

Código Sepsis

E. Esteban Torné

Responsable Base SEM pediátrico. Hospital Sant Joan de Déu. Esplugues de Llobregat, Barcelona.

La sepsis se define recientemente como una disfunción de órgano que puede poner en peligro la vida, causada por una respuesta disregulada del huésped a una infección⁽¹⁾. El reconocimiento y tratamiento precoz es determinante en el pronóstico de los pacientes con sepsis.

El proyecto ‘Código Sepsis’, dirigido por el Dr. Marcio Borges, nace con la vocación de materializarse como una herramienta referente en el sistema sanitario español, para la homogenización en el manejo para la detección precoz e inicio de medidas terapéuticas, así como la monitorización de la respuesta evolutiva en aquellas áreas en las que se efectúa la atención con esta grave situación clínica. En este sentido, ha promovido la elaboración de un documento de consenso sobre detección y manejo de la sepsis, un programa de formación online y presencial que incluirá el manejo del paciente pediátrico y diversas iniciativas recogidas en la plataforma web www.codigosepsis.com.

De forma paralela, en Cataluña recientemente se ha aprobado el “Codi sèpsia” promovido por el Servei Català de Salut (Catsalut) y aprobado como Instrucción 11/2015 el 8 de Octubre de 2015 (<http://catsalut.gencat.cat/ca/detalls/articles/instruccio-11-2015>). En lo sucesivo y para que no se confunda con la iniciativa “Código Sepsis”, seguiremos mencionándola como “Codi sèpsia”. En Cataluña, la sepsis afecta cada año cerca de 200 pacientes/100.000 habitantes, de los cuales hasta un 25% pueden precisar ingreso en unidades de cuidados intensivos (UCI). Su mortalidad se ve afectada por factores no modificables (características del paciente, foco de la infección y el microorganismo responsable) y factores modificables, siendo el más importante el tiempo transcurrido en la restauración de la perfusión del tejido y en el manejo de foco séptico (tiempo para el inicio de tratamiento antibiótico, adecuación de la cobertura empírica y si es necesario drenar el foco séptico). El fracaso de los órganos del paciente con sepsis es un proceso altamente especializado desarrollado principalmente en los servicios de medicina intensiva, no disponibles en todos los centros que atienden a pacientes agudos, y exige criterios para la “coordinación interhospitalaria”. Dada la estandarización existente en el manejo, la dependencia de tiempo de los tratamientos y la necesidad de coordinación interhospitalaria en los casos más graves, se considera que el manejo de los pacientes con sepsis cumple los criterios de “Código interhospitalario”. A este fin, se creó la Comisión Asesora para el paciente con sepsis, con el fin de alcanzar un consenso sobre los criterios clínicos y funcionales para el manejo de pacientes con sepsis grave. Se compone de 7 sociedades científicas que representan a los campos de intensivistas (urgencias, medicina interna, cirugía, infecciosa, medicina familiar y pediatría) junto con el Sistema de Emergencias Médicas y el “Consorci Sanitari de Barcelona”. El principal objetivo ha sido diseñar la estrategia que sirve de formato al “Codi sèpsia” (entendido como manejo secuencial tiempo-dependiente con coordinación interhospitalaria).

El modelo de atención al paciente con sepsis grave se resume en los siguientes pasos:

- Atención extrahospitalaria: pre-alerta de sepsis grave
- Activación de “Codi sèpsia” Grave (CSG): la activación de la CSG comporta la atención de los pacientes siguiendo las indicaciones de la Comisión Asesora, que los hospitales han revisado y adaptado. Se recomienda que cada centro cree el propio grupo de Trabajo de “Codi sèpsia” que coordinará las acciones pertinentes
- Resucitación (cadena de la resucitación en sepsis grave)
- Coordinación interhospitalaria para la atención en UCI.

En la atención extrahospitalaria se tratarán en pacientes con infección y según la capacidad de resolución se iniciará medidas de reanimación asumibles (administración de líquidos, administración de oxígeno, etc.) y se “dará alerta” del posible caso de sepsis grave, siguiendo las recomendaciones de la Comisión Asesora. El SEM trasladará a los pacientes tributarios de ser tratados en formato de código, al hospital de proximidad que puede hacer el diagnóstico clínico, de laboratorio y la resucitación. El SEM activará el código y definirá las prioridades según los siguientes criterios

- Prioridad 0: pacientes con séptico shock o necesidad de ventilación mecánica que se derivarán hospitales con ICU.
- Prioridad 1: pacientes con sepsis grave sin shock que se derivarán al hospital más próximo.

