



UNIVERSIDAD DEL SURESTE

“SEPSIS”

**ALUMNA: ALEJANDRA VELASQUEZ
CELAYA**

SEMESTRE: 8º

DOCENTE: DR. ALFREDO LOPEZ LOPEZ

ASIGNATURA: URGENCIAS MEDICAS

**TUXTLA GUTIERREZ, CHIAPAS,
OCTUBRE 2021**

La sepsis es una respuesta sistémica y perjudicial del huésped a la infección que provoca la sepsis grave y choque septicémico

DEFINICION

- **Sepsis:** síndrome de respuesta inflamatoria sistémica con sospecha de infección o infección documentada.
- **Sepsis grave:** síndrome de sepsis asociada con disfunción orgánica, anomalías de la perfusión o hipotensión dependiente de la sepsis y que responde a la adecuada administración de líquidos.
- **Choque séptico.** Sepsis grave con hipotensión que no responde a la reanimación con líquidos.

FACTORES DE RIESGO

Cualquier paciente tiene riesgo de desarrollar sepsis, este se incrementa en los extremos de la vida (<1 año y >60 años), en pacientes inmunocomprometidos, con presencia de enfermedades subyacentes, uso previo de antibióticos, resistencia bacteriana hospitalaria, procedimientos invasivos, heridas y traumatismos, adicciones (alcohol y drogas).

DIAGNOSTICO

La presencia de manifestaciones de disfunciones orgánicas secundarias a hipoperfusión en un paciente séptico, establecen el diagnóstico clínico de *sepsis grave*, que para su confirmación requiere de estudios de laboratorio

La falla circulatoria aguda caracterizada por hipotensión persistente secundaria no explicable por otras causas, es definitoria de *choque séptico*.

Se recomienda el monitoreo continuo de:

- Frecuencia Respiratoria
- Presión Arterial
- Presión Arterial Media (la hipotensión se refiere a: PAS <90 mm Hg, PAM <70 mmHg, o descenso >40 mm Hg de la basal)
- Frecuencia Cardíaca
- Temperatura corporal
- Volúmenes urinarios horarios
- Alteraciones del estado mental y
- Velocidad de llenado capilar

PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

- Para confirmar el diagnóstico de SRIS, y los procesos sépticos, además de los datos clínicos se requiere documentar en la citología hemática la presencia de: leucocitosis >12,000, o leucopenia <4000, o bandemia >10%
- Los niveles séricos de procalcitonina se elevan a partir de las 6 h de inicio de la sepsis. Se deben determinar los niveles de procalcitonina plasmática desde la sospecha de sepsis, y cada 24 horas posteriores a su detección.

- Los reactantes de fase aguda como la Proteína C reactiva (PCR) se elevan como respuesta del proceso inflamatorio >2 desviaciones estándar (DS) de su valor normal o >50 mg/L
- La hiperlactacidemia puede ser un indicador de hipoperfusión en pacientes normotensos >1 mmol/L. Es indispensable contar con la determinación de lactato, cuando no es posible, se utiliza el déficit de base como medida equivalente
- Se debe realizar toma de hemocultivos en forma obligada previo al inicio de la terapia antimicrobiana. Cuando se sospecha infección relacionada a catéter vascular, se recomienda efectuar la toma de hemocultivos central y al menos un periférico por punción venosa y valorar el retiro de este dispositivo de acuerdo a la evolución del paciente o en función del germen identificado, y a su retiro enviar a cultivo la punta del catéter.

MANEJO

Resucitación inicial

La resucitación inicial es el manejo adecuado del paciente a la llegada a urgencias, después de la valoración inicial y el diagnóstico de sepsis. Este manejo debe realizarse en las primeras 6 horas y las guías de manejo de Sobrevivir a la sepsis agregan a las metas de las primeras 6 horas otros objetivos a las 3 horas que permiten tratar adecuadamente al paciente y mejorar el pronóstico.

Metas de resucitación en las primeras 6 horas:

- Presión venosa central 8-12 mmHg
- Presión arterial media > 65 mmHg
- Uresis media horaria ≥ 0.5 mL/kg/h
- Saturación de oxígeno venoso central 70% o de sangre mezclada 65%

Metas adicionales

Completar a las 3 horas

- Medición de la concentración de lactato
- Obtener las muestras para los cultivos
- Administrar antibióticos de amplio espectro
- Administrar 30 mL/kg de cristaloides para el tratamiento de la hipotensión o el lactato ≥ 4 mmol/L

Completar a las 6 horas

- Aplicar vasopresores en caso de hipotensión que no responde a terapia de resucitación hídrica para mantener una presión arterial media ≥ 65 mmHg
- En los casos que persistan con hipotensión a pesar de la resucitación hídrica o la concentración de lactato se mantenga ≥ 4 mmol/L está indicado medir la presión venosa central, medir la saturación venosa central de oxígeno Nueva medición de lactato y verificar si está elevado

Una vez resuelta la hipoperfusión cuando no exista isquemia miocárdica, hipoxemia grave, hemorragia aguda, enfermedad cardíaca cianótica o acidosis láctica, se

recomienda la transfusión de concentrados eritrocitarios cuando la hemoglobina se encuentre por debajo de 7.0 g/dL, el objetivo es mantenerla entre 7 y 9 g/dL. NO se debe utilizar eritropoyetina para el tratamiento de la anemia asociada a sepsis grave o choque séptico.

