



La sepsis es una emergencia  
(Requiere medidas urgentes en < 15 minutos)



- **SEPSIS:** disfunción orgánica que supone una amenaza para la vida del paciente causada por una respuesta anómala del huésped a la infección. Se define la sepsis por cambio agudo  $\geq 2$  puntos de SOFA como consecuencia de la infección
- **SHOCK SÉPTICO:** Sepsis con hipotensión persistente que requiere vasopresores para mantener TAM (TAS+2TAD/3) > 65 mmHg con Lactato sérico > 2mmol/L a pesar de reposición adecuada de volumen. MORTALIDAD HOSPITALARIA > 40%

## TRIAJE E IDENTIFICACIÓN

Urgencias : Consulta Triaje/FEA. Planta: enfermería /FEA

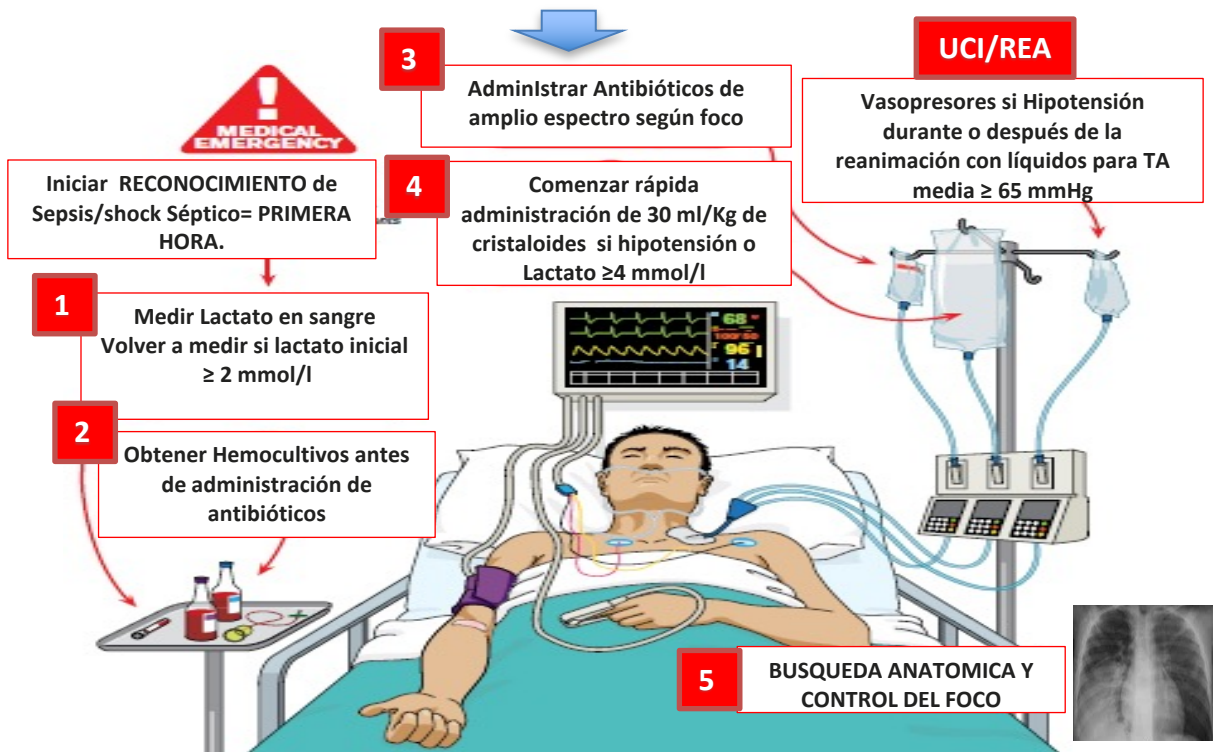
Sospecha Clínica de Infección



ESCALA NEWS = 5 PUNTOS o aumento  $\geq 2$  puntos SOFA (Planta). VER ANEXO

## !!! Sospecha SEPSIS= PRIORIDAD ASISTENCIAL!!!

ACTIVA SOSPECHA CÓDIGO SEPSIS: INTERCONSULTA ENFERMEDADES INFECCIOSAS (Nº 769316)



1)

• **ANALÍTICA:** Hemograma, coagulación, bioquímica: glucosa, urea, creatinina, iones, transaminasas, Bb, PCR, procalcitonina (No indicación de inicio de antibiótico, utilidad en retirada), GASOMETRIA VENOSA ó ARTERIAL y Lactato

2)

• **HEMOCULTIVOS:** Extraer 2 sets (1 set = 1 bote aeróbico + 1 anaeróbico), de dos accesos vasculares diferentes. Resto cultivos según sospecha clínica (en caso de foco respiratorio añadir frotis nasal para investigar *Staphylococcus aureus metiliclin resistente*. **AVISAR A MICROBIOLOGIA DE GUARDIA PARA PRIORIZAR DIAGNOSTICO MICROBIOLOGICO.**

3)

• **INICIO DE ANTIOTERAPIA (<1 hora):** Elección de antibioterapia según foco infeccioso (ver ANEXO).

