



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

482/45 - SHOCK SÉPTICO REFRACTARIO

L. Ballarín Naya, L. Pérez Laencina, C. Lorente Esparza y A. Valer Martínez

Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Delicias Sur. Zaragoza.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 78 años, con antecedentes de HTA, TVP en EID y úlcera crónica en EII y tratamiento con ARA II y Sintrom. Acudió a consulta por edematización y aumento de dolor en EII asociado a malestar general.

Exploración y pruebas complementarias: Paciente hipotensor con TA: 80/55 mmHg, T^a: 39 °C, estuporoso, mal perfundido, cianótico con livideces hasta el tórax, sudoración profusa y SatO₂: 93%. En EII: infección de partes blandas con úlcera vascular, flictenas extensas y hemorrágicas. Se deriva de manera urgente al hospital, donde se realizó analítica sanguínea: procalcitonina 68,9 ?g/l, PCR > 41,69 mg/dl, creatinina 3,8 mg/dl, pH 7,15, lactato 10 mmol/l. Se inició antibiótico de amplio espectro, fluidoterapia intensiva y fármacos vasoactivos. Se realizó amputación transfemoral de EII. Tras la intervención, a pesar de tratamiento antibiótico dirigido, la situación clínica empeoró y evolucionó a shock séptico refractario.

Orientación diagnóstica: En AP se ven datos que orientan a evolución desfavorable. La escala quick-SOFA aporta un valor predictivo y se compone de tres criterios clínicos: Alteración del nivel de conciencia (Glasgow < 13), TAS # 22 rpm. En el caso del paciente presenta los tres criterios.

Diagnóstico diferencial: Shock séptico, infección grave partes blandas, isquemia EII.

Comentario final: La sepsis requiere de identificación y tratamiento precoz. Se utilizan escalas como q-SOFA o score SOFA, donde un resultado > 2 puntos sería indicativo de una disfunción orgánica. Shock séptico es la sepsis con disfunción cardiovascular que persiste a pesar de la administración > 40 ml/kg de fluidos isotónicos en una hora. El objetivo primordial es restablecer una adecuada perfusión tisular, por lo que la fluidoterapia debe ser precoz y lo más agresiva posible, así como el inicio de un antibiótico de amplio espectro.

Bibliografía

1. Shankar-Hari M, Phillips GS, Levy ML, Seymour CW, Liu VX, Deutschman CS, et al. Developing a New Definition and Assessing New Clinical Criteria for Septic Shock: For the Third International Consensus Definitions for Sepsis and Septic Shock (Sepsis-3). *JAMA*. 2016;315(8):775-87.
2. Gómez B, Hernández-Bou S, García-García JJ, Mintegi S; Bacteremia Study Working Group from the Infectious Diseases Working Group, Spanish Society of Pediatric Emergencies (SEUP). Bacteremia in previously healthy children in emergency departments: clinical and microbiological characteristics and outcome. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis*. 2015;34(3):453-60.

Palabras clave: Shock séptico. Úlcera por presión.