

Exámenes que se realizarán frente a un paciente en shock séptico

Ponencia de los Dres.: B. BERNAL Y J. M. PERELLÓ

Inicialmente:

Hematocrito (ultramicrométodo).

Leucograma.

Conteo de plaquetas

Lee White.

Ionograma y pH.

Hemocultivo (en el lactante, medulocultivo).

A las 1 ó 2 horas:

Lee White.

Cada 6 horas:

Lee White.

Leucograma.

Cada 24 horas: Ionograma y pH.

Si el Lee White (o Kaolin prolongado) se indicarán:

Tiempo de protrombina.

Conteo de plaquetas.

Prueba cruzada.

Lisis del coágulo.

Fibrinógeno.

Con respecto al Ionograma, en una persona normal la suma del bicarbonato

más cloro es inferior en 15mEq/l a la suma del sodio y potasio

O sea: $\text{CO}_3\text{H}^- + \text{Cl}^- < \text{Na}^+ + \text{K}^+$
(15mEq/l)

Este déficit aniónico está constituido por proteínas, sulfatos, fosfatos y ácidos orgánicos (sobre todo lactato y piruvato cuyos promedios normales son 1 y 0.1 mEq/l).

En 17 casos de shock estudiados por Perret, el déficit aniónico alcanzó una media de 27 mEq/l, comprendiendo el lactato 9 mEq/l mientras que el piruvato no llegó a 0.5 mEq/l. De aquí que se está tratando de montar en nuestro laboratorio la determinación de la lactacidemia pues según Broder y Weil, un exceso de lactato de más de 4 mEq/l implica un pronóstico fatal en la mayoría de los casos y que para Peretz alcanzaría la mortalidad en un 90% cuando la lactacidemia se acerca a 9 mEq/l.