



RefoRMÚLaTE

CASOS CLÍNICOS SOBRE LAS NUEVAS
INFECTIOUS DISEASE GUIDELINES

“SURVIVING SEPSIS CAMPAIGN 2021
ADULT GUIDELINES”

Beatriz Mejuto Pérez del Molino

*Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela
F.E.A. Farmacia hospitalaria*



**47 - 50
millones**
de casos
al año¹

Al menos
11 millones
de muertes
al año²

**1 de cada
5 muertes**
en todo el mundo
está asociada a
sepsis³

Sepsis es la

- **1ª Causa** de muerte en hospitales⁴
- **1ª Causa** de readmisión hospitalaria⁵
- Enfermedad **más costosa**⁶

(ej. \$62 billones se gastan en sepsis en los cuidados de salud solo en EUA)

LA SEPSIS

es una **emergencia** médica
- si tu o alguien que conoces
tiene signos de sepsis, busca
atención médica inmediata.
Cada hora cuenta.¹¹

<https://www.worldsepsisday.org>

Sepsis

Disfunción orgánica potencialmente mortal causada por una respuesta desregulada del huésped a la infección

Shock séptico

Sepsis

+

Vasopresores para PAM ≥ 65 mmHg

Lactato >2 mmol/L sin hipovolemia

Singer, Mervyn, et al. "The third international consensus definitions for sepsis and septic shock (Sepsis-3)." Jama 315.8 (2016): 801-810.

Surviving Sepsis Campaign: International Guidelines for Management of Sepsis and Septic Shock 2021

KEY WORDS: adults; evidence-based medicine; guidelines; sepsis; septic shock

INTRODUCTION

Sepsis is life-threatening organ dysfunction caused by a dysregulated host response to infection (1). Sepsis and septic shock are major healthcare problems, impacting millions of people around the world each year and killing between one in three and one in six of those it affects (2–4). Early identification and appropriate management in the initial hours after the development of sepsis improve outcomes.

The recommendations in this document are intended to provide guidance for the clinician caring for adult patients with sepsis or septic shock

Laura Evans¹
Andrew Rhodes²
Waleed Alhazzani³
Massimo Antonelli⁴
Craig M. Coopersmith⁵
Craig French⁶
Flávia R. Machado⁷
Lauralyn McIntyre⁸
Marlies Ostermann⁹
Hallie C. Prescott¹⁰
Christa Schorr¹¹
Steven Simpson¹²
W. Joost Wiersinga¹³
Fayez Alshamsi¹⁴

- Cribado
- Manejo hemodinámico
- Infección
- Terapias adicionales
- Terapias a largo plazo



Cribado

Uso de un programa específico para la sepsis, que incluya el cribado para los pacientes con enfermedades agudas de alto riesgo, así como procedimientos operativos estándar para el tratamiento.



The screenshot shows the 'Seguridad del Paciente' website. At the top, there are logos for the Spanish Government, the Ministry of Health, and the Plan de Calidad del Sistema Nacional de Salud. Below the header is a navigation menu with links: Inicio, Presentación, Prácticas seguras, Proyectos, Formación, Información, Participación, and Biblioteca. The main content area is titled 'Código Sepsis: Documento de consenso' and includes an 'Introducción al documento' section. The text describes the document's purpose: to improve sepsis management and reduce mortality by collaborating with various healthcare professionals. It mentions that the document was developed in 2016 and is available for download.



Cribado

Se recomienda NO usar qSOFA como única herramienta de cribado para sepsis y shock séptico.