4)

• **SOPORTE HEMODINÁMICO (inmediato):** Vía Venosa (periférica, preferible 2 accesos) y Monitorizar TA, FC, Tª, Sat O2, FR, glucemia capilar, Glasgow y diuresis; Oxígeno para SatO2>92% y **FLUIDOS:** Administrar carga de cristaloides (30 mL/Kg en primera hora)

5)

• **BÚSQUEDA ANATÓMICA DEL FOCO (<6 horas):** Anamnesis, Exploración Física y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS DIRIGIDAS CON CARÁCTER URGENTE y **DRENAJE QUIRÚRGICO SI ES PRECISO INMEDIATAMENTE TRAS EL DIAGNÓSTICO (no esperar evolución)**

Si persiste hipotensión o SOFA $\geq 2$  y candidato RCP, antes de iniciar drogas vasoactivas (ingreso en UCI antes de 6 horas)

**SHOCK SÉPTICO= Interconsulta UCI/ REA**



## RECOMENDACIONES EN SEPSIS: ANTIBIOTERAPIA SEGÚN FOCO

IMPORTANTE: la elección siempre debe adaptarse de forma individualizada a las características del paciente. Se recomienda la terapia empírica de amplio espectro con uno o más antimicrobianos para cubrir todos los patógenos probables (combinación con B-lactámico si no contraindicación).

**EVALUACIÓN 24-48 horas y DEESCALADO si procede según MICROBIOLOGÍA/ EVOLUCIÓN.**

FOCO ANATOMICO	ENTIDAD CLÍNICA	TRATAMIENTO	
		COMUNITARIA SIN FR MR <sup>1</sup>	NOSOCOMIAL O FR MR <sup>1</sup>
PIEL Y PARTES BLANDAS	Celulitis, Fascitis y Miositis necrotizante	Cefepime 2g/IV/8h + Clindamicina 600mg/IV/8h	Piper-Taz 4-0,5mg/IV/6h o Meropenem 1g/IV/8h <sup>2</sup> +/- Clincamicina 600mg/IV/8h +/- Vancomicina 15-20mg/Kg/IV q8-12h o Daptomicina 10mg/Kg/IV/24h <sup>3</sup>
RESPIRATORIO	Neumonía	Ceftriaxona 2g/IV/24h + levofloxacino 750mg/IV/24h <i>Si aspirativa:</i> Amoxicilina-clavulánico 2g-0.2g/IV/8h <i>Si EPOC o bronquiectasia:</i> Cefepime 2g/IV/8h + levofloxacino 750mg/IV/24h	Meropenem 1g/IV/8h <sup>5</sup> + Levofloxacino 750mg/IV/24h +/- Cotrimoxazol 1600-320mg/IV/12h <sup>9</sup> +/- Linezolid 600mg/IV/12h <sup>3</sup> +/- Colistina 9MU/IV carga (luego 4,5MU/IV/12h) <sup>4,5</sup>
ABDOMINAL	Colecistitis aguda o Pancreatitis (con infección 2 <sup>a</sup> )	Ceftriaxona 2g/IV/24h	Ertapenem 1g/IV/24h
	Peritonitis	<i>Secundaria:</i> Piper-Taz 4-0,5mg/IV/6h o Meropenem 1g/IV/8h <sup>2</sup>	<i>Terciaria:</i> Meropenem 1g/IV/8h + Vancomicina 15-20mg/Kg/IV q8-12h +/- Fluconazol <sup>6</sup>
DISPOSITIVOS VASCULARES	Sepsis por catéter	Daptomicina 10mg/Kg/IV/24h + Meropenem 1g/IV/8h +/- Fluconazol <sup>6</sup>	
TRACTO URINARIO	Pielonefritis	Ceftriaxona 2g/IV/24h +/- Fosfomicina 4g/IV/6h <sup>10</sup>	Meropenem 1g/IV/8h + Vancomicina 15-20mg/Kg/IV q8-12h <sup>7</sup>
SNC	Meningitis	Ceftriaxona 2g/IV/12h + Vancomicina 15-20mg/Kg/IV q8-12h +/- Ampicilina 2g/IV/4h <sup>8</sup>	Meropenem 2g/IV/8h + Vancomicina 15-20mg/Kg/IV q8-12h
SIN FOCO CONOCIDO		Ceftriaxona 2g/IV/12h o Piper-Taz 4-0,5mg/IV/6h +/- Amikacina 15mg/Kg/24h + Vancomicina 15-20mg/Kg/IV q8-12h <sup>3</sup>	Meropenem 2g/IV/8h + Vancomicina 15-20mg/Kg/IV q8-12h <sup>3</sup> +/- Fluconazol <sup>6</sup>



(1) Factores de riesgo (FR) de multirresistentes (MR): ATB en 6 meses previos, hospitalizados en 3 meses previos, hospitalización actual  $\geq 5$  días, institucionalizados, inmunocomprometidos.

