



242/1514 - PACIENTE 78 AÑOS INSTITUCIONALIZADO, ACUDE POR DETERIORO DEL ESTADO GENERAL, DOLOR ABDOMINAL Y FIEBRE

F. Reyes Parra^a, A. Fernández Callejón^a y M. Fernández Domínguez^b

^aMédico de Familia. Hospital de la Línea de la Concepción. Cádiz. ^bMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Roque. Cádiz.

Resumen

Descripción del caso: Anciano frágil con antecedentes patológicos de hipertensión, diabetes, dislipemia, ictus Isquémico. Acude en ambulancia convencional por deterioro del estado general (DEG), febrícula y dolor abdominal tras sondaje y falsa vía.

Exploración y pruebas complementarias: Mal estado general. Glasgow < 14 (comatoso), responde estímulos dolorosos, sequedad piel y mucosas. Tensión arterial 80/40 mmHg. Frecuencia respiratoria 22 rpm, febril (T^a 38,7 °C), SatO₂ basal 97%. Anuria. Auscultación cardiorespiratoria normal. Abdomen blando, doloroso a nivel de hipogastrio, con globo vesical se procede a sondaje con orina piúrica. Se evalúa con qSOFA de 3. Analítica a llegada: Hb 12,2 g/dl, hto 38%, leucos 15300 (N 83%), plaq 19.600. Coagulación: AP 79%, fibrinógeno 704 mg/dl. Bioquímica: glucosa 403 mg/dl, urea 114 mg/dl, creatinina 2,79 mg/dl, sodio 157, CK 1746, troponina T 0,232, PCR 131 mg/L, PCT 92,5 ng/ml. Sedimento: leucocitos 500, hematíes 250. Gasometría: pH 7,19, EB -15, ác. láctico 68. A las 24 horas tras inicio de antibioterapia y fluidoterapia en la primera hora, continua hipotenso y presenta en analítica glucosa 298 mg/dl, urea 160 mg/dl, creat 4,07 mg/dl, sodio 156, potasio 4,2, CK 1848, PCR 199 mg/L, PCT > 100 ng/ml.

Juicio clínico: Shock séptico origen urinario, insuficiencia renal posrenal secundaria a retención aguda orina (RAO), hipernatremia hipovolémica.

Diagnóstico diferencial: Aneurisma aorta abdominal, accidente cerebrovascular establecido, síndrome metabólico-tóxico.

Comentario final: Se trata en este caso de aplicar Escala SOFA y qSOFA para evaluar la evolución del caso y el porcentaje de Mortalidad en caso de SG/SS, en este caso nos daba qSOFA de 3 con riesgo mortalidad global > 10%, y tras su evolución tras 24h SOFA > 9 con tasas mortalidad superiores al 40%. Procedió a pronóstico infausto del paciente, pese a realizar las actuaciones correctas.

Bibliografía

1. León C, García-Castrillo L, Moya MS, et al. Documento de Consenso (SEMES-SEMICYUC) Recomendaciones del manejo diagnóstico-terapéutico inicial y multidisciplinario de la Sepsis

Grave en SUH. Emergencias,. 2007;19:260-72.

2. Levy MM, Fink MP, Marshall JC, et al. 2001 SSCM/ESICM/ACCP/ATS/SIS International Sepsis Definition Conference. Crit Care Med. 2003;31:1250-6.

Palabras clave: Sepsis. SOFA. Mortalidad.