Documento descargado de http://www.elsevier.es el 25/05/2013. Copia para uso personal, se prohíbe la transmisión de este documento por cualquier medio o formato.

Med Intensiva. 2012;**36(4)**:245–246

medicina *intensiva*

www.elsevier.es/medintensiva

EDITORIAL

Sepsis grave y shock séptico: Todo hecho, todo por hacer

Severe sepsis and septic shock: everything done, everything to be done

E. Piacentini y R. Ferrer

Servicio de Medicina Intensiva, Hospital Universitario Mutua de Terrassa, Universidad de Barcelona, CIBER Enfermedades Respiratorias, Terrassa, Barcelona, España

En la última década la sepsis grave y el shock séptico han sido objeto de intenso estudio, y la multiplicación de la evidencia científica nos ha permitido mejorar y profundizar en el conocimiento de esta patología. Una simple búsqueda de estos términos en PubMed demuestra que, entre 2001 y 2011 la cantidad de artículos publicados se duplico con respecto a la década anterior. La sepsis grave es una patología con elevada mortalidad, especialmente cuando se asocia a shock. Además, varios estudios epidemiológicos han mostrado un aumento de la incidencia de sepsis grave[1,2]. Please tag and link citations/tables/figures throughout the text accordingl-yEn España, la incidencia de sepsis grave es de 104 casos por 100.000 habitantes/año y la incidencia de shock séptico es de 31 casos por 100.000 habitantes/año[3]. En un importante esfuerzo por comprender y tratar adecuadamente la sepsis grave y el shock séptico, en el año 2002 surgió la Surviving Sepsis Campaign (SSC). Se trata de una iniciativa internacional, sostenida por varias Sociedades Científicas de cuidados críticos del mundo, que tiene por objetivo de disminuir la mortalidad de esta patología por medio de la elaboración e implementación de guías de práctica clínica[4]. Una de las aportaciones más relevantes de la SSC ha sido el concepto de «tiempo-dependencia». De tal manera que, como ocurre en otras patologías agudas, cuanto menos tiempo transcurra desde el inicio del insulto hasta la implementación de las medidas terapéuticas, habrá menos disfunciones orgánicas y, en consecuencia, menor mortalidad. Resumido en forma de eslogan: «Tiempo es tejido»[4]. Consecuentemente, la SSC incluyó en su guía una recomendación para que los tratamientos se administraran con el mínimo retraso desde el diagnóstico.

Es bien sabido que el desarrollo de guías de tratamiento por sí solo no conlleva un cambio en la práctica diaria de la medicina[5]. En consecuencia, la fase III de la SSC implicó el desarrollo de programas multimodales de educación continua para que el conocimiento actualizado se transfiriera oportunamente al tratamiento del día a día de los pacientes sépticos. Estos programas incorporaron los «paquetes de medidas» o «bundles» que permitían evaluar de forma objetiva el seguimiento de las guías de tratamiento.

El estudio Edusepsis, llevado a cabo en 59 Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) españolas, demostró que la aplicación de un programa de educación dirigido a mejorar el seguimiento de las guías de la SSC produce un incremento del cumplimiento de los «bundles» de tratamiento y una disminución de la mortalidad de la sepsis grave/shock séptico[6]. Dicho proyecto también contribuyó a que las UCI participantes mejoraran la evaluación de su propia práctica clínica. Un ejemplo de ello es el Servicio de Medicina Intensiva del Hospital Donostia de Guipúzcoa, donde han creado un registro propio que les ha permitido evaluar y mejorar el tratamiento de los pacientes que atiende por sepsis grave y shock séptico, resultados que se reflejan en el estudio publicado en el presente número de Medicina Intensiva[7]. Gracias al trabajo de Azkárate et al., basándose en sus propios datos objetivos y no en percepciones, se pueden identificar áreas de mejora en el tratamiento de la sepsis y poner en marcha intervenciones para mejorar los resultados.

En la actualidad, los intensivistas de varios hospitales están liderando iniciativas para coordinar mejor el manejo de la sepsis, como por ejemplo la introducción del Código Sepsis, Unidades Multidisciplinares de Sepsis o Equipos de Respuesta Rápida especialmente focalizados en la sepsis. Estas iniciativas conllevan un cambio de paradigma donde el intensivista debe jugar un rol relevante fuera de la UCI y poder así proporcionar un tratamiento precoz a estos

Correo electrónico: rferrer@mutuaterrassa.es (R. Ferrer).

0210-5691/$ – see front matter © 2012 Elsevier España, S.L. y SEMICYUC. Todos los derechos reservados.
doi:10.1016/j.medin.2012.01.006

Documento descargado de http://www.elsevier.es el 25/05/2013. Copia para uso personal, se prohíbe la transmisión de este documento por cualquier medio o formato.

pacientes. En paralelo con los esfuerzos puestos en marcha en cada centro, a lo largo del presente año se ha llevado a cabo una nueva intervención en más de 100 centros en España. El estudio ABISS-Edusepsis evalúa una intervención múltiple para mejorar la antibióticoterapia empírica precoz en la sepsis, con el objetivo de reducir la mortalidad.

Creemos que solo a través del esfuerzo continuo y coordinado podremos disminuir la mortalidad de la sepsis y mejorar la calidad de vida de nuestra población. Hemos hecho mucho, pero aún falta mucho por hacer.

Bibliografía

1. Dombrovskiy VY, Martin AA, Sunderram J, Paz HL. Rapid increase in hospitalization and mortality rates for severe sepsis in the United States: a trend analysis from 1993 to 2003. Crit Care Med. 2007;35:1244–50.
2. Harrison DA, Welch CA, Eddleston JM. The epidemiology of severe sepsis in England, Wales and Northern Ireland, 1996 to 2004: secondary analysis of a high quality clinical database, the ICNARC Case Mix Programme Database. Crit Care. 2006;10:R42.
3. Esteban A, Frutos-Vivar F, Ferguson ND, Penuelas O, Lorente JA, Gordo F, et al. Sepsis incidence and outcome: contrasting the intensive care unit with the hospital ward. Crit Care Med. 2007 May;35:1284–9.
4. Dellinger RP, Levy MM, Carlet JM, Bion J, Parker MM, Jaeschke R, et al. Surviving Sepsis Campaign: international guidelines for management of severe sepsis and septic shock: 2008. Intensive Care Med. 2008 Jan;34:17–60.
5. Cabana MD, Rand CS, Powe NR, Wu AW, Wilson MH, Abboud PA, et al. Why don't physicians follow clinical practice guidelines. A framework for improvement. JAMA. 1999;282:1458–65.
6. Ferrer R, Artigas A, Levy MM, Blanco J, Gonzalez-Diaz G, Garnacho-Montero J, et al. Improvement in process of care and outcome after a multicenter severe sepsis educational program in Spain. JAMA. 2008;299:2294–303.
7. Azkárate I, Sebastián R, Cabarcos E, Choperena G, Pascal M, Salas E. Registro observacional y prospectivo de sepsis grave/shock septico en un hospital terciario de la provincia de Guipuzcoa. Med Intensiva. 2012;36:250–6.