**Recomendación fuerte,
moderada evidencia**

- $FR \geq 22$ rpm
- Alteración de nivel de conciencia ($GCS < 15$)
- $TAS \leq 100$ mmHg

Se sugiere la medición del lactato en pacientes con sospecha de sepsis

**Recomendación débil,
baja evidencia**



72 años

Antecedentes

- NAMC
- Hábitos tóxicos: fumador hace 30 años, bebedor de un vaso de vino con las comidas
- DM tipo II
- Dislipemia
- Hiperplasia benigna de próstata
- Síndrome postrombótico MID
- TVP femoral en MII (febrero 2022)
- IQ: desprendimiento de retina. Varices (2009)



Tratamiento habitual

- Metformina 1000 mg 1 cp/d
- Simvastatina 10 mg 1 cp/d
- Tamsulosina/dutasterida 0,4/0,5 mg 1 cp/d
- Omeprazol 20 mg 1cp/d
- Metilprednisolona 1mg/g emulsión



Acude a URG el 14/10 por clínica miccional y hematuria con coágulos. Desde ese día presenta malestar general con tiritona. No dolor abdominal en domicilio. No náuseas ni vómitos. No clínica digestiva.

A su llegada presenta hipotensión arterial y mal estado general.

HEMATOLOGÍA

San-Leucocitos	9.76	x10e3/ μ L	[4.09 - 10.8]
San-Hematies	3.62	x10e6/ μ L	[4.5 - 5.5]*
San-Hemoglobina	10.7	g/dL	[13.5 - 17.5]*
Hematocrito	32.1	%	[41.0 - 53.3]*
San-VCm	88.8	fl	[83.0 - 102.0]
MCH	29.6	pg	[27.0 - 31.0]
MCHC	33.3	g/dL	[33.0 - 37.0]
RDW (Índice distribución de hematies)	13.0	%	[11.5 - 14.5]
HDW (Índice distribución de hemoglobina)	2.6	g/dL	[2.2 - 3.2]
San-Plaquetas	84.0	x10e3	[130 - 400]
San-VPM	11.0	fl	
Neutrófilos	92.7	%	
San-Neutrófilos	9.05	x10e3	
Linfocitos	3.8	%	[17.4 - 46.7]*
San-Linfocitos	0.37	x10e3/ μ L	[0.7 - 4.67]*
Monocitos	2.1	%	[2.7 - 8.6]*
San-Monocitos	0.21	x10e3/ μ L	[0.108 - 0.86]
Eosinófilos	0.7	%	[0.5 - 6.0]
San-Eosinófilos	0.07	x10e3/ μ L	[0.02 - 0.6]
Basófilos	0.1	%	[0.1 - 1.2]
San-Basófilos	0.01	x10e3/ μ L	[0.004 - 0.12]
LUC	0.5	%	[0.1 - 3.5]
San-LUC	0.05	x10e3/ μ L	[0.004 - 0.35]
Observación microscópica			
Cayados	13.0	%	[0.0 - 7.0]*
Metamielocitos	5.0	%	[0.0 - 1.0]*
Observación microscopica	Fórmula revisada		

BIOQUÍMICA SUERO

Srm-Glucosa	135.0	mg/dL	[74.0 - 106.0]
Srm-Urea	73.0	mg/dL	[12.0 - 44.0]
Srm-Creatinina	1.29	mg/dL	[0.4 - 1.3]
Srm-Sodio	145.0	mmol/L	[137.0 - 148.0]
Srm-Potasio	4.0	mmol/L	[3.6 - 4.9]
Srm-Bilirrubina total	1.7	mg/dL	[0.2 - 1.2]
Srm-Bilirrubina directa	0.9	mg/dL	[0.1 - 0.4]
	0.9	mg/dL	[0.1 - 0.8]
	82.0	UI/L	[15.0 - 37.0]
	71.0	UI/L	[16.0 - 63.0]
(ALT/GPT)			
Srm-Proteína C reactiva	21.32	mg/dL	[0.0 - 0.33]
Srm-Procalcitonina ^a	>100.00	ng/mL	
Tipo de muestra ^a	Venosa		
San-pH	7.336		[7.32 - 7.43]
San-pCO2	37.8	mmHg	[38.5 - 54.5]
San-pO2	23.2	mmHg	[-]
Bicarbonato real	19.8	mmol/L	[22.0 - 29.0]
Exceso de bases (B)	-5.5	mmol/L	
San-Lactato	2.21	mmol/L	[0.5 - 2.2]
San-Glucosa	229.0	mg/dL	[70.0 - 115.0]

Sedimento urinario patológico

Resucitación inicial

Se recomienda que la reanimación y el tratamiento se inicien inmediatamente

Mejores
prácticas



¿Qué tipo de fluido utilizaríais para la resucitación?

