



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

452/111 - INESTABILIDAD HEMODINÁMICA

A. Mateo Acuña¹, D. Santana Castillo², E. Escalona Canal³, E. Quiroz Flores⁴, L. Díaz González⁴, N. Gallo Salazar¹

¹Médico Adjunto. Centro de Salud CotoLino. Cantabria. ²Médico Adjunto del Servicio de Urgencias. Hospital de Laredo. Cantabria. ³Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Laredo. Cantabria. ⁴Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud CotoLino. Cantabria.

Resumen

Descripción del caso: Paciente mujer de 64 años, sin antecedentes médicos-quirúrgicos ni alergias medicamentosas conocidas, ni medicación habitual; acude por consulta programada para valoración de dolor costal izquierdo de características mecánicas de dos semanas de evolución con empeoramiento en las últimas 48 horas que asocia sensación distérmica no termometrada. Paciente niega clínica infecciosa concomitante. Tras rápida valoración y debido al mal estado general claramente objetivable, se decide movilizar a la paciente al box de Polivalentes del Centro de Salud para monitorización cardiaca, toma de constantes y colocación de vías endovenosas en ambas extremidades superiores.

Exploración y pruebas complementarias: Paciente consciente y orientada. Glasgow: 15. Tensión arterial: no detectable. FC: 130 lpm. Frecuencia respiratoria: 30x', saturación O2: 90%, Temperatura: 36,4 °C. qSOFA: 2. Palidez marcada. Sudoración profusa. ACP: ruidos cardiacos arrítmicos, soplo sistólico multifocal. Crepitantes bibasales. Abdomen: ruidos presentes. Blando y depresible. No signos de irritación peritoneal. EEII: edema maleolar bilateral moderado. No signos de TVP. ECG: ACx FA a 140 lpm. En el Servicio de Urgencias Hospitalario. Analítica: leucocitos: 13,000, neutrófilos 12.000. Resto de hemograma normal. PCR: 39,70 mg/dl. Dímero-D: 5.557 ng/ml. Glucosa: 131 mg/dl. Urea: 88 mg/dl. Creatinina: 4,96 mg/dl. Sodio: 141,0 meq/l. Potasio 3,8 meq/l. Urea: 88 mg/dl. Creatinina: 4,96 mg/dl. Gasometría-. pH: 7,33. pCO2: 25 mmHg. pO2: 48 mmHg. HCO3-: 13,2 mmol/l. Radiografía de tórax- AP en decúbito dorsal- (mala calidad y rotada). No se objetiva condensaciones. Posible derrame pleural izquierdo.

Juicio clínico: Shock séptico

Diagnóstico diferencial: Tromboembolismo pulmonar. Infarto de miocardio.

Comentario final: Se define sepsis a la disfunción orgánica causada por una respuesta anómala del huésped a la infección y que supone una amenaza para la supervivencia. La escala qSOFA (Quick Sequential Organ Failure Assessment) basada en los valores de frecuencia respiratoria (> 22x'), alteración del sensorio y tensión arterial sistólica (100 mmHg), permiten en Atención Primaria identificar a aquellos pacientes subsidiarios de atención de emergencia. Si se cumplen 2 de los 3 mencionados, representa una validez predictiva similar a la escala SOFA de sepsis de uso hospitalario. La rapidez de nuestro desempeño con los medios que tenemos, la rápida instauración de tratamiento y el traslado oportuno será crucial para el pronóstico. En nuestra paciente, ante nuestra sospecha diagnóstica, se inicia monitorización cardiaca evidenciando ritmo de fibrilación auricular. Al conseguir vía endovenosa se inicia la administración en 500 cc de SSF al 9% (v: 30 minutos). Se coloca mascarilla de VMK al 50%. Todos estos procedimientos de

manera paralela mientras se coordina el respectivo traslado hospitalario con unidad de soporte vital avanzado.

Bibliografía

Singer M, Deutschman CS, Seymour CW, et al. The Third International Consensus Definitions for Sepsis and Septic Shock (Sepsis-3). *JAMA*. 2016;315:801.

Rhodes A, Evans LE, Alhazzani W, et al. Surviving Sepsis Campaign: International Guidelines for Management of Sepsis and Septic Shock: 2016. *Intensive Care Med*. 2017;43:304.

Palabras clave: Hipotensión. Shock. Sepsis.