

CASO CLÍNICO

24 de febrero de 2009

Dr. Carlos Zapiola – MIR MFyC
Dr. Rubén Castejon – Adjunto de Urgencias
Hospital San Pedro - Logroño

ENFERMEDAD ACTUAL

Mujer de 42 años que acude por cuadro de Fiebre de hasta 38,5°C que cede mal con antitérmicos (paracetamol); comenzó el día anterior (<24 hs); se acompaña de astenia y pérdida de apetito; y los últimos 2 días estuvo con Tos seca.

No clínica miccional, cambios en el hábito deposicional ni otro síntoma asociado.

ANTECEDENTES PERSONALES

- No alergias medicamentosas conocidas.
- Anorexia nerviosa en 1998.
- Sd. Depresivo.
- IQ amigdalectomía de niña.
- A. Familiares: Madre Migraña.
- A. Epidemiológico: No.

Tratamiento habitual: Cipralex 20 mg, Trankimazin 1 mg, Topamax, Noctamid 2 mg, Idalprem s/p.

EXPLORACIÓN FÍSICA

TA: 95/63 mmHg. FC: 111 lpm. T°: 38,5°C. So2: 99%.

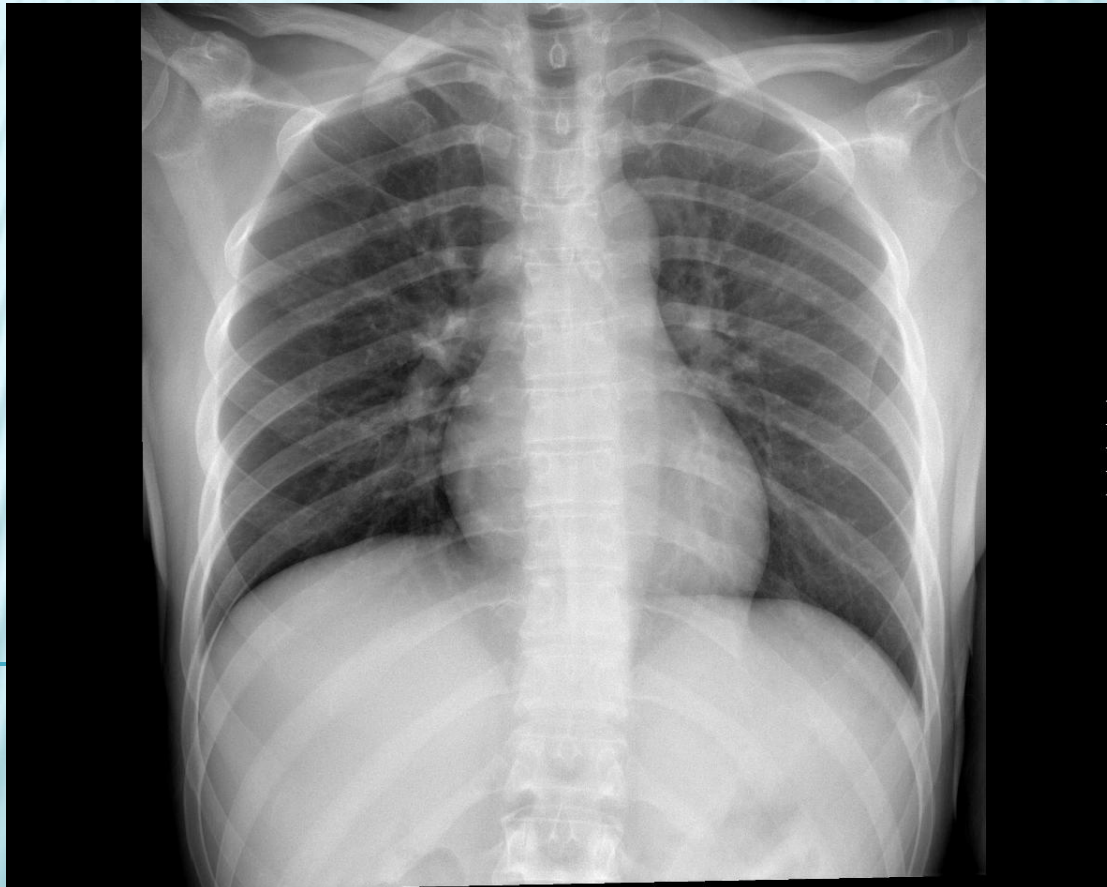
- Consciente y orientada, colaboradora, palidez cutánea, eupneica en reposo.
- CyC: no IY ni adenopatías, orofaringe normal.
- ACP: rítmica sin soplos, MVC sin ruidos añadidos.
- ABD: blando sin dolor, no peritonismo, ruidos normales. PPRB (-).
- EEI: normales.
- NEU: no rigidez, ni focalización neurológica.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

