

# **TITULO: CODIGO SEPSIS EN URGENCIAS Y EMERGENCIAS - ATENCIÓN DE ENFERMERIA**

## **Autores:**

**Daniel Aragón Suárez**

**María de los Ángeles Rivera Vizcaíno**

## **INTRODUCCIÓN:**

La incidencia de la sepsis en nuestro medio es de 50000-100000 casos/año, de los que aproximadamente el 30% evolucionan a sepsis grave y shock séptico. El origen mas 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.

En las últimas décadas se han realizado multitud de estudios que han demostrado que la rapidez en la detección del paciente séptico y el inicio lo antes posible de una serie de medidas que desglosaremos en este protocolo serán determinantes para el pronóstico inmediato y posterior del paciente séptico.

Para ello, resulta imprescindible establecer una serie de herramientas que permitan la detección precoz del paciente séptico, desde su misma llegada a Urgencias.

Nace así el “Código Sepsis”.

## **OBJETIVOS:**

El objetivo principal de la redacción de este protocolo es dar un paso adelante en el manejo del paciente séptico con la implementación del “Código Sepsis”, definiendo la secuencia y duración de las actividades y los procesos relacionados con el manejo del paciente séptico, minimizando retrasos, mejorando el uso de recursos y optimizando la calidad de la asistencia ofrecida a este tipo de pacientes.

## **CODIGO SEPSIS:**

### **Concepto:**

El objetivo del “código sepsis” es la detección precoz de los pacientes con sepsis grave, la aplicación estructurada del conjunto de medidas recomendadas para diagnosticar, monitorizar y tratar estos enfermos y la definición de unos indicadores asistenciales que permitan evaluar el cumplimiento de las recomendaciones y los resultados de la aplicación del código.

## **Activación**

LA ACTIVACION DEL CODIGO SEPSIS SE REALIZARA POR LA ENFERMERA DE TRIAJE basándose en datos estrictamente clínicos y siguiendo el siguiente algoritmo

### **- Minuto “cero”**

Se establecerá como “minuto cero” el momento en que se realice la activación del Código Sepsis por la enfermera de triaje.

A partir de ese momento se establecen una serie de paquetes de medidas a llevar a cabo dentro de unos límites de tiempo a fin de mejorar el pronóstico del paciente y optimizar el tratamiento del mismo.

### **-Evaluación clínica inicial**

Se realizará la valoración clínica inicial del paciente: exploración física por aparatos, toma de constantes (TA, FC, FR, Temp, satO<sub>2</sub>, GD, GCS) y revisión de la historia clínica del paciente .

- Edad del paciente (más frecuente en pacientes ancianos)
- Pacientes institucionalizados
- Pacientes portadores de dispositivos intravasculares (port-a-cath, vías periféricas en pacientes en UHD, etc...)
- Pacientes portadores de sonda vesical permanente
- Pacientes oncológicos (principalmente aquellos en tratamiento activo)
- Pacientes inmunodeprimidos (p.ej. VIH) o en tratamiento inmunosupresor
- Pacientes con ingresos recientes
- Pacientes que han requerido técnicas invasivas en días previos (paracentesis, toracocentesis...)
- Toma de antibióticos en días previos

### **Exploraciones complementarias iniciales**

- Monitorización
- ECG de 12 derivaciones
- Canalización de dos vías periféricas gruesas
- Extracción de analítica
  - Hemograma
  - Bioquímica (incluyendo perfil hepatobiliar y procalcitonina)
  - Coagulación
  - Gasometría (arterial o venosa en función de la clínica del paciente)
  - Orina anormales y sedimento
  - Valorar necesidad de otras analíticas (p.ej. perfil cardio, dímero D...) en función de la clínica del paciente y la eventual necesidad de realizar diagnósticos diferenciales

## **EXTRACCION DE HEMOCULTIVOS**

- Se recomienda obtener cultivos apropiados antes de que se inicie el tratamiento antibiótico si tales cultivos no causan un retraso importante (>45 minutos) en el comienzo de la administración antibiótica
- En aquellos pacientes en los que se haya activado el Código Sepsis la extracción de hemocultivos se realizará SIEMPRE, independientemente de que en el momento de la valoración inicial el paciente presente o no fiebre.
- Al menos dos hemocultivos (en frascos aerobios y anaerobios), preferible 3, en punciones separadas, sin “intervalo” entre las extracciones, al menos 10 mls de vol extraído.

## **DETERMINACION DE NIVELES DE LACTATO**

- Las Guías de la SSC establecen como prioritaria la determinación de los niveles de lactato en sangre en cuestión de minutos en el contexto de la valoración inicial del paciente.

## **SONDAJE VESICAL**

- Se realizará sondaje vesical del paciente para control estricto de diuresis horaria

## **ANTIBIOTERAPIA:**

- El inicio de la antibioterapia empírica de forma precoz es uno de los pilares fundamentales en el manejo de la sepsis grave y el shock séptico y un objetivo terapéutico absolutamente prioritario.
- El estudio del grupo de Levy publicado en 2010 sobre una base de casi 15000 pacientes de la base de datos mundial de la SSC demostró un aumento de la mortalidad del 4% por cada hora de retraso en el inicio de la antibioterapia empírica en pacientes con SG/SS.
- Se recomienda que la antibioterapia empírica se inicie tan pronto como sea posible dentro de la primera hora del diagnóstico, previa extracción y toma de muestras adecuadas para los cultivos.

