

Comportamiento de la sepsis en el niño en el Hospital "Julio Aristegui" de Cárdenas

HOSPITAL TERRITORIAL DOCENTE "JULIO M. ARISTEGUI VILLAMIL". CÁRDENAS.
Comportamiento de la sepsis en el niño en el Hospital "Julio Aristegui" de Cárdenas
Child sepsis behavior in " Julio Aristegui" Hospital, in Cardenas

AUTORES:

Dr. Yohel Chávez La Rosa (1)
Dra. Annia González Arencibia (1)

(1) Especialista de 1er Grado en Pediatría

RESUMEN

Se realizó un estudio descriptivo-prospectivo aplicado, del comportamiento de los pacientes ingresados con el diagnóstico de sepsis en el hospital general "Julio M. Aristegui Villamil" de Cárdenas en el período comprendido de septiembre 2002 a octubre 2004. La muestra quedó conformada por 79 pacientes, la clasificación de la sepsis fue realizada según los estadios de Bone. Se estudiaron algunas variables como: edad, factores de riesgo, lugar de remisión y evolución de la sepsis. Prevalcieron las formas leves de sepsis, siendo el menor de 1 año el más afectado y las enfermedades crónicas y la malnutrición los factores de riesgos de mayor incidencia. El mayor número de pacientes con el diagnóstico de sepsis venían remitidos del cuerpo de guardia. El 98,7% de los casos egresaron vivos.

DESCRIPTORES (DeCS)

SEPSIS/mortalidad
SEPSIS/prevención y control
SEPSIS/clasificación
SEPSIS/etiología
SEPSIS/diagnóstico
NIÑO

INTRODUCCIÓN

Las consecuencias clínicas asociadas con la sepsis, fueron resaltadas por Hipócrates en el año 40 antes de Cristo cuando él destacó que en las enfermedades agudas la frialdad de las extremidades era un signo de mal pronóstico. La incidencia de la sepsis se ha ido incrementando en los últimos 60 años y es la causa más común de muerte en las UCI en los EE UU y Europa(1). Aunque se han realizado progresos al respecto, la terminología asociada en este campo ha sido confusa. Desde principios de esta década se hacen múltiples esfuerzos por unificar los criterios para la definición, clasificación y enfrentamiento de este problema. En un estudio prospectivo en EE. UU sobre sepsis se observó que el 68% de los pacientes tenían criterios de SRIS con un 7% mortalidad, 26% desarrollaron sepsis con 16% mortalidad, 18% sepsis severa con 20% mortalidad y un 4% shock séptico con

46% mortalidad(2-8). La mortalidad en este estudio fue de un 7, 16, 20 y 40% respectivamente para el SRIS, sepsis, sepsis severa y shock séptico. Con la intención de estratificar el amplio espectro de la sepsis, en agosto de 1991, se produjo un congreso con la sociedad de médicos de cuidados intensivos y el Colegio Americano de Médicos del Tórax, acatando una serie de definiciones universales para el SRIS, sepsis y otras condiciones clínicas relacionadas con la sepsis. Motivados por el conocimiento de como es el comportamiento en nuestro centro de la sepsis, decidimos realizar este estudio epidemiológico, teniendo en cuenta que la misma tiene una alta morbilidad en nuestra provincia.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó un estudio descriptivo-prospectivo aplicado, del comportamiento de los pacientes ingresados con el diagnóstico de sepsis en el Hospital "Julio M. Aristegui Villamil" de Cárdenas en el período comprendido de septiembre 2002 a octubre 2004. El universo estuvo constituido por 120 pacientes que ingresaron en nuestro centro con el diagnóstico de sepsis. La muestra quedó conformada por 79 pacientes, seleccionados por un muestreo aleatorio simple. La clasificación de la sepsis fue realizada según los estadios de Bone. Se estudiaron algunas variables como: edad, factores de riesgo, lugar de remisión, diagnóstico al ingreso y evolución de la sepsis. Los datos se obtuvieron de las historias clínicas. Para el procesamiento y análisis de los datos obtenidos se emplearon test estadísticos, los cuales fueron realizados a través del programa Microstat. Los resultados obtenidos fueron reflejados en forma de tablas en correspondencia a las variables estudiadas.

