



OPINIÓN

¿Necesitamos unas nuevas guías para el tratamiento de la SEPSIS?

Gómez Herreras JI.

Hospital Clínico Universitario de Valladolid

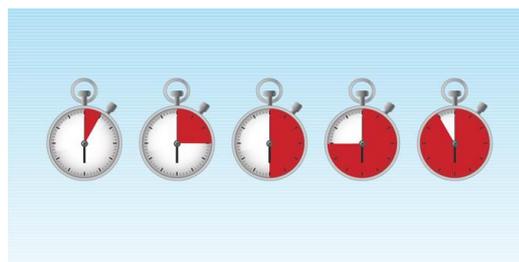
Resumen

Tras los malos resultados de la Campaña Sobrevivir a la Sepsis (SCC) centrada en el seguimiento de las Guías SCC 2004 y 2008; cuando todo parecía zanjado y el escepticismo hecho mella en sus más entusiastas seguidores, aparecen como fénix resurgido de sus cenizas las nuevas Guías SCC 2012, precedidas por una campaña de divulgación universal sin precedentes, estableciendo el Día Mundial de la Sepsis, que el año pasado fue el 13 de septiembre y empleando todos los recursos imaginables para conseguir el apoyo económico a la campaña y concienciar a la ciudadanía mundial de este gravísimo problema.

Después del descalabro de tres de los cuatro pilares que soportaban el conjunto de medidas que constituían las “bundles” de tratamiento de las Guías 2004 y 2008, como eran el control estricto de la glucemia, la utilización sistemática de corticoides y el empleo de la Proteína C Recombinante Activada (PCRa), tras la publicación de los estudios Coticus, Nicesugar y, sobre todo, tras la retirada por parte las autoridades sanitarias de la PCRa por falta de eficacia frente a placebo, cabe preguntarse el por qué las nuevas Guías 2012.

Introducción

Tras los malos resultados de la Campaña Sobrevivir a la Sepsis (SCC) centrada en el seguimiento de las Guías SCC 2004 (1) y 2008 (2); cuando todo parecía zanjado y el escepticismo hecho mella en sus más entusiastas seguidores, aparecen como fénix resurgido de sus cenizas las nuevas Guías SCC 2012 (3), precedidas por una campaña de divulgación universal sin precedentes, estableciendo el Día Mundial de la Sepsis, que el año pasado fue el 13 de septiembre y empleando todos los recursos imaginables para conseguir el apoyo económico a la campaña y concienciar a la ciudadanía mundial de este gravísimo problema.



Después del descalabro de tres de los cuatro pilares que soportaban el conjunto de medidas que constituían las “bundles” de tratamiento de las Guías 2004 y 2008, como eran el control estricto de la glucemia, la utilización sistemática de corticoides y el empleo de la Proteína C Recombinante Activada (PCRa), tras la publicación de los estudios Coticus (4), Nicesugar (5) y, sobre todo, tras la retirada por parte las autoridades sanitarias de la PCRa por falta de eficacia frente a placebo, cabe preguntarse el por qué las nuevas Guías 2012 (3).

En la situación actual de descrédito respecto a las Guías 2004 (1) y 2008 (2), ¿Qué es lo que ha podido motivar la publicación de estas nuevas Guías 2012 (3)?; ¿Un ejercicio de ceguera científica negando la evidencia de eficacia de muchas de las medidas propuestas? ¿Una justificación del empleo de terapias que se han demostrado inútiles? ¿O bien, una nueva y valiente apuesta por frenar el imparable incremento de esta enfermedad? Para mí, este retomar la SCC supone un ejercicio de reflexión, optimismo y valentía en el intento de frenar la mortalidad por sepsis, que no es poco. Y este nuevo intento supone no sólo la revisión de las Guías, sino el establecimiento de medidas globales que impliquen a toda la estructura médica asistencial y administrativa en forma de lo que en nuestro país constituye el “Código Sepsis”

¿Qué tienen de distinto estas Guías 2012 (3) frente a las del 2004 (1) y 2008 (2)? Una notable diferencia es que estas nuevas Guías están avaladas por la Sociedad Americana de Enfermedades Infecciosas (IDSA), circunstancia que no ocurría con las anteriores. Este aval no es baladí, puesto que implica a una de las mayores sociedades científicas dedicadas a la infección y no hay que olvidar que sin infección no hay sepsis. La activa implicación de estas sociedades dedicadas a la infección es vital para guiar los tratamientos de la sepsis. Y así, estas nuevas Guías contienen recomendaciones más precisas en cuanto al diagnóstico de la infección y a su tratamiento, dictando recomendaciones acerca de gérmenes multirresistentes, detección de infecciones fúngicas ayudados por la determinación de mananos y betaglucanos e inclusión de los virus como agentes etiológicos. Además, tratan con más detalle la duración de los tratamientos antibióticos, la seguridad de las pautas de desescalado y la utilización de marcadores biológicos

como Procalcitonina (*PCT*) y Proteína C Reactiva (*PCR*). En definitiva, estas nuevas Guías tratan con mucha mayor amplitud y meticulosidad el problema fundamental de la sepsis, que es el de la infección, tanto desde el control de la fuente, como desde el tratamiento antimicrobiano.

