

Rafael es un hombre de 65 años, hipertenso, diabético con nefropatía diabética moderada (Cl creatinina estimado de 38 ml/min), AIT sin secuelas, con antecedentes de una diverticulitis perforada que precisó intervención quirúrgica hace 10 años, y posteriormente varios ingresos por suboclusión intestinal. En tratamiento con AAS 100, valsartan/HCTZ, Lantus 15 U y Humalog 5-7-5 U.

Ingresa en el hospital por una nueva suboclusión intestinal, tributaria en primer lugar de manejo conservador. En el 3er día de ingreso, la situación del enfermo empeora gravemente, con distensión abdominal creciente y dolor abdominal de carácter peritonítico, con taquipnea llamativa (40/min), taquicardia (135/min), hipotensión arterial (68/24 mmHg) y oliguria (10 ml/hora) pese al aporte generoso de fluidos. El control analítico muestra un empeoramiento significativo de los parámetros de función renal (urea 145 / creatinina 2,5 mg/dl), leucocitosis (23800/mm³) con neutrofilia (96% neutrófilos), plaquetopenia (43000/mm³; las cifras de controles previos son normales), láctico 4 mmol/l, I.Quick 50%, TTPA 58 s, PCR 83 mg/l / PCT 15 pg/ml. Se comenta con Cirugía, y se decide IQ urgente. Hallazgos: perforación de divertículo de sigma e importante síndrome adherencial, que dificulta enormemente la manipulación / separación de asas de intestino delgado y grueso. Durante la intervención el enfermo está muy inestable hemodinámicamente. Al finalizarla, pasa a UCI. Se añade tratamiento con cobertura antibiótica amplia (meropenem a dosis altas), vitamina K, complejo polivitamínico (Cernevit[®]), sedoanalgesia, insulina en perfusión iv, fluidos y soporte ventilatorio; se añade tratamiento con pantoprazol (no se inició en sala). Se coloca SNG, y se aprecia la salida en un primer momento de 2 l de residuo gástrico bilioso; en las horas siguientes se observan restos en posos de café por SNG. La evolución del enfermo es lentamente favorable.

Se valora la evolución del enfermo por parte del adjunto y el residente rotante externo. Se tienen dudas sobre si el tratamiento con IBP debiera haberse iniciado en sala. El residente sugiere la lectura del artículo de Herzig SJ et al (J Gen Intern Med 2012). Se plantean 2 dudas:

- ¿sería razonable usar esta regla de predicción en los enfermos de las salas médicas de nuestro hospital? ¿y en las salas quirúrgicas?
- ¿le harías una endoscopia digestiva? ¿en qué momento?