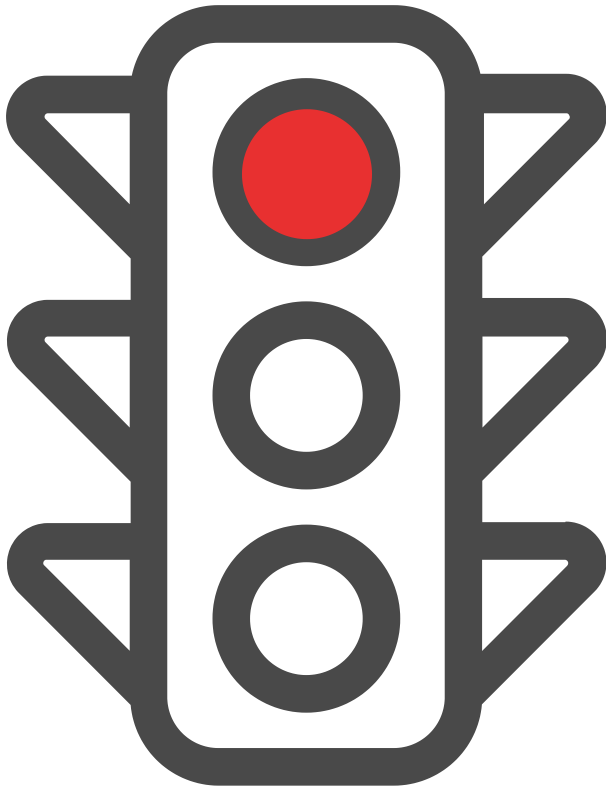

Sepsis Choque Séptico

VERIFIQUE E INTERROGUE

Verifique si presenta alguno de los siguientes signos:

- Presenta alguno de los signos de peligro.
  Alteración de la permeabilidad de la vía aérea.
- Taquipnea
- Aumento del esfuerzo respiratorio.
- Taquicardia, o bradicardia en niños pequeños.
- Pulsos periféricos muy saltones (intensos) o disminución de estos.
- Llenado capilar rápido o mayor a 3 segundos.
- Piel caliente con enrojecimiento (extremidades calientes).
- Piel pálida, moteada, con extremidades frías).
- Frialdad de la parte distal de las extremidades (“gradiente térmico”).
- Hipotensión, aunque puede existir normotensión.
- Oliguria (disminución de la frecuencia y el volumen urinario).
- Petequias o erupción purpúrea.

CONDUCTA

1 Si presenta signos de alarma su clasificación de la condición siempre será de enfermedad grave, tiene alto riesgo de presentar complicaciones.

2 Realice abordaje inicial y remita al servicio de mayor complejidad disponible.

3 Tenga en cuenta las normas de estabilización y transporte para la referencia "REFIERA"

4 Notifique la condición si es requerido.

5 Tenga presente los siguientes aspectos importantes para el manejo del choque séptico:

Mantenga la permeabilidad de la vía aérea si se requiere (por medio de la "posición de olfateo") o si existe alteración de la consciencia, considere la permeabilización con una cánula orofaríngea mientras se realiza el aseguramiento de la vía aérea por medio de una intubación orotraqueal en condiciones de seguridad.

NOTA: La intubación orotraqueal es un procedimiento que permite asegurar la vía aérea para mejorar la oxigenación, la ventilación o reducir el esfuerzo respiratorio. Sin embargo, debe realizarse por personal con experiencia y antes de realizarse, se debe considerar el uso de medidas menos invasivas pero que sean suficientes para garantizar la oxigenación, la ventilación y el soporte de la vía aérea.

6 Asegure dos accesos venosos.

7 Comience la reanimación con líquidos endovenosos.

CONDUCTA

8. Asegure dos accesos venosos.

9. Comience la reanimación con líquidos endovenosos.

10. Administre antibióticos de amplio espectro en la primera hora.

11. Tome una glucometría y unos gases sanguíneos (pueden ser venosos) para evaluar el equilibrio acido básico como reflejo del impacto de la hipoperfusión por el choque. Si desea evaluar la oxigenación, se deben tomar gases arteriales.

12. Monitorice al niño o niña para frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria, tensión arterial, onda de pulsooximetría y con temperatura.

13. Corrija las alteraciones metabólicas que se puedan presentar mientras se garantiza la atención en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos.

14. Controle la fiebre.

15. Obtenga muestras de sangre para análisis de laboratorio (Hemograma, PCR, TGO, TGP, BUN, Creatinina, CPK, Lactato, Glucemia, Sodio, Potasio, Cloro, Calcio, Magnesio, Fósforo, TSH, T4 Libre, TP, TPT, Hemocultivos, Urocultivo).

CONDUCTA

16 Tome radiografía de tórax portátil para evaluación de foco infeccioso, pero también en búsqueda de otros signos que puedan ofrecer información sobre la etiología del choque (neumotórax, cardiomegalia, etc.)

17 Intente determinar la etiología del proceso infeccioso.

18 Anticipe la posibilidad de una reanimación.

19 Si a medida que implementa las medidas terapéuticas no se evidencia mejoría del choque o este persiste, considere el uso de medicación vasoactiva luego del paso del segundo bolo de líquidos cristaloides isotónicos (Lactato de Ringer o SSN).

NOTA: Los vasoactivos pueden ser iniciados a través de un acceso venoso periférico. No retrase la reanimación del niño o niña para obtener un acceso venoso central. El objetivo es lograr una estabilización inicial que permita posteriormente la realización de procedimientos más avanzados para la atención del niño críticamente enfermo (intubación orotraqueal, paso de catéteres venosos centrales, etc.). Tenga en cuenta el apartado “REFIERA” para calcular dosis de vasoactivos por vena periférica.