

**FORMACIÓN MÉDICA**

Surviving Sepsis Campaign: International Guidelines For Management Of Sepsis And Septic Shock: 2016

Valera Durán M

Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra

Resumen

Recientemente han sido publicadas las nuevas “Guías de Supervivencia a la Sepsis”, que actualizan varios conceptos, renuevan determinadas técnicas y eliminan otras, en cuanto al manejo de los pacientes con esta importante patología a nivel mundial.

Tras leer detenidamente estas nuevas Guías mi primera impresión es que me parecen más claras y sencillas que las anteriores del 2012, y cuando uno las tiene entre sus manos piensa que quizás nos estemos acercando cada día más a entender algo tan importante como es el concepto de la Sepsis y el shock Séptico en nuestros pacientes críticos.

Introducción

Recientemente han sido publicadas las nuevas “Guías de Supervivencia a la Sepsis”, que actualizan varios conceptos, renuevan determinadas técnicas y eliminan otras, en cuanto al manejo de los pacientes con esta importante patología a nivel mundial.

Tras leer detenidamente estas nuevas Guías mi primera impresión es que me parecen más claras y sencillas que las anteriores del 2012, y cuando uno las tiene entre sus manos piensa que quizás nos estemos acercando cada día más a entender algo tan importante como es el concepto de la Sepsis y el shock Séptico en nuestros pacientes críticos.

A continuación se revisan los siguientes puntos del artículo original:

- A. Resucitación inicial
- B. Screening de Sepsis y mejora de la práctica clínica
- C. Diagnóstico

A- Resucitación inicial

Recomendaciones 2016

1. Sepsis y shock séptico son emergencias médicas y estas nuevas Guías recomiendan que el tratamiento y la resucitación comiencen inmediatamente (best practice statements BPS).
2. Recomiendan que en la resucitación de la hipoperfusión inducida por Sepsis, se administren al menos 30 cc/kg iv de cristaloides, dentro de las tres primeras horas (recomendación fuerte, calidad de la evidencia baja).
3. Recomiendan que tras la resucitación inicial se administren líquidos adicionales, guiados por la evaluación frecuente del estado hemodinámico (BPS).
4. Recomiendan evaluaciones hemodinámicas sucesivas (como

la evaluación de la función cardíaca), para determinar el tipo de Shock, si la evolución clínica no aclara el diagnóstico (BPS).

5. Sugieren el uso de variables dinámicas respecto a las estáticas, para predecir la respuesta a líquidos (recomendación débil, calidad de la evidencia baja).
6. Recomiendan como objetivo una presión arterial media inicial de 65 mm Hg, en pacientes con Shock séptico que requieran vasopresores (recomendación fuerte, calidad de la evidencia moderada).
7. Sugieren “guiar la resucitación” para normalizar el lactato, en pacientes con niveles elevados de lactato, como marcador de hipoperfusión tisular (recomendación débil, calidad de la evidencia baja). El aclaramiento de lactato, se señala como un objetivo terapéutico. El aclaramiento en las primeras horas de resucitación, se asocia con un mejor pronóstico.

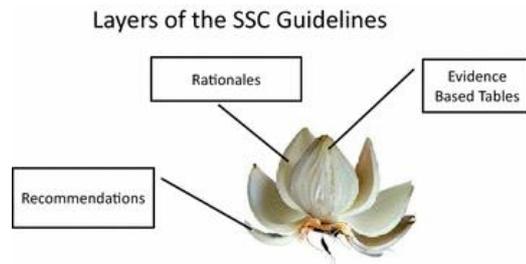
Recomendaciones 2012

1. Resucitación protocolizada de pacientes con hipoperfusión tisular inducida por Sepsis (definida como hipotensión persistente después de fluidoterapia o concentraciones de lactato sanguíneo > 4 mmol/L). Objetivos durante las primeras seis horas de resucitación:

- a. Presión venosa central 8-12 mm Hg
- b. Presión arterial media > 65 mm Hg
- c. Diuresis $> 0,5$ mL/kg/h
- d. Saturación venosa de oxígeno en

vena central (vena cava superior) o mezcla, de 70% o 65% respectivamente (grado 1C)

2. En pacientes con niveles elevados de lactato, Resucitación guiada para normalizar Lactato (grado 2C).



B- Screening de Sepsis y mejora de la práctica clínica

Recomendaciones 2016

1- Recomiendan que los hospitales y los sistemas hospitalarios desarrollen programas de mejora en la práctica de la Sepsis, que incluyan Screening de Sepsis para pacientes agudos de alto riesgo (BPS). Los hospitales y los sistemas hospitalarios deben desarrollar programas de mejora en la práctica de la sepsis, que incluyan screening de sepsis para pacientes agudos de alto riesgo.

