

BOLETÍN S.U.E. 061 CEUTA
DIRECCIÓN TERRITORIAL DE CEUTA
ATENCIÓN PRIMARIA

MANEJO EXTRAHOSPITALARIO DE LA SEPSIS

El significado literal de sepsis es “putrefacción”. El concepto se utiliza como sinónimo de septicemia, que es la afección generalizada que se produce por la presencia de microorganismos patógenos o de sus toxinas en la sangre, respondiendo el organismo de una forma generalizada.

La incidencia poblacional de la sepsis está aumentando (≈ 9 % anual). En España, 97 casos de sepsis grave por 100.000 habitantes/año y mortalidad de 28 % (Esteban A et al. Incidence and Outcome of Sepsis in a Health Area from Madrid, Spain. 100 th International Conference ATS, Orlando 2004).

Existen muchas clasificaciones, según los últimos consensos que al respecto han surgido y muchas definiciones, sepsis, septicemia, sepsis grave, shock séptico, variando en la presencia de más o menos datos clínicos y sobre todo de laboratorio, por lo que representa una mayor dificultad la diferenciación, por lo que a efectos prácticos y en cuanto

ESTADIO	MORTALIDAD
SIRS	7%
Sepsis	16%
Sepsis grave	20%
Shock séptico	48% -55%

a quien va dirigido este artículo (nivel extrahospitalario), tenderemos a ser prácticos. No obstante, aclarar que los diferentes síndromes sépticos son estadios de la sepsis, con mortalidad y morbilidad diferente:

Tendremos que tener presente este proceso (de forma global) cuando tengamos constancia de una persona con infección documentada, clínica y/o microbiológicamente junto a dos o más de los siguientes datos clínicos:

- Fiebre > 38 ° C ó hipotermia < 36 ° C (central).
- Taquicardia > 90 lpm.

- Taquipnea (FR>20 rpm o PaCO²<32mm Hg) o necesidad de VM.
- Alteración del recuento de leucocitos (> 12.000 ó < 4.000 leucocitos por mm³ o > 10 % de cayados).

A los anteriores datos clínicos y de laboratorio podrán irse sumando otros en función de la gravedad del proceso, tales como:

- Livideces cutáneas. Presencia de petequias.
- Hipotensión arterial (TAS < 90 mmHg, TAM < 70 o descenso de la TAS > 40 mmHg).
- Relleno capilar ≥ 3 seg.
- Alteración del estado mental o EEG anormal.
- Hiperglicemia (glucosa plasmática >110 mg/dl) en ausencia de diabetes.
- Diuresis < 0,5 ml/Kg/hora durante al menos una hora o necesidad de técnicas de reemplazo renal.
- Datos de laboratorio (Creatinina incremento > 0,5 mg/dl o valor > 2 mg/dl, Trastorno de la coagulación (INR > 1,5 o TTPa > 60 sg, Lactato > 2 mmol/l., Plaquetas < 100.000/ml o CID, Trombocitopenia < 100.000/ mm³ , Hiperbilirrubinemia > 2,0 mg/dl, Hiperlactacidemia > 3 mmol/l).
- Leucocitosis (> 12.000/mm³) o leucopenia (< 4.000/mm³ o recuento normal con > 10% formas inmaduras.
- Niveles plasmáticos altos de proteína C reactiva o procalcitonina.
- Hipoxemia con PaO² /FIO²< 300 mmHg.
- Disfunción cardiaca (mediante estudio ecocardiografico).
- Edema o balance positivo > 20 ml/kg en 24 h.

- SatO2 > 70 % o Índice cardiaco > 3,5 l/min/m2.

El dato que debemos tener muy claro es que se trata de una entidad tiempo dependiente (el retraso diagnóstico o terapéutico influye negativamente en la evolución del proceso) por lo que la sepsis requiere una identificación rápida y un tratamiento inmediato.