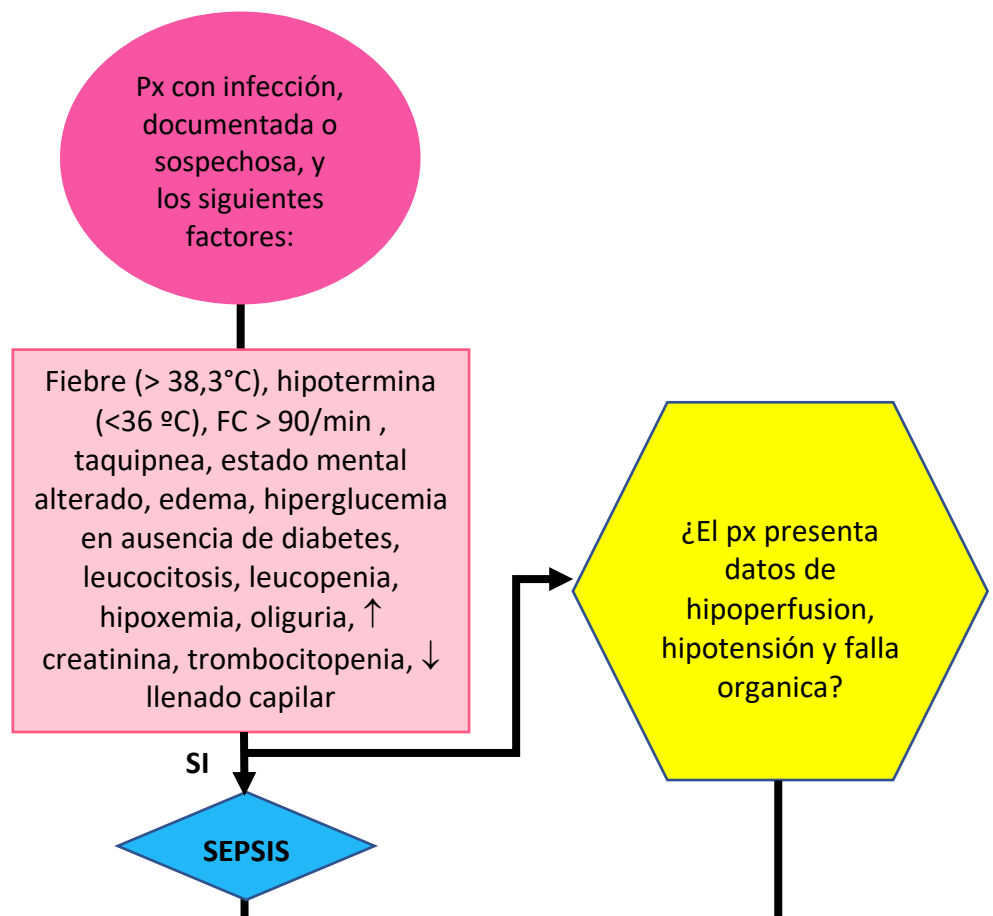
Para la prescripción de antimicrobianos se recomienda basarse en el diagnóstico infectológico, el o los microorganismos identificados o su sospecha y en los patrones de resistencia y sensibilidad propios del hospital y NO utilizar esquemas cíclicos de antimicrobianos

