



Sepsis y shock séptico

M.A. Ballesteros^a, E. Miñambres^a y M.C. Fariñas^b

^aServicio de Medicina Intensiva. ^bUnidad de Enfermedades Infecciosas. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Universidad de Cantabria. Santander. Cantabria. España.

Palabras Clave:

- Infección
- Sepsis grave
- Shock séptico
- Campaña sobrevivir a la sepsis

Keywords:

- Infection
- Severe sepsis
- Septic shock
- Survival Sepsis Campaign

Resumen

La sepsis se considera un síndrome en respuesta a una infección grave. Se caracteriza por una respuesta inflamatoria sistémica que produce un daño tisular generalizado y que puede conducir a un shock séptico (sepsis grave más hipotensión que no se revierte con fluidoterapia). Sigue siendo una enfermedad con una prevalencia y mortalidad elevadas. No obstante, a pesar del aumento anual, la mortalidad ha disminuido. El estudio EPINE del año 2012 muestra un predominio de microorganismos gramnegativos tanto en las infecciones de origen nosocomial como comunitarias. La sepsis no tiene un cuadro clínico específico, aunque es característica la inestabilidad hemodinámica y el deterioro progresivo multiorgánico. La sospecha clínica junto con una buena anamnesis y exploración física son claves en el diagnóstico. La celeridad tanto en el diagnóstico como en el tratamiento influye en la evolución de los pacientes. El tratamiento se basa en la implantación de medidas que deben realizarse en las primeras 6 y 24 horas desde el diagnóstico tal como recomienda la guía de práctica clínica de la campaña internacional *Survival Sepsis Campaign* publicada en el año 2013. Es necesario un tratamiento de soporte, una antibioterapia apropiada (en la primera hora) y el control del foco de infección.

Abstract

Sepsis and septic shock

The sepsis syndrome is considered in response to a serious infection. It is characterized by a systemic inflammatory response that causes widespread tissue damage and can lead to septic shock (severe sepsis plus hypotension not reversed with fluid). Remains a disease with a prevalence and mortality. However, despite the annual increase, mortality has decreased. The EPINE study of 2012 shows a predominance of gram-negative infections in both nosocomial and community. Sepsis has no specific clinical picture, although characteristic hemodynamic instability and multiorgan progressive deterioration. The clinical suspicion along with a good history and physical examination are key in diagnosis. The speed in both diagnosis and treatment influences the outcome of patients. The treatment is based on the introduction of measures to be implemented in the first 6 to 24 hours from diagnosis as recommended by the clinical practice guidelines of the international campaign *Survival Sepsis Campaign* published in 2013. Supportive treatment, an appropriate antibiotic (the first time) and the focus of infection control are needed.

Introducción

La sepsis es una respuesta deletérea a un proceso infeccioso grave, caracterizada por ser una respuesta inflamatoria sistémica que conduce a un daño tisular (sepsis grave) o a una situación de hipotensión refractaria (shock séptico). Esa respuesta inflamatoria sistémica implica una liberación masiva e incontrolada de mediadores proinflamatorios, generados por una disregulación de la respuesta inflamatoria creando una cadena de eventos que incrementa y generaliza aún más dicho daño tisular. En los últimos años se ha evidenciado un incremento tanto en la incidencia de sepsis como en la mortalidad relacionada con ella, a pesar de los grandes avances en el conocimiento de su fisiopatología y de las medidas de soporte vital del paciente crítico. Se acepta que un reconocimiento y una intervención terapéutica precoz son básicos para mejorar la supervivencia en la sepsis grave y en el shock séptico.