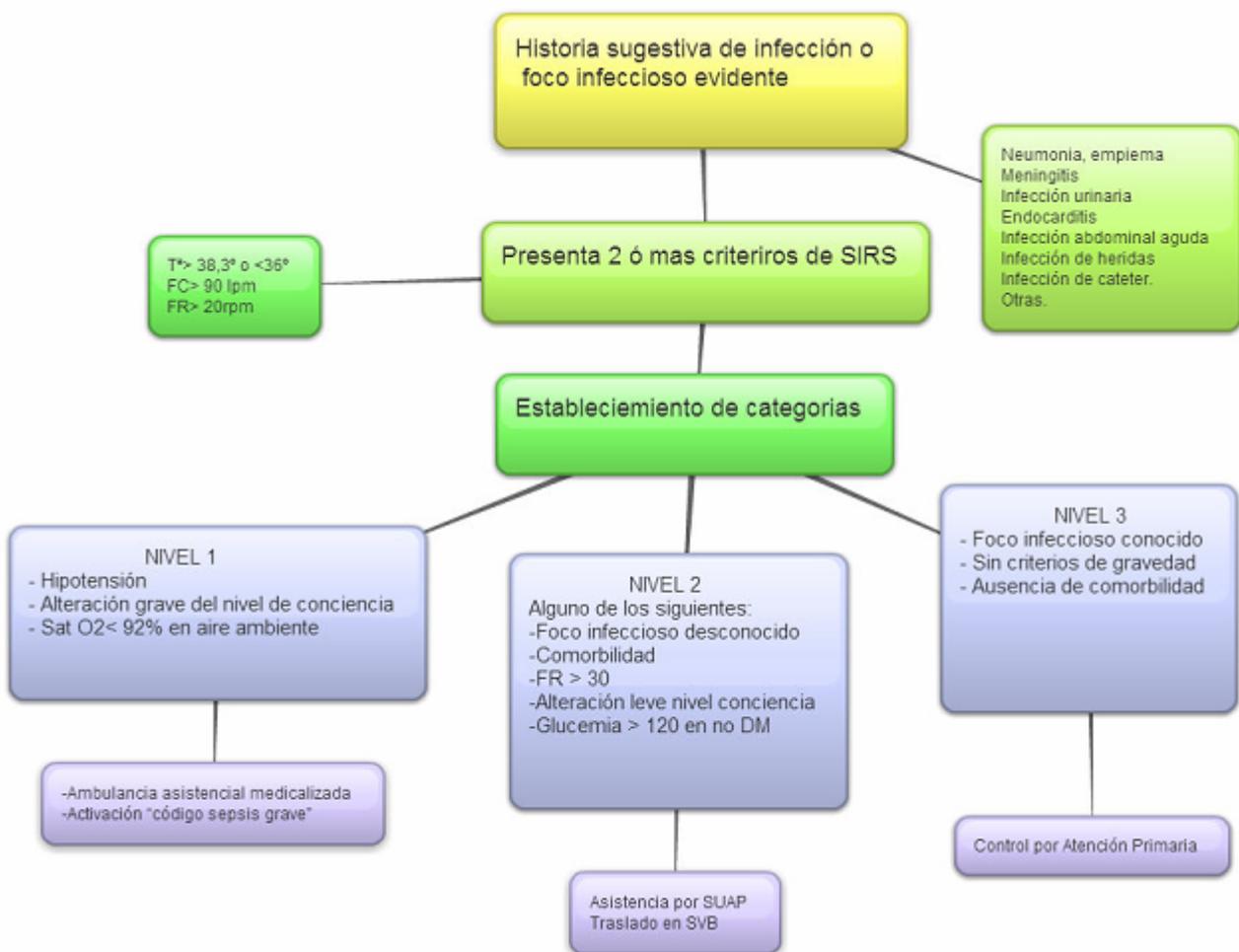
Para una correcta valoración de esta entidad por

parte de un Servicio de Urgencias Extrahospitalarias se deberán dar los siguientes pasos:

- Valoración inicial paciente.
- Categorización gravedad de la sepsis.
- Desarrollo de un Código Sepsis Grave y activación del Código Sepsis.
- Traslado del paciente a unidad asistencial adecuada.

a) Para la valoración debemos realizar una historia clínica buscando datos del posible foco infeccioso, heridas, úlceras, presencias de sondajes, intervenciones quirúrgicas recientes.

b) La categorización se hará en base al siguiente árbol:



En el nivel 1, tendremos que canalizar vía venosa, con extracción de sangre para la realización de hemograma, bioquímica, coagulación y tubos para hemocultivos. Determinación de la glucemia capilar. El traslado se realiza en ambulancia asistencial medicalizada (UME).

c) Activación “Código Sepsis Grave” con reflejo en la historia de la hora cero. (Momento en el que se confirma la sospecha de sepsis grave, y se inician medidas diagnósticas y terapéuticas).

La siguiente tabla recoge los valores de los parámetros a evaluar lo que originará una puntuación orientando hacia el nivel de gravedad de la sepsis.

Puntuaciones/ Parámetros	4	2	1	0	1	2	4
FC		≥ 40	41-50	51-100	101-110	111-130	>130
PA (Sistólica)	<70	71-80	81-100	101-159	160-200	>200	
Con historia de HTA	<110	110-120	121-140	141-170	171-210	>210	
FRespiratoria		<8		9-18	19-25	26-30	>30
Sat O ₂	< 88 con O ₂ al 60% ó más	89-90	91-94	≥95			
Temperatura		<35°C	35.1 -35.9	36-37.4	>37.5		
Nivel de conciencia	No responde	Responde a estímulos dolorosos	Responde a la voz	Consciente		Confusión	Agitación
Dolor		EVA> 7	EVA 5-7				
SUMA							

Si la persona presenta Sat O₂ < 88% o ventilación mecánica no invasiva (CPAP), la puntuación en Sat O₂ es siempre 4. Cualquier paciente que sume 5 ó más puntos conllevaría la activación del “Código Sepsis Grave”.

