



Bacteriemia, sepsis y *shock* séptico

M. Avilés García*, J.C. Figueira Iglesias, A. Agrifoglio Rotaeché y M. Sánchez Sánchez

Servicio de Medicina Intensiva. Hospital Universitario La Paz-Carlos III/IdiPAZ. Madrid. España.

Palabras Clave:

- Sepsis
- *Shock* séptico
- QuickSOFA
- Noradrenalina

Keywords:

- Sepsis
- Septic shock
- Quick SOFA
- Norepinephrine

Resumen

Introducción. La sepsis y el *shock* séptico son serios problemas de asistencia sanitaria y afectan a millones de personas globalmente cada año (en España 1/270 habitantes cada año). Su mortalidad global ronda el 25% y su incidencia va en aumento.

Patogenia. Ambas entidades no son estados aislados, sino que forman parte de un proceso complejo en el cual intervienen factores propios del huésped y factores propios de los microorganismos: liberación desequilibrada de mediadores inflamatorios, marcada vasodilatación sistémica, fenómenos de hipercoagulabilidad e hipoperfusión que conducen a una disfunción orgánica que puede conllevar la muerte.

Diagnóstico. Se basa en la sospecha clínica, aplicación de escalas clínicas (SOFA, qSOFA) y realización de pruebas complementarias (analíticas, pruebas de imagen y cultivos de muestras biológicas).

Tratamiento. El tratamiento debe iniciarse inmediatamente siguiendo las directrices de la *Surviving Sepsis Campaign*. Un tratamiento adecuado en las horas iniciales tendrá una sensible influencia sobre el resultado final.

Abstract

Bacteraemia, sepsis and septic shock

Introduction. Sepsis and septic shock are serious health care problems and affect millions of people around the world each year (in Spain they affect 1/270 inhabitants each year). Its global mortality is around 25% and its incidence is increasing.

Pathogeny. Both entities are not isolated clinical states, but they are part of a complex process in which host factors and microorganism's factors are involved: unbalanced release of inflammatory mediators, marked systemic vasodilation, phenomena of hypercoagulability and hypoperfusion leading to an organic dysfunction that can lead to death.

Diagnosis. It is based on clinical suspicion, application of clinical scores (SOFA, qSOFA) and complementary tests (analytical, imaging and culture of biological samples).

Treatment. Treatment should be started immediately following the *Surviving Sepsis Campaign* guidelines. A proper treatment in the initial hours will have a sensible influence on the outcome.

Introducción

La definición de sepsis y *shock* séptico ha ido cambiando a lo largo del tiempo. Para entender el concepto actual de estas dos entidades clínicas debemos conocer sus antecedentes históricos.

*Correspondencia
Correo electrónico: luarnaria@yahoo.es

Sepsis 1. Conferencia de consenso 1992

En 1992 tuvo lugar la primera Conferencia de consenso del *American College of Chest Physicians* y la *Society of Critical Care Medicine*, en la que se definió la sepsis como una respuesta inflamatoria sistémica (SRIS) asociada a una infección. Este SRIS también puede ser debido a una agresión no infecciosa (quemaduras, traumatismos, pancreatitis) y para su diagnóstico se requiere la presencia de al menos dos de los siguientes

criterios: a) temperatura corporal mayor de 38°C o menor de 36°C; b) frecuencia cardíaca mayor de 90 lpm; c) frecuencia respiratoria mayor de 20 rpm o una PCO₂ menor de 32 mm Hg y d) leucocitosis mayor de 12.000/mm³ o leucopenia inferior a 4.000/mm³ o más de un 10% de formas inmaduras.

Si esta respuesta se asocia a una disfunción orgánica, hipoperfusión (láctico mayor de 2 mmol/l) o hipotensión (presión arterial sistólica menor de 90 mm Hg) hablaremos de sepsis grave. Si la hipotensión se mantiene a pesar de una adecuada reanimación con fluidos, hablamos de *shock* séptico¹.

Sepsis 2. Conferencia internacional 2001

En esta reunión se reafirmaron las definiciones de sepsis grave y *shock* séptico. En relación con estas definiciones y los criterios diagnósticos de SRIS y sepsis hubo cambios, a saber, la no exigencia de al menos dos criterios de SRIS sino «al menos algunos de los siguientes criterios»:

1. Infección documentada o sospechada con los siguientes parámetros: fiebre (temperatura mayor de 38,3°C); hipotermia (temperatura menor de 36°C); frecuencia cardíaca superior a 90 lpm; frecuencia respiratoria mayor de 30 rpm; alteración del estado mental; edemas o balance hídrico positivo e hiperglucemia en ausencia de diabetes.

