



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 347/1371 - COMPLICACIÓN EN PACIENTE CON SEPSIS

B. Sánchez Jiménez<sup>a</sup>, P. Jiménez Abarca<sup>b</sup> y E. Lara Cobo<sup>c</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de 3<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Arroyo de la Miel. Benalmádena. Málaga.  
<sup>b</sup>Médico Residente de 2<sup>o</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Torrequebrada. Benalmádena. Málaga.  
<sup>c</sup>Médico Residente de 2<sup>o</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Las Lagunas de Mijas. Málaga.

### Resumen

**Descripción del caso:** Mujer de 82 años remitida a Urgencias del Hospital Costa del Sol por sospecha de cuadro de sepsis de origen neumónico ± urinario. A su llegada paciente hipotensa TA 70/30 mmHg por lo que se pasa a sala de críticos. Su hija refiere que desde hace 4 días presenta hiporexia y desde anoche malestar general. Esta mañana además ha presentado dos vómitos. Última deposición hace 4 días normal. No fiebre ni otra clínica asociada. Sin antecedentes de interés

**Exploración y pruebas complementarias:** Constantes vitales: TA 70/40 mmHg, Sat O<sub>2</sub> 94%, T<sup>a</sup>: 36,4 °C. A la exploración la paciente presenta mal estado general y sequedad de mucosas. A la auscultación presenta crepitantes en hemitórax derecho. No se encontraron hallazgos patológicos a la exploración abdominal. Tacto rectal: dedil manchado de heces normales. Se realizó a la paciente analítica de sangre y orina en la que destaca: leucocitosis 25,05 (93,2% N), PCR 220, 5, pH 7,27 y bacteriuria moderada en orina. Rx tórax: infiltrados en LS y LID. Rx abdomen: dilatación gástrica, dilatación de asa de intestino delgado con imagen de fecalomía en ampolla rectal.

**Orientación diagnóstica:** En sala de críticos se coloca SNG (contenido bilioso). La paciente ingresa en observación de camas y se le administra un enema que resulta efectivo. Se solicita radiografía de abdomen de control que es similar a previa, con lo que se descarta el fecalomía como causa de la obstrucción intestinal. Se decide por tanto realizar IC con cirugía que diagnostica a la paciente de Íleo paralítico secundario a sepsis de probable origen respiratorio ± urinario.

**Diagnóstico diferencial:** Ante un caso de obstrucción intestinal. Oclusión mecánica: estrechamiento del calibre, obstrucción de la luz intestinal obstrucción por adherencias o bridás. Oclusión neurológica: íleo paralítico, íleo espasmódico. Obstrucción vascular (embolia o trombosis mesentérica).

**Comentario final:** Se trató a la paciente de manera conservadora manteniendo a la paciente en dieta absoluta, colocando SNG en caso de presentar nuevos episodios de vómitos y evitando tratamiento con opiáceos. El íleo paralítico es una posible complicación ante un cuadro de sepsis que debemos identificar para poder tratar adecuadamente.

### Bibliografía

1. Muro Castillo I. Protocolo diagnóstico terapéutico de la obstrucción intestinal. Medicine (Madrid). 2000;8(14):767-9.

**Palabras clave:** Sepsis. Obstrucción intestinal. Íleo paralítico.