

	NOMBRE DEL PROTOCOLO Sepsis grave de foco no filiado	Fecha: Enero 2012 Revisado Marzo 2015
		Elaborado por: Raquel Durá Navarro SARTD
Comisión de Infecciones y Política Antibiótica		Páginas:1-5

1.- OBJETIVO Y JUSTIFICACIÓN

Detección y tratamiento precoz de la sepsis grave en pacientes que ingresan ó están ingresados en el hospital y tienen una historia clínica sugestiva de infección, con el fin de optimizar el tratamiento inicial, valorar de la repuesta al mismo, y buscar los criterios de gravedad que implican medidas más avanzadas de control y tratamiento entre las que puede estar incluida el ingreso en URCC, pudiendo todo ello mejorar la morbi-mortalidad asociadas a la sepsis grave y el shock séptico.

A pesar de los avances en el tratamiento antibiótico y las medidas para modular la respuesta inmunitaria, la sepsis continúa teniendo una elevada mortalidad, que alcanza más del 40% en las formas de sepsis grave o shock séptico, y su incidencia va en aumento. Existe en la actualidad suficiente evidencia científica para afirmar que la aplicación precoz y dirigida de una serie de medidas diagnóstico-terapéuticas, entre las que se incluyen el tratamiento antibiótico y el soporte hemodinámico adecuado, mejoran de manera significativa la supervivencia. También existe el conocimiento de que el seguimiento de estas medidas tiene un cumplimiento escaso en todos los entornos hospitalarios. La sepsis requiere una identificación rápida y un tratamiento inmediato, pasando de esta forma a engrosar el grupo de enfermedades tiempo-dependientes, entendiéndose como tales aquellas en las que el retraso diagnóstico o terapéutico influye negativamente en la evolución del proceso y una actuación adecuada puede modificar sustancialmente el pronóstico de los pacientes.

2.- DEFINICION SEPSIS GRAVE/SHOCK SEPTICO

⇒ **Sepsis:** respuesta inflamatoria sistémica a la infección. Evidencia o sospecha razonada de infección con dos o más de los siguientes parámetros atribuidos a este episodio de sepsis:

- ¥ Temperatura > 38° o < 36°
- ¥ Frecuencia cardiaca > 90 lpm
- ¥ Frecuencia respiratoria: > 20 rpm o pCO₂< 32mmHg
- ¥ Leucocitos: >/=12000 ó </= 4000 ó > 10% cayados

¥ **Con**

⇒ **Fracaso de más de un órgano o sistema:**

- ¥ **Cardiovascular:** presión arterial sistólica ≤ 90 mmHg o presión arterial media $\leq 65-70$ mmHG mantenidas al menos después de 1 hora de adecuada reposición de fluidos, estado adecuado del volumen intravascular o que se precise el uso de vasopresores con la intención de mantener una PAS ≥ 90 mmHg o una PAM ≥ 70 mmHg.
- ¥ **Respiratorio:**
 - PaO₂/FiO₂ ≤ 250 si existe afectación de otros órganos o sistemas.
 - PaO₂/FiO₂ ≤ 200 si es sólo el pulmón el órgano disfuncionante.
- ¥ **Renal:** volumen urinario $< 0,5$ ml/kg/hora durante una hora a pesar de una reposición líquida adecuada.
- ¥ **Acidosis metabólica inexplicable:** pH $\leq 7,30$ o déficit de bases ≥ 5 en asociación con niveles de ácido láctico 1,5 veces mayor al valor más alto de normalidad del laboratorio.
- ¥ **Hematológico:** recuento de plaquetas < 80000 o haber disminuido un 50% en los tres últimos días.

3.- DIAGNÓSTICO

- CLINICO:

a) Anamnesis y exploración física:

- ¥ Fundamental la orientación sindrómica inicial para intentar identificar el posible foco.
- ¥ Evaluar periódicamente la aparición de criterios de SRIS y/o Disfunción Orgánica/Shock Séptico
- ¥ Valorar probable origen de la infección: comunitaria, nosocomial y/o asociada a cuidados sanitarios

¥ b) Exploraciones complementarias:

- ¥ Hemograma (recuento y fórmula leucocitaria)
- ¥ Estudio de coagulación (plaquetas, dímero D y fibrinógeno),
- ¥ Bioquímica básica (con glucosa, iones, calcio, urea, creatinina, AST, ALT, bilirrubina y lactato)
- ¥ Gasometría arterial o venosa
- ¥ Sedimento de orina,
- ¥ Radiografía de tórax
- ¥ Electrocardiograma
- ¥ PCR/PCT

c) Valorar otras pruebas complementarias a criterio médico: Rx tórax/abdomen. TAC y/o ecografía abdominal

d) Evaluar la presencia de un posible foco de infección susceptible de medidas terapéuticas (cirugía / drenaje / desbridamiento)

