

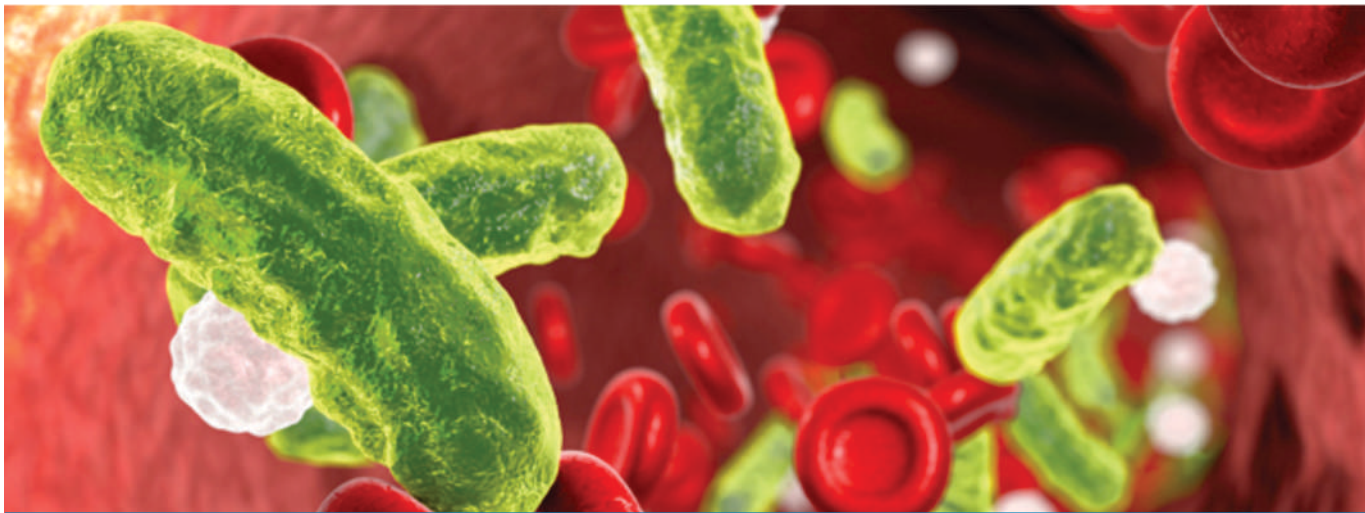
SEGMENTOS DE RECOMENDACIONES SEPSIS

RECOMENDACIONES SOBRE ESTRATEGIAS DE REANIMACIÓN:

1. Se recomienda el uso de un programa con estandarización de procedimientos para el manejo de la sepsis, que incluya la detección temprana del riesgo de sepsis en pacientes con infecciones agudas.
2. No se recomienda el uso de qSOFA en comparación con SRIS, NEWS o MWES como única herramienta de detección de sepsis o choque séptico.
3. Para adultos con sospecha de sepsis, se sugiere medir el lactato en sangre.
4. Se recomienda que el tratamiento y la reanimación en sepsis y choque séptico se inicie inmediatamente considerándose emergencias médicas.
5. Para los paciente con hipoperfusión o choque inducido por sepsis, sugerimos que se administren 30 ml/Kg de cristaloides intravenosos dentro de las primera hora de reanimación. (Estudios ARISE, PROCESS, PROMISE).
6. Se sugiere el uso de medidas dinámicas (variación del volumen sistólico, variación de la presión de pulso, test de elevación pasiva de piernas, ecocardiograma) sobre el examen físico para guiar la reanimación con líquidos.
7. Se sugiere el seguimiento de la reanimación en adultos con sepsis y choque séptico con medición del lactato sérico.
8. En adultos con choque séptico se sugiere usar el tiempo de llenado capilar para guiar la reanimación como un complemento a otras medidas de perfusión tisular.
9. En adultos con choque séptico con requerimiento de vasopresor, se recomienda un objetivo inicial de presión arterial media (PAM) de 65mmHg sobre objetivos de PAM más altos.