- ECG: RS sin alteración de la repolarización.
 - BQ: **Gluc. 156 mg/dL**, Resto normal (Iones, Función Renal y Transaminasas).
 - COAG: T.protrombina (Ratio) 1.49, Resto normal.
 - HG: **Leuco 22.400 (N 85,8%)**, Resto normal.
 - PCR: **142 mg/L**.
 - GAS VENOSO: **Ph 7,34**.
-

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

- RX Tórax: No signos de patología aguda.



PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

- RX Abdomen: Luminograma aereo normal.



DATOS ACTUALES

- Fiebre + Tos seca <24 hs de evolución.
 - Palidez cutánea.
 - TA: 95/63mmHg. FC: 111lpm. T°: 38,5°C.
 - Gluc. 156 mg/dL.
 - Leuco 22.400 (N 85,8%).
 - PCR 142 mg/L.
 - Ph 7,34.
-

“Sd. Febril de probable origen respiratorio”

Tratamiento actual: Perfalgan + Sueroterapia

EVOLUCIÓN URGENCIAS

La paciente se mantiene en observación donde tiene nuevo pico febril de **39,4°C** manteniendo constantes estables (TA 110/60, SO₂ de 99% y FC 88 lpm), su estado de conciencia actual es **obnubilado**, y en la reexploración se objetiva mayor **palidez cutánea y rigidez de nuca**, se inicia antibióticoterapia (Ceftriaxona 2 gr.) y se administra nuevamente antitérmico (con lo que la T° baja a 37.4°C).

Se solicita TAC cerebral para realizar punción.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

- TAC Cerebral: Sistema ventricular de tamaño y morfología normal, no presentando signos de LOE ni alteraciones densitométricas significativas que sugieran isquémia o hemorragia. No signos de fractura.
 - Punción Lumbar: **LCR Turbio.** Solicitamos Bioquímica y cultivo de LCR.
-

EVOLUCIÓN URGENCIAS

Tras nueva valoración la paciente continua con empeoramiento de su estado general aunque esta afebril y mantiene buenas constantes, su estado de conciencia sigue disminuyendo hasta tener un Glasgow <8, por lo que se decide interconsulta y posterior traslado a UCI para ventilación invasiva.

JC: - Sd. Febril con sospecha de MENINGITIS.

INGRESO EN UCI

TA: 120/80, FC: 80 lpm, So2: 98%, T^a: 37,5°C.

- Midriasis reactiva. **Glasgow 6**: O1, V1, M4 (moviliza las extremidades más las izquierdas).
- Corazón rítmico. Pulmones con ventilación bilateral. Abdomen blando. No lesiones cutáneas.

Paciente con ventilación mecánica

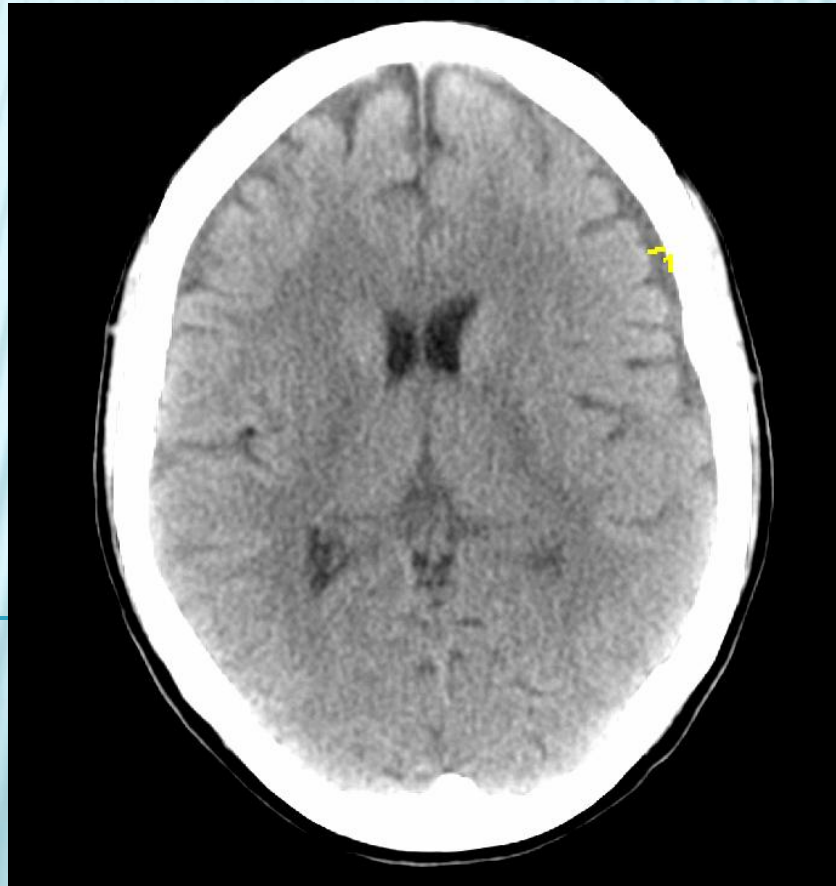
Se inicia tratamiento empírico con Ceftriaxona, Vancomicina y Dexametasona.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS UCI

