

ATENCION AO PACIENTE CON SEPSE NAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI/REANIMACIÓN)



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

Nalgúns casos, a evolución dos pacientes con sepsis pode requirir cuidados intensivos. Neste sentido, recoméndase a valoración por UCI/Reanimación se, tras as medidas de reanimación iniciais, dáse calquera dos seguintes criterios:

- Inestabilidade hemodinámica persistente: TAS < 90 mmHg ou TAM < 65 mmHg.
- Lactato sérico > 4 mmol/l (ou acidosis metabólica).
- Depuración do lactato < 20%.
- Insuficiencia respiratoria con relación PaO₂/FiO₂ < 300 (< 200 en caso de pneumonía).
- GCS < 13 ou descenso de 2 puntos respecto ao previo.
- Disfunción renal con diuresis < 0,5 ml/kg/h durante 2h.
- En caso de disfunción orgánica illada, realizar valoración individualizada en función dos factores de risco do paciente.
- Empeoramento de SOFA nas primeiras 24 horas.

Unha vez realizada a valoración, decidírase o ingreso en UCI/Reanimación de xeito consensuado entre o médico responsable do paciente e o médico de UCI/Reanimación tras informar o paciente (ou familiares en caso de incapacidade).

B) Soporte na Unidade de Cuidados Intensivos (UCI/Reanimación)

As medidas de soporte na UCI/Reanimación serán as seguintes:

- Monitorización:
 - Os pacientes que ingresan en UCI poden necesitar un maior grao de monitorización.
 - Débese valorar a dependencia de precarga antes de continuar a fluidoterapia con variables dinámicas: variación da presión de pulso, variación do volume sistólico e variación da presión sistólica. As variables dinámicas non son válidas en pacientes con arritmias ou con estímulo respiratorio. O incremento no gasto cardíaco en resposta á elevación pasiva de pernas identifica pacientes que responden a fluídos, independentemente da presenza de arritmias ou estímulo respiratorio. O rendemento da elevación pasiva de pernas é menor en pacientes con presión intraabdominal elevada, e debemos ser coidadosos ao realizala en pacientes con hipertensión intracraneal.
 - Monitorar gasto cardíaco en caso de resposta non satisfactoria á reanimación inicial podendo empregar métodos:
 - Non invasivos: ecocardiograma.
 - Semiinvasivos: análise de contorno de pulso, termodilución transpulmonar.
 - Invasivos: catéter de arteria pulmonar.
 - En caso de insuficiencia respiratoria grave, súxírese o emprego de termodilución transpulmonar ou o catéter de arteria pulmonar, este último especialmente se existe disfunción ventricular dereita.
 - Administráranse corticoides (hidrocortisona 200mg/día) se existe inestabilidade hemodinámica persistente a pesar dunha adecuada fluidoterapia e o uso de vasopresores.
 - Soporte respiratorio en pacientes con SDRA: empregar volume corrente de 6 ml/kg de peso ideal e un límite de presión meseta de 30 cm H₂O. Se a relación PaO₂/FiO₂ < 150 utilizar bloqueo neuromuscular polo menos durante as primeiras 48 h e ventilación en decúbito prono. En SDRA moderado-grave empregar presión positiva ao final da espiración (PEEP) alta.
 - Soporte renal: empregar técnicas continuas en pacientes con indicación de substitución renal e inestabilidade hemodinámica.
 - De ser necesaria a sedación do paciente, esta debe axustarse segundo os obxectivos preestablecidos (escalas, BIS en función do protocolo do centro).
 - Controlárase a glucemia de maneira que se manteña ≤ 180mg/dl. Se a glucemia é maior de 180mg/dl en dúas determinacións, administrárase insulina intravenosa iv.
 - Térase en conta a necesidade de realizar profilaxe farmacolóxica (ou mecánica se existe contraindicación) da

enfermedade tromboembólica venosa, así como das úlceras gástricas en pacientes con risco de sangrado gastrointestinal.

C) Adecuación do tratamento de soporte vital

Á hora de establecer medidas de soporte vital, cumprirá te deberase er en conta as comorbilidades do paciente, a súa situación basal, a reserva funcional e gravidade da sepsis (grao de disfunción orgánica e necesidades de soporte) así como os desexos do paciente á hora de establecer as actitudes terapéuticas.

Tanto o pronóstico como os obxectivos do tratamento deberanse explicar e discutir co paciente (se é posible) e/ou cos seus familiares.

Así mesmo, estableceranse o antes posible os obxectivos do tratamento, reflectíndoos na historia clínica do paciente, e planificaranse os coidados ao final da vida (incluíndoos nas ordes de tratamento).