

PUNTO DE VISTA

De la guías internacionales “Campaña para sobrevivir a la sepsis 2021” a las guías para “Detectar, prevenir la progresión y atender a los pacientes con infección grave en urgencias” elaboradas por urgenciólogos

From the 2021 update of the international guidelines of Surviving Sepsis Campaign to new future guidelines proposed by emergency physicians to detect and treat serious infections and prevent progression to sepsis

Agustín Julián-Jiménez^{1,3}, Darío Eduardo García^{3,5}, Juan González del Castillo^{2,3,6}, Jesús Daniel López Tapia^{3,5,7}

A finales de 2021, en noviembre, la Surviving Sepsis Campaign (SSC) o “Campaña Sobrevivir a la Sepsis” actualizó sus recomendaciones y directrices de 2016 en las revistas *Critical Care Medicine*¹ e *Intensive Care Medicine*². Es indudable la relevancia e influencia que estas recomendaciones ejercen sobre los profesionales de la salud (médicos, enfermería, paramédicos), centros sanitarios, instituciones individuales y organismos nacionales e internacionales, así como el salto de calidad en la atención a los pacientes con disfunción orgánica y compromiso vital originados por distintos procesos infecciosos. En esta línea, el incumplimiento de sus directrices o la no adherencia pueden resultar complicados e, incluso, sancionados por no cumplir “determinados criterios de calidad”. Aunque llama la atención que dichas pautas se sustenten en la mayoría de ocasiones sobre recomendaciones sólidas en opinión de sus autores, pero basadas en evidencias “débiles, muy débiles y a modo de declaración de mejores prácticas”^{1,2}.

Pero, lamentablemente, como ocurrió con la publicación del tercer consenso internacional de definición de sepsis y *shock* séptico³, tras una enorme expectativa inicial, no solo entre los médicos intensivistas, sino también entre otros especialistas que atienden a pacientes con infección y sepsis, se instaló una cierta decepción generalizada y se incrementaron las controversias en relación con el nuevo marco conceptual de la sepsis (Sepsis-3)⁴. Así como un cierto disconfort entre los médicos de urgencias y emergencias (MUE) en relación a la solidez, pertinencia y debilidades de este nuevo escenario unilateral desarrollado por intensivistas para las fases avanzadas de la sepsis⁴. Precisamente, los MUE eran uno de los grupos que con más emoción esperaban las indicaciones de los grandes expertos mundiales, ya que la infección y la sepsis son condiciones frecuentes con las que tienen que lidiar a diario. Entre 15%-40% de todos los pacientes atendidos en los servicios de urgen-

cias hospitalarios (SUH), según los distintos países latinoamericanos, son diagnosticados de procesos infecciosos⁴. De ellos, entre el 5-25% (según los registros, criterios o definiciones utilizados) se etiquetan como sepsis-*shock* séptico, aunque se reconoce un infradiagnóstico de estas situaciones⁴. Finalmente, solo el 8%-10% de estos enfermos (ni siquiera todos los pacientes diagnosticados de *shock* séptico) ingresan en medicina intensiva (MI) y habitualmente lo hacen transcurridas más de las 6 horas que recomienda la propia SSC^{1,2,4}.

Tras analizar detenidamente cada rincón del documento y todas sus directrices, junto a las referencias que las sustentan, se traduce que el grupo de expertos que redactaron la guía de la SSC 2021 (60 autores de los que solo uno muestra, en segundo lugar, una filiación relacionada con los servicios de urgencias)^{1,2} partieron de la premisa implícita de que el diagnóstico de sepsis y *shock* séptico suele ser sencillo. La prioridad del escenario de MI es clasificar y cuantificar el riesgo de fallecer o la necesidad de ingresar en los dispositivos para pacientes críticos o MI. De ahí que la sepsis parece que deba ser entendida ahora solo como un concepto teórico, sin una prueba que la diagnostique, representando una disfunción orgánica potencialmente mortal (sobre el 10% de los casos) que ocurriría ante una respuesta anómala del huésped frente a un proceso infeccioso^{3,4}. Y que el *shock* séptico deba entenderse como aquella situación donde las anomalías circulatorias, celulares y metabólicas son tan pronunciadas que la mortalidad alcanza al 40% de casos¹⁻³. En este sentido, la SSC 2021 parece que se centra únicamente en la etapa final del síndrome séptico (*shock* séptico) que representa solo un pequeño número de pacientes con sepsis¹⁻³.

Pero los MUE sí conocen que, para clasificar e identificar a aquellos pacientes más graves, primero hay que superar el desafío que supone realizar el diagnóstico de

Filiación de los autores: ¹Servicio de Urgencias, Complejo Hospitalario Universitario de Toledo, Universidad de Castilla La Mancha, Toledo, España. ²INFURG-SEMES (Grupo de trabajo de Infecciones de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias). ³GT-LATINFURG (Grupo de Trabajo Latinoamericano para la mejora de la atención del paciente con infección en Urgencias). ⁴Hospital de Alta Complejidad El Cruce, Florencio Varela, Buenos Aires, Argentina. ⁵FLAME (Federación Latinoamericana de Medicina de Emergencias). ⁶Servicio de Urgencias, Hospital Universitario Clínico San Carlos, IDISSC, Madrid, España. ⁷Universidad de Monterrey, Hospital General de Zona 17. Monterrey, Nuevo León, México.