- MICROBIOLÓGICO: extracción de muestras microbiológicas previas a la administración de antibiótico

- a) 2 hemocultivos, 1 de vía si < 48h (venopunción)
- b) Si portador de vía central > 48h: hemocultivo pos cada una de las luces
- c) Otros cultivos según foco probable y a criterio del médico responsable. **(ANEXO 1)**
- d) Valorar repetir tras 48-72 h de inicio/cambio de antibióticos, si no mejoría clínica o empeoramiento, con ausencia de resultado microbiológico positivo

4.- TRATAMIENTO ANTIBIOTICO EMPIRICO DEL PACIENTE CON SEPSIS GRAVE /SHOCK SEPTICO DE FOCO NO FILIADO(ANEXO 2)

- ⇒ Tratar con antibióticos que cubran “gram positivos y negativos”, a las dosis máximas recomendadas, ajustando por función renal.
- ⇒ Administrar en la primera hora tras el diagnóstico. No demorar
- ⇒ Valorar modificación/desescalamiento/48-72 h en los casos de tratamiento empírico, en función de los resultados microbiológicos y evolución clínica.

Origen extrahospitalario y sin tratamiento antibiótico previo y paciente inmunocompetente	Pacientes hospitalizados o con tratamiento antibiótico previo y/o con hospitalizaciones recientes o posibles infecciones asociadas a cuidados hospitalarios, neutropénicos o inmunodeprimidos
--	--

<p style="text-align: center;"> Imipenem 1 g c /6h iv o Meropenem 2 g c / 8 h iv o Doripenem 1 g c / 8 h o Piperazilina-tazobactam 4,5 g c / 6 h iv + Amikacina 15-20 mg/ Kg/día + TTO activo frente a SARM Linezolid 600 mg iv c /12h Daptomicina 6-10 mg/Kg/ 24h iv </p> <p>SOLO SI:</p> <ul style="list-style-type: none"> ⇒ Antecedente de colonización por SARM ⇒ Procede de residencia geriátrica con SARM ⇒ Programa de hemodiálisis ⇒ Elevada prevalencia de SARM comunitario 	<p style="text-align: center;"> Meropenem 2 g c / 8 h iv + Amikacina 15-20 mg/ Kg/día + Linezolid 600 mg iv c /12h o Daptomicina 6-10 mg/Kg/24h iv </p>
---	---

⇒ **SITUACIONES ESPECIALES:** añadir **antifúngico (equinocandina: capofungina, micafungina, anidulafungina)** en caso de:

- Paciente oncológico con neutrocitopenia postquimioterapica
- Paciente URCC de larga evolución (> 7 días)y factores de riesgo (*Cándida Score*)
- Receptores de trasplante de organo sólido o TPH
- Colonización multifocal por *Cándida spp*
- Nutrición parenteral
- Pancreatitis grave
- Cirugía abdominal reciente
- Insuficiencia renal con técnicas de reemplazo

- **5.- BIBLIOGRAFÍA**

- ¥ Definitions for sepsis and organ failure guidelines for the use of innovative therapies in sepsis consensus conference. ACCP/SCCM consensus conference. *Critical care medicine* 1992;20:864-874
- ¥ 2001 SCCM/ESICM/ACCP/ATS/SIS international sepsis definitions conference. *Critical care medicine* 2003; 31(4): 1250-1256
- ¥ Surviving Sepsis Campaign: International guidelines for management of severe sepsis and septic shock: 2013. *Crit Care Med* 2013 Vol. 36, No. 1
- ¥ Mandell. Principles and practice of infectious diseases. Sixth edition.

Copyright © 2008 Elsevier Inc.

- ¥ Harrison's Principles of Internal Medicine, 16th ed by Dennis L. Kasper et al. Copyright © 2005 by The McGraw-Hill Companies, Inc.
- ¥ Design of a 'day 3 bundle' to improve the reassessment of inpatient empirical antibiotic prescriptions. *Journal of Antimicrobial Chemotherapy Advance Access published March 26, 2008*
- ¥ Desescalada terapéutica en pacientes críticos: Una nueva formulación de dos viejas estrategias. *Med Intensiva*. 2005;29(8):430-3
- ¥ J. Mensa et al. 2014 Guía de terapéutica antimicrobiana.