- BQ del LCR: Leucocitos 2100, Polimorfos 69%, mononucleares 31%, hematíes 40, glucosa 1. Proteínas 361.
 - Cultivo LCR y Hemocultivos: *Streptococcus Pneumoniae* (sensible a Cefotaxima).
-

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS UCI

- TAC cerebral: Mínima **colección subdural** frontal izquierda de 5mm sin efecto masa y sin otras imágenes patológicas.



EVOLUCIÓN UCI

La evolución de la paciente ha sido favorable, retirándose la ventilación mecánica el 5º día del ingreso, con recuperación del nivel de conciencia.

Al alta de UCI (8º día), presenta desorientación temporoespacial, cierto grado de afasia motora y hemiparesia derecha, ingresa en el Servicio de Neurología para continuar tratamientos.

JC: - MENINGITIS NEUMOCOCICA AGUDA.
 - COMA.
 - VENTILACION MECANICA.

EVOLUCIÓN NEUROLOGÍA

La paciente permaneció ingresada en planta durante 10 días, manteniendo una buena evolución progresiva, siendo dada de alta con una mínima afasia motora que va evolucionando satisfactoriamente, y que según Neurología tiene un buen pronóstico.

GRACIAS

Dr. Carlos Zapiola – MIR MFyC
Dr. Rubén Castejon – Adjunto de Urgencias
Hospital San Pedro - Logroño

SINDROME FEBRIL.SEPSIS.

- Carlos Zapiola .MIR de MFYC
- Rubén Castejón .Adjunto de urgencias
Hº San Pedro .Logroño.

DEFINICION

- **Febrícula:** T^{ax} axilar 37°-38,3°C.
- **Fiebre:** T^{ax} axilar >38,3°C
- **Hiperpirexia:** T^{re} > 41,1°C
- **Hipertermia:** Aumento de T^{re} 2° a alt. en la termorregulación.
- **Fiebre Hipotalámica o central** Aumento de T^{re} 2° a daño Hipotalámico.
- **Fiebre de corta duración:** < 1 semana.
- **Fiebre de duración intermedia:** Fiebre no focalizada de aparición en la comunidad de 1-4 semanas tras evaluación clínica permanece sin orientación diagnóstica.
- **FOD:** Fiebre en varias ocasiones > 3 semanas que persiste sin diagnosticar tras 3 días de estudio en régimen hospitalario.

- **SRIS:**

- - **Criterios:**

- $T^{\circ} > 38,3^{\circ}$ o $< 36^{\circ}$
- Taquicardia > 90 x min.
- Taquipnea > 20 rpm.
- Alt. Aguda del estado mental.
- Leucocitosis $> 12.000/\text{mm}^3$ o Leucopenia $< 4000/\text{mm}^3$
- Hiperglucemia > 120 mgr/dl en ausencia de diabetes.

- - **Valoración de disfunción orgánica asociada:**

- PAS < 90 mmHg (o descenso > 40 mmHg) o PAM < 65 mmHg.
- Necesidades de O₂ para SatO₂ $> 90\%$ o PO₂/FiO₂ < 300 .
- Creatinina > 2 mgr/dl (aumento $> 0,5$ mgr/dl) o Diuresis $< 0,5$ ml/h > 2 h
- Bilirrubina > 2 mgr/dl
- Plaquetas $< 100.000/\text{mm}^3$
- Coagulopatía (INR $> 1,5$ o TTPa > 60 seg)
- Lactato > 3 mmol/l o 27 mgr/dl.

