PROTOCOLO DE ACOGIDA EN PACIENTES CON SEPSIS.

AUTORES: Zoraida Molina Jiménez; Nazaret Cantón Cordón.

PALABRAS CLAVE: Sepsis, Bundles, antibioterapia, “minuto cero”.

RESUMEN
La sepsis es una enfermedad grave con alto índice de morbimortalidad y con alta incidencia en los servicios de urgencias y de UCI por la necesidad de una rápida identificación de las formas graves para el inicio precoz de las medidas de tratamiento. Los modelos predictivos existentes están desarrollados para la predicción de mortalidad y no de riesgo de sepsis grave, disponer de un modelo predictivo de sepsis grave desarrollado puede ayudar a su identificación precoz.
Se realiza un trabajo de revisión bibliográfica para poder identificar la sepsis desde el minuto cero y emplear el protocolo de diagnóstico y tratamiento, reduciendo así la morbimortalidad que ésta genera.

INTRODUCCIÓN

La Sepsis supone un importante problema sanitario con elevada incidencia y morbi-mortalidad que precisan una identificación precoz para adoptar medidas terapéuticas generales y específicas tempranas.
La incidencia de sepsis en nuestro medio es de 50000-100000 casos/año, de los que aproximadamente el 30% evolucionan a shock séptico. El origen más frecuente es el urinario, seguido del respiratorio.
La mortalidad en España, según los datos del estudio EDU-SEPSIS, se cifra en el 47%para la sepsis grave y en un 84% para el shock séptico.

DEFINICIÓN DE SEPSIS:
Respuesta del huésped a la infección, que involucra no sólo la activación de respuestas pro y antiinflamatorias, sino también modificaciones en vías no inmunológicas (cardiovascular, autonómica, neuronal, hormonal, energética, metabólica y de coagulación) El grupo de trabajo formado por expertos en sepsis de la European Society of Intensive Care Medicine y de la Society of Critical Care Medicine, introducen los siguientes cambios en 2016 respecto al consenso en 2001, entre los que destacan
la desaparición del concepto de sepsis grave y se introducen las escalas SOFA (Sequenal (Sepsis-retated) Organ Failure Assessment) y Quick-SOFA como criterios de sospecha diagnóstica.
Así, se define:
- **Sepsis**: disfunción orgánica causada por una respuesta anómala del huésped a la infección que supone una amenaza para la supervivencia”
- Shock séptico: situación en la que la circulación, componentes celulares y del metabolismo subyacentes son lo suficientemente profundas como para aumentar sustancialmente la mortalidad.

OBJETIVOS:

- Desarrollar un protocolo de manejo de pacientes con sepsis para activación inmediata en pacientes con sospecha en urgencias.
- Aplicar el protocolo de manejo en pacientes con sepsis, en el “minuto cero” y las seis primeras horas, en pacientes que lo necesiten y reducir así la morbimortalidad producida por ésta.

MATERIAL Y MÉTODOS:
Se ha realizado una búsqueda selectiva de artículos científicos en google académico de los últimos 5 años sobre el tema de la sepsis.

RESULTADOS:
A continuación desarrollamos las evidencias encontradas en los artículos revisados sobre la activación de alerta sepsis.

- ACTIVACIÓN.

La activación de Alerta Sepsis se realizará desde el triaje basándose en datos clínicos sugestivos de infección junto con la Escala Quick-SOFA o Q-SOFA (tablas 1 y 2). El momento de la activación se considera “Minuto Cero” a partir del cual se establecen una serie de medidas (“Bundles”) a llevar a cabo dentro de unos límites de tiempo (Tabla 3).

Escala SOFA. TABLA 1.

	0	1	2	3	4
RESPIRACION PaO2/ FiO2 (mm de Hg) ó SaO2/ FiO2	≥400	≤400 221-301	≤300 142-220	≤200 67-141	≤100 ≤67
COAGULACIÓN Plaquetas10^3/mm^3	≥150	≤150	≤100	≤50	≤20
HÍGADO Bilirrubina (mg/dl)	≤1,2	1,2-1,9	2,0-5,9	6,0-5,9	≥12
CARDIOVASCULAR Tensión arterial	PAM ≥70 mmHg	PAM≤70 mmHg	Dopamina a ≤5 o Dobutamina a cualquier dosis.	Dopamina a dosis de 5,1-15 o Epinefrina a ≤ 0,1 o Norepinefrina ≤ 0,1	Dopamina a dosis de ≥15 o Epinefrina ≤0,1 o Norepinefrina ≤ 0,1
SISTEMA NERVIOSO CENTRAL Escala de Glasgow	15	13-14	10-12	6-9	≤6
RENAL Creatinina (mg/dl) ó flujo urinario (ml/d)	≤1,2	1,2-1,9	2,0-3,4	3,5-4,9 ≤500	≥5,0 ≤200

Escala Quick SOFA. Tabla 2.