(2) Sospecha de BLEE: uso previo de quinolonas o cefalosporinas, ITU de repetición, sonda urinaria, diabetes mellitus, infección asociada asistencia sanitaria, colonización/infección en el año previo.

(3) Factores de riesgo para SAMR: infección nosocomial o asociada asistencia sanitaria (hemodiálisis), procedente de residencia, colonización/infección en el año previo. En 2023 la densidad de incidencia en HUT y Distrito Almería es  $< 10\%$ .

(4) Si riesgo de *Acinetobacter baumannii* productor de carbapenemasa: brote activo +/- colonizado/infectado en año previo.

(5) Si infección/colonización respiratoria previa por *Pseudomonas aeruginosa*: EVITAR antibióticos usados en el mes previo (rotar B-lactámico) y usar dosis máxima. Asociar COLISTINA si riesgo de extremadamente resistente.

(6) Factores de riesgo de infecciones fúngicas: pancreatitis grave, nutrición parenteral; infecciones intraabdominales posquirúrgicas, hemodiálisis, ingreso en UCI  $> 7$  días con ATB de amplio espectro, colonización multifocal por *Candida* spp. Tratamiento antifúngico empírico en pacientes con sepsis grave o shock séptico debe ir dirigido frente a *Candida* spp: Fluconazol (En nuestro hospital la resistencia a fluconazol es inferior al 5%). Valorar caspofungina/ anfotericina B en paciente oncohematológico o neutropénico.

(7) Factores de riesgo para *Enterococcus* spp: cateterización de la vía urinaria (sonda u otros), uso previo de ATB de amplio espectro, especialmente cefalosporinas.

(8) Considerar Listeria en  $> 50$  años, embarazo o clínica sugestiva de rombencefalitis.

(9) Si infección/colonización respiratoria previa por *S. maltophilia* o situación de endemia con uso previo de quinolonas (posibilidad de desarrollo de resistencia a quinolonas): brote activo +/- colonizado/infectado en año previo.

(10) Precaución en pacientes con insuficiencia cardíaca por sobrecarga sal



## Anexo ESCALAS:

### Escala NEWS

#### NEWS2. ESCALA DE ADVERTENCIA TEMPRANA

Parámetro fisiológico	Escala						
	3	2	1	0	1	2	3
Frecuencia respiratoria	≤ 8		9-11	12-20		21-24	≥ 25
Saturación de oxígeno (SpO <sub>2</sub> )	≤ 91	92-93	94-95	≤ 96			
SpO <sub>2</sub> en caso de EPOC	≤ 83	84-85	86-87	88-92 ≤ 93 sin O <sub>2</sub>	93-94 con O <sub>2</sub>	95-96 con O <sub>2</sub>	≥ 97 con O <sub>2</sub>
¿Oxígeno suplementario?		Sí		Aire ambiente			≥ 220
Tensión arterial sistólica	≤ 90	91-100	101-110	111-219			
Frecuencia cardíaca	≤ 40		41-50	51-90	91-110	111-130	≥ 131
Nivel de consciencia				Alerta			C, V, D, I
Temperatura	≤ 35.0		35.1-36.0	36.1-38.0	38.1-39.0	≥ 39.1	

Calificación NEWS 2	Riesgo clínico	Respuesta clínica
0	Bajo	Continuar cuidados de enfermería Signos vitales cada 12 horas
1-4	Bajo	Continuar cuidados de enfermería Signos vitales cada 4-6 horas
3 en cualquier parámetro	Bajo/medio	Respuesta urgente en piso o ala* Signos vitales cada hora
5-6	Medio	Respuesta urgente en piso o ala* Signos vitales cada hora
7 o más	Alto	Respuesta emergente** Monitoreo continuo de signos vitales

C, V, D, I (C: confuso; V: responde a la voz; D: responde al dolor; I: inconsciente). Equivalencia con escala de Glasgow: Alerta (14-15 puntos); V: 11-13; D: 5-8; I: 3

### Escala SOFA

#### Escala de disfunción de órganos SOFA.

Score SOFA	0	1	2	3	4
PaO <sub>2</sub> /FIO <sub>2</sub> (mm Hg) o SatO <sub>2</sub> /FIO <sub>2</sub>	>400	<400 221-301	<300 142-220	<200 67-141	<100 <67
Plaquetas 10 <sup>3</sup> /mm <sup>3</sup>	>150	<150	<100	<50	<20
Bilirubina (mg/dL)	<1,2	1,2-1,9	2,0-5,9	6,0-11,9	>12,0
Hipotensión (hTA)	No hTA	PAM <70	Dopamina ≤5 o dobutamina	Dopamina >5 o noradrenalina ≤0,1	Dopamina >15 o noradrenalina >0,1
Escala de Glasgow	15	13-14	10-12	6-9	<6
Creatinina (mg/dL) o flujo urinario (ml/d)	<1,2	1,2-1,9	2,0-3,4	3,5-4 <500	>5,0 <200