RECOMENDACIONES SOBRE TRATAMIENTO ESPECÍFICO:

10. Para adultos con sepsis o choque séptico que requieran UCI, se sugiere su ingreso a esta área dentro de las primeras 6 horas.
11. En adultos con sospecha de sepsis o choque séptico, pero infección no confirmada, se recomienda reevaluar y buscar de forma continua diagnósticos alternativos e incluso suspender el tratamiento antimicrobiano empírico si se demuestra o se sospecha fuertemente otra causa de la enfermedad.
12. En sepsis y choque séptico se recomienda administrar antimicrobianos de forma empírica idealmente dentro de la primera hora de después del reconocimiento del cuadro.
13. En adultos con sepsis, sin choque, se sugiere la administración de antimicrobianos dentro de las 3 horas desde el momento en que se reconoció el cuadro, mientras se realiza investigación rápida de otras causas.



Tiempo de antibiótico

Choque presente

Choque ausente

Sepsis
definida o
probable



Administre antibiótico DE **INMEDIATO**, idealmente antes de **1 hora**

Sepsis
posible



Administre antibiótico DE **INMEDIATO**, idealmente antes de 1 hora



Evalúe rápidamente

causas infecciosas o no
infecciosas de enfermedad
crítica



Administre antibióticos antes
de **3 horas** si la preocupación
sobre infección persiste

14. En adultos con sepsis, sin choque, se recomienda la evaluación rápida de la probabilidad de causas infecciosas versus no infecciosas de enfermedad aguda.

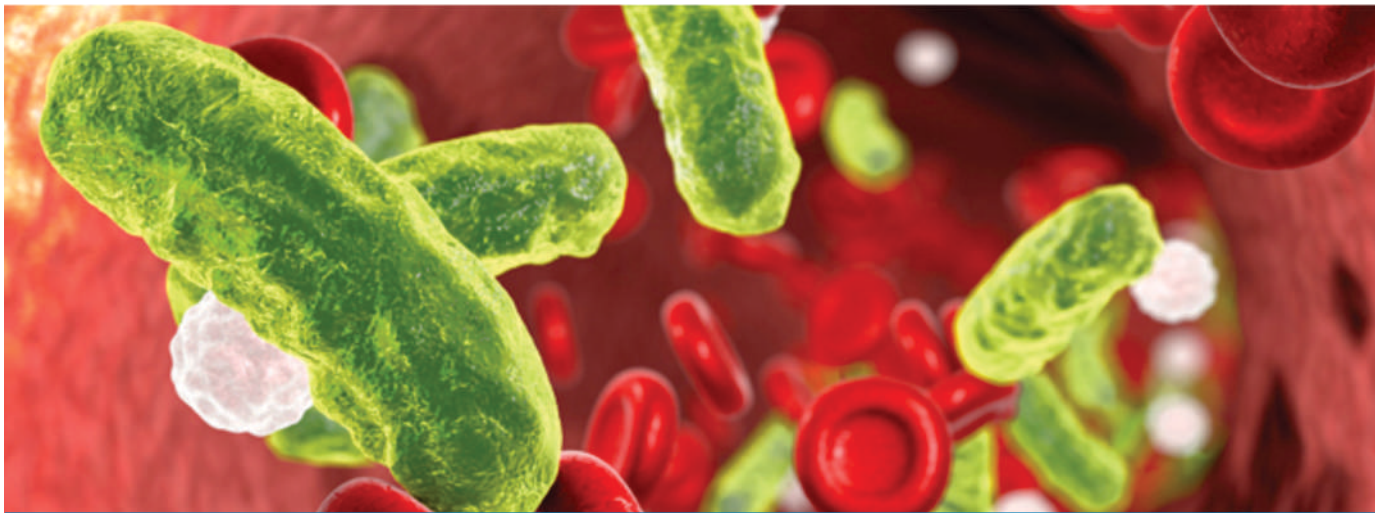
15. En pacientes con probabilidad baja de infección aguda y sin choque, se sugiere posponer el inicio de antimicrobianos mientras se continua la monitorización y evaluación del paciente.

16. En adultos con sospecha de sepsis o choque séptico, no se sugiere usar procalcitonina más evaluación clínica para decidir cuándo iniciar antimicrobianos, esto en comparación con la evaluación clínica sola.