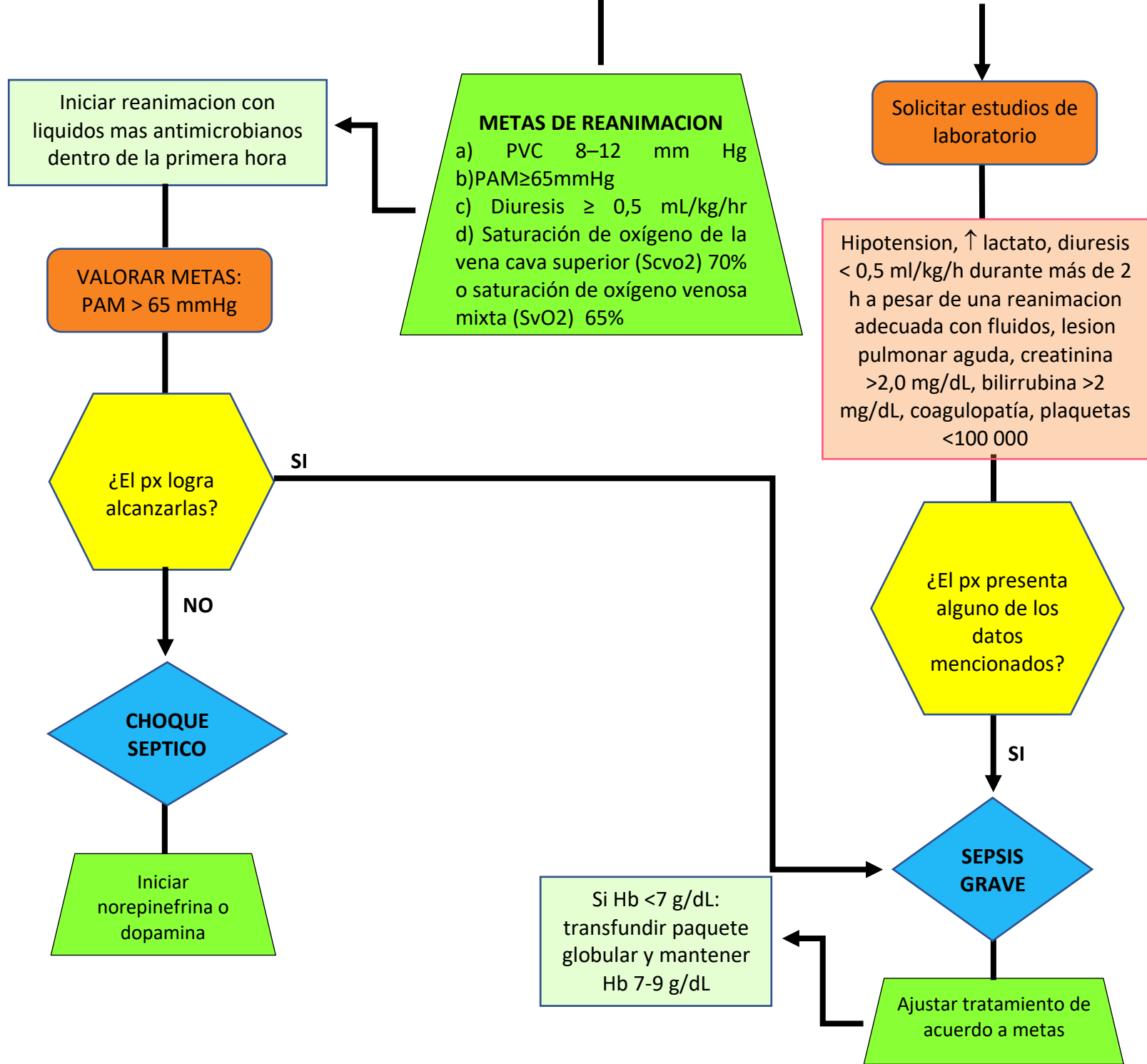
Se han considerado tres entidades prioritarias que requieren inicio inmediato de terapia antimicrobiana empírica: sepsis (primaria y secundaria), neumonía (adquirida en la comunidad y nosocomial) e infecciones intraabdominales. La combinación de antimicrobianos contra microorganismos Gram positivos y Gram negativos cuando se utiliza en las primeras horas, tiene un efecto sinergista, lo que reduce la emergencia de resistencia bacteriana o superinfecciones.

CONCLUSIONES

La respuesta metabólica a la sepsis se distingue por pérdida proteica que origina disminución de la masa visceral capaz de conducir a alteraciones funcionales con consecuencias clínicas significativas, como la fatiga muscular que implica problemas en la recuperación de la función ventilatoria. Las alteraciones en el metabolismo hidrocarbonado también pueden tener repercusiones en la evolución de los pacientes.

El tratamiento antibiótico y las medidas de soporte hemodinámico y ventilatorio constituyen la base del tratamiento de los pacientes sépticos, otras medidas, como el soporte metabólico y nutricional, también deben considerarse en las fases iniciales con objeto de contribuir a la recuperación de los pacientes.





Solicitar estudios de laboratorio

Hipotension, ↑ lactato, diuresis < 0,5 ml/kg/h durante más de 2 h a pesar de una reanimacion adecuada con fluidos, lesion pulmonar aguda, creatinina > 2,0 mg/dL, bilirrubina > 2 mg/dL, coagulopatía, plaquetas < 100 000

¿El px presenta alguno de los datos mencionados?

SEPSIS GRAVE

Si Hb < 7 g/dL: transfundir paquete globular y mantener Hb 7-9 g/dL

Ajustar tratamiento de acuerdo a metas

METAS DE REANIMACION
 a) PVC 8-12 mm Hg
 b) PAM ≥ 65 mmHg
 c) Diuresis ≥ 0,5 mL/kg/hr
 d) Saturación de oxígeno de la vena cava superior (Scvo2) 70% o saturación de oxígeno venosa mixta (SvO2) 65%

Iniciar reanimacion con liquidos mas antimicrobianos dentro de la primera hora

VALORAR METAS: PAM > 65 mmHg

¿El px logra alcanzarlas?

CHOQUE SEPTICO

Iniciar norepinefrina o dopamina

BIBLIOGRAFÍA

- Diagnóstico y Tratamiento de Sepsis Grave y Choque Séptico en el Adulto. México: Instituto Mexicano del Seguro Social; 2009.
- Neukölln, V. K. (2013). Campaña para sobrevivir a la sepsis: recomendaciones internacionales para el tratamiento de sepsis grave y choque septicémico, 2012.