ESCALAS:



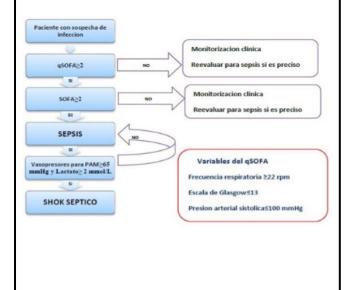
qSOFA		1	VALOR PREDICTIVO SIMILAR AL SOFA: Permite detectar	
Neurológico	Alt. Nivel de consciencia	Glasgow ≤ 13	pacientes con sospecha de	
Cardiovascular	TAS	≤ 100mmHg	infección	
Respiratorio	FR	≥22rpm	(1º valoración)	

→ SOSPECHA SEPSIS: qSOFA ≥2 (mortalidad >10%)

SOFA	0	1	2	3	4
Respiración (PaO2/FiO2 ó SO2/FiO2)	≥400	<400 221-301	<300 142-220	<200 67-141	<100 <67
Coagulación (Plaquetas)	>150	<150	<100	<50	<20
Hígado (Bilirrubina)	<1,2	1,2-1,9	2,0-5,9	6,0-11,9	>12,0
Cardiovascular (TA)	PAM≥70	PAM<70	Dopa a dosis <5 o Dobuta a cualquier dosis	Dopa a 5,1-15 o Epinefrina a ≤ 0,1 o Norepinefrina a ≤ 0,1	Dopa a >15 o Epinefrina > 0,1 o Norepinefrina >0,1
SNC (Glasgow)	15	13-14	10-12	6-9	<6
Renal (Creatinina)	<1,2	1,2-1,9	2,0—3,4	3,5-4,9	>5

→ SEPSIS CONFIRMADA: SOFA ≥2

ALGORITMO DE DIAGNÓSTICO RÁPIDO:



ALGORITMO ACTIVACIÓN Y MANEJO INICIAL:

A Historia clínica sugestiva de infección

T

В

C

Tª > 38,3°C ó <36°C FC > 90lpm

+

Uno o más de los siguientes:

- HipoTAS < 90mmHg (C1)
- Alt. Aguda del estado mental/GCS<14
- FR >20rpm
- Presencia de petequias



A + B + C:

- NO: Prioridad según Manchester
- SI: Activar CÓDIGO SEPSIS
 - ➤ Si C no es C1: P2
 - ➤ Si C es C1: RCP



Paciente con
.- TAS < 90 mmHg y/o
.-TAM < 60 mmHg y/o
.-Lactato inicial >4 mmol/l

Iniciar fluidoterapia con cristaloides a 30 mls/kg/h

Paciente con
TAS > 90 mmltg y/o
TAM > 60 mmltg y/o
Aclaramiento de lactato > 20%

60 minutes

Faciente con
TAS > 90 mmltg y
Aclaramiento de lactato > 20%

60 minutes

728 < 90 mmltg y/o
Aclaramiento de lactato > 20%

60 minutes

728 < 90 mmltg y/o
Aclaramiento de lactato > 20%

60 minutes

728 < 90 mmltg y/o
Aclaramiento de lactato > 20%

60 minutes

728 < 90 mmltg y/o
Aclaramiento de lactato > 20%

60 minutes

(*): valorar posibilidad de vía central (**): vigilar aparición de signos

de edema

.- Repetir determinaciones de lactato 4,6 y 8 horas .- Valorar según evolución clínica y analítica ingreso en sala/UCI





El OBJETIVO del "código sepsis" es la detección precoz de los pacientes con sepsis grave y la rápida aplicación estructurada del conjunto de medidas recomendadas para diagnosticar, monitorizar y tratar estos enfermos. TIEMPO-DEPENDIENTE

DEFINICIONES:

	2001	2016
SEPSIS	SRIS + Sospecha de infección	Infección sospecha/documentada qSOFA ≥ 2 ó ≥ 2 en SOFA
SEPSIS SEVERA	- SEPSIS + TAS<90mmHg o TAM<65mmHg - Lactato >2mmol/L - INR >1,5 o PTT>60sg - Bilirrubina >34µmol - Hipoxemia con PaO2/FiO2<300mm Hg - Diuresis <0,5ml/kg/h al menos durante 2h - Aumento de Creatinina>0,5 o valor >2mg/dl - Trombocitopenia <100.000	
SHOCK SÉPTICO	SEPSIS + HIPOTENSIÓN tras adecuada resucitación	SEPSIS + Necesidad de VASOPRESORES para mantener TAM> 65mmHg Lactato >2mmol/L tras una adecuada fluidoterapia de resucitación

MANEJO INICIAL:

- o Identificación precoz:
 - Hª clínica sugestiva de infección aguda + qSOFA
- o Reposo en cama y monitorización cardiovascular/SatO2
- Cabecero elevado 30-45º
- o Estabilización de vía aérea y oxigenoterapia
- o Canalización de 2 VVP
- o Extracción analítica:
 - Hemograma, coagulación, bioquímica con perfil hepático, procalcitonina, PCR, ácido láctico, GSV, orina.
 - Hemocultivos x2, urocultivo
 - Antigenuria de Legionella y Neumococo si foco respiratorio
 - LCR si foco SNC
 - Muestras de tejido si foco piel y partes blandas
- o Fluidoterapia con cristaloides
- o Sondaje vesical
- o Antibioterapia precoz de amplio espectro (<1h desde la identificación)
- o ECG, Rx Tórax/Abdomen
- Otros: ECO/TAC Abdomen, ecocardiografía, cultivo derrame pleural si toracocentesis, cultivo liquido ascítico si paracentesis



TRATAMIENTO:

