



Caso clínico. Enfermedades infecciosas

La sepsis viene sin cita

Marian Cuesta Rodríguez, Inés Romagosa Sánchez-Monge, Débora Gómez Díaz, M.ª Cristina Puente Sánchez, M.ª Pilar Martínez Regañón, Carmen Valbuena Loma

CS Colmenar Viejo Sur. Colmenar Viejo. Madrid. España.

Publicado en Internet:
26-mayo-2025

Marian Cuesta Rodríguez:
mariancuestarodriguez@hotmail.com

INTRODUCCIÓN

La sepsis es una disfunción orgánica grave, desencadenada por una infección, que origina una respuesta inmune inadecuada. El *shock* séptico se define como una sepsis con alteraciones circulatorias graves que aumentan el riesgo de mortalidad. La sospecha diagnóstica inicial se debe establecer en todo paciente con fiebre y alteración del triángulo de evaluación pediátrica (TEP) en el lado circulatorio y/o apariencia.

RESUMEN DEL CASO

Lactante de 3 meses acude por fiebre de 5 horas de evolución, décaimiento y palidez generalizada. En la exploración: tiraje subcostal leve, con ruidos transmitidos de vías altas, saturación de oxígeno 96%, frecuencia cardiaca de 185 lpm y relleno capilar enlentecido. En la sala de urgencias del centro iniciamos oxigenoterapia con cánula nasal a 1,5 l/min, canalizamos vía periférica y expandimos con suero fisiológico a 10 ml/kg. Ante la aparición de lesiones petequiales puniformes en párpados y tórax, decidimos administrar dosis de ceftriaxona a 50 mg/kg, previa extracción de hemocultivo. Se traslada al hospital de referencia con aviso al Servicio de Urgencias. A su llegada al hospital persiste estado de *shock* y se administra una segunda expansión de volumen.

Ingresa en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIP) para monitorización y tratamiento con cefotaxima a 200 mg/kg/día. En la UCIP precisa administración de noradrenalina e hidrocortisona, por cuadro de *shock* con posterior recuperación. Se realiza ecocardiografía, donde se aprecia un foramen oval permeable con buena contractilidad biventricular. En la analítica inicial hay marcadores de infección elevados, datos de insuficiencia renal aguda, hepatitis isquémica y un estado de coagulación intravascular diseminada. En el hemocultivo se aísla *Staphylococcus hominis*, considerado contaminante, con resto de hemocultivos esté-

riales. En otras muestras se aíslan rinovirus y rotavirus (administrada vacuna). En la radiografía de tórax se aprecia consolidación retrocardiaca y ecografía abdominal con dilatación de asas intestinales.

Tras 48 horas en la UCIP se resuelve el estado de *shock* y pasa a planta, donde se mantiene hemodinámicamente estable, con buen estado general, afebril y sin necesidad de oxigenoterapia. Se completa el tratamiento con antibioterapia intravenosa con cefotaxima, con una duración total de 8 días.

Ante el cuadro de *shock* séptico y teniendo en cuenta la edad del paciente, se decide completar estudio inmunológico a nivel de consultas externas.

CONCLUSIONES

El *shock* séptico es tiempo-dependiente, asocia una elevada mortalidad y morbilidad. El objetivo es su identificación precoz para comenzar rápidamente con las medidas de estabilización, entre ellas la fluidoterapia y el inicio de la antibioterapia empírica en la primera hora.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran no presentar conflictos de intereses en relación con la preparación y publicación de este artículo.

RESPONSABILIDAD DE LOS AUTORES

Los autores han remitido un formulario de consentimiento de los padres/tutores para publicar información de su hijo/a.

ABREVIATURAS

TEP: triángulo de evaluación pediátrica • UCIP: Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos.

Cómo citar este artículo: Cuesta Rodríguez M, Romagosa Sánchez-Monge I, Gómez Díaz D, Puente Sánchez MC, Martínez Regañón MP, Valbuena Loma C. La sepsis viene sin cita. Rev Pediatr Aten Primaria Supl. 2025;(34):e78.