



## CARTAS AL DIRECTOR

### Nuevas alternativas terapéuticas para la sepsis grave, pero sin olvidar los viejos retos: detección y manejo precoz de los pacientes

#### New management alternatives in severe sepsis, without losing sight of the old challenges: early detection and treatment

Sr. Director:

Hemos leído con gran interés el manuscrito de Loza et al<sup>1</sup>, recientemente publicado en Medicina Intensiva, excelente revisión que concluye que en el periodo 2004-2009 no hubo aportaciones como para realizar nuevas recomendaciones con evidencia suficiente en el tratamiento de la sepsis (S). Aunque, a la espera de los resultados de distintos estudios clínicos de la mano de las células madre y la genoterapia, como tratamiento adyuvante podríamos contar con el óxido nítrico inhalado, las estatinas y las inmunoglobulinas. Quedamos impacientemente a la espera. Pero mientras tanto tenemos desgraciadamente la certeza que en muchos centros no hemos conseguido mantener el cumplimiento de las medidas de la «Campaña sobrevivir a la sepsis»<sup>1</sup> de la mano de las recomendaciones que hace ahora 5 años el «grupo de trabajo de sepsis SEMES-SEMICYUC» culminó con un documento de consenso: recomendaciones del manejo diagnóstico-terapéutico inicial y multidisciplinario de la sepsis grave (SG) en los servicios de urgencias hospitalarios(SUH)<sup>2</sup>. Numerosos estudios y comunicaciones nos recuerdan que «no estamos cumpliendo»<sup>3</sup> y que cuando revisamos nuestros diagnósticos y procedimientos en los SUH descubrimos cómo las medidas terapéuticas pueden demorarse y/o las enfermedades tiempo-dependientes no llegan a ser detectadas, como ocurre con la SG, siendo en más del 70% de las ocasiones circunstancias evitables<sup>4</sup>. Estamos de acuerdo con Loza et al en que «es necesario analizar cuáles son las barreras organizativas que impiden en cada hospital no aplicar estos protocolos»<sup>1</sup>. El primer paso para la activación del «Código sepsis» es detectar a los pacientes con S-SG lo antes posible. Hemos conocido últimamente distintas experiencias similares a la nuestra en

las que manteniendo de forma periódica «la tensión sobre este proceso» con informaciones sobre resultados, acciones conjuntas formativas, etc., comprobamos que seguimos teniendo mucho campo de mejora en la aplicación de los paquetes de medidas y la detección y reconocimiento de estos enfermos. Así analizamos retrospectivamente (dos facultativos del SUH sin conocimiento del resto) las historias clínicas de los pacientes atendidos durante seis meses con procesos infecciosos comprobados y diagnosticados en el SUH o posteriormente (utilizando definiciones, criterios y actuaciones establecidos en el citado documento de consenso SEMES-SEMICYUC)<sup>2</sup> Utilizamos el paquete SPSS14.0 (t de Student y  $\chi^2$  corregida por Yates para las proporciones, considerando  $p < 0,05$ ). El diagnóstico de S, SG y shock séptico realizado por los médicos que atendieron a los pacientes respecto a los realizados por los revisores (con  $p < 0,05$ ) fue, respectivamente, solo del 41, 57 y 80%. Por ello, pese a que debemos estar constantemente buscando nuevas alternativas terapéuticas para la SG, no podemos olvidar que los viejos retos (detección del paciente con SG) no están ganados, es más, necesitan un nuevo impulso al que, como hemos hecho en nuestro centro, debemos incluir a los compañeros del Servicio de Emergencias Extrahospitalarias (SEE) al poner en marcha el código sepsis del Área de Salud de Toledo como proceso asistencial integral que se inicia y activa por el SEE (en la UVI móvil o domicilio del enfermo) o en el SUH y se continua en el servicio de Medicina Intensiva. Estamos convencidos que éste es el camino adecuado, reconociendo que quizás el grupo sepsis SEMES-SEMICYUC debe volver a retomar «la tensión y presión» de las recomendaciones diagnóstico-terapéuticas incluyendo a los SEE, que en determinadas comunidades manejan durante un tiempo precioso a estos enfermos hasta su llegada al hospital y deben decidir cómo hacer el traslado<sup>5</sup> e iniciar la administración del paquete de medidas habiendo recogido las muestras microbiológicas (hemocultivos) previo a la administración del antimicrobiano adecuado precozmente.

## Bibliografía

1. Loza A, León C, León A. Nuevas alternativas terapéuticas para la sepsis grave en el paciente crítico. Revisión. Med Intensiva. 2011;35:236-45.
2. León C, García-Castrillo L, Moya M, Artigas A, Borges M, Candel FJ, et al. Documento de consenso (SEMES-SEMICYUC). Recomendaciones del manejo diagnóstico-terapéutico

Véase contenido relacionado en DOI:  
[10.1016/j.medin.2010.10.002](https://doi.org/10.1016/j.medin.2010.10.002)

- inicial y multidisciplinario de la sepsis grave en los servicios de urgencias hospitalarios. *Med Intensiva*. 2007;31:375-87.
3. De Miguel-Yanes JM, Andueza-Lillo JA, González-Ramallo VJ, Pastor L, Muñoz J. Failure to implement evidence-based clinical guidelines for sepsis at the ED. *Am J Emerg Med*. 2006;24:553-9.
  4. Tomás S, Chanovas M, Roqueta F, Alcaraz J, Toranzo T, Grupo de trabajo EVADUR-SEMES. EVADUR: eventos adversos ligados a la asistencia en los servicios de urgencias de hospitales españoles. *Emergencias*. 2010;22:415-28.
  5. Cardenete C, Polo CE, Téllez G. Escala de valoración del riesgo del transporte interhospitalario de pacientes críticos:

su aplicación en el Servicio de Urgencias Médicas de Madrid (SUMMA112). *Emergencias*. 2011;23:35-8.