Concepto

En 1992, una conferencia de consenso internacional definió la sepsis como una respuesta inflamatoria sistémica a la infección¹. En 2003, un segundo panel de consenso aprobó la ma-

yoría de estos conceptos, con la advertencia de que los signos de una respuesta inflamatoria sistémica, como la taquicardia o un recuento elevado de leucocitos, se producen en muchas condiciones infecciosas y no infecciosas y, por lo tanto, no son útiles para distinguir la sepsis de otras entidades². Se propuso el término sepsis grave para describir los casos en los que la sepsis se complica con la disfunción orgánica aguda o hipoperfusión tisular. La hipoperfusión tisular inducida por la sepsis se definió como hipotensión secundaria a la sepsis, lactato elevado u oliguria. Se reservó el término “shock séptico” para referirse a hipotensión persistente inducida por la sepsis, a pesar de la reanimación con líquidos. La hipotensión inducida por la sepsis se definió como presión arterial sistólica menor de 90 mm Hg o presión arterial media menor de 70 mm Hg o un descenso en la presión arterial sistólica de 40 mm Hg o menor de dos desviaciones estándar por debajo del valor normal para la edad del paciente. Las figuras 1 y 2 recogen las definiciones adoptadas por consenso, definiciones y criterios de sepsis adaptados de la Conferencia de Consenso del *American College of Chest Physician and Society of Critical Care Medicine*¹⁻³.

Incidencia. Prevalencia

La sepsis/shock séptico representa un problema de salud pública que afecta a millones de personas en el mundo, con una

Criterios y definiciones adoptados por la Conferencia de Consenso del *American College of Chest Physicians and Society of Critical Care Medicine*

Infección

Respuesta inflamatoria secundaria a la presencia de microorganismos o a la invasión por estos de tejidos del huésped que habitualmente son estériles

Bacteriemia

Presencia de bacterias viables en la sangre

Sepsis

Respuesta inflamatoria sistémica causada por una infección con cultivo positivo o identificada en la exploración

Sepsis grave

Sepsis y al menos un signo de los siguientes de disfunción multiorgánica o hipoperfusión: hipoxemia arterial ($P_aO_2/F_iO_2 < 300$), oliguria aguda (diuresis $< 0,5$ ml/kg/h durante al menos 2 h a pesar de la reanimación con líquidos adecuados), aumento de creatinina $> 0,5$ mg/dl, coagulopatía (INR $> 1,5$ o TTPA > 60 s), íleo (ausencia de ruidos intestinales), trombocitopenia ($< 100.000/\mu l$), hiperbilirrubinemia (> 4 mg/dl)

Síndrome de respuesta inflamatoria sistémica

Respuesta inflamatoria sistémica desencadenada por gran variedad de enfermedades (pancreatitis, vasculitis, tromboembolismo, quemaduras o cirugía) como consecuencia de una “disregulación” de la respuesta inflamatoria del huésped. Se reconoce clínicamente por dos o más de las siguientes condiciones:

1. Temperatura $> 38,5^\circ C$ o $< 35^\circ C$
2. Frecuencia cardíaca > 90 latidos por minuto
3. Frecuencia respiratoria > 20 respiraciones/minuto, $P_aCO_2 < 32$ mm Hg
4. Leucocitos $> 12.000/\mu l$ o $< 4.000/\mu l$ o $> 10\%$ de formas jóvenes

Shock séptico

Sépsis grave que a pesar de un adecuado aporte de fluidos (20-30 ml/kg de expansor de volumen o 40-60 ml/kg de solución cristaloides), persiste la hipotensión (presión arterial < 90 mm Hg, presión arterial media < 70 mm Hg o disminución de presión arterial sistólica de 40 mm Hg o menos de dos desviaciones estándar del valor normal para la edad) o persiste elevación de lactato (> 1 mmol/l)

Shock séptico refractario

Necesidad de dopamina > 15 $\mu g/kg/min$ o noradrenalina $> 0,25$ $\mu g/kg/min$ para mantener una presión arterial media > 60 mm Hg (80 mm Hg si hipertensión previa)

Fig. 1. Criterios y definiciones adoptados por la Conferencia de Consenso del *American College of Chest Physicians and Society of Critical Care Medicine*. Adaptada de Bone RC, et al¹, Levy MM, et al², Annane D, et al³.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3809348>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3809348>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)