- a) Cristaloides clásicos
- b) Cristaloides balanceados
- c) Coloides naturales
- d) Coloides artificiales

Resucitación inicial

Se sugiere la administración de al menos 30 mL/Kg de cristaloides administrados en las primeras 3 h

Recomendación débil,
baja evidencia

Evaluation and Predictors of Fluid Resuscitation in Patients With Severe Sepsis and Septic Shock

Hani I. Kuttub, MD¹; Joseph D. Lykins, MD²; Michelle D. Hughes, MD³; Kristen Wroblewski, MS⁴;
Eric P. Keast, MD¹; Omobolawa Kukoyi, MD, MPH¹; Jason A. Kopec, MD¹; Stephen Hall, MS⁵;
Michael A. Ward, MD¹

Pacientes que recibieron < 30 mL/Kg:

- ✓ Mayor riesgo de mortalidad intrahospitalaria
- ✓ Retraso en la resolución de la hipotensión
- ✓ Mayor estancia en UCI

Kuttub HI, Lykins JD, Hughes MD, Wroblewski K, Keast EP, Kukoyi O, Kopec JA, Hall S, Ward MA. Evaluation and Predictors of Fluid Resuscitation in Patients With Severe Sepsis and Septic Shock. Crit Care Med. 2019 Nov;47(11):1582-1590. doi: 10.1097/CCM.0000000000003960. PMID: 31393324; PMCID: PMC8096207.

Resucitación inicial

Tras la reanimación inicial: evaluación del estado del volumen intravascular y la perfusión orgánica

Parámetros estáticos: la frecuencia cardíaca, la presión venosa central y la presión arterial sistólica

Parámetros dinámicos: **de elección**

- Elevación pasiva de las piernas: medición del gasto cardíaco
- Variación del volumen sistólico y variación de la presión del pulso
- Ecocardiografía

Resucitación inicial

Se recomienda el uso de cristaloides como fluidoterapia de primera línea

Recomendación fuerte,
moderada evidencia

CRISTALOIDES

No balanceados

Salino 0,9%

Balanceados

R lactato
PlasmaLyte
R acetato
Isofundina

COLOIDES

Naturales

Albúmina
humana

Sintéticos

Hidroxietilalmidon
~~Gelatina~~
Dextrano

Se sugiere el uso de cristaloides balanceados frente al suero fisiológico en la resucitación

Recomendación débil,
baja evidencia

Se sugiere el uso de albúmina en pacientes que requieran un alto volumen de cristaloides

Al paciente se le administraron en urgencias 2 L de SSF en las primeras 3 h y 2 L más a continuación, pero persistía la hipotensión...



¿Qué vasopresor utilizaríais como primera opción en caso de no alcanzar el objetivo de PAM > 65 mm Hg?

- a) Dopamina
- b) Vasopresina
- c) Noradrenalina
- d) Adrenalina

Vasopresores

Drug	Receptor activity				Predominant clinical effects
	Alpha-1	Beta-1	Beta-2	Dopaminergic	
Phenylephrine	+++	0	0	0	SVR ↑↑, CO ↔/↑
Norepinephrine	+++	++	0	0	SVR ↑↑, CO ↔/↑
Epinephrine	+++	+++	++	0	CO ↑↑, SVR ↓ (low dose) SVR/↑ (higher dose)
Dopamine (mcg/kg/min)*					
0.5 to 2.	0	+	0	++	CO
5. to 10.	+	++	0	++	CO ↑, SVR ↑
10. to 20.	++	++	0	++	SVR ↑↑
Dobutamine	0/+	+++	++	0	CO ↑, SVR ↓
Isoproterenol	0	+++	+++	0	CO ↑, SVR ↓

+++ : Very strong effect; ++ : Moderate effect; + : Weak effect; 0 : No effect; SVR: systemic vascular resistance; CO: cardiac output.

* Doses between 2. and 5. mcg/kg/min have variable effects.