17. En adultos con sepsis y choque séptico con alto riesgo de infección por estafilococo aureus resistente a meticilina (MRSA), se recomienda el uso de antimicrobianos empíricos con cobertura para este germen.

18. En adultos con sepsis y choque séptico con bajo riesgo de infección por estafilococo aureus resistente a meticilina (MRSA), **NO** se recomienda el uso de antimicrobianos empíricos con cobertura para este germen.

19. Para adultos con sepsis y choque séptico con alto riesgo de infección por microorganismos resistentes a múltiples fármacos (MDR), se sugiere el uso de dos antimicrobianos con cobertura gramnegativa para tratamiento empírico. (Depende de la prevalencia local de resistencia a microorganismos).



20. Para adultos con sepsis y choque séptico, se sugiere no usar cobertura antimicrobiana doble contra gramnegativos una vez se conozca el patógeno causante y su sensibilidad.

21. En adultos con sepsis y choque séptico con alto riesgo de infección por hongos, se sugiere el uso de terapia antimicótica empírica en lugar de ninguna terapia antimicótica.

22. En adultos con sepsis y choque séptico se sugiere el uso de infusión prolongada de betalactámicos para mantenimiento después del bolo inicial, en lugar del bolo convencional.

RECOMENDACIONES SOBRE CONTROL DE FUENTE:

23. Para adultos con sepsis y choque séptico se recomienda identificar o excluir rápidamente un diagnóstico anatómico específico de infección que requiera control de fuente emergente y caso lo requiera hacer el control de la fuente infecciosa tan pronto como sea posible.

24. Para adultos con sepsis o choque séptico, se recomienda la extracción inmediata de los dispositivos de acceso intravascular que son una posible fuente de infección, después de haber establecido otro acceso vascular.

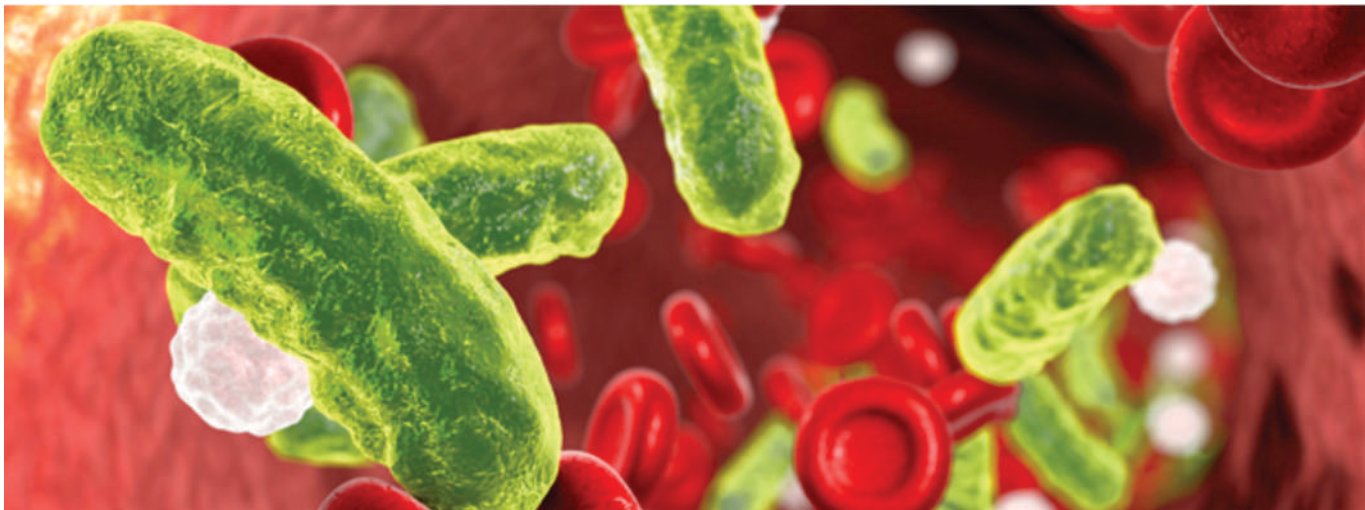
25. Se sugiere una evaluación diaria para el desescalamiento antimicrobiano en lugar de duraciones fijas de tratamiento.

