve con pH 7.25 y pCO2 54 mmHg, glicemia 120 mg/dl y tomografía de cerebro sin hallazgos. A las 4 horas de ingreso sufre PCR de 9 minutos donde recibe 2 mg de adrenalina y 500 cc de Bicarbonato 2/3 molar, logrando retorno a circulación espontánea, en ritmo sinusal con noradrenalina hasta 1 ug/kg/min. En exámenes con pH 7.0, pCO2 14, Bic 3.6, K 6.9, BUN 128, glicemia 666,, lactato 21.5 mg/dL. En UCI dado PCR secundario a CAD severa, se define hemodiálisis de urgencia. Se conecta a TRR antes de 30 minutos, Qb 310 ml/min, Qd 600 ml/min, Na 147, K 2.0, HCO3 40 mEq/Lt. El Qt se definió en virtud de mejoría intraterapia. Se optimiza reanimación durante TRR, se administran bolos de liquido de diálisis de 250 cc a velocidad de 15.000 cc/hr y dado presión de pulso 20 mmHg y signos de disminución de contractilidad, se agrega epinefrina hasta 1 mcg/kg/min y noradrenalina se disminuye a 0.2 mcg/kg/min. Presenta fibrilación auricular que requiere cardioversión eléctrica con 200 J. Se inicia precozmente insulina. Durante TRR paciente presenta mejoría franca del punto de vista hemodinámico, logrando a las 2 horas de terapia titular ambos vasoactivos a 0.1 mcg/kg/min y en control de medio interno se evidencia: pH 7.38, Bic 23, pCO2 40, lactato 12.7 mg/dL, K 4.3, Paciente evoluciona favorablemente, suspende vasoactivos y es extubado a las 24 hrs de su ingreso a UCI, cumpliendo condiciones de egreso a unidad de menor complejidad a los 3 días.

**DISCUSIÓN:**

Se destaca la rápida velocidad de instauración de la TRR, sumado a que la prescripción vino por el médico que estuvo durante todo el proceso de reanimación con el paciente, lo cual a juicio de los autores es lo primordial a la hora de indicar y supervisar toda TRR en UCI. Es importante el desarrollo de un equipo de TRR donde el recurso humano sea personal con experiencia en UCI, dado que permite mejor entendimiento del proceso de reanimación de un paciente en riesgo vital.

**CONCLUSIONES:**

En condiciones de riesgo vital por trastornos metabólicos, se debe plantear la conexión precoz a TRR, para ello, un equipo de intensivo capacitado en su indicación y manejo, puede acortar los tiempos para inicio de soporte, lo que puede llevar potencialmente a mejores resultados clínicos.