



## I-087 - ESTUDIO DE PACIENTES CON SHOCK SÉPTICO QUE REQUIEREN INGRESO EN CUIDADOS INTENSIVOS DEL HUCA

C. Palomo Antequera<sup>1</sup>, M. Cienfuegos Basanta<sup>1</sup>, B. Palomo Antequera<sup>3</sup>, E. García Carús<sup>1</sup>, L. Cofiño Castañeda<sup>1</sup>, S. de Cima Iglesias<sup>2</sup>, D. Escudero Augusto<sup>2</sup>, L. Marqués Álvarez<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Medicina Interna, <sup>2</sup>Medicina Intensiva. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo (Asturias).

<sup>3</sup>Radiodiagnóstico. Hospital de Cabueñes. Gijón (Asturias).

### Resumen

**Objetivos:** Conocer las características, gravedad y mortalidad de los pacientes con shock séptico que precisaron ingreso en cuidados intensivos en un hospital de tercer nivel.

**Material y métodos:** Estudio observacional y prospectivo. Durante nueve meses, noviembre 2014 a julio 2015, se incluyeron los pacientes en shock séptico mayores de 18 años (conferencia consenso) que precisaron ingreso en UCI más de 24 horas. Se excluyeron pacientes en hemodiálisis y cirróticos. Se recogieron datos sobre la procedencia (urgencias, planta, UCI) y el foco de infección (pulmonar, abdominal, urinario, partes blandas, sistema nervioso, catéter, bacteriemia). Se registraron al ingreso variables demográficas, comorbilidades, índices de gravedad (APACHEII, SAPS II, SAPS III) y terapias instauradas en las primeras 48 horas (ventilación mecánica, soporte renal, vasopresiones, hidrocortisona, PCA, insulina). Además se recogieron los microorganismos causales más frecuentes. Se calculó la estancia media y la mortalidad. Las variables cualitativas se expresaron como porcentajes y las cuantitativas como media  $\pm$  DE.

**Resultados:** Se incluyeron 46 episodios. El inicio del shock séptico fue comunitario en 28 (61%) pacientes, hospitalario 13 (28%) y en la UCI 5 (11%). La edad media fue de  $64 \pm 13$  (25-84) años. Predominio de varones (52%) con patología médica (65%), quirúrgica (26%) y trauma (9%). En cuanto a las comorbilidades fueron hipertensos (46%), diabéticos (17%), cardiopatía (19%), EPOC (13%), inmunosupresores (9%). Al ingreso, la mediana del Apache II fue  $20 \pm 8$ , del SAPS II  $44 \pm 15$  y del SAP III  $64 \pm 14$ . El foco de infección más frecuente fue el pulmonar (28%), abdominal (22%), urinario (17%), nervioso (28%), desconocido (9%), bacteriemia (6,5%), partes blandas (6,5%), catéter (2%). Los microorganismos causales más frecuentes fueron: 67% *S. pneumoniae* (pulmonar), 33% *E. coli* (abdominal), 71% *E. coli* (urinario), 100% *S. aureus* (partes blandas), 60% *S. pneumoniae* (nervioso), 75% *S. epidermidis* (catéter). El 72% desarrollaron bacteriemia. El 74% recibieron antibiótico apropiado. Respecto al manejo clínico inicial el 6% de los pacientes precisaron ventilación mecánica y el 17% soporte renal, permaneciendo como media  $15 \pm 18$  y  $1 \pm 3$  días respectivamente. Todos recibieron noradrenalina como vasopresor, 87% insulina, 59% hidrocortisona y 6,5% PCA. La estancia media en UCI fue  $23 \pm 22$  (1-90), en planta  $34 \pm 55$  (2-234) y en el hospital  $58 \pm 64$  (2-243) días. La mortalidad en UCI fue del 24% y la hospitalaria del 30%.

**Discusión:** La aplicación de las directrices Surviving Sepsis Campaign se asoció con una disminución

significativa de la mortalidad en diferentes estudios. Los beneficios dependen del número de intervenciones de diagnóstico y tratamiento realizadas en los plazos temporales. La ejecución del programa en el hospital, mediante la aplicación de los llamados "paquetes de medidas", facilitó al clínico el manejo a pie de cama del paciente con shock séptico, lo que se tradujo en mejores resultados y menor mortalidad.

*Conclusiones:* El shock séptico afecta sobre todo a varones mayores con patología crónica que desarrollan un proceso agudo de tipo médico. Los pacientes presentan un perfil de elevada gravedad con fallo de órganos (disfunción cardiovascular y fallo renal) que prolonga la estancia. La mortalidad es elevada, aunque similar a la publicada en la literatura.