Recomendaciones del 2012

Se recomendaba un “Screening rutinario” de pacientes graves, la principal diferencia es una visión de organización más que “caso a caso”. El alcance de esos Programas, será propio de cada organización y por tanto, ahí tendremos que jugar un papel mucho más activo. Ahora bien, la verdadera “call to action” pasa por alianzas para diseñar conjuntamente un “Plan de detección precoz”. Ahora bien, el impacto del qSOFA, con similar capacidad predictiva que otras herramientas más complejas, se sugiere para valorar disfunciones orgánicas, valorar un incremento diagnóstico o terapéutico o utilizarla como herramienta para referir a otros

dispositivos más complejos (p.ej. Hospitales sin Unidad de Críticos). Efectivamente, se incrementará la sospecha, y de ahí la importancia de Programas justificados, porque, puede suceder, y bien lo sabemos, que las alertas nos hagan olvidar las alarmas. La sencillez de valorar la hipotensión sistólica <100 mmhg, escala Glasgow y taquipnea superior a 22/min, las hacen fácilmente monitorizables. De ahí que de nuevo, se insista en que la evaluación es clave.

C- Diagnóstico

Recomendaciones 2016

1- Recomiendan que se realicen Cultivos microbiológicos de rutina (incluyendo sangre) antes de comenzar la terapia antimicrobiana, en pacientes con sospecha de Sepsis o Shock séptico, si estos no demoran sustancialmente el inicio de los antibióticos (BPS).

Recomendaciones 2012

1. Los Cultivos deben realizarse antes del inicio de los antibióticos, siempre que no se retrasen significativamente (>45 minutos), grado 1C. Se deben tomar por lo menos dos series de Hemocultivos (aeróbicos y anaeróbicos), como mínimo 1 percutáneo y 1 de cada acceso vascular que lleve más de 48 horas instalado, grado 1 C. Los cultivos se pueden realizar al mismo tiempo si son realizados en diferentes lugares. Se deben tomar otros Cultivos (orina, líquido cefalorraquídeo, etc...), según el caso.

2. Se recomienda utilizar 1,3-B-D Glucano (grado 2 B), manano y ac anti manano (2C), si están disponibles, para la búsqueda de Candidiasis invasiva.

3. Realice Estudios de imagen precozmente, para confirmar la fuente infecciosa (UG).

Espero haberos ayudado a reflexionar unos minutos sobre un tema tan apasionante e importante para un médico que trata pacientes críticos, como es el tema de la Sepsis y el Shock Séptico.

Muchas gracias.

Bibliografía

1-Rhodes A, Evans LE, Alhazzani W, Levy MM, Antonelli M, Ferrer R et al. Surviving Sepsis Campaign: International Guidelines for Management of Sepsis and Septic Shock: 2016 Intensive Care Med 2017;doi:10.1007/s00134-017-4683-6 ([PubMed](#)) ([HTML](#)) ([PDF](#))

2-Azoulay E. and Buchman T. Practice guidelines as implementation science: the journal editors' perspective Intensive Care Med (2017). doi:10.1007/s00134-017-4680-9 ([PubMed](#)) ([HTML](#)) ([PDF](#))

3-Dellinger P, Schorr CA, Levy MM. A users' guide to the 2016 Surviving Sepsis Guidelines ([PDF](#))

4-Singer M, Deutschman CS, Seymour CW, Shankar-Hari M, Annane D, Bauer M, et al The Third International Consensus Definitions for Sepsis and Septic Shock (Sepsis-3). JAMA 2016;315(8):801–810. ([PubMed](#)) ([HTML](#)) ([PDF](#)) ([ePub](#))

5-Shankar-Hari M, Phillips GS, Levy ML, Seymour CW, Liuet VX, Deutschman et al. Developing a new definition and assessing new clinical criteria for septic shock: for the Third International Consensus Definitions for Sepsis and Septic Shock (Sepsis-3). JAMA 2016;315(8):775–787. ([PubMed](#)) ([HTML](#)) ([PDF](#))

Correspondencia al autor

Marina Valera Durán
marina.valera.duran@sergas.es
*Jefe de Sección de Anestesiología y
Reanimación. Unidad de Reanimación
Complejo Hospitalario Universitario de
Pontevedra*

[Publicado en AnestesiaR el 20 de febrero de 2017](#)