RESULTADOS

En la tabla 1 vemos que prevalecen las formas leves de sepsis para un 84,2 %, siendo el menor de 1 año el más afectado. De la muestra seleccionada 30,7% presentó factores de riesgo como muestra la tabla 2, siendo las enfermedades crónicas y la malnutrición los de mayor incidencia para un 41,6% y 29,1 % respectivamente(9-11). La tabla 3 muestra que el 59,4% de los pacientes provenían del cuerpo de guardia y el 18,9 % de las salas, solo un 6,3% venía remitido de su área de salud. En la evolución final de los pacientes con sepsis en la UCIM (tabla 4), el 98,7% egresó vivo y el 1,2% fallecido, estos últimos se recibieron en el servicio en estadio de shock .(12-14)

Tabla # 1: Relación entre edad y estadio de la sepsis.

Edad - Estadio	Sepsis		Sepsis severa		Shock séptico		Total	
	No	%	No	%	No	%	No	%
0-29 días	5	6,3	0	0	0	0	5	6,3
1 mes-1 año	34	43,0	6	7,5	0	0	40	50,6
Mayores de 1 año	28	35,4	3	3,7	1	1,2	31	39,2
Total	67	84,8	11	13,9	1	1,2	79	100

Fuente: Historia clínica

Tabla # 2: Factores de riesgo asociados.

Factores de riesgo	N o de pacientes	%
Malnutrido	7	29,1
Enfermedades crónicas	10	41,6
Alta hospitalaria previa	2	8,3
Tiempo de lactancia materna Menor de 3 meses	5	20,8
Total	24	30,7

Fuente: Historias clínicas

Tabla # 3: Relación entre el lugar de remisión y el estadio de la sepsis.

Lugar de remisión Estadio	Sepsis		Sepsis severa		Shock séptico		Total	
	N o	%	N o	%	N o	%	N o	%
Cuerpo de guardia	47	59,4	9	11,3	1	1,2	57	
Área de salud	5	6,3	0	0	0	0	5	
Salas	15	18,9	2	2,5	0	0	17	
Total	67	84,8	11		1	1,2	79	100

Fuente: Historias clínicas.

Tabla # 4: Evolución de los pacientes con sepsis según estadio.

Evolución Estadio	Sepsis		Sepsis severa		Shock séptico		Total	
	N o	%	N o	%	N o	%	N o	%
Vivos	67	84,8	11	13,9	0	0	78	98,7
Fallecidos	0	0	0	0	1	1,2	1	1,2
Total	67	84,8	11	13,9	1	1,2	79	100

Fuente: Historias clínicas

DISCUSIÓN

En este estudio se observa que las infecciones son más frecuentes en el lactante por tener menor defensa inmunológica y ser más frecuentes las infecciones respiratorias y diarreicas, influyendo en éstas el estado nutricional del paciente y las enfermedades crónicas como factores de riesgo. El diagnóstico precoz del fenómeno sepsis en los diferentes grupos de riesgo es importante, para evitar que evolucionen hacia estadios que inevitablemente comprometen la vida de los enfermos, lo cual vemos en nuestro medio que después de puesto en marcha el Programa Nacional de Sepsis, la situación se ha modificado(11) . El mayor número de pacientes provenía del cuerpo de guardia, y la tercera parte aproximadamente se diagnosticó en estadio de sepsis, aunque se tuvieron en todas las etapas. Las salas del hospital tuvieron un comportamiento similar, lo que nos orienta hacia la importancia del diagnóstico temprano, para la mejor evolución de los pacientes con sepsis(15-20). En la evolución final de los pacientes el mayor por ciento egresó vivo y el fallecido se recibió en shock séptico establecido. La magnitud de la función del órgano dañado desempeña una función decisiva en la rápida evolución del paciente