En el paciente pediátrico se activa el CSG en el hospital donde se atiende a un niño que presenta un síndrome séptico y signos clínicos de disfunción del órgano, niño con mal aspecto y equimosis o meningismo. Se atenderán en el formato CSG pediátrico los niños del siguiente rango de edad: recién nacidos desde que han sido dados de alta del hospital después de su nacimiento hasta la edad de 16 años. A partir de esta se atenderán con el formato CSG Adulto.

El esquema de CSG pediátrico se muestra en la figura 1.

CADENA DE RESUCITACIÓN EN LA SEPSIS GRAVE EN LOS NIÑOS

Acciones a realizar en la primera hora de la identificación⁽²⁾:

- Administración de oxígeno
- Toma de de hemocultivos previo a la administración de antibióticos
- Administración de antibiótico empírico en la primera hora
- Obtención de acceso vascular.
- Administrar 20 ml/kg de fluidos hasta 60 ml/kg o lo que precise para alcanzar los objetivos terapéuticos mientras no aparezcan signos de sobrecarga hídrica.
- Reevaluación de objetivos terapéuticos (estado mental normal, diuresis > 1 ml/kg/h Recapilarización menor de 2 segundos, presión arterial normal, pulsos centrales y periféricos iguales.

Después de la primera hora de resucitación, en los pacientes en que no se alcancen estos objetivos, es necesario evaluar la necesidad de soporte inotrópico y el traslado a UCIP.

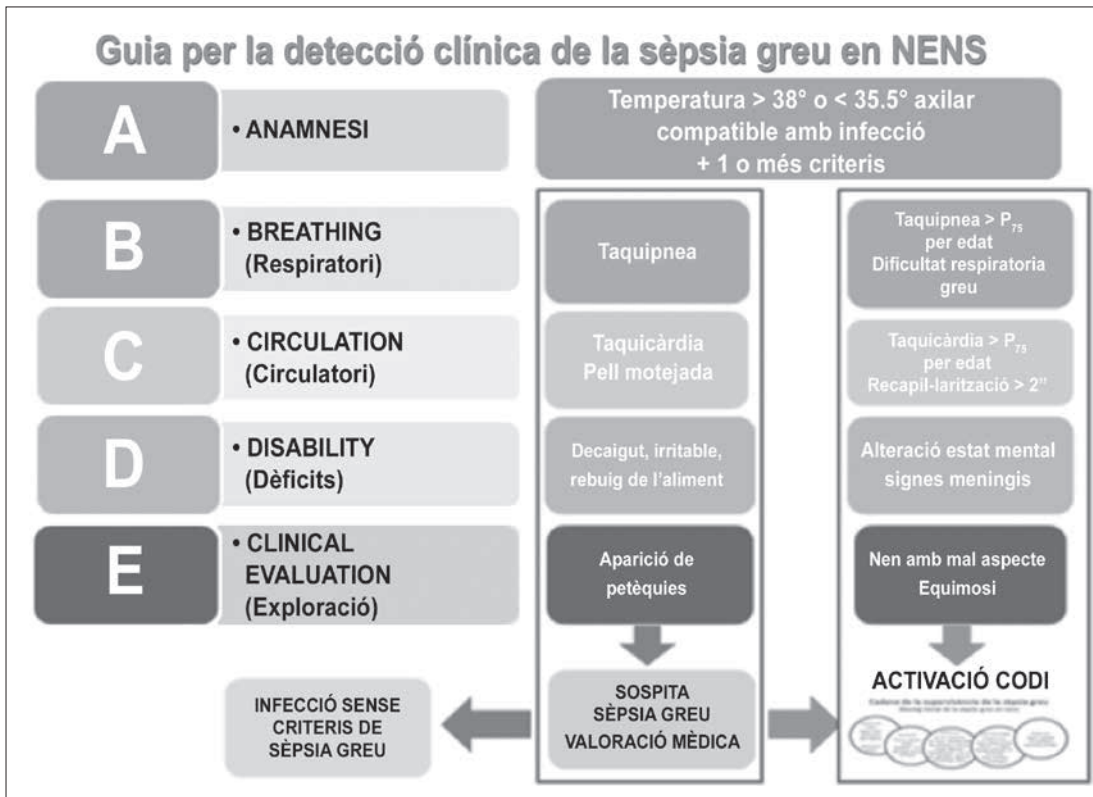


FIGURA 1. Esquema de CSG pediàtric.

BIBLIOGRAFIA

1. Singer M, Deutschman CS, Seymour CW, et al. The Third International Consensus Definitions for Sepsis and Septic Shock (Sepsis-3). JAMA. 2016; 315: 801-10.
2. Dellinger RP, Levy MM, Rhodes A, et al; Surviving Sepsis Campaign Guidelines Committee including the Pediatric Subgroup. Surviving sepsis campaign: international guidelines for management of severe sepsis and septic shock: 2012. Crit Care Med. 2013; 41: 581-637.