Manaker S. Use of vasopressors and inotropes. Revisión UpToDate Abril 2022.

Fármaco	Dosis	Efectos secundarios
Noradrenalina α1 (>), β1, β2	0,01-3,3 g/kg/min (incremento 0,1 a 0,3 g/kg/min cada 5 min hasta alcanzar el efecto deseado)	Bradicardia, arritmia cardíaca, isquemia periférica
Dopamina D1 (otros receptores D) α1, β1	< 5 g/kg/min D1; 5-10 g/kg/min β1, > 10 g/kg/min α1 (incremento 1-4 g/kg/min cada 10-30 min hasta alcanzar el efecto deseado)	Fibrilación auricular, bradicardia, taquicardia, arritmia ventricular, taquiarritmias
Adrenalina α1 (>), β1, β2	0,05-1 g/kg/min (incremento 0,05-0,2 g/kg/min cada 10-15 min hasta alcanzar el efecto deseado)	Hiperlactacidemia, hiperglucemia, taquiarritmias , isquemia periférica, disminución del flujo esplácnico
Vasopresina V1 (a y b), V2, V3	0,01-0,03 UI/min	Bradicardia, arritmia cardíaca, isquemia y necrosis en dosis altas (> 0,06 UI/min)

Vasopresores

Vasoactive Agent Management

	 Use norepinephrine as first-line vasopressor.
For patients with septic shock on vasopressors	 Target a MAP of 65 mm Hg.  Consider invasive monitoring of arterial blood pressure.
If central access is not yet available	 Consider initiating vasopressors peripherally.*
If MAP is inadequate despite low-to-moderate norepinephrine	 Consider adding vasopressin.
If cardiac dysfunction with persistent hypoperfusion is present despite adequate volume status and blood pressure	 Consider adding dobutamine or switching to epinephrine.

 Strong recommendations are displayed in green
 Weak recommendations are displayed in yellow.

*When vasopressors are used peripherally, they should be administered only for a short period of time and in a vein proximal to the antecubital fossa.



...y se inició antibioterapia empírica...

Como persistía la hipotensión, se inició perfusión de NA en urgencias. Mantenía diuresis escasas... ante esta persistencia de inestabilidad hemodinámica se decide ingreso en UCI.

APACHE II: 9
SOFA score: 9

¿Iniciaríais tratamiento antibiótico...?

- a) Antes de la administración de la fluidoterapia
- b) En la primera hora del diagnóstico de shock séptico
- c) En las primeras 3 horas del diagnóstico de shock séptico
- d) Tras estabilización hemodinámica del paciente

Antibiotic Timing

Shock is present

Shock is absent

Sepsis is definite
or probable



Administer antimicrobials **immediately**, ideally within 1 hour of recognition

Sepsis is possible



Administer antimicrobials **immediately**, ideally within 1 hour of recognition



Rapid assessment* of infectious vs noninfectious causes of acute illness



Administer antimicrobials **within 3 hours** if concern for infection persists

Infección

Elección del tratamiento: ¿cobertura?

- Prevalencia local de organismos resistentes
- Factores de riesgo del paciente de resistencias
- Gravedad de la enfermedad

Se recomienda cobertura para SAMR en pacientes con factores de riesgo

Mejores
prácticas

Se recomienda cobertura empírica con dos antibióticos para BGN en caso de pacientes con alto riesgo de multirresistencia

Infección

Se sugiere cobertura con antifúngicos en pacientes con alto riesgo de infección fúngica