2. Parámetros inflamatorios: leucocitosis o leucopenia; presencia de más del 10% de células inmaduras y elevación de proteína C reactiva (PCR) o procalcitonina.

3. Parámetros hemodinámicos: hipotensión arterial (presión arterial sistólica menor de 90 mm Hg); saturación venosa de oxígeno mixta mayor de 70%; índice cardíaco mayor de 3,5 l/mn/m²; parámetros de disfunción orgánica; hipoxemia arterial (presión arterial de oxígeno -PaO₂-/fracción inspiratoria de oxígeno -FiO₂- menor de 300); oliguria (diuresis inferior a 0,5 ml/kg/hora); elevación de la creatinina sérica; coagulopatía; íleo paralítico; trombocitopenia; hiperbilirrubinemia.

Parámetros de perfusión tisular: hiperlactacidemia (más de 2 mmol/l) y disminución del relleno capilar.

Con las definiciones de estas dos Conferencias, muchos pacientes hospitalizados cumplían criterios de SRIS y no necesariamente en relación con un proceso infeccioso. Por todo lo expuesto anteriormente, en enero de 2014 tuvo lugar una nueva Conferencia consenso para redefinir la sepsis².

Sepsis 3. Definiciones actuales de sepsis y *shock* séptico 2016

Se define la sepsis como un «síndrome clínico caracterizado por una disfunción orgánica que pone en peligro la homeostasis y es secundaria a una respuesta anormal y exagerada del huésped frente a una infección».

Con esta nueva definición se enfatiza más la necesidad de hacer un reconocimiento adecuado e iniciar un tratamiento correcto y precoz. Esta disfunción orgánica puede reconocerse mediante diferentes *scores* y criterios clínicos entre los cuales destacan: SRIS, SOFA (*Sequential Organ failure Assessment*) y LODS (*Logistic Organ Dysfunction System*).

Los distintos estudios en los que se basaron en esta conferencia valoraron la discriminación de mortalidad por infección en pacientes ingresados en una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI). Esta discriminación fue mayor usando las escalas SOFA y LODS frente a la escala SRIS. Pero en los pacientes que no estaban ingresados en una UCI no presentaban diferencias significativas. Dentro de estas tres escalas, la escala SOFA es más sencilla frente a la escala LODS y más específica que los criterios de SRIS, pero presenta una desventaja en los pacientes que están fuera de la UCI. Esta desventaja radica sobre todo en la necesidad de contar con datos de laboratorio. Por este motivo, se plantea utilizar un modelo que use 3 variables clínicas:

1. Frecuencia respiratoria.
2. Alteración del nivel de consciencia.
3. Cifras de tensión arterial sistólica.

Este modelo tiene un valor predictivo similar a la escala SOFA, pero aplicado a pacientes que no están ingresados en una UCI y se denomina escala *quick* SOFA (qSOFA)³ (fig. 1).

Con la nueva definición de este síndrome clínico, el concepto de sepsis implica disfunción orgánica, por lo que el término «sepsis grave» desaparece al ser reiterativo. El *shock* séptico se define entonces como una «subcategoría de la sepsis en la que las alteraciones circulatorias y del metabolismo celular son lo suficientemente profundas como para aumentar considerablemente la mortalidad». En esta última Conferencia de consenso se redefinieron los criterios clínicos de *shock* séptico:

1. Hipotensión arterial como un estado de fallo circulatorio agudo, con una presión arterial media (PAM) menor de 65 mm Hg mantenida a pesar de una adecuada reanimación con fluidoterapia.

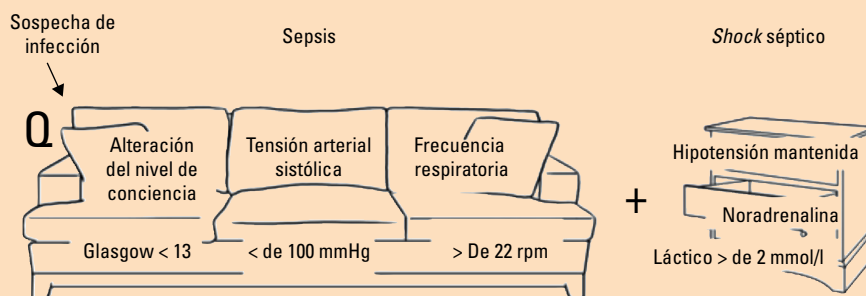


Fig. 1. *Quick* SOFA (qSOFA) y criterios de *shock* séptico.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8764297>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8764297>

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