

ESCALA SOFA	0	1	2	3	4
PaO ₂ /FIO ₂ o SatO ₂ /FIO ₂	≥400	<400 221-301	<300 142-220	<200 67-141	<100 <67
Plaquetas	≥150	<150	<100	<50	<20
Bilirrubina	<1,2	1,2-1,9	2,0-5,9	6,0-11,9	>12,0
Tensión arterial PAM	≥70	<70	Dopa a dosis <5 o Dobu a cualquier dosis	Dopa a dosis de 5,1-15 o Epi a ≤0,1 o Nor a ≤0,1	Dopa a dosis de >15 o Epi a >0,1 o Nor a >0,1
Glasgow	15	13-14	10-12	6-9	<6
Creatinina	<1,2	1,2-1,9	2,0-3,4	3,5-4,9	>5,0
Flujo urinario				<500	<200
FOCO NO FILIADO					
EXTRAH OSPI	Piperacilina-Tazobactam o Meropenem más Amikacina Si factores de riesgo para SARM: Añadir Vancomicina o Daptomicina. En alérgicos a Penicilina: Tigeciclina + Amikacina + Ciprofloxacino.				
HOSPI	Se añadirá a lo anterior Amikacina (solo durante 2 días). Si la estancia previa hospitalaria es larga (más de 15 días) o colonizado previamente por levaduras se añadirá además Fluconazol				
INFECCION URINARIA					
PIELONEFRITIS PROSTATITIS EPIDIDIMITIS Y ORQUITIS	Ceftriaxona o Ertapenem + Amikacina (2 primeros días) Si manipulaciones urológicas previas y/o Ingreso previo: Cefepime + Amikacina (2 primeros días) o Meropenem + Amikacina (2 primeros días) En alérgicos a Penicilina: Ciprofloxacino + Amikacina.				
FOCO MENINGITIS					
NO INMUNODEPRIMIDO	Cefotaxima o Ceftriaxona + Vancomicina+ Dexametaxona. Añadir Ampicilina si >50 años, inmunodeprimido, en terapia de sustitución renal, cirrótico o diabético.				
INMUNODEPRIMIDO	Meropenem + Vancomicina + Ampicilina.				

NEUMONIA	
NEUMONIA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD	Ceftriaxona o Cefotaxima + Levofloxacino o Azitromicina. En alérgicos a Penicilina: Primera dosis de Levofloxacino 750 mgr luego Levofloxacino 500 mgr/12h.
CON SOSPECHA PSEUDOMONAS	Piperacilina/tazobacam o Cefepime + Ciprofloxacino 600 mg dosis inicial y luego 400 mg /8h. En alérgicos a Penicilina Amikacina + Ciprofloxacino
NEUMONIA NECROTIZANTE O ABSCESO DE PULMON O NEUMONIA POR ASPIRACION	Piperacilina/tazobacam o Ertapenem En alérgicos a penicilina Clindamicina + Levofloxacino.
NEUMONIA CON SOSPECHA DE SARM	Asociar Linezolid
SHOCK SÉPTICO	Asociar Amikacina
INFECCION ABDOMINAL	
PERITONITIS ESPONTÁNEA EN HEPATOPATAS	Ceftriaxona. En alérgicos a Penicilina: Aztreonam o Ciprofloxacina 600mgr primera dosis luego 400 mgr/8h. Valorar Ertapenem
ABSCESO.PERITONITIS SECUNDARIA COLECISTITIS O COLANGITIS	1) Si no hay factores de riesgo para enterobacterias resistentes Ceftriaxona o Cefotaxima + Metronidazol 2)Si hay factores de riesgo para enterobacterias resistentes <ul style="list-style-type: none"> Piperacilina-Tazobactam (con o sin Amikacina los 2 primeros días) Meropenem (con o sin Amikacina en los 2 primeros días) En alérgicos a Penicilina: Metronidazol + Aztreonam o Aztreonam + Tigeciclina

