

EDITORIAL

Vol. 37. No. 4 Octubre-Diciembre 2014
pp 233-234

Anestesia y sepsis

Dr. José Manuel Portela-Ortiz

* Médico Anestesiólogo. Departamento de Anestesiología. Hospital Ángeles Pedregal.

Solicitud de sobretiros:

Dr. José Manuel Portela-Ortiz
Hospital Ángeles Pedregal.
Camino a Sta. Teresa 1055, Magdalena Contreras,
Héroes de Padierna, 10700 Ciudad de México, D.F.
Teléfono: 5449 5500. Extensión 4074
Consultorio 1074
E-mail: jmportela55@gmail.com

Este artículo puede ser consultado en versión completa en
<http://www.medigraphic.com/rma>

A casi 15 años del artículo del Dr. Rivers sobre el manejo de la sepsis que desencadenó un esfuerzo internacional para el manejo adecuado de esta entidad nosológica que ocupa el 25% de las camas de las unidades de terapia intensiva en EUA con una incidencia de 650,000 casos anuales y una mortalidad entre el 30 y 50% es pertinente revisar cuáles han sido los avances y el papel que el anestesiólogo desempeña en su manejo.

El primer concepto capital es que al igual que en el infarto al miocardio, cerebral o el politrauma existe una ventana de oportunidad que debemos aprovechar. En el caso de la sepsis, ésta es: las primeras seis horas, las «horas doradas», donde se dirime el pronóstico del paciente. De ahí que la identificación temprana sea vital y el conocimiento de las manifestaciones clínicas y de laboratorio de suma importancia.

Los conceptos más importantes –actualmente validados para el manejo del paciente séptico– incluirían:

La administración temprana de un antibiótico adecuado en forma empírica dentro de las primeras horas disminuye significativamente la mortalidad, tomando en consideración que los gérmenes gram positivos y los hongos constituyen un porcentaje mayoritario en la actualidad.

La infusión de líquidos en la fase inicial debe realizarse en forma rápida pero cuidadosa, considerando que a un mayor balance positivo corresponde una mayor mortalidad, tiempo de estancia en UTI y tiempo en ventilación mecánica.

De los líquidos, el de elección es el Ringer lactado, ya que tanto los almidones como la solución salina aumentan la mortalidad. El uso de albumina quedaría probablemente restringido a pacientes cirróticos, ya que en los demás grupos de pacientes no ofrece ventajas y sí sobrecostos.

El «Santo Grial», para dosificar los líquidos, aún no lo hemos encontrado, dada la demostración de que los métodos estáticos (PVC y PCP) no son útiles y los dinámicos tienen limitaciones significativas, amén de que estudios recientes han mostrado que no son superiores en el manejo de los pacientes.

La visión holística de la resucitación es la más adecuada, conjugando los datos clínicos de presiones, metabólicos y posiblemente de la microvasculatura.

Los centros con actividad académica y con protocolos de manejo, en general, logran mejores resultados.

El control de la fuente de infección debe de realizarse en forma expedita y si requiere una intervención quirúrgica en el paciente sumamente grave, se deberán aplicar criterios de cirugía de control de daños.

La utilización de vasopresores deberá ser en forma temprana de no haber respuesta inicial a los líquidos, siendo la norepinefrina la primera elección. La epinefrina y la vasopresina pueden utilizarse para disminuir la dosis de norepinefrina o para potenciar su efecto.

Una presión arterial media de 65 es suficiente, pues presiones arteriales medias superiores producen una mayor incidencia de arritmias.

Los esteroides sólo deberán de ser utilizados ante choque refractario, definido como ausencia de respuesta adecuada a líquidos y vasopresores, al ser utilizados a dosis moderadas (200 mg/24 horas).

El uso de productos hemáticos aumenta la morbimortalidad, por lo cual su utilización será con criterios estrictos.

La ventilación mecánica protectora deberá utilizarse en todos los pacientes con daño pulmonar y muy probablemente en todos los pacientes.

El control estricto de la glucosa causa más daños que beneficios.

El uso del etomidato en los pacientes sépticos parece aumentar la mortalidad.

No existe una «bala de plata» tan buscada, siendo el último gran intento la proteína C activada.

La historia proseguirá los conceptos actuales; se modificarán, nuestra comprensión será distinta y nuestro acercamiento conceptual también; en fin que, como todo, sólo el cambio persistirá.

Octubre de 2014.