

HOSPITAL PEDIÁTRICO UNIVERSITARIO
“JOSÉ LUIS MIRANDA”
SANTA CLARA, VILLA CLARA

COMUNICACIÓN

SEPSIS GRAVE

Por:

MSc. Dra. Isabel Ismary Veitia Cabeza¹, MSc. Dra. Norma Gómez García² y Dr. Nelson Lázaro Martell Betancourt³

1. Especialista de II Grado en Pediatría y en Medicina Intensiva y Emergencia. Máster en Atención Integral al Niño. Hospital Pediátrico Universitario “José Luis Miranda”. Santa Clara, Villa Clara. Asistente. UCM-VC. e-mail: isabelismary@hped.vcl.sld.cu
2. Especialista de II Grado en Pediatría y en Medicina Intensiva y Emergencia. Máster en Atención Integral al Niño y en Infectología. Hospital Pediátrico Universitario “José Luis Miranda”. Santa Clara, Villa Clara. Profesora Auxiliar. UCM-VC. e-mail: ggnorma@hped.vcl.sld.cu
3. Especialista de I Grado en Pediatría y en Medicina Intensiva y Emergencia. Hospital Pediátrico Universitario “José Luis Miranda”. Santa Clara, Villa Clara. e-mail: terainter@hped.vcl.sld.cu

Descriptor de DeCS:

SEPSIS
MORTALIDAD INFANTIL

Subject headings:

SEPSIS
INFANT MORTALITY

La sepsis en el niño es un importante problema de salud, y es considerada la principal causa de muerte a nivel mundial en este grupo de edades, por lo que se destinan sustanciales recursos para combatirla. Es una de las situaciones que causa más morbilidad y mortalidad en las unidades de cuidados intensivos pediátricos (UCIP).

Desde la antigüedad, la presencia de hipoperfusión hística en pacientes afectados gravemente era un proceso conocido y con una severidad manifiesta; Hipócrates de Cor, en el siglo VI a.C., describió con claridad en los “Aforismos” el cuadro de frialdad de extremidades y sudor frío que seguía a una enfermedad aguda febril¹.

A finales de la década de 1960, se describe el estado de choque médico o tóxico. La década del 70 se caracterizó por la aparición de un grupo de denominaciones y clasificaciones importantes y la del 80 por el desarrollo de nuevos antibióticos y medicamentos inotrópicos; aparece en la bibliografía médica el término de síndrome séptico, conocido como los criterios de Bone. Hasta 1992 no se disponía de una terminología unificada. Una primera conferencia de consenso definió los conceptos de síndrome de respuesta inflamatoria sistémica (SRIS), sepsis, sepsis grave, choque séptico y disfunción o fallo multiorgánico. Estos criterios han sido útiles en las investigaciones epidemiológicas para estandarizar la terminología y para homogeneizar las poblaciones de pacientes en estudios clínicos. En el año 1996, como respuesta a las características de la niñez, Fisher y Fanconi proponen la adecuación de los parámetros para las diferentes edades a tener en cuenta para establecer el diagnóstico de SRIS y de sepsis^{2,3}.

En la actualidad, se define la sepsis como la respuesta inmunológica del huésped a la infección. Esta respuesta, iniciada con fines defensivos, en algunas ocasiones es desmesurada y provoca lesión hística en el huésped. La sepsis comprende estadios progresivos de la misma enfermedad,

en la cual la respuesta inflamatoria sistémica es secundaria a la activación de diferentes mediadores inflamatorios, que pueden llevar a la disfunción orgánica⁴.

En pediatría se hace difícil el diagnóstico de este cuadro clínico; en muchas ocasiones se sobrevalora o subvalora la situación del paciente séptico, lo cual pudiera entorpecer el diagnóstico, tratamiento y evolución.

