

Nuevas definiciones para sepsis y shock séptico: tercer consenso internacional

New definitions for sepsis and septic shock: third international consensus

Singer M y col. JAMA.2016;315(8):801-810.

Objetivos

Actualizar las definiciones de sepsis y shock séptico.

Diseño

Consenso de expertos. Diecinueve expertos en diversas áreas de la medicina crítica se reunieron citados por la Sociedad de Medicina de Cuidados Críticos y la Sociedad Europea de Medicina de Cuidados Críticos (en inglés, Society of Critical Care Medicine y European Society of Intensive Care Medicine), entre enero de 2014 y enero de 2015. Una vez que se acordó una definición potencial, los criterios clínicos elegidos se probaron para ver si predecían requerimiento de estancia en una unidad de cuidados críticos y mortalidad, usando bases de datos de estudios previos, con un total de 148.907 pacientes con sospecha de infección.

Definiciones

- La sepsis es una disfunción orgánica que amenaza la vida, causada por una desregulación de la respuesta inflamatoria contra la infección.
- La disfunción orgánica puede ser identificada como un cambio agudo en el puntaje de SOFA (del inglés, Sequential Organ Failure Assessment) mayor o igual a dos puntos como consecuencia de la infección.
- Los pacientes con sospecha de infección que pueden tener criterios de gravedad pueden ser rápidamente identificados usando el Quick SOFA (qSOFA). El qSOFA evalúa alteración del estado mental, presión sistólica < 100 mmHg y frecuencia respiratoria > 22.

- En el shock séptico las anomalías circulatorias y del metabolismo celular son suficientes para aumentar significativamente la mortalidad dentro del grupo de los pacientes con sepsis.
- El shock séptico se define como sepsis con hipotensión sostenida que requiere vasopresores para mantener una presión arterial media (PAM) > 65 mmHg y con un lactato sérico >2 mmol/L a pesar de una adecuada resucitación con fluidos.

Limitaciones

La fuerza de tareas no logró un consenso absoluto en todos los puntos tratados. El SOFA y el qSOFA no buscan definir por sí solos sepsis; si estos criterios no se cumplieren e igualmente se sospechara sepsis, debería tratarse como tal. El lactato puede usarse o no para definir shock séptico, según la disponibilidad en cada centro, dado que es una medición sensible pero no específica y refleja también estrés celular y no solamente el shock. Estas definiciones fueron creadas para utilizar en adultos, lo que implicaría una reevaluación de las definiciones en pediatría.

Conclusiones

Las definiciones actualizadas y los criterios clínicos facilitan el reconocimiento temprano de los pacientes con sepsis o aquellos con riesgo de desarrollarla. Es necesario continuar con la revisión de las definiciones.

Fuentes de financiamiento y conflictos de interés: Financiado por: Society of Critical Care Medicine (SCCM) y European Society of Intensive Care Medicine (ESICM). No se presentan conflictos de interés.

Comentario

Desde hace varios años se ha tratado de definir a la sepsis de una forma objetiva. El primer intento fue en 1991 interpretando la sepsis como la respuesta inflamatoria causada por una infección e instaurando los criterios de síndrome de respuesta sistémica inflamatoria (SIRS)¹ en búsqueda de valores objetivos. Dichos criterios resultaron ser inespecíficos y fallaron en identificar a los pacientes que desarrollarán un peor pronóstico frente a una infección. En 2001 hubo un intento de redefinición² fallido, en el cual se agregaron más criterios de SIRS, haciendo la definición de esta entidad aún más inespecífica. La problemática en la definición de la sepsis basándonos en el SIRS radica que estos criterios se aplican tanto al SIRS de causa infecciosa y no infecciosa³. En este nuevo consenso se revisaron las clásicas definiciones en búsqueda de poder identificar a los pacientes que tendrán mayor mortalidad y requerirán internarse en unidades de cuidados críticos. En este contexto surge la nueva definición de sepsis como la desregulación del SIRS de causa infecciosa que genera fallas orgánicas y que amenaza la vida, dejando así en desuso la vieja distinción entre sepsis y sepsis severa⁴. Para

la evaluación de las fallas orgánicas deciden tomar al puntaje SOFA por ser un puntaje popularmente utilizado. Asimismo, proponen el qSOFA para lograr una clasificación veloz de los pacientes sin la necesidad de esperar resultados de laboratorio. Finalmente definen shock séptico como requerimiento de vasopresores para mantener 65 mmHg de PAM y lactato sérico > 2 mmol/L a pesar de una adecuada reanimación con fluidos, unificando así la idea propuesta el consenso publicado en 2014⁵ en donde se propone el uso del lactato como marcador de shock.

Conclusiones de la comentadora

Resulta interesante la distinción entre la sepsis y el shock séptico, dado que hay un cambio sustancial en la mortalidad entre estos grupos, con un incremento del 30% de la mortalidad en el caso de shock. Además, la fuerza de tareas unifica las definiciones para ser aplicadas a protocolos de investigación, evento difícil de lograr a la fecha, que nos imposibilita conocer las verdaderas incidencias de esta entidad.

Jesica Asparch [Terapia Intensiva de Adultos. Hospital Italiano de Buenos Aires. jesica.asparch@hospitalitaliano.org.ar]

Asparch J. Nuevas definiciones para sepsis y shock séptico: tercer consenso internacional. *Evid Act Pract Ambul.* 2017 ;20(3):Jul-Sep 77. **Comentado de: Singer M, y col. The third international consensus definitions for sepsis and septic shock (sepsis-3).** JAMA.2016;315(8):801-810. PMID: 26903338.

Referencias

1. Bone RC y col. accp/sccm consensus conference for sepsis and organ failure and guidelines for the use of innovative therapies in sepsis. *Crit Care Med.* 1992;20(6):864-74.
2. Levy MM y col. 2001 SCCM / ESICM / ACCP / ATS / SIS International Sepsis Definitions Conference. *Intensive Care Med.* 2003;29:530-8.
3. Vincent JL y col. Sepsis definitions: time for change. 2015;381(9868):774-5.
4. Dellinger RP y col. Surviving Sepsis Campaign. *Crit Care Med* [Internet]. 2013;41:580-637. Available from: [papers2://publication/doi/10.1097/CCM.0b013e31827e83af](https://pubs.ascp.org/doi/10.1097/CCM.0b013e31827e83af)
5. Cecconi M y col. Consensus on circulatory shock and hemodynamic monitoring. Task force of the European Society of Intensive Care Medicine. *Intensive Care Med* [Internet]. 2014;40:1795-815. Available from: <http://link.springer.com/10.1007/s00134-014-3525-z>