



SEPSIS Y SHOCK SEPTICO

Rojas torres Priscila Vanesa

Enfermedades infecciosas

6 semestre

Priscila

La Sepsis es un síndrome clínico caracterizada por una respuesta inflamatoria sistémica desencadenada por un proceso infeccioso SRIS, provocando un daño tisular generando y creando una cadena de eventos que incrementa y generaliza aún más dicho daño tisular y disfunción de órganos, que potencialmente es letal. Sepsis = SRIS + Evidencia o sospecha clínica de infección. La sepsis es un proceso continuo y dinámico, difícil de explicar y de entender, pero desde el punto de vista docente y asistencial es necesario establecer unos criterios que nos permitan detectar rápidamente al paciente que se encuentra en situación de gravedad, y que es el paciente que va a beneficiarse de la inclusión del "Código Sepsis". Existen distintos estadios de gravedad que van desde la sepsis leve al shock séptico

Se reconoce clínicamente por dos o más de los siguientes criterios:

- Fiebre $>38.3^{\circ}\text{C}$ o 90 lpm · Frecuencia respiratoria > 20 rpm. $\text{pCO}_2 < 32$ mmHg. · Leucocitosis > 12.000 o < 4.000 o $>10\%$ formas inmaduras El SRIS puede aparecer en diversas situaciones como las siguientes:

- Sepsis · Pancreatitis agudas graves · Grandes quemados · Politraumatismos · Postoperados de cirugía mayor · Síndrome post cirugía cardíaca · Vasculitis sistémicas · Necrosis tisulares extensas · Enfermedades autoinmunes · Síndrome antifosfolipídico primario

SRIS secundario a infección Cualquier infección sospechada o documentada con manifestaciones sistémicas de infección (cualquiera de las siguientes

Variables generales: · Temperatura $> 38.3^{\circ}\text{C}$ o $< 36^{\circ}\text{C}$ · Frecuencia cardíaca > 90 lpm · Frecuencia respiratoria > 20 rpm o PaCO_2 20 mls/kg/h en 24 horas) · Hiperglucemia > 140 mg/dL en ausencia de diabetes

Variables inflamatorias · Leucocitosis > 12.000 o leucopenia < 4.000 · Recuento de leucos normal con más del 10% de formas inmaduras · PCR o PCT en plasma superior al doble del valor normal

Evaluación inicial de la Sepsis Se realizará la valoración clínica inicial del paciente: anamnesis, exploración física por aparatos y sistemas, toma de constantes (TA, FC, FR, Temp, satO₂, GD, GCS) y revisión de la historia clínica del paciente prestando especial atención a la presencia de aquellos factores que pueden favorecer la aparición de Sepsis grave o Shock séptico: · Edad del paciente (más frecuente en pacientes ancianos) · Pacientes institucionalizados · Pacientes portadores de dispositivos intravasculares (port-a-cath, vías periféricas en pacientes en UHD, etc...) · Pacientes portadores de sonda vesical permanente · Pacientes oncológicos (principalmente aquellos en tratamiento activo) · Pacientes inmunodeprimidos (p.ej. VIH) o en 63 Revista "Cuadernos" Número Especial 1-2019 Ac. Dr. Verra-Carrasco
O

tratamiento inmunosupresor · Pacientes con ingresos recientes · Pacientes que han requerido técnicas invasivas en días previos (paracentesis, toracocentesis...) · Toma de antibióticos en días previos Exploraciones complementarias iniciales · Monitorización · ECG de 12 derivaciones · Canalización de dos vías periféricas gruesas · Extracción de analítica - Hemograma - Bioquímica (incluyendo perfil hepatobiliar y procalcitonina) - Coagulación - Gasometría (arterial o venosa en función de la clínica del paciente) - Orina anormales y sedimento - Valorar necesidad de otras analíticas (p.ej. perfil cardio, dímero D...) en función de la clínica del paciente y la eventual necesidad de realizar diagnósticos diferenciales Diagnóstico diferencial Existe una gran cantidad de patologías que pueden simular una sepsis grave (SG) o shock séptico (SS) y que requerirán que el facultativo se plantee el diagnóstico diferencial ante una situación de posible SG/SS: - Infarto agudo de miocardio - Pancreatitis aguda - Insuficiencia suprarrenal aguda - Tromboembolismo pulmonar