## **FLUIDOTERAPIA**

- De elección cristaloides (y dentro de ellos el SSF) a 30 mls/Kg/h
- Canalizar dos vías periféricas de grueso calibre asegurando 500-1.000 ml de cristaloides en los primeros 30 minutos, de 1.500-2.000 ml en la primera hora y 500-1.000 mls/h después.
- Extracción de muestras microbiológicas en función del foco
- Antitérmicos y analgésicos IV si se precisan
- Control del foco infeccioso si es posible (p.ej, retirada catéteres, drenaje abscesos, etc... )
- Solicitud de pruebas de imagen para determinar estrategias de control del foco infeccioso si se precisan

- Valorar necesidad de fármacos vasopresores
- Valorar necesidad de vía central
- Valorar necesidad de hemoderivados
- Repetir determinación de niveles de lactato

### **ESTRATEGIAS DE CONTROL DEL FOCO INFECCIOSO**

- En todo paciente con sepsis grave se debe evaluar la presencia de un foco de infección susceptible de ser erradicado mediante maniobras de control del foco en las primeras seis horas de la presentación.
- Se recomienda que se realice una intervención para el control de fuente dentro de las primeras 12 horas desde el diagnóstico una vez establecido el foco.
- Se debe utilizar la intervención efectiva asociada con el menor traumatismo fisiológico (p.ej. drenaje percutáneo en lugar de quirúrgico en un absceso).

### **CONTROL DE GLUCEMIAS**

- La glucemia en pacientes con SG/SS se debe mantener por encima del límite de la normalidad y por debajo de 150 mgs/dL en el 60% de las determinaciones.
- Se recomienda realizar controles de glucemia digital cada 2-4 horas en función de las glucemias del paciente y patología previa.

### **PREVENCION DE LA TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA**

- Utilizar HBPM según dosis habituales a no ser que este contraindicada

## CUIDADOS DE ENFERMERIA:

Diagnóstico	OBJETIVOS	Intervenciones
Deterioro de la Movilidad Física	0208 Movilidad - 03 movimiento muscular - 04 movimiento articular Nivel Funcional (NANDA)*	0740 CUIDADOS DEL PACIENTE ENCAMADO - Explicar razones del reposo - Vigilar estado de la piel - Ayudar en las AVD - Realizar ejercicios pasivos/activos - Observar si se produce estreñimiento
Deterioro de la integridad cutánea	1102 Curación de la herida: por 1ª intención - 14 Formación de cicatriz 1103 Curación de la herida: por 2ª intención - 01 Granulación	3584 CUIDADOS DE LA PIEL 3520 CUIDADOS DE LA UPP (GPC UPP)
Confusión Aguda	0901 Orientación cognitiva -09 Identifica eventos actuales significativos	4820 ORIENTACIÓN A LA REALIDAD - Informar sobre Tiempo, Espacio y Persona - Preparar la paciente para los cambios - Asignación de cuidadores
Deprivación de sueño	0004 Sueño - Horas de sueño (mínimo 5h/día) - 03 Patrón del sueño	1850 MEJORAR EL SUEÑO - Tener en cuenta el ciclo del sueño en la planificación de cuidados - Observar y registrar el esquema y número de horas de sueño - Ajustar el ambiente
Cansancio en el Desempeño del Rol del Cuidador	2508 Bienestar del cuidador principal -01 Satisfacción con la salud física -07 Satisfacción con el apoyo profesional	7040 APOYO AL CUIDADOR PRINCIPAL - Determinar el nivel de conocimientos y el nivel de aceptación de su papel - Enseñar técnicas para garantizar la seguridad del paciente - Observar indicios de estrés - Enseñar técnicas de manejo del estrés - Ayudar al cuidador a establecer límites y a cuidarse a sí mismo

Fuente: Elaboración propia a partir de taxonomía estandarizada enfermera (Nanda, NIC, NOC)

## **BIBLIOGRAFÍA:**

1. De la Torre Prados, María Victoria et al. SEPSIS grave : proceso asistencial Integrado / [Sevilla]:Consejería de Salud, 2010.
2. C. León Gil, L. García-Castrillo Riesgo, M. S. Moya Mir, A. Artigas Raventós, M. Borges Sa, F. J. Candel González, M. Chanovas Borrás, R. Ferrer Roca, A. Julián Jiménez, A. Loza Vázquez, M. Sánchez García. Documento de Consenso (SEMES-SEMICYUC) Recomendaciones del manejo diagnóstico-terapéutico inicial y multidisciplinario de la sepsis grave en los Servicios de Urgencias Hospitalarios. 2007;19.
3. Azkárate, I . Sebastián, R; Cabarcos, E; Choperena G; Pascal, M; Salas, E;. Registro observacional y prospectivo de sepsis grave/shock séptico en un hospital terciario de la provincia de Guipúzcoa . Medicina Intensiva, 36,(4):250-256