Contribución de los autores: Los autores han confirmado su autoría en el documento de responsabilidades del autor, acuerdo de publicación y cesión de derechos a EMERGENCIAS.

Autor para correspondencia: Agustín Julián-Jiménez. Servicio de Urgencias-Coordinador de Docencia, Formación, Investigación y Calidad. Complejo Hospitalario Universitario de Toledo. Avda. Río Guadiana s/n. 45071 Toledo, España.

Correo electrónico: agustinj@sescam.jccm.es

Información del artículo: Recibido: 28-3-2022. Aceptado: 29-3-2022. Online: 28-4-2022.

Editor responsable: Óscar Miró.

DOI: 10.55633/s3me/E013.2022

sepsis, con o sin *shock*, día a día y entre múltiples pacientes con infección o bien con otros diagnósticos que pueden simular una infección grave^{4,6}.

En este escenario global, los SUH y los servicios de emergencias extrahospitalarios (SEM) representan un eslabón clave en la atención del paciente con infección grave (con criterios de sepsis, predicción de bacteriemia, en situaciones especiales como en los inmunodeprimidos, ancianos, comorbilidad relevante, etc.), ya que es donde se realiza la sospecha clínica, la toma de muestras microbiológicas oportunas y se inicia el tratamiento inmediato y adecuado a cada paciente, lo que determinará en gran medida la evolución clínica del enfermo^{2,7}. Así, no es de extrañar que los MUE demanden unas guías más centradas en los estadios iniciales de la sepsis, que representan cuantitativamente mucho más peso, y en los que, actuando precoz y adecuadamente, se puede limitar que aparezca la disfunción orgánica o revertirla, evitando que el paciente progrese a *shock* séptico y disfunción multiorgánica, escenarios donde, a pesar de ingresar en MI, los pacientes tendrán un riesgo mayor de fallecer^{4,7-10}. Los MUE atienden y conocen, desde su perspectiva, todas las etapas del síndrome séptico y saben que con una atención precoz y adecuada pueden prevenir la progresión de una enfermedad dinámica y cambiante como es la infección y la sepsis.

Por ello, desde hace años, dado que no existe representación de las sociedades científicas de medicina de urgencias y emergencias que aglutinan a la mayoría de MUE europeos y latinoamericanos (European Society for Emergency Medicine –EuSEM– y Federación Latinoamericana de Medicina de Emergencias –FLAME–), los propios MUE se lanzaron en la búsqueda de una nueva definición de sepsis (“Sepsis-4”) que pudiera aglutinar y conseguir una sensibilidad y especificidad óptimas tanto para su detección precoz (diagnóstico), así como para la estratificación del riesgo (pronóstico) que permitan al MUE establecer una rápida actuación en dichos SUH^{4,6-8}. Desde el grupo de infecciones de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias (INFURG-SEMES) y el Grupo de Trabajo Latinoamericano para la Mejora de la Atención del Paciente con Infección en Urgencias (GT-LATINFURG) hemos hecho nuestro este reto para elaborar unas guías para “Detectar, prevenir la progresión y atender la sepsis”, en lugar de “Sobrevivir a la sepsis”.

En este sentido, hemos dado pasos firmes con este objetivo desde 2016. En primer lugar, se ha incrementado exponencialmente la investigación sobre sepsis en el ámbito de los SUH y SEM para que se puedan proporcionar recomendaciones basadas en una evidencia suficiente sustentada en pacientes de urgencias para los SUH¹¹⁻¹⁵. En segundo lugar, se han potenciado los programas de formación de estos profesionales con mayor énfasis en las presentaciones inespecíficas de sepsis en el SUH, como ocurre con los pacientes mayores¹⁵. Además, los médicos de atención primaria, de los SEM y SUH deben estar capacitados para reconocer mejor la sepsis, iniciar la reanimación temprana y derivar a los

pacientes al SUH⁴. En tercer lugar, recientemente en el marco del CIMU 2022 (XXXIII Congreso Mundial de Medicina de Urgencias celebrado en marzo de 2022 en Guadalajara –México–) se han consensado y revisado en distintas mesas internacionales de trabajo los puntos clave que interesan y afectan a los MUE para detectar, prevenir la progresión y atender a los pacientes con sospecha de sepsis y bacteriemia.

Finalmente, por todo ello, desde esta atalaya podemos anunciar que el reto ha iniciado su cuenta atrás, se ha dado el pistoletazo de salida para la elaboración de varios documentos de consenso (donde los MUE contarán con la colaboración de otros niveles asistenciales y especialidades extrahospitalarias y hospitalarias) que culminarán en las futuras “Guías para detectar, prevenir la progresión y atender a los pacientes con infección grave en urgencias” que incluirá la sospecha de sepsis, bacteriemia y situaciones especiales como el paciente mayor.

