

## Taula rodona 4:

# La sèpsia des del minut zero. La importància del maneig multidisciplinari i *contínuum* assistencial

### 1. Justificació:

Força sovint, després d'una valoració inicial telefònica a través del 112, els sanitaris que realitzen el primer contacte "in situ" amb un pacient a domicili, independentment del motiu d'alerta, són els tècnics sanitaris. Aquests professionals sanitaris, un cop feta la primera valoració i assistència a domicili, si objectiven un pacient febricular, taquipneic i confusional com en el cas clínic que ens ocupa, resulta gairebé obligatori que descartin l'existència d'un procés sèptic.

Quan els tècnics sanitaris es troben amb aquesta situació, què és el que fan? Sospiten una sèpsia? Poden activar el codi sèpsia des del minut zero en el domicili? Disposen d'escalas de detecció precoç, diagnòstic-terapèutiques i pronòstiques: qSOFA (*quick Sepsis related Organ Failure Assessment*), SIRS (síndrome de resposta inflamatòria sistèmica), NEWS (*National Early warning Score*) o MEWS (*Modified Early warning Score*)? I si en disposen, les solen utilitzar?

La sèpsia és una síndrome força complexa, sovint difícil de detectar i que implica una alta mortalitat. A més, les mesures de diagnòstic i tractament a realitzar en la primera hora són extremadament importants, ja que la sèpsia és una síndrome temps-depenent com ho són l'ictus o l'infart agut de miocardi, en totes les quals el pronòstic empitjora clarament amb el pas del temps si no actuem amb celeritat. És per això, que el 15 de desembre de 2015 el CatSalut indica l'ordre de la instauració del codi sèpsia, amb la finalitat d'ordenar i configurar un model organitzatiu i dispositius per l'atenció inicial en pacients amb sèpsia, anomenada aleshores sèpsia greu.

La sèpsia és la resposta de l'organisme davant d'una infecció. Es tracta d'una resposta inflamatòria generalitzada que pot causar disfunció de diferents òrgans o sistemes. La intensitat de la resposta inflamatòria i el número d'òrgans afectats es relaciona directament amb la mortalitat, la qual augmenta quan es presenta en forma de xoc sèptic (XS) o fallida multi-orgànica. La sèpsia és una síndrome molt prevalent, amb una incidència molt variable depenent del territori i pot causar la mort en fins a un de cada quatre casos. La sèpsia és la primera causa de mort hospitalària en el món occidental, suposa fins al 10-20%, i pot arribar al 40-50% en els casos de XS. A Catalunya la incidència de sèpsia és de 100-225 per cada 100.000 habitants/any, i el nombre de casos incrementa cada any. Tot i que en la darrera dècada la mortalitat ha disminuït, el marge de millora encara és molt gran.

La implementació del codi sèpsia ha estat més difícil del que es podia preveure, en part motivat per la dificultat en la detecció, i al fet que les pròpies definicions, tant de la sèpsia com del XS, han anat variant al llarg dels anys:

- L'any 1991 es definia la sèpsia com la sospita d'infecció conjuntament amb la presència d'algun dels paràmetres de la SRIS. Es definia la sèpsia greu com la sèpsia amb disfunció  $\geq 1$  sistemes orgànics, i el XS com la hipotensió arterial que no responia adequadament a l'administració de volum i requeria de drogues vasoactives.
- L'any 2001, fruit del treball clàssic de Rivers i cols. s'estableixen les recomanacions de tractament inicial de la sèpsia guiada per objectius en les primeres 6 hores.
- L'any 2016 es publica a la revista JAMA el document sèpsia 3, amb una nova definició de sèpsia i la detecció precoç de la mateixa mitjançant el qSOFA (quick SOFA) que substitueix els criteris acceptats fins aleshores de la SRIS. Es defineix la sèpsia com la disfunció orgànica causada per una resposta anòmala del pacient a la infecció i que suposa una amenaça per a la seva supervivència. Es defineix el XS com la situació en la qual les alteracions de la circulació, cel·lulars i del

metabolisme són prou greus com per augmentar significativament la mortalitat i clínicament s'identifica per la necessitat de l'ús de drogues vasopressores per mantenir una pressió arterial mitja  $\geq 65$  mmHg i presentar un lactat sèric  $\geq 2$  mmol/L en absència d'hipovolèmia. S'elimina el terme sèpsia greu i es proposa l'escala SOFA per a avaluar el nivell de fallida orgànica i de gravetat de la sèpsia. Un SOFA  $\geq 2$  punts (disfuncions d'òrgans no presents prèviament) implica un augment del 10% de la mortalitat. Com que l'escala SOFA mesura algun indicador no disponible en el moment de l'avaluació inicial, es proposa una eina senzilla per a la detecció inicial dels pacients amb risc de sèpsia, l'anomenada escala qSOFA, que inclou exclusivament criteris clínics, fàcils i ràpidament mesurables a peu de llit: alteració del nivell de consciència (Glasgow  $\leq 13$ ), pressió arterial sistòlica  $\leq 100$  mmHg i freqüència respiratòria  $\geq 22$  respiracions/minut. Quan estan presents 2 dels 3 criteris, la validesa predictiva és similar al SOFA per a la detecció d'aquells malalts amb sospita d'infecció i probabilitat de presentar una evolució clínica desfavorable.

