



<https://www.elsevier.es/semergen>

## 242/4822 - INFECCIONES NOSOCOMIALES, UN DIAGNÓSTICO A VALORAR EN ATENCIÓN PRIMARIA

D. Cuetos Suárez<sup>a</sup>, A. Fernández Pérez<sup>b</sup>, J. Cuetos Álvarez<sup>c</sup>, C. Marinero Noval<sup>d</sup> y M. Gordo Bravo<sup>e</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de 3<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Pola de Siero. Asturias. <sup>b</sup>Médico de Familia. Centro de Salud de Pola de Siero. Asturias. <sup>c</sup>Médico de Familia. Consultorio periférico Valdesoto. Centro de Salud Pola de Siero. Asturias. <sup>d</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ventanielles. Oviedo. Asturias. <sup>e</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Cristo. Oviedo. Asturias.

### Resumen

**Descripción del caso:** El paciente consulta en junio de 2017 por dificultad para la marcha de 3 semanas de evolución, asociando pérdida de fuerza y anestesia en hemicuerpo izquierdo. Se realiza resonancia magnética que evidencia una lesión intratecal y extramedular en región cervical C4-C5 que desplaza y comprime la medula hacia el lado derecho. Se interviene la lesión el 4 de julio, con diagnóstico de meningioma meningotelial, siendo alta a finales de dicho mes. A los pocos días de recibir el alta sufre un traumatismo craneal y cervical secundario al cual comienza con importante rigidez cervical y cefalea, por dicho cuadro es derivado a Urgencias, donde realizan un TAC de control con mínimos cambios posquirúrgicos sin mayores alteraciones, siendo alta a domicilio. A las 48 horas comienza con fiebre y empeoramiento de estado clínico, mostrándose somnoliento y estuporoso, persistiendo rigidez cervical y dolor, derivándose de nuevo a Urgencias.

**Exploración y pruebas complementarias:** Mal estado general. Glasgow 9. Taquipneico y taquicárdico. Saturación de oxígeno 91%. TA 100/74. Temperatura 39 °C. Cuello: herida quirúrgica con buen aspecto, rigidez cervical. Auscultación cardio-pulmonar: rítmico, sin soplos, ventila adecuadamente sin ruidos patológicos. Neurológica: Sin focalidad. Hemograma: leucocitosis (22.000 leucocitos con 93% de neutrófilos). Bioquímica: proteína C reactiva: 22,6. Coagulación: normal. Radiografía de tórax: Normal. TC cráneo-cervical: hidrocefalia arreabsortiva y prominencia de la captación en los surcos de ambas convexidades que sugiere un proceso inflamatorio meníngeo. Punción lumbar: líquido muy purulento, con 2.000 hematíes, 9.020 leucocitos con un 90% de neutrófilos.

**Juicio clínico:** Meningitis bacteriana de origen nosocomial. Bacteriemia.

**Diagnóstico diferencial:** Traumatismo craneocervical complicado (Compresiones medulares secundarias a sangrados o colecciones). Sepsis de origen respiratorio.

**Comentario final:** La atención a pacientes postquirúrgicos es cada vez más frecuente en el ámbito de la atención primaria. El porcentaje creciente de infecciones nosocomiales en nuestros centros hospitalarios debe hacernos extremar las precauciones, y de forma más importante tras procedimientos altamente invasivos. Parece probable que nuestro paciente estuviese desarrollando una infección meníngea desde el alta y que dicho cuadro quedase parcialmente enmascarado por el traumatismo cervical sufrido.

## Bibliografía

1. Pujola M, Limón E. General epidemiology of nosocomial infections.
2. Guía para la prevención de infecciones de sitio quirúrgico. SEMPSH.

**Palabras clave:** Meningismo. Nosocomial. Sepsis.