Conflicto de intereses: Los autores declaran no tener conflictos de interés en relación al presente artículo.

Financiación: Los autores declaran la no existencia de financiación en relación al presente artículo.

Responsabilidades éticas: Los autores han confirmado el mantenimiento de la confidencialidad y respeto de los derechos de los pacientes en el documento de responsabilidades del autor, acuerdo de publicación y cesión de derechos a EMERGENCIAS.

Artículo encargado y con revisión interna por el Comité Editorial.

Bibliografía

- Evans L, Rhodes A, Alhazzani W, Antonelli M, Coopersmith CM, French C, et al. Surviving sepsis campaign: international guidelines for management of sepsis and septic shock 2021. *Crit Care Med* 2021;49:e1063–e1143.
- Evans L, Rhodes A, Alhazzani W, Antonelli M, Coopersmith CM, French C, et al. Surviving sepsis campaign: international guidelines for management of sepsis and septic shock 2021. *Intensive Care Med*. 2021;47:1181-247.
- 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;315:801-10.
- Julián-Jiménez A, Supino M, López Tapia JD, Ulloa González C, Vargas Téllez LE, González del Castillo J, et al, en nombre del Grupo de Trabajo Latinoamericano para la mejora de la atención del paciente con Infección en Urgencias (GT-LATINFURG). Puntos clave y controversias sobre la sepsis en los servicios de urgencias: propuestas de mejora para Latinoamérica. *Emergencias*. 2019;31:123-35.
- Litell JM, Guirgis F, Driver B, Jones AE, Puskarich MA. Most emergency department patients meeting sepsis criteria are not diagnosed with sepsis at discharge. *Acad Emerg Med*. 2021;28:745-52.
- Julián-Jiménez A, Supino M, Loro Chero L, en nombre del Grupo de Trabajo Latinoamericano para la mejora de la atención del paciente con Infección en Urgencias (GT-LATINFURG). Hacia la definición de Sepsis-4: poder diagnóstico y pronóstico de los biomarcadores para mejorar el tratamiento de la sepsis en los servicios de urgencias. *Med Clin (Barc)*. 2020;154:147-8.
- Ang J, Boyle A. Surviving Sepsis Campaign 2021 guideline: fails to appreciate the challenge of evaluating an undifferentiated patient. *Eur J Emerg Med*. 2022;29:99-100.
- De Groot B, Jessen MK, Nickel CH. The new 2021 Surviving Sepsis Guidelines: an emergency department perspective may be more effective. *Eur J Emerg Med*. 2022;29:5-6.
- De Groot B, Struyk B, Najafi R, Halma N, Pelsler L, Vorst D, et al. Inclusion of emergency department patients in early stages of sepsis in a quality improvement programme has the potential to improve survival: a prospective dual-centre study. *Emerg Med J*. 2017;34:578-85.
- Yealy DM, Mohr NM, Shapiro NI, Venkatesh A, Jones AE, Self WH.

- Early care of adults with suspected sepsis in the emergency department and out- of-hospital environment: a consensus-based task force report. *Ann Emerg Med.* 2021;78:1-19.
- 11 Rubio-Díaz R, Julián-Jiménez A, González del Castillo J, García-Lamberechts EJ, Huarte Sanz I, Navarro Bustos C, et al. Capacidad del lactato, procalcitonina y criterios definitorios de sepsis para predecir mortalidad a 30 días, bacteriemia o infección confirmada microbiológicamente en los pacientes atendidos por infección en urgencias. *Emergencias.* 2022;34:182-90.
- 12 Julián-Jiménez A, González Del Castillo J, García-Lamberechts EJ, Huarte Sanz I, Navarro Bustos C, Rubio Díaz R, et al. A bacteraemia risk prediction model: development and validation in an emergency medicine population. *Infection.* 2022;50:203-21.
- 13 Llopis-Roca F, López Izquierdo R, Miró O, García-Lamberechts EJ, Julián-Jiménez A, González del Castillo J. Mapa de la situación actual de la atención a la sepsis en los servicios de urgencias españoles. *Rev Esp Quimioter.* 2022;35:192-203.
- 14 Julián-Jiménez A, García-Lamberechts EJ, González del Castillo J, Navarro Bustos C, Llopis-Roca F, Martínez-Ortiz de Zárate M, et al. Validación del modelo predictivo de bacteriemia (SMPB-Toledo) en los pacientes atendidos en el servicio de urgencias por infección. *Enferm Infecc Microbiol Clin.* 2022;40:102-12.
- 15 Yañez MC, Salido Mota M, Fuentes Ferrer M, Julián-Jiménez A, Piñera P, Llopis F, et al. Comparación de distintas estrategias para la predicción de muerte a corto plazo en el paciente anciano infectado. *Rev Esp Quimioter.* 2019;32:156-64.