ESCALA DE GALSGOW	≤13 PUNTOS.
TENSIÓN ARTERIAL SISTÓLICA	≤100 mm Hg
FRECUENCIA RSPIRATORIA	≥22 rpm

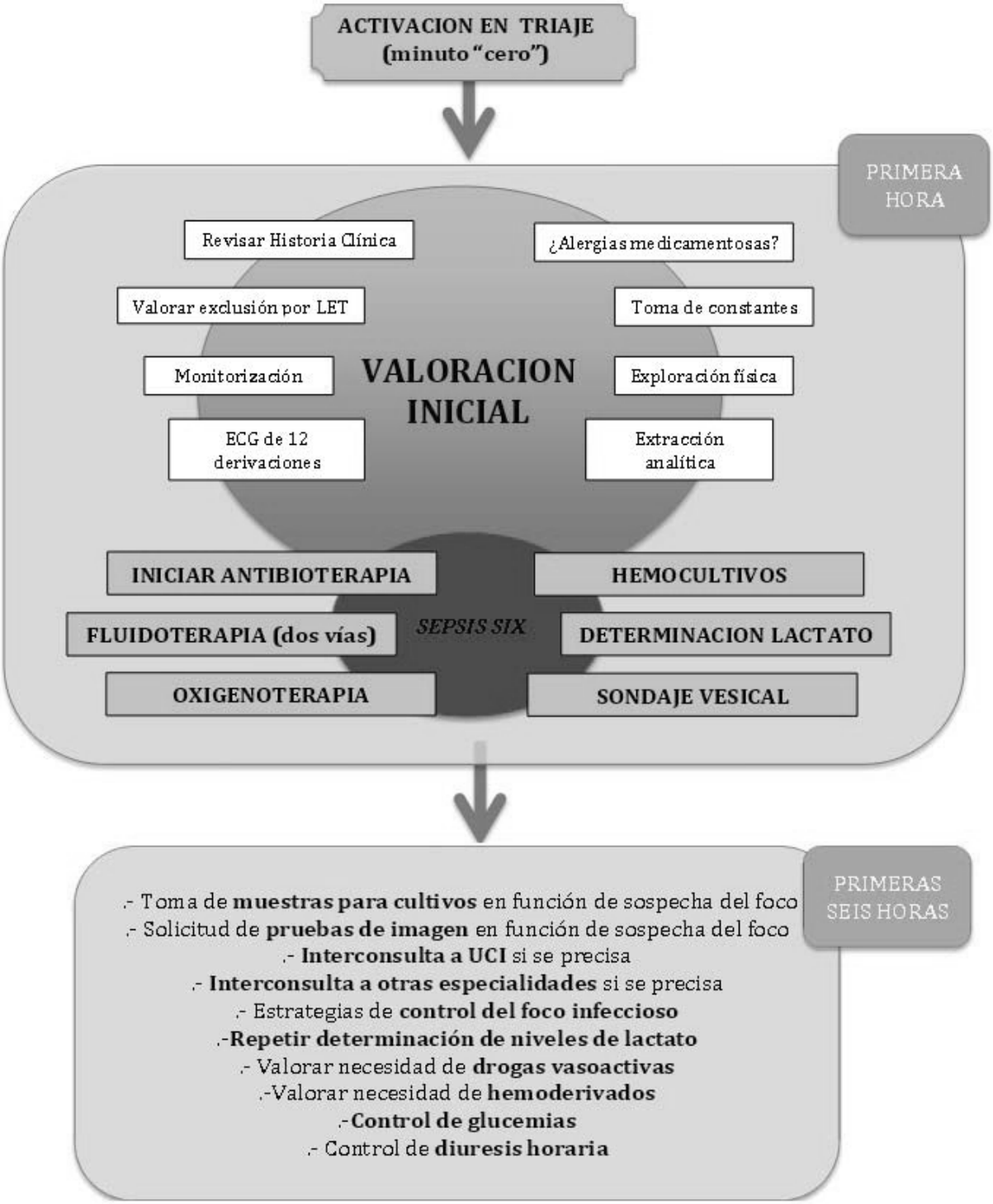

TABLA 3: EVALUACIÓN CLÍNICA INICIAL. BUNDLES PRIMERA HORA Y EVALUACIÓN CLÍNICA DE LAS SEIS PRIMERAS HORAS.

CONCLUSIÓN

Dada la relevancia y la frecuencia de los pacientes con sepsis en urgencias y la morbimortalidad que conlleva, es necesario tener un protocolo de acogida como éste (Alerta sepsis), ya que su diagnóstico y tratamiento en las primeras horas de sus síntomas son claves para la supervivencia del paciente.

Enfermería tiene un papel clave tanto en la detección precoz de signos y síntomas así como en la realización de técnicas y administración de tratamiento adecuado para combatir la sepsis.

BIBLIOGRAFÍA

- Synger, M et al. The Third Interna onal Consensus Defi nitions for Sepsis and Septic c Shock. JAMA, 2016; 315(8): 801-810

- Borges Sa. M. Documento de consenso Código Sepsis. Recomendaciones. 1º edición. Madrid: IMC; 2014.

- Aguilar Mossi JI. Guía para el manejo del paciente séptico en urgencias. Código Sepsis. [monograta en Internet]. Alzira: Hospital Universitario de la Ribera; 2014. Disponible en http://www.prioridadcero.com/wpcontent/uploads/2014/03/ CODIGO-SEPSIS-2014-DEFINITIVO2.pdf

- Pérez Benítez MR. Actualización de la sepsis en adultos. Código Sepsis. [monogratia en Internet]. Sevilla: Universidad Internacional de Andalucía; 2014. Disponible en: http://dspace.unia.es/bitstream/handle/10334/3418/0607_P%C3%A9rez.pdf?sequence=3

- Garnacho-Montero J. Et al. Cristaloides y coloides en la reanimación del paciente crítio. Med Intensiva. 2015; 39(5): 303- 3015.