

NO HACER EN SEPSIS



¿Qué es?

La sepsis es una disfunción orgánica grave por una respuesta mal regulada a una infección. El diagnóstico definitivo no puede hacerse en la primera valoración del paciente. Debemos sospecharlo en aquellos casos que presenten fiebre y alteración del Triángulo de Evaluación Pediátrica en el lado circulatorio o de la apariencia.

¿Cómo se diagnostica?

Lo más importante es la sospecha clínica y la identificación precoz. Es una patología tiempo-dependiente.

Entre las pruebas analíticas a realizar: hemograma, bioquímica con reactantes de fase aguda, pruebas de función hepática y renal, gasometría y coagulación.

La confirmación se obtiene mediante el aislamiento del microorganismo en líquidos biológicos o por reacción en cadena de la polimerasa (PCR).

La sensibilidad de la PCR en sangre no se ve afectada por la administración previa de antibiótico, a diferencia del hemocultivo.

La realización de punción lumbar para estudio del líquido cefalorraquídeo está contraindicada si el paciente está inestable hemodinámicamente.

¿Cuáles son los objetivos fundamentales del manejo?

Identificar de forma precoz a aquellos pacientes que pueden presentar una sepsis.

Iniciar las medidas de estabilización en el momento en el que exista la sospecha clínica.

Administrar fluidoterapia de forma precoz (10-20 mL/Kg).

La primera opción de fluidoterapia son los cristaloides balanceados (Ringer, Ringer-lactato, Plasmalyte®), aunque el suero salino fisiológico es una alternativa aceptable.

Cuando exista sospecha de shock séptico, iniciar la antibioterapia en la primera hora, idealmente con extracción previa de cultivos.

Inicio de soporte inotrópico en aquellos casos en los que persista la mala perfusión a pesar de haberse administrado 40-60 mL/Kg de fluidos intravenosos.

Recomendaciones no hacer

- La realización de ninguna prueba debe retrasar el inicio de la antibioterapia empírica.
- No retrasar el inicio del soporte inotrópico si está indicado, hasta tener una vía central. Puede administrarse por vía periférica.
- En pacientes sin hipotensión atendidos en un centro sin Cuidados Intensivos Pediátricos se recomienda no administrar bolos de fluidoterapia y comenzar con sueroterapia de mantenimiento.

Bibliografía

1. Gómez Cortés, B. Protocolos diagnósticos y terapéuticos en urgencias de Pediatría. Sociedad española de Urgencias de Pediatría (SEUP). 4ª edición. 2024.
2. Sanchez Díaz JI, De Carlos Vicente JC, Gil Antón J. Protocolo de diagnóstico y tratamiento del shock séptico y de la sepsis asociada a disfunción orgánica. Sociedad y fundación española de Cuidados Intensivos Pediátricos. Protocolo diagn. ter. pediatr. 202.

Recomendación elaborada en 2024 por: Andrea Fernández Menéndez. Helena Aparicio Casares. Asociación de Pediatría de AP y Grupo de Trabajo de pediatría.