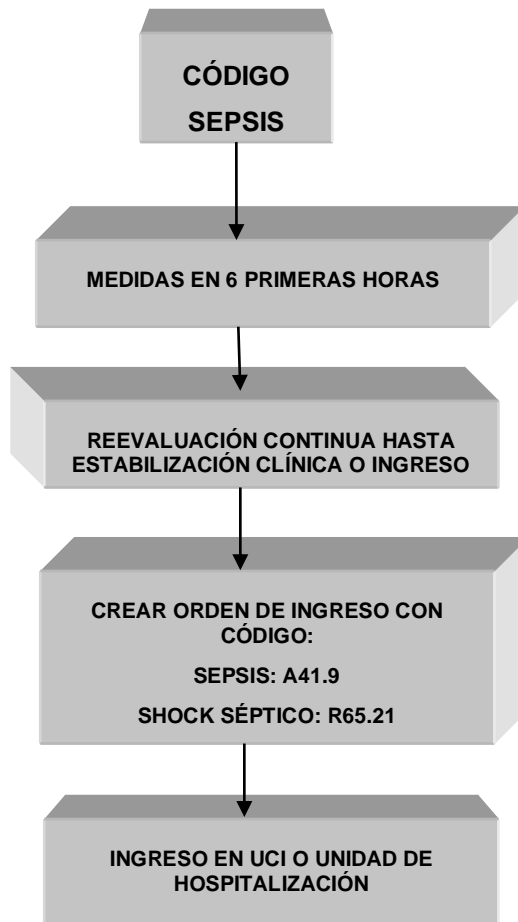
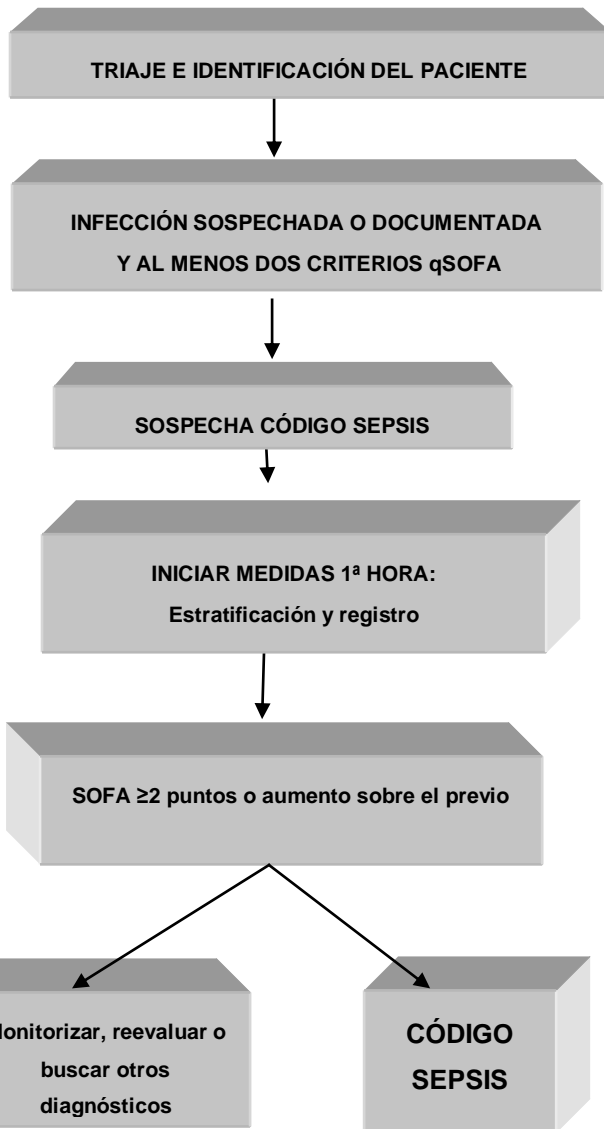
CRITERIOS UCI

- Inestabilidad hemodinámica persistente: PAS<90mmHg, PAM<65mmHg tras la carga de volumen inicial en la primera hora de reanimación.
- Insuficiencia respiratoria aguda: PaO₂/FIO₂ <300 y/o necesidad de VMNI.
- Deterioro agudo del nivel de conciencia.
- Disfunción orgánica aislada (reanl, hematológica, hepática)
- Datos analíticos de fallo orgánico no justificables por otras causas.
- Diuresis <0.5ml/kg/h pese a tratamiento en las 2 primeras horas.
- Pacientes con shock séptico.
- Aclaramiento <20% en la segunda determinación de Lactato o persistencia de la acidosis metabólica en las primeras 6 horas.

CRITERIOS DE INGRESO: Todos los pacientes con criterios de SEPSIS ingresarán en el Servicio correspondiente en función de los resultados de las pruebas realizadas.

GUÍA PARA EL MANEJO DEL PACIENTE SÉPTICO EN URGENCIA

CÓDIGO SEPSIS



FACTORES DE RIESGO PARA BACTERIAS MULTIRESISTENTES (BMR)

- Ingreso hospitalario ≥5 días en los tres meses previos.
- Pacientes institucionalizados (centro sociosanitario, prisión...)
- Colonización o infección conocida por BMR
- Antibioticoterapia durante ≥7 días en el mes previo.
- Pacientes con insuficiencia renal crónica sometidos a terapia sustitutiva.
- Comorbilidad grave: diabetes, inmunosupresores, neutropénicos, infección por VIH...
- Pacientes con fibrosis quísticas, úlceras crónicas, o portadores de sonda.

qSOFA

Frecuencia respiratoria ≥22

Alter. Nivel de consciencia (GLASGOW ≤13)

PAS ≤100mmHg

PAQUETE DE MEDIDAS	
PRIMERA HORA	
Canalización de dos vías periféricas gruesas	OXIGENOTERAPIA: Mantener Sat. O ₂ >94%
Extracción de analítica en CONTENEDOR AZUL: Hemograma Bioquímica: Perfil de SEPSIS con Procalcitonina LACTATO (Arterial o venoso) Coagulación Gasometría (arterial o venosa en función de la clínica del paciente) Orina y sedimento	INICIO DE ANTIBIOTICOTERAPIA EMPÍRICA según sospecha del foco
EXTRACCIÓN DE HEMOCULTIVOS antes del inicio del tratamiento antibiótico	INICIO DE FLUIDOTERAPIA
Monitorización. EKG de 12 derivaciones	SONDAJE VESICAL PARA CONTROL DE DIURESIS
Radiografía de Tórax	
Valorar necesidad de otras analíticas (p.ej. perfil cardíaco, dímero D...) en función de la clínica del paciente y la eventual necesidad de realizar diagnósticos diferenciales.	

SEIS HORAS SIGUIENTES
Extracción de muestras biológicas en función del foco
Control del foco infeccioso (Retirada de catéteres, drenajes,...)
Solicitud de pruebas de imagen.
Repetir petición de niveles de lactato.
Interconsultas a otras especialidades
Manejo hemodinámico
Valorar necesidad de vasopresores
Valorar necesidad de hemoderivados
Criterios de valoración UCI
Otras medidas: Prevención de úlcera gastroduodenal aguda, control de Glucemias, prevención de trombosis venosa profunda, antitérmicos y analgésicos IV si se precisan, notificación en hoja de registro SEPSIS ...