26. Para adultos con diagnóstico inicial de sepsis o choque séptico y control adecuado de la fuente, se sugiere usar una terapia antimicrobiana de duración más corta.

27. En pacientes con sepsis o choque séptico a quienes se realizó control adecuado de la fuente y dónde la duración óptima de la terapia antimicrobiana no está clara, se sugiere el uso de procalcitonina y la evaluación clínica para decidir cuándo suspender los antimicrobianos.

Patología	RCT	Autor	Corta duración	Larga duración	Resultado
Neumonía	[8]	Capellier (2012)	8 días	15 días	No diferencias
	[8,9]	Chastre (2003)	8 días	15 días	No diferencias
	[9]	El Moussaoui (2006)	3 días	8 días	No diferencias
	[8-10]	Fekih Hassen (2009)	7 días	10 días	No diferencias
	[9,10]	File (2007)	5 días	7 días	No diferencias
	[9,10]	Kollef (2012)	7 días	10 días	No diferencias
	[9,10]	Leophonte (2002)	5 días	10 días	No diferencias
	[8]	Medina (2007)	8 días	12 días	No diferencias
	[9,10]	Siegel (1999)	7 días	10 días	No diferencias
	[9,10]	Tellier (2004)	5 días	7 días	No diferencias
	[9]	Chaudhry (200)	5 días	10 días	No diferencias
Bacteriemia	[9]	Runyon (19991)	5 días	10 días	No diferencias
	[11]	Yahav (2018)	7 días	14 días	No diferencias
Infección intraabdominal	[12]	Montravers (2018)	8 días	15 días	No diferencias
	[14]	Sawyer (2015)	5 días	10 días	No diferencias
Infección urinaria	[13]	Peterson (2008)	5 días	10 días	No diferencias

RCT: Randomized Control trial (Ensayo clínico aleatorizado). Estudios que compararon esquema antibiótico de corta duración vs larga duración en sepsis, resultados sin diferencias entre uno y otro esquema.



RECOMENDACIONES SOBRE LÍQUIDOS PARA REANIMACIÓN:

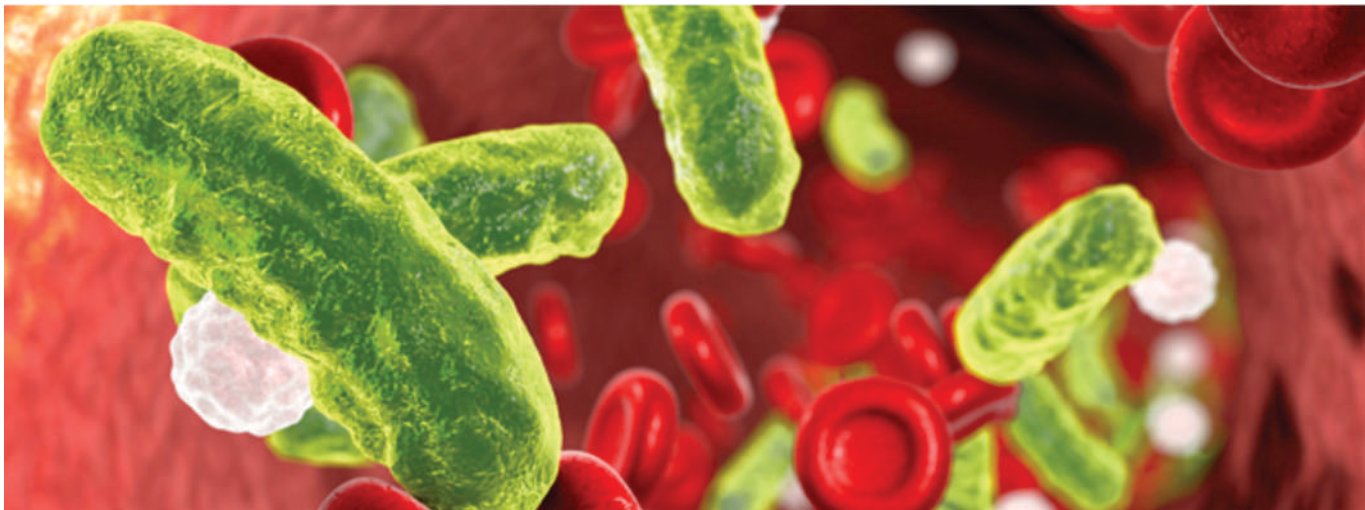
28. Para adultos con sepsis o choque séptico se recomienda el uso de cristaloides como líquido de primera línea para la reanimación.
29. Para adultos con sepsis o choque séptico, se sugiere usar cristaloides balanceados en lugar de solución salina normal para la reanimación.
30. Para adultos con sepsis o choque séptico, se sugiere el uso de albúmina en pacientes que recibieron grandes volúmenes de cristaloides en lugar de utilizar cristaloides solos.

