



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

482/962 - SEPSIS EN PACIENTE INMUNODEPRIMIDA

L. Adame Sanz¹, M. Franco Márquez², A. Fernández Bersade³ y C. Moñiz Pérez⁴

¹Residente de 2º de año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Lucena II. Lucena. Córdoba. ²Residente de 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Lucena II. Lucena. Córdoba. ³Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local de Dª. Mencía. Dª. Mencía. Córdoba. ⁴Residente de 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Matrona Antonia Mesa Fernández. Cabra. Córdoba.

Resumen

Descripción del caso: Antecedentes personales: Mujer, 75 años. No hábitos tóxicos. HTA. Artritis reumatoide. Intervenida de columna dorsal hace 20 días. Tratamiento: metotrexate 7,5 mg/semana, prednisona 10 mg/día, losartan/HCT, lansoprazol. La paciente acude a revisión tras cirugía, desde la intervención ha presentado febrícula y se ha encontrado progresivamente peor. En las últimas 24 horas, fiebre de 38,5 °C y decaimiento.

Exploración y pruebas complementarias: A la exploración, presenta mal estado general, está desorientada, sudorosa y taquipneica. Constantes: TA: 125/60. FC: 112. Temperatura: 38 °C. La auscultación es normal, el abdomen es blando y doloroso a la palpación en hemiabdomen derecho, sin signos de irritación peritoneal. Dada la alta sospecha de sepsis se administra SSF 1.000 ml y paracetamol iv y se deriva a urgencias para realizar pruebas complementarias. En el servicio de urgencias, se recogen dos hemocultivos, hemograma, coagulación, bioquímica y gasometría. Después, se administra antibioterapia empírica con imipenem y amikacina, al tratarse de una paciente inmunodeprimida. Resultados: leucocitosis de 28.140 con neutrofilia. Plaquetas: 577.000. Bilirrubina total: 0,9 mg/dl. Cr: 1,3 mg/dl. Procalcitonina: 0,8 ng/dl. PCR: 102. pH: 7,5. Se solicita TC abdominal para buscar foco de infección, encontrándose absceso de partes blandas en región dorsolumbar, en relación con material de fijación.

Orientación diagnóstica: Sepsis.

Diagnóstico diferencial: Sepsis de origen abdominal vs. herida quirúrgica.

Comentario final: Se derivó a la paciente para intervención quirúrgica y drenaje del absceso al hospital de referencia. Cabe destacar la importancia del seguimiento de los pacientes desde atención primaria y en el momento que se detecten signos de alarma realizar una adecuada derivación, en este caso, al servicio de urgencias, activando el Código Sepsis.

Bibliografía

1. Jiménez Murillo, Luis. Medicina de Urgencias y Emergencias. Guía diagnóstica y protocolos de actuación. Madrid: Elsevier; 2018.
2. Suárez D, Vargas JC, Salas J, Losada I, de Miguel B, Catalán PM et al. Manual de Diagnóstico y Terapéutica Médica. Hospital Universitario 12 de Octubre, 2016.

Palabras clave: Sepsis. Absceso.