EN LAS PRIMERAS 6 HORAS:

	OBJETIVOS	MEDIDAS
		TERAPÉUTICAS
HEMODINÁMICO	TAS ≥ 90 mmHg	Fluidoterapia: 2-3l
		cristaloides (20-
	TAM ≥ 65mmHg	30ml/Kg). 0,5-1L en
	B:	30min. (bolos 250cc)
	Diuresis ≥0,5ml/Kg/h	Infusión do aminos si
	20,51111/Ng/11	Infusión de <u>aminas</u> si no respuesta a
	Hto >30%	fluidos.
	1110 >30%	nuluos.
		Transfundir hematíes
		si Hb<7 y/o Hto<30%
RESPIRATORIO	SatO2 >92%	Permeabilizar VA +
		oxigenoterapia.
		Valorar VMNI
		IOT+VM si tras medidas anteriores:
		FR>30, SatO2<90%,
		uso de musculatura
		accesoria, deterioro
		neurológico,
		Pa/FiO2<300
INFECCIOSO	Antibioterapia en 1ª	Amplio espectro
	hora tras detección	(según foco)
	(tras cultivo si no se	
	demora el mismo).	
HEMATOLÓGICO	Detectar	Transfundir plaquetas
	trombocitopenia.	si <20.000 o <50.000
		(hemorragia, cirugía o
	Determinar CID	proced. Invasivos).
		Transfundir PFC

COMPLEMENTARIO (24 HORAS):

METABÓLICO	Control glucémico: <u>Insulina</u> IV para glucemia > 180mg/dl Control de acidosis: <u>Bicarbonato</u> para pH>7,15
PROFILAXIS	<u>Digestiva</u> : Omeprazol o
	Ranitidina
	ETEV: HBPM
GLUCOCORTICOIDES	Hidrocortisona 200mg IV (si no
	respuesta a aminas. Mejor en
	perfusión continua

• ANTIBIOTERAPIA EMPÍRICA SEPSIS (PROA):

- ANTIDIOTENATIA ENTINICA DEI 313 (1 NOA):			
RESPIRATORIO	NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD:		
	- CURB 0-1: Amox/Clav 1g/8h		
	- CURB 2-3: Ceftriaxona 1g/24g		
	- CURB 3-5: Ceftriaxona 1g/24h + Claritromicina o		
	Levofloxacino (si sospecha de Legionella)		
	REAGUDIZACIÓN EPOC:		
	- Grado <d: igual="" nac<="" que="" th=""></d:>		
	- Grado ≥ D: Cefepima 2g/8h o Tazocel 4g/6h en		
	perfusión extendida		
	RIESGO DE ASPIRACIÓN: A/C 2g/200mg cada 8h		
	BRONQUIECTASIAS: Tratar como en EPOC (Cultivos		
	previos).		
URINARIO	-Fosfomicina 4g/6h IV o Ceftriaxona 1g/24h		
	-RIESGO BLEE: Fosfomicina 4g/6h + Gentamicina		
	240mg/24h (NO en shock séptico) o Tazocel 4g/8h		
ABDOMINAL	INFECCIÓN BILIAR:		
	- NO RIESGO BLEE: Cefotaxima 2g/8h + Metronidazol		
	500mg/8h		
	- RIESGO BLEE: Tazocel 4g/8h IV		
	- ELEVADO RIESGO BLEE O CONOCIDO: Meropenem		
	1g/8h		
	NO BILIAR:		
	- CIRUGÍA RECIENTE: Tazocel +/- AMG		
	Riesgo BLEE o conocido: Meropenem 1g/8h		
	 Alergia a BB: Aztreonam 2g/8h + Tigeciclina 		
	100mg/12h.		
	- NO CIRUGÍA RECIENTE: Cefotaxima 2g/8h +		
	Metronidazol 500mg/8h		
	■ Riesgo BLEE: Tazocel 4g/8h + AMG		
	■ Alergia a BB: Tigeciclina 100mg/12h		
	ABSCESO NO DRENADO: Ceftriaxona 1g/24h +		
	Metronidazol 500mg/8h		
PARTES	- Cefazolina 2g/8h + Clindamicina 600mh/8h		
BLANDAS Y	- Cloxacilina 2g/4h + Ceftriaxona 1g/24h + Clindamicina		
OSTEOARTIC.	600mg/8h		
	- SI RIESGO SARM: Linezolid 600mg/12h		

	**RIESGO SARM: Aislamiento previo, paciente en HD,		
	ingreso previo prolongado, úlcera de larga data,		
	quemados/dermatitis, ATB previa con quinolonas.		
MENÍNGEO	-ADQ. COMUNIDAD: Cefotaxima 2g/4h IV +/- Ampicilina		
	2g/4h (si riesgo de Listeria).		
	- NOSOCOMIAL O PORTADOR DE DISPOSITIVO EN SNC:		
	Meropenem 1gr/8h + Linezolid 600mg/12h		
CARBAPENEM.	Ceftazidima/Avibactam 2g/8h IV		
TIPO KPC	G, a constant		
NEUTROPENIA	- Foco respiratorio: Cefepima 2g/8h + AMG		
FEBRIL	- Resto de focos: Tazocel 4h/8h IV +/- AMG		
	- Si shock séptico: Meropenem 1g/8h + Vanco/Linezolid		

*Riesgo BLEE (Elevado riesgo: ≥2):

- Cefalosporina 2 meses previos 4 o más ciclos de ATB en 1 año
- Hospitalización reciente
- Ingreso en UCI o estancia prolongada
- Sonda vesical permanente
- Inmunosupresión o trasplante
- Aislamiento BLEE (RIESGO ELEVADO)