- Ja des del moment de la seva publicació van sorgir detractors d'aquestes noves definicions que les qualificaven de poc específiques. I en aquest sentit, l'any 2021 es publiquen les últimes guies de la *Surviving Sepsis Campaign: International Guidelines for Management of Sepsis and Septic Shock 2021*, les quals es posicionen en contra de la utilització del qSOFA.

La present Taula vol, per una banda, fer èmfasi en la detecció precoç de la sèpsia des del moment de la primera atenció a domicili, independentment del personal sanitari que realitzi aquesta atenció, i per altra, insistir en el maneig inicial a nivell hospitalari d'un pacient amb sospita de sèpsia, i es pretén revosar les novetats que ens deparen les darreres guies de la *Surviving Sepsis Campaign* publicades enguany.

## 2. Objectiu:

- Exposar quines són les eines i les escales que utilitzem (qSOFA, SIRS, NEWS, MEWS, pròpies), tant en l'atenció inicial domiciliària com en l'hospitalària, davant la sospita d'un pacient potencialment sèptic.
- Exposar les mesures de diagnòstic i tractament immediates en la primera hora en un pacient amb sospita de sèpsia.

## 3. Objectius específics:

- Explicar quina és l'atenció inicial que se sol realitzar per part dels tècnics sanitaris a un pacient potencialment sèptic a domicili.
- Exposar quines són les eines i les escales que solen utilitzar els tècnics sanitaris per diagnosticar una sèpsia i quines són les principals limitacions amb les quals es troben i han de fer front, i així poder determinar els possibles elements de millora.
- Insistir en la importància de la detecció precoç i maneig inicial en la primera hora en qualsevol pacient amb sospita de sèpsia.
- Explicar quines són les principals novetats en les guies de la *Surviving Sepsis Campaign* publicades enguany sobre el maneig i tractament de la sèpsia.

## 4. Metodologia:

Taula rodona d'una hora de durada, amb dues ponències de 20 minuts cadascuna (presentació mitjançant PowerPoint) i 20 minuts de discussió.

**Títol de la taula:** La sèpsia des del minut zero. La importància del maneig multidisciplinari i *contínuum* assistencial.

### Ponències:

- Detecció prehospitalària de la sèpsia. Fins on podem arribar?  
Sr. Javier Rodríguez Hernández. Coordinador del Grup de treball SocTES. TES del Sistema d'Emergències Mèdiques.
- Codi sèpsia hospitalari. "Noves" novetats en la detecció i tractament inicial?

Dra. Neus Robert Boter. Coordinadora del grup de treball SoCSèpsia. Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Badalona. Membre del grup PROSICS.

## 5. Data, horari i lloc:

**Data:** dijous 31 de març de 2022.

**Horari:** 18:30 a 19:30 hores.

**Lloc:** Sala Garbí Hotel Melià Sitges.

## 6. Ponents:

- Sr. Javier Rodríguez Hernández. Coordinador del Grup de treball SocTES. TES del Sistema d'Emergències Mèdiques.
- Dra. Neus Robert Boter. Coordinadora del grup de treball SoCSèpsia. Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Badalona. Membre del grup PROSICS.

## 7. Logística, recursos materials:

Micròfon, ordinador, canó-projector i pantalla.

## 8. Organització:

Societat catalana d'Urgències i Emergències (SoCMUE).

## 9. Temari/contingut:

**Títol de la taula:** La sèpsia des del minut zero. La importància del maneig multidisciplinari i *contínuum* assistencial.

### Moderadors:

- Dr. Ferran Llopis. Metge servei d'Urgències Hospital Universitari de Bellvitge.
- Sra. Mònica Alapont. Infermera servei d'Urgències Hospital de Mataró. Grup de treball SoCSèpsia.



Societat Catalana de  
Medicina d'Urgències i Emergències

### **Ponències:**

- Detecció prehospitalària de la sèpsia. Fins on podem arribar?  
Sr. Javier Rodríguez Hernández. Coordinador del Grup de treball SocTES. TES del Sistema d'Emergències Mèdiques.
- Codi sèpsia hospitalari. "Noves" novetats en la detecció i tractament inicial?  
Dra. Neus Robert Boter. Coordinadora del grup de treball SoCSèpsia. Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Badalona. Membre del grup PROSICS.