



## FORMACIÓN MÉDICA

## SURVIVING SEPSIS CAMPAIGN 2016

*Fernández Quero L.*

*Hospital General Universitario Gregorio Marañón – Madrid*

### Resumen

En los últimos meses el paisaje de la sepsis ha cambiado substancialmente. En 2016 se publicó "THE THIRD INTERNATIONAL CONSENSUS DEFINITION FOR SEPSIS AND SEPTIC SHOCK (sepsis 3)" que, tras 25 años de utilización, cambian substancialmente los conceptos en la sepsis. A partir de ahora ya no existe el SIRS en la identificación de la sepsis, ni tampoco la sepsis grave. Desde 2016 se define como una disfunción orgánica con riesgo vital y originada por una respuesta desproporcionada del huésped a la infección. El shock séptico afectaría a un grupo de pacientes sépticos en los cuales las alteraciones circulatorias y celulares/metabólicas son lo suficientemente importantes para incrementar la mortalidad substancialmente. La traducción clínica de estas dos definiciones para la sepsis sería la presencia sospechada o documentada de infección más un aumento agudo del SOFA  $\geq 2$ , o la utilización alternativa propuesta por los autores de un test más rápido; el qSOFA. El equivalente clínico para el Shock Séptico sería la existencia de sepsis y la necesidad de vasopresores para lograr PAM  $\geq 65$  mmHg, y tener un lactato  $> 2$  mmol/l a pesar de adecuada reposición de volemia.

### Introducción

En los últimos meses el paisaje de la sepsis ha cambiado substancialmente. En 2016 se publicó "THE THIRD INTERNATIONAL CONSENSUS DEFINITION FOR SEPSIS AND SEPTIC SHOCK (sepsis 3)" que, tras 25 años de utilización, cambian substancialmente los conceptos en la sepsis. A partir de ahora ya no existe el SIRS en la identificación de la sepsis, ni tampoco la sepsis grave. Desde 2016 se define como una disfunción orgánica con riesgo vital y originada por una respuesta desproporcionada del huésped a la infección. El shock séptico afectaría a un grupo de pacientes sépticos en los cuales las alteraciones circulatorias y celulares/metabólicas son lo suficientemente importantes para incrementar la mortalidad substancialmente. La traducción clínica de estas dos definiciones para la sepsis sería la presencia sospechada o

documentada de infección más un aumento agudo del SOFA  $\geq 2$ , o la utilización alternativa propuesta por los autores de un test más rápido; el qSOFA. El equivalente clínico para el Shock Séptico sería la existencia de sepsis y la necesidad de vasopresores para lograr PAM  $\geq 65$  mmHg, y tener un lactato  $> 2$  mmol/l a pesar de adecuada reposición de volemia.

### Discusión



En 2001 Rivers publicó el protocolo [Early Goal-Directed Therapy \(EGDT\)](#)(1), que posteriormente fue incluido por Dellinger en la primera

versión de la Surviving Sepsis Campaign (SCC) en 2004 (2), y que junto con la Proteína C activada constituyeron la base del tratamiento de la sepsis que todos nos debíamos comprometer a aplicar rigurosamente, y se instaba a las sociedades científicas de cada país, a la vigilancia en el cumplimiento de estos protocolos. Como sabéis todo esto prácticamente ha desaparecido, tenemos una nueva definición significativamente diferente, y nos costaría hacernos a la idea si algo parecido ocurriese con la neumonía o con el síndrome coronario agudo, por poner solo unos ejemplos. Hemos pasado de diagnosticar una sepsis con la sospecha de infección con fiebre y taquicardia, por ejemplo, con lo cual entre el 75% y el 90% de nuestros pacientes estarían sépticos, a tener que objetivar disfunción orgánica en presencia de infección para hablar de sepsis. Con las nuevas definiciones la sepsis ha cambiado radicalmente, y el resultado lo considero más razonable, aunque la evolución pueda ser desconcertante. Como veremos con las recomendaciones de la SCC se producen también cambios sustanciales, especialmente en la resucitación inicial, empezando por el definitivo desmantelamiento de los restos del EGDT, de los que solo quedaría el objetivo de PAM  $\geq 65$  mmHg, y siguiendo por la recomendación de resucitación con al menos 30 ml/kg frente a la vagas recomendaciones de las anteriores guías y que serán adecuadamente comentada por nuestros expertos.