En el hospital, se evalúa con frecuencia el comportamiento de la sepsis grave en los niños ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos; en esta ocasión se realizó un corte desde junio a diciembre de 2008. El universo estuvo integrado por los 410 niños ingresados en ese período; de ellos, 200 con diagnóstico de sepsis, lo que representó el 48,8 % con respecto al total de los casos. Para recoger la información, se confeccionó un formulario teniendo en cuenta variables clínico epidemiológicas: edad, sexo, procedencia, estadio clínico de la sepsis al ingreso en la unidad, diagnóstico al egreso y evolución.

Al analizar la distribución de pacientes por grupo de edades, se encontró que predominaron los menores de un año con 131 casos (65,5 %), y de ellos, los menores de 28 días se destacaron sobre el resto con un 23 %. En el sexo masculino se observó una mayor morbilidad: 116 pacientes (58 %).

Los pacientes menores de un año manifestaron una mayor inmadurez del sistema inmunológico y no respondían adecuadamente ante determinadas afecciones, lo que le confiere una susceptibilidad a este grupo de edad para presentar formas más graves de una enfermedad; así se plantea que diversos factores, como la edad, las enfermedades asociadas, el estado inmunológico, de vacunación y el foco infeccioso asociado condicionan la causa y el tratamiento antibiótico empírico inicial. En investigaciones sobre la prevalencia del sexo, en cuanto a la mortalidad infantil, se han registrado cifras superiores de mortalidad en los varones y mayor frecuencia de este sexo en un gran número de afecciones, datos que coinciden con el presente estudio⁵⁻⁷. Sin embargo, se consideró que la variable sexo no influyó en la evolución de los pacientes hacia formas severas de sepsis.

Los pacientes ingresaron procedentes, fundamentalmente, del Cuerpo de Guardia, con 112 casos (56 %), seguidos por los trasladados de la Unidad de Cuidados Intermedios con 30 pacientes (15 %). Prácticamente la mitad de ellos (51,5 %) presentaron un cuadro clínico que se diagnosticó en la impresión inicial (entidades nosológicas asociadas con sepsis) como una sepsis sin foco, y el 40,5 % como choque séptico.

El diagnóstico al egreso de la UCI fue variado: predominó la sepsis sin foco en 35 casos (17,5 %), seguido de la sepsis del sistema nervioso central en 33 pacientes (16,5 %) y las infecciones respiratorias agudas bajas en 32 (16 %). La sepsis neonatal se diagnosticó en el 67 % de los niños menores de 28 días.

Los resultados del presente estudio no difieren en general de lo informado en trabajos similares, y la procedencia se corresponde con la dinámica habitual del flujo; vale señalar que la procedencia es una variable que, en muchos casos condiciona el estadio clínico de la sepsis y la calidad de las medidas tomadas, con las que el paciente ingresa en la UCI. En relación con el diagnóstico al ingreso (entidades nosológicas asociadas con sepsis), se plantea, en general, que los diagnósticos de mayor incidencia son: sepsis, bronconeumonía y enfermedades diarreicas agudas (EDA), fundamentalmente la sepsis sin foco y las infecciones respiratorias se mantienen como diagnósticos al egreso, así como las meningoencefalitis y las EDA; en todas ellas se señalan la virulencia del germen y la propensión genética, así como los estados de inmunosupresión⁷⁻⁹. Otro aspecto que se debe tener en cuenta es el de las infecciones intrahospitalarias o relacionadas con la atención médica; es frecuente, según la bibliografía consultada, que entre el 20 y el 50 % de las sepsis en la infancia sean de origen nosocomial; el porcentaje varía según el nivel socioeconómico del país y las características del centro hospitalario. La sepsis supone casi un tercio de las infecciones intrahospitalarias en los niños ingresados en unidades de cuidados intensivos pediátricos⁸⁻¹⁰; en nuestro estudio se confirmó en seis casos (3 %).

