

PROTOCOLO DE ACTUACIÓN EN TRIAGE AVANZADO PARA PROCESO DE SEPSIS GRAVE EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO "VIRGEN DE VALME"

Ana María Páez-Aranda, María del Carmen García-Bellido y José Eugenio Guerra-González
Enfermeros del Área de Urgencias del Hospital Universitario "Virgen de Valme", Ctra. de Cádiz S/N, Sevilla

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

Una de las patologías prevalentes, asociadas con frecuencia a problemas de salud crónicos como la enfermedad vascular, EPOC, cánceres, enfermedades neurológicas, diabetes, etc es la sepsis grave o shock séptico.

El diagnóstico de la sepsis es difícil por lo que es necesario elevar el nivel de sospecha en todos los pacientes. La importancia del proceso sepsis por la morbilidad y mortalidad que éste causa ha provocado una movilización en nuestro Hospital y la creación de una Comisión de sepsis con el Área de Urgencias integrada en ella. Tras ella ha comenzado un proceso de formación en su personal en el que se resalta su importancia, y la introducción de un protocolo de sepsis desde triage de urgencias para la activación de un "código sepsis" iniciado en Junio de 2011.

El objetivo de este trabajo es la descripción de un plan de cuidados basados en las mejores evidencias y un protocolo que sirva de referencia a las actuaciones de enfermería en el Área de Urgencias

METODOLOGÍA

Si el paciente es valorado como nivel 2 (N2) se activará el código sepsis grave, el paciente pasará a la sala de críticos y se avisará al médico asignado a pacientes críticos para que valore y confirme la sospecha y, en su caso, asigne el nivel 1 (N1). Si se asigna el N1, el paciente pasará a la sala de observación para ser monitorizado, tratado y derivado a la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI).

Mientras se realiza la valoración por el médico, en la sala de críticos, el personal de enfermería iniciará el proceso "sepsis grave" con:

1. Valoración de la vía aérea: asegurar la vía aérea si fuese necesario con guedel e inicio de administración de O2 con mascarilla al 100%.
2. Valoración del acceso vascular: canalizar vía venosa y toma de muestras (hematocrito, bioquímica con lactato y hemocultivos).
3. Administración de antibióticos según prescripción médica, ya que se incrementa la mortalidad en un 7.6% por cada hora de retraso en el inicio de su administración.
4. Administración de fluidos según prescripción médica para restaurar el volumen circulatorio y aumentar la oxigenación de los órganos.
5. Valoración de diuresis: sondaje vesical con catéter de Foley.

TABLA 1. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE SEPSIS

A) Infección sospechada o comentada	
B) Parámetros generales	<ul style="list-style-type: none"> • Fiebre > 38.3°C o hipotermia < 36°C. • Taquicardia > 90 pulsaciones por minuto. • Taquipnea. • Alteración del estado mental. • Edemas. • Hiperglucemia (>120 mg/dl).
C) Parámetros inflamatorios	<ul style="list-style-type: none"> • Leucocitosis (> 12.000) o leucopenia (< 4000). • Desviación a la izquierda (>10% formas maduras). • Elevación de proteína C activada. • Elevación de procalcitonina.
D) Parámetros hemodinámicos	<ul style="list-style-type: none"> • Hipotensión arterial. • Desaturación venosa y arterial de O₂. • Índice cardiaco elevado. • Parámetros de disfunción orgánica. • Oliguria aguda • Aumento de la creatinina sérica. • Prolongación de los tiempos de coagulación • Trombocitopenia, hiperbilirubinemia.
E) Parámetros de perfusión tisular	<ul style="list-style-type: none"> • Hiperlactacidemia. • Relleno capilar lento o livideces.