Factores de riesgo de sepsis por *Candida spp*

Colonización por *Candida spp* en varios lugares anatómicos

Marcadores como β -D-glucano positivo

Neutropenia

Inmunosupresión

Estancia prolongada en UCI

Uso de catéter venoso central

Nutrición parenteral total

Antibióticos de amplio espectro

Perforación gastrointestinal o cirugía

Fallo renal agudo/ hemodiálisis

Gravedad de la enfermedad de base

Quemados

Cirugía previa

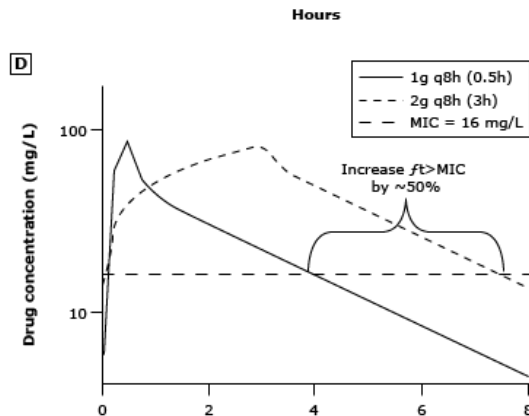
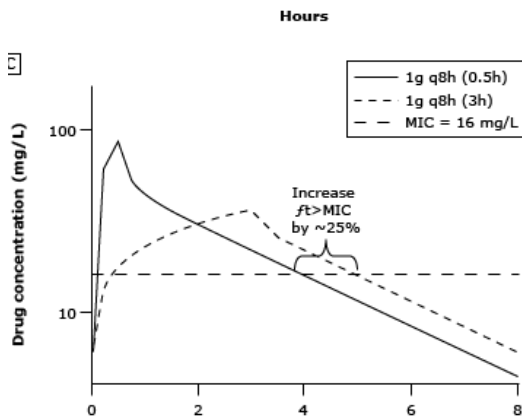
NO hace recomendaciones de tratamiento antiviral



Infección

En URG se había iniciado tratamiento con **piperacilina-tazobactam 4/0,5 g bolo inicial**, seguido **piperacilina-tazobactam 4/0,5 g c/8 horas**, que se mantuvo en UCI.

Se recomienda el uso de betalactámicos en infusión prolongada para la terapia de mantenimiento, tras la administración de un bolo inicial



Objetivo clínico PK/PD de eficacia para betalactámicos

Carbapenemes	50–100% $f_{t>MIC}$
Cefalosporinas	45–100% $f_{t>MIC}$
Penicilinas	50–100% $f_{t>MIC}$

MacVanea S, Kutia J, Nicolau D. Prolonging β -lactam infusion: A review of the rationale and evidence, and guidance for implementation. Int J Antimicrob Agents 2013; 107

Infección

Se recomienda la utilización de estrategias de optimización de la posología basadas en los principios de farmacocinética y farmacodinamia (PK/PD) y propiedades específicas de los medicamentos

Mejores
prácticas

Table 3 Guidance for PK/PD-based dosing for specific drug classes

Drug or drug class	PK/PD index associated with bacterial killing or efficacy	Drug concentration target	Considerations for optimised dosing ^a	References
Antibacterials				
Aminoglycosides	AUC_{0-24}/MIC ; C_{max}/MIC	AUC 70–100 C_{max}/MIC 8–10	Use extended interval dosing with patient weight and kidney function	[237]
Beta-lactams	$fT_{>MIC}$	$C_{min} > MIC$	Use prolonged infusions, consider patient weight and kidney function	[253]
Colistin	AUC_{0-24}/MIC	Unspecified	Use patient weight and kidney function	[259]
Daptomycin	AUC_{0-24}/MIC ; C_{max}/MIC	$AUC_{0-24}/MIC > 200$	Use patient weight and kidney function	[237]
Fluoroquinolones	AUC_{0-24}/MIC ; C_{max}/MIC	AUC_{0-24}/MIC 80–125	Use kidney function	[237]
Vancomycin	AUC_{0-24}/MIC	AUC_{0-24}/MIC 400	Use patient weight and kidney function	[260]
Antifungals				
Fluconazole	AUC_{0-24}/MIC	AUC_{0-24}/MIC 100	Use patient weight and kidney function	[261]
Posaconazole	AUC_{0-24}/MIC	C_{min} 1–4 mg/L	Use formulation-specific dose	[261]
Voriconazole	AUC_{0-24}/MIC	C_{min} 2–6 mg/L	Use patient weight	[261]

AUC_{0-24} ratio of area under the concentration–time curve from 0 to 24 h, MIC minimum inhibitory concentration, $fT_{>MIC}$ time over dosing interval that free (unbound) drug is maintained above the MIC , C_{max} maximum concentration in a dosing interval, C_{min} minimum concentration in a dosing interval

