

ATENCIÓN AL PACIENTE CON SEPSIS EN LAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI/REANIMACIÓN)



A) Criterios de valoración por Unidad de Cuidados Intensivos (UCI/Reanimación)

En algunos casos, la evolución de los pacientes con sepsis puede requerir cuidados intensivos. En este sentido, se recomienda la valoración por UCI/Reanimación si, tras las medidas de reanimación iniciales, se da cualquiera de los siguientes criterios:

- Inestabilidad hemodinámica persistente: TAS < 90 mmHg o TAM < 65 mmHg.
- Lactato sérico > 4 mmol/l (o acidosis metabólica).
- Aclaramiento del lactato < 20%.
- Insuficiencia respiratoria con relación PaO₂/FiO₂ < 300 (< 200 en caso de neumonía).
- GCS < 13 o descenso de 2 puntos respecto al previo.
- Disfunción renal con diuresis < 0,5 ml/kg/h durante 2h.
- En caso de disfunción orgánica aislada realizar valoración individualizada en función de los factores de riesgo del paciente.
- Empeoramiento de SOFA en las primeras 24 horas.

Una vez realizada la valoración, se decidirá el ingreso en UCI/Reanimación de manera consensuada entre el médico responsable del paciente y el médico de UCI/Reanimación, previa información al paciente (o familiares en caso de incapacidad).

B) Soporte en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI/Reanimación)

Las medidas de soporte en la UCI/Reanimación serán las siguientes:

- Monitorización:
 - Los pacientes que ingresan en UCI pueden necesitar un mayor grado de monitorización.
 - Se debe valorar la dependencia de precarga antes de continuar la fluidoterapia con variables dinámicas: variación de la presión de pulso, variación del volumen sistólico y variación de la presión sistólica. Las variables dinámicas no son válidas en pacientes con arritmias o con estímulo respiratorio. El incremento en el gasto cardíaco en respuesta a la elevación pasiva de piernas identifica a pacientes que responden a fluidos, independientemente de la presencia de arritmias o estímulo respiratorio. El rendimiento de la elevación pasiva de piernas es menor en pacientes con presión intraabdominal elevada, y debemos ser cuidadosos al realizarla en pacientes con hipertensión intracraneal.
 - Monitorizar gasto cardíaco en caso de respuesta no satisfactoria a la reanimación inicial pudiendo emplear métodos:
 - No invasivos: ecocardiograma.
 - Semiinvasivos: análisis de contorno de pulso, termodilución transpulmonar.
 - Invasivos: catéter de arteria pulmonar.
 - En caso de insuficiencia respiratoria grave, se sugiere el empleo de termodilución transpulmonar o el catéter de arteria pulmonar, éste último especialmente si existe disfunción ventricular derecha.
 - Se administrarán corticoides (hidrocortisona 200mg/día) si existe inestabilidad hemodinámica persistente a pesar de una adecuada fluidoterapia y el empleo de vasopresores.
 - Soporte respiratorio en pacientes con SDRA: emplear volumen corriente de 6 ml/kg de peso ideal y un límite de presión meseta de 30 cm H₂O. Si la relación PaO₂/FiO₂ < 150 emplear bloqueo neuromuscular al menos durante las primeras 48 h y ventilación en decúbito prono. En SDRA moderado-grave emplear presión positiva al final de la espiración (PEEP) alta.
 - Soporte renal: emplear técnicas continuas en pacientes con indicación de reemplazo renal e inestabilidad hemodinámica.
 - De ser necesaria la sedación del paciente, ésta debe ajustarse según los objetivos preestablecidos (escalas, BIS en función del protocolo del centro).
 - Se controlará la glucemia de manera que se mantenga ≤ 180mg/dl. Si la glucemia es mayor de 180mg/dl en dos determinaciones, se administrará insulina intravenosa iv.

- Se tendrá en cuenta la necesidad de realizar profilaxis farmacológica (o mecánica si existe contraindicación) de la enfermedad tromboembólica venosa, así como de las úlceras gástricas en pacientes con riesgo de sangrado gastrointestinal.

C) Adecuación del tratamiento de soporte vital

A la hora de establecer medidas de soporte vital se deberá tener en cuenta las comorbilidades del paciente, su situación basal, la reserva funcional y gravedad de la sepsis (grado de disfunción orgánica y necesidades de soporte) así como los deseos del paciente a la hora de establecer las actitudes terapéuticas.

Tanto el pronóstico como los objetivos del tratamiento se deberán explicar y discutir con el paciente (si es posible) y/o con sus familiares.

Así mismo, se establecerán lo antes posible los objetivos del tratamiento, reflejándolos en la historia clínica del paciente, y se planificarán los cuidados al final de la vida (incluyéndolos en las órdenes de tratamiento).