A. Julián-Jiménez\*, M.J. Palomo de los Reyes, N. Laín Terés y J. Estebaran Martín

*Servicio de Urgencias, Hospital Virgen de la Salud, Toledo, España*

\* Autor para correspondencia.  
Correo electrónico: [agustinj@sescam.jccm.es](mailto:agustinj@sescam.jccm.es)  
(A. Julián-Jiménez).

doi:10.1016/j.medin.2011.07.006

## El ritual de la falta de camas «aguas arriba»

### The ritual of the lack of beds "upstream"

Sr. Director:

Tras leer con interés la editorial de Colmenero<sup>1</sup> recientemente aparecida en su revista, creo pertinente añadir una reflexión en torno a las consecuencias que «aguas arriba», en los servicios de urgencias, acarrea la falta de camas en un servicio de medicina intensiva (SMI). En efecto, en una época donde la medicina evoluciona a una organización por procesos, con participación transversal y compleja de varias especialidades y profesionales, no parece lógico que el resultado de tales esfuerzos se vea condicionado por la falta de recursos estructurales. Son varios ya los trabajos que prueban cómo, a pesar de la instauración de códigos especiales de atención de los pacientes críticos en los servicios de urgencias<sup>2,3</sup>, los resultados alcanzados, cuando conviven con el colapso asistencial frecuente que se padece, son cuestionables<sup>4</sup>. «Aguas arriba», la ausencia de camas tiene un impacto notable en la calidad asistencial, a pesar de, en los últimos años, haber intentado paliar la situación con una mejora de la eficiencia en la gestión<sup>5</sup>. Sin embargo, estas soluciones, aptas para el enfermo convencional, no se han mostrado útiles en el paciente crítico, puesto que la complejidad de los medios técnicos de estas unidades dista mucho de las necesarias para estos pacientes. En estas circunstancias, a menudo se «fuerzan altas» desde el SMI para ingresar pacientes de urgencias. Colmenero se pregunta con qué frecuencia ello ocurre y a qué riesgo se somete a estos pacientes. Desde los servicios de urgencias no tenemos respuesta a estas preguntas, pero sí podemos describir los beneficios que estas actitudes, acortar la estancia en urgencias de nuevos pacientes críticos, produce «aguas arriba». En primer lugar, para el propio paciente que es sustraído de un entorno hostil y acogido, de forma precoz, en un SMI preparado física y tecnológicamente para su atención. En segundo lugar, para los nuevos pacientes que esperan visita en urgencias, que ven libera-

dos espacios asistenciales antes ocupados por pacientes en espera de cama. En tercer lugar, para el propio personal de urgencias, preparado para hacer frente a un problema agudo grave de cualquier paciente, pero no para continuar con determinados tratamientos o asistencias una vez razonablemente estabilizado, lo que también invariablemente conduce a frustración y desgaste profesional. En consecuencia, las incógnitas de Colmenero son razonables y merecen investigaciones futuras que las esclarezcan, que determinen su impacto, pero no sólo «aguas abajo», sino también «aguas arriba». Así analizado, el coste de oportunidad de no «forzar un alta» podría no ser admisible.

### Bibliografía

1. Colmenero M. El ritual de la falta de camas. *Med Intensiva*. 2011;35:139-42.
2. Aguirre A, Echarte JL, Mínguez S, Supervía A, Skaf E, Campodarve I. Implementación de un código sepsis grave en un servicio de urgencias. *Emergencias*. 2009;21:255-61.
3. Gómez-Angelats E, Bragulat E, Obach V, Gómez-Choco M, Sánchez M, Miró O. Resultados alcanzados con la puesta en marcha del circuito código ictus en un gran hospital: papel de urgencias y análisis de la curva de aprendizaje. *Emergencias*. 2009;21:105-13.
4. Juan A, Enjamio E, Moya C, García C, Castellanos J, Pérez JR, et al. Impacto de la implementación de medidas de gestión hospitalaria para aumentar la eficiencia en la gestión de camas y disminuir la saturación del servicio de urgencias. *Emergencias*. 2010;22:249-53.
5. Vidal B, Micó M, Abizanda R, Álvaro R, Belenguer A, Mateu L, et al. Sesgo de retraso en el ingreso en la Unidad de Cuidados Intensivos como causa de mal pronóstico o lead time bias. *Med Intensiva*. 2008;32:272-6.

M. Sánchez

*Àrea d'Urgències, Direcció Médica, Hospital Clínic de Barcelona, Universitat de Barcelona, Barcelona, España*  
Correo electrónico: [msanchez@clinic.ub.es](mailto:msanchez@clinic.ub.es)

doi:10.1016/j.medin.2011.07.007