RECOMENDACIONES SOBRE USO DE AGENTES VASOACTIVOS:

31. Para adultos con choque séptico se recomienda el uso de norepinefrina como vasopresor de primera línea.
32. En adultos con choque séptico en uso de norepinefrina en quienes no se han logrado objetivos de presión arterial media se recomienda adicionar vasopresina en lugar de aumentar la dosis de norepinefrina.



33. Para adultos con shock séptico y disfunción cardíaca con hipoperfusión persistente a pesar de un estado de volumen y presión arterial adecuados, se sugiere agregar dobutamina a la norepinefrina o usar epinefrina sola.
34. Para los adultos con shock séptico, se sugiere usar la monitorización invasiva de la presión arterial en lugar de la monitorización no invasiva, tan pronto como sea posible y si hay recursos disponibles.



35. Para los adultos con shock séptico, se sugiere iniciar vasopresores en la periferia para restaurar la PAM en lugar de retrasar el inicio hasta que se asegure un acceso venoso central.

RECOMENDACIONES SOBRE VENTILACIÓN:

36. Para los adultos con insuficiencia respiratoria hipoxémica inducida por sepsis, se sugiere el uso de oxígeno nasal de alto flujo en lugar de la ventilación no invasiva.

37. Para adultos con SDRA inducido por sepsis, se recomienda usar una estrategia de ventilación de volumen corriente bajo (6 ml/kg), en lugar de una estrategia de volumen corriente alto (> 10 ml/kg).

38. Para adultos con SDRA grave inducido por sepsis, se recomienda usar un objetivo de límite superior para presiones de meseta de 30 cm H₂O, sobre presiones de meseta más altas.

39. Para adultos con SDRA inducido por sepsis de moderado a grave, se sugiere usar una PEEP más alta en lugar de una PEEP más baja.

40. Para adultos con insuficiencia respiratoria inducida por sepsis (sin ARDS), se sugiere usar ventilación con volumen corriente bajo en comparación con ventilación con volumen corriente alto.

41. Para adultos con SDRA de moderado a grave inducido por sepsis, se sugiere utilizar maniobras de reclutamiento tradicionales.

42. Para adultos con SDRA de moderado a grave inducido por sepsis, se recomienda usar ventilación en decúbito prono durante más de 12 h diarias.

RECOMENDACIONES SOBRE USO DE RELAJANTES NEUROMUSCULARES (NMBA):

43. Para adultos con SDRA de moderado a grave inducido por sepsis, se sugiere el uso de bolos intermitentes de NMBA, en lugar de infusión continua de NMBA.

44. Para adultos con SDRA severo inducido por sepsis, se sugiere usar ECMO venovenoso (VV) cuando falla la ventilación mecánica convencional en centros experimentados con la infraestructura para respaldar su uso.