Infección

Se recomienda identificar rápidamente o excluir un diagnóstico anatómico específico de infección que requiera un **rápido control del foco** e implementar cualquier intervención que se requiera para ese control tan pronto como sea médica y logísticamente posible

Mejores
prácticas



Se recomienda una evaluación diaria para la valoración de la desescalada de antimicrobianos

Se recomienda pautas de corta duración,
si adecuado control del foco

"Shorter is better"
Infecciones en las que un tratamiento **corto** con antibióticos es igual que un tratamiento **largo**
(Nov 2021)

Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria (SEFH) 

Diagnóstico	Corto (días)	Largo (días)	Resultado	Ensayos clínicos controlados aleatorizados
Neumonía adquirida en la comunidad	3 - 5	5 - 14	IGUAL	13
Neumonía adquirida en la comunidad atípica	1	3	IGUAL	1
Neumonía adquirida en el hospital / asociada a ventilación	8	15	IGUAL	2
ITU complicada / Pielonefritis	5 ó 7	10 ó 14	IGUAL	9
Infección intraabdominal post-cirugía / complicada	4	10	IGUAL	2
Bacteriemia Gram negativa	7	14	IGUAL	3

El 17/10 es dado de alta de UCI a la planta de Medicina Interna.

LABORATORIO DE URGENCIAS (HOSPITAL CLÍNICO)-HEMATOLOGÍA

San-Leucocitos	5.16	x10e3/ μ L	[4.09 - 10.8]
San-Hematies	3.57	x10e6/ μ L	[4.5 - 5.5]*
San-Hemoglobina	10.1	g/dL	[13.5 - 17.5]*
Hematocrito	31.7	%	[41.0 - 53.3]*
San-V/CM	88.8	fl	[83.0 - 102.0]
MCH	28.3	pg	[27.0 - 31.0]
MCHC	31.9	g/dL	[33.0 - 37.0]*
RDW (Índice distribución de hematies)	13.3	%	[11.5 - 14.5]
HDW (Índice distribución de hemoglobina)	2.9	g/dL	[2.2 - 3.2]
San-Plaquetas	91.0	x10e3/ μ L	[135.0 - 369.0]*
San-VPM	11.9	fl	[7.2 - 11.1]*
Srm-Protina C reactiva	4.73	mg/dL	[0.0 - 0.33]*
Srm-Procalcitonina ¹	13.51	ng/mL	[-]

Diagnósticos:

1. Shock séptico de foco urinario
2. Fracaso real agudo de etiología prerrenal
3. Posible síndrome de abstinencia alcohólica
4. Los previos

Estudio: Estudio ordinario

CULTIVO ORDINARIO	Mostra: Urina	Micción porción media
Resultado:	RECuento : > 100.000 UFC/mL	
Illase	Escherichia coli (1)	

Antibióticos (1)

AMPICILINA	Sensible
AMOXICILINA/ACIDO CLAVULANICO	Sensible
CEFUROXIMA-AXETIL	Sensible
CEFOTAXIMA	Sensible
GENTAMICINA	Sensible
CIPROFLOXACINO	Sensible
TRIMETOPRIM-SULFAMETOXAZOL	Sensible
FOSFOMICINA	Sensible
NITROFURANTOINA	Sensible

El 18/10 se desescala a Ceftriaxona 1 gr IV/24h.

Terapias adicionales

Corticoides

Se propone el uso de corticoides IV pacientes con requerimiento continuo de vasopresores

Hidrocortisona IV 200 mg c/24 o 50 mg c/6h

- Acelera la resolución del shock
- Aumenta los días sin vasopresores

Rygaard SL, Butler E, Granholm A et al (2018) Low-dose corticosteroids for adult patients with septic shock: a systematic review with meta-analysis and trial sequential analysis. Intensive Care Med 44(7):1003–1016



Si no requerimientos de vasopresores

Terapias adicionales

No se recomienda el uso de **inmunoglobulinas IV**

Se recomienda el uso de **profilaxis de ulcera de estrés**

Se recomienda el uso de **profilaxis de trombosis venosa profunda**, salvo que exista contraindicación

Se recomienda el uso de *heparinas de bajo peso molecular* frente a la heparina no fraccionada

Se recomienda el uso de **insulina si niveles de glucosa ≥ 180 mg/dL** (10 mmol/L), con niveles objetivo de 144-180 mg/dL

No se recomienda el uso de **vitamina C IV**

No se recomienda el uso de **bicarbonato** para mejorar la terapia hemodinámica o para reducir los requerimientos de vasopresores.