MANEJO TERAPEÚTICO

El tratamiento agresivo del shock en las primeras 6 h salva vidas, mejora el pronóstico y la supervivencia de los pacientes; es decir, si no hemos tratado a un paciente con datos de inestabilidad hemodinámica con al menos un bolo de 500 ml de suero salino, no estamos realizando bien nuestro trabajo, no pensemos en fármacos vasoactivos o en canalización de vías centrales. Se ha comprobado que la perfusión de líquidos se realiza de manera adecuada y suficiente por las vías periféricas. Además, es ridículo comenzar la perfusión de fármacos vasoactivos sin haber comenzado antes una adecuada perfusión de cristaloides (recordando que el suero glucosado empeora el pronóstico de los pacientes graves), para conseguir en las primeras 6 h el conocido como *early goal-directed therapy*, que consiste en mantener unos parámetros biológicos estables: presión venosa central ≥ 8 mmHg, presión arterial media ≥ 65 mmHg y saturación de oxígeno en sangre venosa central ≥ 70 %.

En cuanto al inicio del necesario tratamiento anti-

biótico será competencia del Hospital, nos limitaremos a recoger información sobre tratamientos previos, alergias, todo aquello que sea de utilidad para un mejor conocimiento del paciente.

Vasopresores: En caso de un bajo gasto evidente que pueda comprometer las funciones vitales del paciente.

- Mantener PAM ≥ 65 mm Hg (1C).
- De elección noradrenalina (NA) y dopamina (DA) por vía central (1C).
- Adrenalina, fenilefrina y vasopresina no son de 1ª elección en shock séptico (2C).
- Adrenalina es la primera alternativa a NA y DA.

Corticoides: Administrar hidrocortisona, ≤300 mg/día, (1A) (mejor que dexametasona (2B) sólo a pacientes adultos en shock séptico cuya PA responde pobremente a fluidoterapia y vasopresores (2C).

BIBLIOGRAFÍA:

- León Gil, C.; García-Castrillo Riesgo, L.; Moya Mir, M.S.; Artigas Raventós, A.; Borges Sa, M.; Candel González, F. J.; Chanovas Borrás, M. R.; Ferrer Roca, R.; Julián Jiménez, A.; Loza Vázquez, A.; Sánchez García, M. Documento de Consenso (SEMES-SEMICYUC). Recomendaciones del manejo diagnóstico-terapéutico inicial y multidisciplinario de la sepsis grave en los Servicios de Urgencias Hospitalarios. *Emergencias* 2007; 19:260-272.
- De la Torre Prados, M.V.; Aguilera Aguilera, A.; Alcántara Bellón J.D.; Azcón González de Aguilar, M.P.; Buch Tome, P.A.; Callejas Pozo, J.E. et al. SEPSIS grave: proceso asistencial integrado. 1ª Ed. Junta de Andalucía, Consejería de salud, 2010.
- Grupo para el Estudio de la Infección en Urgencias. Estudio epidemiológico de las infecciones en el Área de urgencias. *Emergencias* 2000; 12:80-9.

Direcciones internet:

<http://www.msde.es>

AUTORES:

Dr. D. José Manuel Vergara Olivares
Dr. D. José Ángel Reyes Parras

COLABORADOR:

Dª. Concepción Gómez Gómez
D. Jesús Castro Ramírez

COORDINADOR:

Dr. D. José Ángel Reyes Parras

Recordatorio:

Informamos una vez más, que este boletín está abierto a todo el personal sanitario de Atención Primaria de Ceuta que desee publicar algún artículo, así como para el resto de personal sanitario, previa petición al S.U.E 061, a la atención del responsable de esta publicación. Los artículos deben estar relacionados con la Emergencia o la Urgencia Extrahospitalaria.



EDITA: © INSTITUTO NACIONAL DE GESTIÓN SANITARIA
DIRECCIÓN TERRITORIAL DE CEUTA. GERENCIA DE ATENCIÓN SANITARIA.
Avda. Otero, s/n. Edificio Polifuncional, 1ª Planta. 51002 CEUTA.
Depósito Legal: CE 25-2005 ISSN: 1699-3837 NIPO: 687-13-008-9
Catálogo de publicaciones de la Administración del Estado: <http://publicacionesoficiales.boe.es>