hacia la muerte. Podemos concluir que prevalecieron las formas leves de sepsis, siendo el menor de 1 año el más afectado y las enfermedades crónicas y la malnutrición los factores de riesgo de mayor incidencia. El mayor número de pacientes con diagnóstico de sepsis venían remitidos del cuerpo de guardia y el mayor porcentaje de los casos egresó vivo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Bone RC. Teoward a theory regarding the pathogenesis off the systemic inflammatory response syndrome: what we do and do not know about cytokine regulation. *Crit care med* 1996; 24(3): 63.
2. Balk RA, Bone RC. The septic syndrome: Definition and clinical implications. *Crit care clin* 1999; 12(5): 1-8.
3. Bolton CF. Sepsis and the systemic inflammatory response syndrome: Neuromuscular manifestations. *Crit care med* 2000; 24(5): 1408-16.
4. Francois B, Trimoreau F, Vignon P. Thrombocytopenia in the sepsis syndrome: Role of hemophagocytosis and macrophage colony-stimulating factor. *Am j med* 1999; 103;(4):114-20
5. Gattinoni L, Brazzi L, Pelosi P. A trial of goal-oriented hemodynamic therapy in critically ill patients. *N engl j med* 2000; 33(3):1025-32.
6. Marshall JC. Criteria for the description of organ dysfunction in sepsis and SIRS. En: Fein AM, Abraham ED, Balk RA. *Sepsis and Multiorgan Failure*. Baltimore, USA: Williams & Wilkins; 2001.p.29
7. Members of the American College of Chest Physicians/Society of Critical Care Medicine Consensus Conference Committee. American College of Chest Physicians/Society of Critical Care Medicine Consensus Conference: Definitions for sepsis and organ failure and guidelines for the use of innovative therapies in sepsis. *Crit care med* 2000; 20(5):864-74.
8. Zeni F, Freeman B, Natanson C. Anti-inflammatory therapies to treat sepsis and septic shock: A reassessment. *Crit care med* 2001; 25(5):1095-100.
9. Youkeles LH, Rosen MJ. The epidemiology of sepsis in the immunocompromised host. En: Fein AM, Abraham EM, Balk RA (eds). *Sepsis and Multiorgan Failure*. Baltimore. Williams & Wilkins; 1997.p. 35-42
10. Stephan F, Hollande J, Richard O. Thrombocytopenia in a surgical ICU. *Chest* 1999; 115(5):1363-70.
11. Sands KE, Bates DW, Lancken PN. Epidemiology of sepsis syndrome in 8 academic medical centers. *JAMA* 1999; 27(8):230-40.
12. Rodríguez JC, Fein AM. Diagnostic approach and clinical manifestations of severe sepsis. En: Fein AM, Abraham EM, Balk RA. *Sepsis and Multiorgan Failure*. Baltimore: Williams & Wilkins; 2000.p. 269-76.
13. Rangel-Frausto M, Pittet D, Costigan M. The natural history of the systemic inflammatory response syndrome (SIRS). *JAMA* 1999; 273(5): 117-23.
14. Calvano SE, Coyle SM, Barbosa KS. Multivariate analysis of 9 disease-associated variables for outcome prediction in patients with sepsis. *Arch surg* 2001; 133(6):1347-50.
15. Salvo I, de Cian W, Musicco M. The italian sepsis study: preliminary results on the incidence and evolution of SIRS, sepsis, severe sepsis and septic shock. *Int care med* 1999; 21(6):244-9
16. Atkinson S, Sieffert E, Bihari D. A prospective, randomized, double-blind, clinical trial of enteral immunonutrition in the critically ill. *Crit care med* 2000; 26(5):1164-72.
17. MINSAP. Taller Territorial de Sepsis. Programa Materno-Infantil. La Habana: MINSAP; 1998.

18. Bone RC, Balk RA, Cerra FB. Definitions for sepsis and organ failure and guidelines for the use of innovative therapies in sepsis. Chest 1999; 101(6):1644-55.
19. Benito Vales, Net Castel A . Infección en el Paciente Grave.Barcelona: Doyma 2000;12(5): 105-15.
20. OMS. Increase in National Hospital Discharge survey rates for septicemia. United States: OMS; 1997

SUMMARY

An applied descriptive-prospective study has been carried out regarding the behavior of children with the diagnosis of sepsis, hospitalized in "Julio M. Aristegui Villamil" General Hospital in Cárdenas during the period between september 2002 and october 2004. The sample included 79 patients and sepsis classification was performed according to bone stadium. Some variables were studied like age, risk factors, remission place and sepsis evolution. Bening forms of sepsis predominated, being those children under one year old the most affected ones and malnutrition and chronic diseases were the risk factors with highest incidence. The largest number of patients with sepsis diagnosis had arrived remitted from the emergency ward 98.7% of all cases were discharged alive.