



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

253/30 - ¿CUÁNDO SOSPECHAR SEPSIS?

M. de la Hoz Gutiérrez^a, R. López Sánchez^b, S. Díez Martínez^c, Á. González Díaz-Faes^d, L. de la Fuente Blanco^e, A. Fernández Serna^f, L. Gómez Ruiz^g, C. Fortuny Henríquez^h y M. Arques Pérezⁱ

^aMédico de Familia. SUAP Santander. ^bMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Dávila. Santander. ^cMédico de Familia. SUAP Alisal. Santander. ^dMédico Residente de 4º año de Endocrinología. HUMV. Santander. ^eMédico Residente de 4º año de Cardiología. HUMV. Santander. ^fMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Sardinero. Santander. ^gMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Dávila. Santander. ^hMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Castilla Hermida. Santander. ⁱMédico de Familia. SUAP Sardinero. Santander.

Resumen

Descripción del caso: Paciente de 66 años valorado por mal estado general y somnolencia de horas de evolución. Desde hace una semana dolor en tobillo derecho con edema valorado por su MAP quien pautó analgésicos. Antecedentes personales: HTA, diabetes mellitus tipo II, dislipemia, hepatopatía crónica e ictus lacunar hemisferio izquierdo.

Exploración y pruebas complementarias: MEG, Glasgow 9, TA 150/80, FC 48, glucemia 205, SatO2 81%. AC: arrítmico. Resto de exploración normal, excepto signos de infección tercio tibial distal y dorso pie derecho. Pruebas de laboratorio: plaquetopenia, INR 14, dímero D 5372 ng/mL, procalcitonina 8,19 ng/mL TC abdómino-pélvico con contraste: bazo de 16 cm. Discretos cambios degenerativos en esqueleto axial. Discreta ateromatosis aortoiliaca calcificada difusa. Resto normal. Doppler de miembros inferiores venoso (miembro inferior derecho): no signos de TEP. Aumento de tejido celular subcutáneo en relación a proceso inflamatorio/celulitis. Mínima cantidad de líquido libre periarticular en articulación de tobillo.

Juicio clínico: Sepsis por infección de partes blandas.

Diagnóstico diferencial: 1) abstinencia de alcohol; 2) pancreatitis aguda; 3) quemaduras; 4) tromboembolismo pulmonar; 5) tirotoxicosis; 6) anafilaxia; 7) insuficiencia suprarrenal; 8) choque neurogénico.

Comentario final: La sepsis es una disfunción orgánica potencialmente mortal (puede llegar al 70% de los pacientes cuanto más se retrase el diagnóstico), por lo que la deberemos sospechar en pacientes con infección localizada y criterios de riesgo como son la edad (neonatos y ancianos), pacientes diabéticos, pacientes con asplenia, grandes quemados, pacientes inmunodeprimidos (VIH o inmunodeficiencia variable común), o en politraumatizados.

Bibliografía

1. Singer M, Deutschman CS, Seymour CW, et al. The Third International Consensus Definitions for Sepsis and Septic Shock (Sepsis-3). JAMA. 2016;315(8):801-10.
2. Levy MM, Fink MP, Marshall JC, et al. 2001 SCCM/ESICM/ACCP/ATS/SIS International Sepsis Definitions Conference. Intensive Care Med. 2003;29:530-8.
3. Kaukonen KM, Bailey M, Pilcher D. Systemic Inflammatory Response Syndrome Criteria in Defining Severe Sepsis. N Engl J Med. 2015;372:1629-38.
4. Angus DC, van der Poll T. Severe Sepsis and Septic Shock. N Engl J Med. 2013;369:840-51.

Palabras clave: Sepsis. Shock séptico.