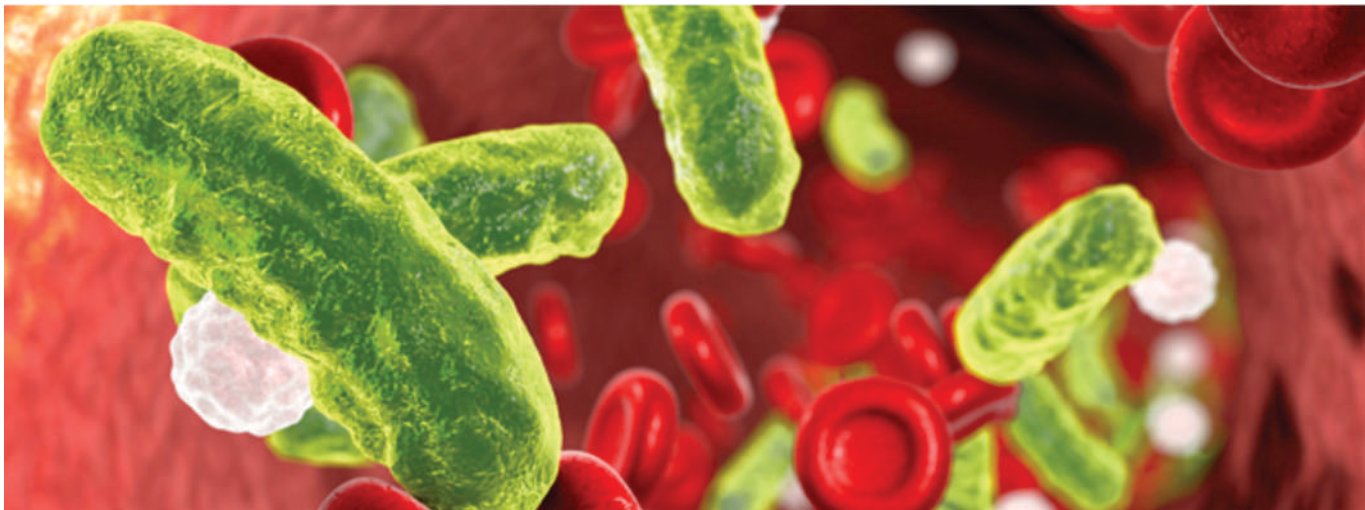
RECOMENDACIONES SOBRE USO DE ESTEROIDES:

45. Para adultos con shock séptico y un requerimiento continuo de terapia vasopresora, se sugiere el uso de corticosteroides IV.

RECOMENDACIONES SOBRE PROFILAXIS:

46. Para adultos con sepsis o shock séptico, y que tienen factores de riesgo de sangrado gastrointestinal (GI), se sugiere usar profilaxis para úlceras por estrés.

47. Para adultos con sepsis o shock séptico, se recomienda usar profilaxis farmacológica de TEV a menos que exista una contraindicación para dicha terapia.



48. Para adultos con sepsis o shock séptico, se recomienda usar heparina de bajo peso molecular (HBPM) sobre heparina no fraccionada (HNF) para la profilaxis de TEV.

49. Para adultos con sepsis o shock séptico, se sugiere no usar la profilaxis mecánica de TEV además de la profilaxis farmacológica, en lugar de la profilaxis farmacológica sola.

RECOMENDACIONES SOBRE TERAPIA DE REEMPLAZO RENAL:

50. En adultos con sepsis o shock séptico y AKI que requieren terapia de reemplazo renal, se sugiere usar terapia de reemplazo renal continua o intermitente.

51. En adultos con sepsis o shock séptico y LRA, sin indicaciones definitivas para terapia de reemplazo renal, se sugiere no usar terapia de reemplazo renal.

52. Para adultos con sepsis o shock séptico, se recomienda iniciar la terapia con insulina a un nivel de glucosa de ≥ 180 mg/dL (10 mmol/L).

53. Para adultos con shock séptico, acidemia metabólica severa ($\text{pH} \leq 7.2$) y AKI (puntuación AKIN 2 o 3), se sugiere usar terapia con bicarbonato de sodio.

RECOMENDACIONES SOBRE NUTRICIÓN Y OTROS:

54. Para los pacientes adultos con sepsis o shock séptico que pueden recibir alimentación enteral, se sugiere el inicio temprano (dentro de las 72 h) de la nutrición enteral.

55. Para adultos con sepsis o shock séptico, se recomienda discutir los objetivos de la atención y el pronóstico con los pacientes y las familias en lugar de no hablar de ello.

56. Para adultos con sepsis y shock séptico, se recomienda conciliar los medicamentos tanto en la UCI como en el alta hospitalaria.