De los 200 pacientes, 185 egresaron vivos de nuestro servicio y fallecieron 15 (7,5 %); los estadios más graves de la sepsis se asociaron con una elevada mortalidad. En nuestra unidad, durante los años 2004 y 2005 se informó un 26,31 % de fallecimientos por choque séptico; los autores refieren resultados diferentes según las características específicas de los diferentes países e instituciones hospitalarias⁵⁻¹⁰.

En Cuba, el desarrollo del programa materno-infantil y el conocimiento por parte de los especialistas de los factores de riesgo, de los signos y síntomas de la sepsis en la población pediátrica cubana es muy importante; no obstante, se debe enfatizar aún más en la correcta evaluación de los pacientes, razón por la cual se divulgan estos resultados para proporcionar una herramienta que contribuya a insistir en la importancia del diagnóstico en estadios iniciales de la sepsis, y para atenuar y detener la secuencia de acontecimientos que suelen llevar a la disfunción multiorgánica y de forma casi irremediable a la muerte.

Referencias bibliográficas

1. García Gual C. Aforismos. En: Tratados Hipocráticos. Madrid: Gredor; 2006. p. 243.
2. Members of the American Collage of Chest Physicians/Society of Critical Care Medicine Consensus Conference Committed: Definitions for sepsis and organ Failure and guidelines for the use of innovative therapies in sepsis. *Crit Care Med*. 2008;20:864-74.
3. Gutiérrez SI, Carrera GI. Síndrome respuesta inflamatoria sistémica. Definiciones, comentarios fisiopatológicos. *Cir Plást*. 2006;8(1):23-6.
4. Bone RL, Grodzin CJ, Balk RA. Sepsis: a new hypothesis for pathogenesis of the disease process. *Chest*. 2004;112:235-43.
5. Ríaza Gómez M, Pérez-Lescure Picarzo J. Sepsis grave en urgencias (v.1.1/2009). Guía ABE. Infecciones en Pediatría. Guía rápida para la selección del tratamiento antimicrobiano empírico [Internet]; [actualizado 15 Nov 2009; citado 3 Dic 2010]. Disponible en: http://infodoctor.org/gipi/guia_abe/
6. Valle Martínez KV. Abordaje del paciente pediátrico con sepsis grave ingresado en el hospital Fernando Vélez Paiz en el año 2008 [Internet]; [citado 11 Ene 2009]. Disponible en: http://www.minsa.gob.ni/bns/monografias/Full_text/Pediatria/abordaje_del_paciente_pediatico_con_sepsis_grave.pdf
7. Guigan O, Centritto CC, Arias F, Reyes A. Aplicación de la escala de riesgo de mortalidad pediátrica (PRISM) en una unidad de terapia intensiva pediátrica venezolana. *Arch Venez Pueri Pediatr*. 2007;70(4):126-9.
8. Crespo AI, Cruz-Álvarez I, Álvarez D. Mortalidad por sepsis en la UCIP. La Habana: Hospital Pediátrico Docente Juan Manuel Márquez. pdf [Internet]. 2005 [citado 13 Abr 2008]. Disponible en: http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/urgencia/168_-_mortalidad_por_sepsis_en_la_ucip.pdf
9. González Velásquez A, Valdés Armas F, Fernández Reverón F, Ardisana Cruz O, Álvarez González A, Francisco Pérez J. Comportamiento de la sepsis en terapia intensiva pediátrica. *Rev Cubana Med Int Emerg* [Internet]. 2007 [citado 8 Nov 2008];6(3):[aprox. 2 p.]. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/mie/vol6_3_07/mie08307.htm
10. João Andrade L, Sales J, Cid MD, Rodrigo Hatum PC, Souza SP, André J, *et al*. Estudio epidemiológico da sepsi en Unidades de Terapia Intensiva brasileiras. *Rev Bras Ter Intens* [Internet]. 2006 Jan-Mar [citado 8 Nov 2008];18(1):[aprox. 2 p.]. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-507X2006000100003&lng=en&nrm=iso

Recibido: 5 de marzo de 2010

Aprobado: 3 de noviembre de 2010