- **CRITERIOS DE SEPSIS:**
 - Hº Clínica sugestiva de nueva infección + al menos 2 criterios de SRIS.
- **CRITERIOS DE SEPSIS GRAVE:**
 - Sepsis + al menos 1 disfunción orgánica.
- **CRITERIOS DE SHOCK SEPTICO:**
 - Sepsis + Hipotensión que no responde a fluidoterapia.

ACTUACION CLINICO- TERAPEUTICA

-El paciente con Sd.Febril con criterios de SIRS
>Sepsis>Sepsis grave >Shock séptico debe ser
evaluado constantemente y tratado
precozmente.

- **CULTIVOS:**

- Hemocultivos: Independientemente de la Tº siempre previos a la antibioterapia.
- Otros cultivos según foco probable y a criterio del medico responsable.
- Se valora repetir a las 48/72h de inicio o tras cambio de antibiotico, no mejoría clínica o empeoramiento en ausencia de resultado microbiológico positivo.

- **ANTIBIOTERAPIA:**

- Administrar en la **1ª hora tras el diagnóstico** (Criterio de Sepsis) evidencia 1B-1D.
- Si el paciente recibía tratamiento antibiótico previo. Valorar modificación.
- Pautas:
 - Pacientes sépticos con foco infeccioso: Tratar según protocolo.
 - Paciente séptico sin foco infeccioso evidente:
 - Cubrir Gram + y – a dosis máximas con ajustes según función renal.
 - Paciente inmunocompetente, sin ingresos previos (último mes), ni posible infecciones asociadas a cuidados médicos (no catéter permanente, no hemodiálisis...)
 - » **Ceftriaxona 1gr/12h o 2 gr /24h iv o Cefotaxima 1-2 gr/6h iv + Gentamicina o Tobramicina 5-7 mgr/Kg /24 iv.**

— Paciente con hospitalización reciente, o posible infecciones asociadas a cuidados hospitalarios , neutropenicos o inmunodeprimidos:

» Vancomicina 1gr /12h iv + Piperacilina-Tazobactam 4gr/6h o Imipenem 0,5-1gr /6h

- EVALUAR PERIODICAMENTE LA APARICION DE CRITERIOS DE SIRS Y/O DISFUNCION ORGANICA/SHOCK SEPTICO.
 - Seguimiento de respuesta al tratamiento y/o deterioro clínico que implique.
 - La necesidad de revalorar el tratamiento y/o iniciar medidas terapéutica para Sepsis grave/Shock séptico.
 - Valorar ingreso en UCI.
- Valorar presencia de foco infeccioso susceptible de medidas terapéuticas (Cirugía/drenaje/desbridamiento).

— Medidas de tratamiento inicial en Sepsis Grave/Shock Séptico.

(Iniciar tratamiento guiado por objetivos)

-PAM > 65 mmHg Ev.1C

-Diuresis $> 0,5$ ml/Kg/h

-PVC $>$ o igual de 8mmHg (12 mmHg en pacientes con Ventilación invasiva) Ev.1C

- **500-1000 ml de Cristaloide o 300-500 Coloide en 30 min.**
 - Repetir en función de respuesta tolerancia hasta objetivo de PVC.
 - Reducir ritmo y volumen si cardiopatía previa.
- **Vasopresores (Noradrenalina/Dopamina) VC . Ev 1C**
 - Iniciar tras adecuada reposición de líquidos.
 - No se recomienda utilizar Dopamina a bajas dosis por protección renal. Ev.1A.
- **Inotrópicos.**
 - Se recomienda perfusión con Dopamina en paciente con Disfunción miocárdica. Ev. 1C
- **Corticoides.**
 - Se recomienda en adultos, tras respuesta a fluidos y tratamiento vasopresor Hidrocortisona sin superar los 300 mgr al día. Ev 2

- **rhAPC:**
 - Terapia que se recomienda en casos de Shock séptico con alta probabilidad de mortalidad APACHE II $\geq$ 25 o FMO. Ev 2C.
- **Hemotrasfusión:**
 - Trasfusión de concentrados de hematíes. Se recomienda con $Hgb < 7 \text{ gr/dl}$.
 - Trasfusión de concentrados de Plaquetas $< 5000/\text{mm}^3$ y entre $5000-30000/\text{mm}^3$ si alto riesgo de sangrado.
- **Oxigenoterapia y Ventilación mecánica :**
 - Se realizara una Oxigenoterapia para mantener $\text{Sat O}_2 > 92\%$.
 - Si se realiza VMI , se recomienda PEEP .Ev1C



– Muchas gracias por la atención.

