



Revista Médica de Trujillo

Publicación oficial de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Trujillo - Perú

Carta al editor

¿Es necesario un código sepsis?

Is a sepsis patient care protocol necessary?

Fernando Arméstar^{1a}, Beatriz Catalán^{2b}, Sergio Martínez^{2b}, Regina Roig^{2b}

1 Servicio de Medicina Intensiva. Hospital Universitario Germans Trias i Pujol. Universidad Autónoma de Barcelona. España.

2 Servicio de Medicina Intensiva. Hospital Universitario Germans Trias i Pujol. Barcelona. España.

a Doctor en Medicina b Médico Cirujano

Citar como: Arméstar F, Catalán B, Martínez S, Roig R. ¿Es necesario un código sepsis? Rev méd Trujillo 2017;12(3):93-4

Señor editor,

Uno de los aspectos más importantes de los profesionales que nos dedicamos a la medicina es el intentar aliviar o curar las enfermedades de los pacientes que atendemos. Cuando nos enfrentamos a enfermedades potencialmente graves, sabemos que las posibilidades de muerte son altas. Cuando diagnosticamos cáncer en uno de nuestros pacientes, por ejemplo, sabemos tanto nosotros, como el paciente, que su posibilidad de muerte se incrementará. Sin embargo, cuando nos enfrentamos a las infecciones, no hay esa conciencia tan marcada.

A pesar del avance tecnológico actual, las infecciones graves que terminan desarrollando un cuadro de disfunción de órganos (pudiendo afectar a cualquier órgano)¹, llamado sepsis y, en su forma más grave, shock séptico, son una de las causas más frecuentes de mortalidad en todo el mundo, siendo responsables no sólo del

fallecimiento de pacientes sin ninguna enfermedad asociada; sino también, puede ser la causa de muerte en pacientes que padezcan otras enfermedades como el cáncer, Diabetes Mellitus entre otras.²

Ante esta realidad, la pregunta que se puede realizar en países como el nuestro es: ¿sería necesario establecer una actuación prioritaria para los pacientes con sepsis?. Dicho de otra manera: ¿es necesario un código sepsis en los hospitales y centros de salud?.

Para resolver a esta pregunta habría que conocer experiencias previas. Por ejemplo, en España la aplicación de un paquete de medidas en forma de protocolos locales para realizar de forma rutinaria la atención de pacientes con sepsis está siendo cada vez más habitual. Es decir que todo paciente que tenga síntomas, signos y análisis que hagan que se sospeche sepsis estará sujeto a una actuación rutinaria cuyo objetivo es una atención rápida,

protocolizada y completa para evitar su muerte. Esta forma de actuación ha disminuido de forma objetiva la mortalidad, sobre todo cuando hablamos de centros de salud que no tienen protocolos de actuación.^{3,4,5}

Sin embargo, el código sepsis no está exento de problemas. Entre ellos está la toma de conciencia de la importancia del manejo del enfermo con sepsis, por parte de las autoridades de salud y las del propio centro. Esta toma de conciencia es imprescindible para que destine recursos a la atención de esta patología. Los recursos tendrían que fortalecer tres pilares básicos. El primero, la parte de personal destinado a la atención, después los insumos para los exámenes de laboratorio y por último la formación de todo el personal implicado. Esta inversión no es una mala gestión sanitaria, más bien todo lo contrario. Si logramos realizar una atención de mayor calidad, los pacientes tendrán más posibilidades no sólo de sobrevivir; sino también de menos morbilidades asociadas a las infecciones graves y menores estancias hospitalarias. Los estudios de rentabilidad económica son claros. Invertir en mejorar el sistema sanitario no generan más gastos; sino

más bien ahorran al disminuir mortalidad, morbilidad, estancias hospitalarias y ahorro en tratamientos no prescritos adecuadamente.

En conclusión, la utilización de un código sepsis en nuestros hospitales sería una forma efectiva de reducir la morbilidad, mortalidad y costes sanitarios. Su implementación sería de gran ayuda para mejorar la atención sanitaria del enfermo con sepsis.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Soultati A, Dourakis SP. Liver dysfunction in the intensive care unit. *Ann Gastroenterol* 2005, 18:35-45.
2. Angus DC, Linde-Zwirble WT, Lidicker J, Clermont G, Carcillo J, Pinsky MR. Epidemiology of severe sepsis in the United States: analysis of incidence, outcome, and associated costs of care. *Crit Care Med.* 2001;29:1303-10.
3. ProCESS Investigators, Yealy DM, Kellum JA, Huang DT, Barnato AE, Weissfeld LA, et al. A Randomized Trial of Protocol-Based Care for Early Septic Shock. *N Engl J Med* 2014;370:1683-93.
4. Jones SL1, Ashton CM, Kiehne L, Gigliotti E, Bell-Gordon C, Disbot M, Masud F, Shirkey BA, Wray NP. Reductions in Sepsis Mortality and Costs After Design and Implementation of a Nurse-Based Early Recognition and Response Program. *Jt Comm J Qual Patient Saf.* 2015;41:483-91
5. Damiani E, Donati A, Serafini G, et al: Effect of performance improvement programs on compliance with sepsis bundles and mortality: a systematic review and meta-analysis of observational studies. *PLoS One* 2015; 10:e0125827.