SHOCK SÉPTICO Hipotensión inducida por sepsis que persiste a pesar de la reanimación adecuada con fluidos y en ausencia de otras causas. Los pacientes con shock séptico pueden identificarse con hipotensión persistente que requiere vasopresores para mantener PAM \geq 65mmHg y tener un nivel de lactato sérico $>$ 2 mmol/L (18mg/dl) a pesar de la reanimación volumétrica adecuada. A pesar de la administración durante al menos una hora de cristaloides a 30 ml/kg/h, el shock séptico se caracteriza por la presencia de lo siguiente: · Hipotensión (TAS $<$ 4 mmol/L Ó · Dos ó más de los siguientes criterios: - Acidosis metabólica, déficit de bases $>$ 5mEq/L - Oliguria $<$ 0.5 ml/kg/h - Relleno capilar prolongado

Síndrome de disfunción orgánica múltiple o disfunción multiorgánica (MODS): Es la progresiva disfunción de órganos donde la homeostasis no puede ser mantenida sin intervención

MANEJO TEMPRANO Y REANIMACIÓN DE LOS PACIENTES CON SEPSIS O SHOCK SÉPTICO A.

Resucitación Inicial

1. Comenzar inmediatamente el tratamiento y la reanimación de la sepsis y el shock séptico ya que son emergencias médicas.
2. En la reanimación de la hipoperfusión inducida por sepsis se recomienda administrar al menos 30 ml/kg de líquidos cristaloides IV en las primeras 3 horas
3. Después de la reanimación inicial mediante el aporte líquido, la continuación de la administración de líquidos adicionales debe guiarse por frecuentes reevaluaciones del estado hemodinámico.

4. Si el examen clínico no conduce a un diagnóstico, se recomienda mayor evaluación hemodinámica (por ej., evaluación de la función cardíaca) para determinar el tipo de shock.

5. Para predecir la capacidad de respuesta al aporte líquido se sugiere utilizar variables dinámicas en vez de variables estáticas, siempre que estén disponibles

6. Se recomienda una presión arterial media inicial de 65 mm Hg en pacientes con shock séptico que requieren vasopresores.

7. Guiar la reanimación para normalizar el lactato en pacientes con niveles elevados de lactato como marcador de hipoperfusión tisular.

B. Cribado de la sepsis y mejoramiento del rendimiento

1. Se recomienda que los hospitales y sistemas hospitalarios tengan un programa para el mejoramiento del rendimiento de sepsis, incluyendo la detección de la sepsis en la enfermedad aguda en pacientes de alto riesgo

Diagnóstico

1. En los pacientes con sospecha de sepsis o shock séptico se recomienda realizar cultivos microbiológicos (incluyendo el hemocultivo) antes de comenzar la terapia antimicrobiana, si es que esta elección no provoca un retraso en el inicio de los antimicrobianos.
2. Control del origen de la infección 1. En los pacientes con sepsis o shock séptico, se recomienda realizar un diagnóstico anatómico de la infección para el control de la fuente emergente o para proceder a su exclusión lo más rápido posible, y hacer la intervención requerida para el control de la fuente en el momento de la intervención médica y que sea logísticamente posible después del diagnóstico.
3. Terapia de fluidos 1. Se recomienda hacer una sobrecarga líquida durante la continuación de la administración, tanto tiempo como los factores hemodinámicos sigan mejorando. 2. Se recomiendan los cristaloides ya que son los líquidos de elección para la reanimación y el subsiguiente reemplazo del volumen intravascular en pacientes con sepsis y shock séptico. 3. Para la reanimación con fluidos de los pacientes con sepsis o shock séptico se sugiere usar cristaloides balanceados o solución salina.
4. Medicamentos vasoactivos 1. Tratamiento con vasopresores al inicio para lograr un objetivo de presión arterial media (PAM) de 65 mm Hg (grado 1C). 2. Norepinefrina como vasopresor es la primera elección en sepsis grave y shock séptico (grado 1B). 3. Epinefrina (añadida a la norepinefrina o como sustituto de esta) cuando se necesite mantener una presión arterial adecuada (grado 2B). 4. Puede usarse Dopamina como agente vasopresor alternativo a norepinefrina solo en pacientes seleccionados (por ejemplo paciente con riesgo bajo de taquiarritmias y bradicardia absoluta o relativa) (grado 2C). 5. 5.- No se

recomienda fenilefrina en el tratamiento del shock séptico (grado 1C). 6. No utilizar dopamina de baja dosis para protección renal (grado 1A)