Independientemente de que los hechos descritos puedan hacernos pensar a algunos que no sabemos dónde estamos en el mundo de la sepsis, hay que ser optimistas pues no me cabe duda que la mortalidad de los pacientes con sepsis actual, o sepsis grave anterior, y del shock séptico se ha reducido significativamente en nuestras Unidades de Cuidados Intensivos en los últimos

años, pese a los cambios de criterio y discrepancias correspondientes, que se van seguir manifestando con las actuales recomendaciones.

El nuevo documento de la SSC pretende proporcionar soporte a los clínicos que cuidan pacientes adultos sépticos en el medio hospitalario. Estas recomendaciones no pretenden sustituir la capacidad de los clínicos de tomar decisiones en sus pacientes “únicos”, pero considero que la adhesión a estas recomendaciones, con sus justas interpretaciones y niveles de evidencia, deberá seguir siendo un marcador de calidad.

Aprovecho para agradecer a los expertos que han hecho una importante labor analizando estas guías para divulgarlas en nuestra comunidad profesional:

**Marina Varela Durán.**  
*Jefe de Sección. Unidad de Reanimación. Complejo Hospitalario de Pontevedra.*

A. INITIAL RESUSCITATION  
B. SCREENING FOR SEPSIS AND PERFORMANCE IMPROVEMENT  
C. DIAGNOSIS

**Rafael González de Castro.**  
*Unidad de Reanimación Postquirúrgica. Hospital Universitario de León.*

D. ANTIMICROBIAL THERAPY

E. SOURCE CONTROL

**Raúl Vicho Pereira.**  
*Unidad de Cuidados Intensivos. Hospital Quirón Palmaplanas.*

F. FLUID THERAPY

G. VASOACTIVE MEDICATIONS

**María Beatriz Serna Gandía.**  
*Anestesiología y Cuidados Intensivos. Hospital de Denia.*

H. CORTICOSTEROIDS

I. BLOOD PRODUCTS

J. IMMUNOGLOBULINS

K. BLOOD PURIFICATION

L. ANTICOAGULANTS

M. MECHANICAL VENTILATION

Jose María Jiménez Vizuete  
*Jefe de Sección. UCI de Anestesia.  
 Servicio de Anestesiología y  
 Reanimación. Hospital General  
 Universitario de Albacete*

N. SEDATION AND ANALGESIA

O. GLUCOSE CONTROL

P. RENAL REPLACEMENT  
 THERAPY

Q. BICARBONATE THERAPY

R. VENOUS THROMBOEMBOLISM  
 PROPHYLAXIS

S. STRESS ULCER PROPHYLAXIS

T. NUTRITION

U. SETTING GOALS OF CARE

## Bibliografía

1. Rivers E, Nguyen B, Havstad S, Ressler J, Muzzin A, Knoblich B, et al. Early Goal-Directed Therapy Collaborative Group: Early goal directed therapy in the treatment of severe sepsis and septic shock. *N Engl J Med.* 2001;345(19):1368-77. ([PubMed](#)) ([HTML](#)) ([PDF](#))
2. Dellinger RP, Carlet JM, Masur H, Gerlach H, Calandra T, Cohen J, et al. Surviving Sepsis Campaign (SSC) Guidelines for Management of Severe Sepsis and Septic Shock. *Crit Care Med* 2004;32:858-873. ([PubMed](#))

---

### Correspondencia al autor

Lorenzo Fernández Quero  
[lorenzo.fernandezquero@salud.madrid.org](mailto:lorenzo.fernandezquero@salud.madrid.org)  
*Jefe de Servicio Anestesiología y Cuidados  
 Críticos.  
 Hospital General Universitario Gregorio  
 Marañón – Madrid  
 Sección de Cuidados Intensivos de la SEDAR*

[Publicado en AnestesiaR el 13 de febrero de 2017](#)