Si se recomienda en caso de acidosis metabólica severa ($\text{pH} \leq 7,2$) y fallo renal agudo

Se recomienda un **inicio temprano** (primeras 72 h) de la **nutrición enteral**

Además del antibiótico, el tratamiento prescrito al ingreso en UCI era:

- Plasmalyte 1000 ml/24h
- SF 0,9% 1000 ml/24h
- SG 5% 1000 ml + gluconato cálcico 4,6mEq/10 ml 20 ml /24h
- NA 10 mg bitartrato (5 mg base) 2 amp 10 ml en 100 ml SG5% (para TAM>65 mmHg)
- Fosfato monopotásico (en sueros) 3 amp/24h
- Albúmina 10 g/50 ml 1 vial/8h
- **Hidrocortisona 100 mg 1 vial/8h**
- **Enoxaparina 20 mg /24h**
- Paracetamol 1000 mg Si fiebre
- **Omeprazol 40 mg 1 vial/24h**
- **Actrapid 100 UI/ml vial sc según glucemias**



**Mejores
prácticas**

Terapias a largo plazo

Discutir los objetivos de atención y pronóstico con pacientes y familiares frente a no hacerlo

Integrar los principios de los cuidados paliativos (que pueden incluir consultas de cuidados paliativos basadas en el juicio del médico) en el plan de tratamiento, cuando sea apropiado, para abordar los síntomas y el sufrimiento del paciente y la familia

Realizar exámenes de detección para el apoyo económico y social (incluyendo vivienda, apoyo nutricional, financiero y espiritual), y hacer remisiones cuando esté disponible para satisfacer estas necesidades

Que el equipo clínico brinde la **oportunidad de participar en la toma de decisiones compartida** en la planificación posterior al UCI y del alta hospitalaria para garantizar que los planes de alta sean aceptables y viables

Conciliar los medicamentos tanto en la UCI como en el alta hospitalaria

Incluir **información** sobre la estancia en la UCI, sepsis y diagnósticos relacionados, tratamientos y deficiencias comunes después de la sepsis en el resumen escrito y verbal de alta hospitalaria

Que los planes de alta hospitalaria incluyan el seguimiento con médicos capaces de apoyar y gestionar secuelas nuevas y a largo plazo

Evaluación y seguimiento para problemas físicos, cognitivos y emocionales **después del alta hospitalaria**



El paciente es dado de alta el 20/10 con Cefditoreno 400 mg/12h hasta completar 4 días más.



Surviving Sepsis Campaign

**Identificación precoz del enfermo séptico y
aplicación de manera inmediata de todas las
medidas que han demostrado reducir la
mortalidad en la sepsis**

Surviving Sepsis Campaign

PAQUETE MEDIDAS 1ª HORA: REANIMACIÓN INICIAL EN SEPSIS Y SHOCK SÉPTICO:

- 1) Medir nivel de lactato. *
- 2) Obtener hemocultivos antes de administrar antibióticos.
- 3) Administrar antibióticos de amplio espectro.
- 4) Comenzar la administración rápida de 30 ml/kg de cristaloides para hipotensión o lactato 4 mmol/L.
- 5) Aplicar vasopresores, si están hipotensos durante o después de la reanimación de fluidos, para mantener una presión arterial media de 65 mm Hg.

*Remediación de lactato si el lactato inicial se eleva (> 2 mmol/L)

Gracias por su atención
Gràcies per la seva atenció
Eskerrik asko zure arretagatik
Graças pela sua atenção

[illegible]