Y ya, entrando en el detalle de las recomendaciones por fuera del manejo de la fuente de infección, ¿Cuáles son las medidas en las que se reafirma y cuáles las que rechaza en relación con las Guías 2004 (1) y 2008 (2)? Releyendo detenidamente estas nuevas Guías apreciamos, aparte de las recomendaciones negativas acerca del empleo de almidones como líquidos de resucitación y mantenimiento del control estricto de la glucemia y del uso indiscriminado de corticoides, una formal y decidida apuesta por la rapidez. Rapidez en el diagnóstico y en la obtención de muestras biológicas, rapidez en el tratamiento antibiótico ajustado a las características del paciente y a la idiosincrasia del hospital y de la unidad, rapidez en la motorización de la perfusión tisular mediante el Láctico y rapidez en el inicio de la resucitación por el empleo precoz de líquidos cristaloides a razón de 30ml/Kg. Tanta es la apuesta por la rapidez, que recomienda completar las muestras microbiológicas y la primera administración de antibióticos en la primera hora tras el diagnóstico, y, por primera vez, establece el límite de tres horas para la primera resucitación con fluidos y la obtención de aclaramiento de Láctico, en los casos en que el primer valor esté elevado. Además, pormenoriza más los signos y síntomas para establecer el diagnóstico de sepsis y sus diferentes grados.

Lo que también diferencia a estas nuevas Guías es el casi abandono del concepto de “*bundles*”, entendiendo como tal el conjunto de medidas cuya

eficacia es superior a la suma de cada una, y sí una apuesta por la adopción de medidas individuales ajustadas a un cumplimiento temporal determinado. Así, sigue manteniendo la resucitación precoz con los elementos diagnósticos y terapéuticos de la llamada “*Terapia Precoz por Objetivos*”, que deberá cumplimentarse en las primeras seis horas, y dando más importancia al Láctico como guía de perfusión tisular. Y en cuanto a las antiguas “*bundles*” de tratamiento, sólo se mantienen como tal las recomendaciones de ventilación pulmonar protectora, puesto que el control estricto de glucemia y el uso de corticoides se restringen muy notablemente y, por supuesto, se retira el uso de la PCRa.

Para mí sería una superficialidad pensar que estas nuevas Guías únicamente modifican el uso de corticoides, PCRa, almidones y control estricto de la glucemia. Suponen algo más. Y este algo más es centrar todos los objetivos en el control de la infección, en la resucitación precoz con objetivos seguros y fácilmente obtenibles en la mayor parte de hospitales y situaciones, aunque no sean los más precisos pero sí los más eficientes, en la mejora de la perfusión tisular monitorizada por los niveles de Láctico y, sobre todo, en la rapidez. Al fin y al cabo, el norte que nos debe guiar es el control de la

infección y las medidas de soporte vital, puesto que la sepsis no es ni más ni menos que la respuesta individualizada a la infección.

Bibliografía

- 1- Dellinger RP, Carlet JM, Masur H, et al: Surviving Sepsis Campaign, guidelines for management of severe sepsis and septic shock. Intensive Care Med 2004; 30: 536-555 ([PubMed](#))
- 2- Dellinger RP, Levy MM, Carlet JM, et al: International guidelines for management of severe sepsis and septic shock: 2008. Crit Care Med 2008; 36: 296-327 ([PubMed](#))
- 3- Dellinger RP, Levy MM, Rhodes A, et al: Surviving Sepsis Campaign: International Guidelines for Management of Severe Sepsis and Septic Shock 2012. Crit Care Med 2013; 41: 580-637 ([PubMed](#)) ([pdf](#)) ([epub](#))

Correspondencia al autor

José Ignacio Gómez Herreras
jgomez012001@yahoo.es
Servicio de Anestesiología
Hospital Clínico Universitario de Valladolid

[Publicado en AnestesiaR el 18 de abril de 2013](#)