TABLA 3. DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS DEL PROCESO DE SEPSIS GRAVE EN CLASIFICACIÓN DE URGENCIAS

Diagnostico	Factor relacionado	Resultados de enfermería (NOC)	Intervenciones de enfermería (NIC)
Patrón 1			
00004 Riesgo de infección		1908 Detección del riesgo	6540 Control de infecciones
Patrón 2			
00027 Déficit de volumen de líquidos	Fracaso de los mecanismos de regulación	0601 Equilibrio hídrico 0600 Equilibrio electrolítico y ácido base	2080 Manejo de líquidos y electrolitos 4150 Regulación hemodinámica
00007 Hipertermia	Enfermedad	0800 Termoregulación	3740 Tratamiento de la fiebre
00006 Hipotermia	Enfermedad	0800 Termoregulación	3800 Tratamiento de la hipotermia
00046 Riesgo deterioro de la integridad cutánea	Deterioro de la circulación	1101 Integridad tisular: piel y mucosas	3540 Vigilancia de la piel
00045 Riesgo deterioro de la mucosa oral	Dieta absoluta	1100 Higiene bucal	1710 Mantenimiento de la salud bucal
Patrón 3			
00015 Riesgo de estreñimiento	Disminución de motilidad del tracto gastrointestinal	0501 Eliminación intestinal	0450 Manejo del estreñimiento
00013 Diarrea	Enfermedad	0501 Eliminación intestinal	0460 Manejo de la diarrea
Patrón 4			
00092 Intolerancia a la actividad	Desequilibrio entre aportes y demanda de oxígeno	0005 Tolerancia a la actividad 0208 Movilidad	0180 Manejo de la energía 0740 Cuidados del paciente encamado
00024 Perfusion tisular inefectiva	Hipovolemia	0401 Estado circulatorio 0802 Signos vitales 0909 Estado neurológico	4260 Prevención del shock 4250 Manejo del shock 6364 Triage: centro de urgencias
00032 Patrón respiratorio ineficaz	Hipoventilación	04102 Estado ventilatorio: Intercambio gaseoso	3140 Manejo de vías aéreas 3390 Ayuda a la ventilación
Patrón 6			
00134 Náuseas	Irritación gástrica	2103 Severidad de los síntomas	1450 Manejo de náuseas 1570 Manejo de vómitos
00132 Dolor agudo	Agentes lesivos	2102 Nivel de dolor	1400 Manejo del dolor
Patrón 7			
00146 Ansiedad	Stress Amenaza de muerte Amenaza de cambio: estado de salud	1211 Nivel de ansiedad	5820 Disminución de ansiedad
Patrón 8			
00060 Interrupción de los procesos familiares	Cambio del estado de salud de un miembro de la familia	2604 Normalización de la familia	7130 Mantenimiento de los procesos familiares 7140 Apoyo a la familia
Patrón 10			
000126 Conocimientos deficientes		1814 Conocimiento: Procedimientos terapéuticos	5602 Enseñanza proceso enfermedad
000069 Afrontamiento inefectivo		1300 Aceptación del estado de salud	5230 Aumentar afrontamiento

Códigos de diagnóstico, NOC y NIC según 6, 7 y 8, respectivamente.

METODOLOGÍA ENFERMERA

VALORACIÓN EN TRIAGE: ACTIVACIÓN DEL "CÓDIGO SEPSIS GRAVE"

Se iniciará el proceso en la unidad de Urgencia del hospital con la recepción de la persona:

- Se verificará la identidad del paciente y se pondrá el brazalete de identificación a su llegada al triage.

- Se informará al paciente y a la familia.

Se realizará una valoración inicial del paciente:

- Síntomas y signos y factores de riesgo.

- Higiene de manos.

- Necesidad de medidas de aislamiento.

- Anotación de datos.

- Valoración de riesgo de sepsis.

Cualquier paciente con historia clínica del proceso infeccioso debe valorarse de forma inmediata en triage para detectar la sepsis grave y establecer una prioridad de atención. Para ello utilizaremos la escala que se describe en la Tabla 2.

TABLA 2. CRITERIOS DE SOSPECHA DE SEPSIS GRAVE (1)

Puntuaciones/Parámetros	4	2	1	0	1	2	4
Frecuencia cardíaca		<40	41-50	51-100	101-110	111-130	>130
Presión arterial sistólica	<70	71-80	81-100	101-159	160-200	>200	
Frecuencia respiratoria		<8		9-18	19-25	26-30	>30
Saturación O ₂	<88	89-90	91-94	>95			
Temperatura		<35°C	35.1-35.9°C	36-37.4°C	>37.5°C		
Nivel de conciencia	No responde	Responde a estímulos dolorosos	Responde a la voz	Consciente		Confusión	Agitación
Dolor		EVA >7	EVA 5-7				
Suma de escala							

Si la puntuación es superior a 5, se considera sepsis grave (Nivel 2, N2)

Si la puntuación es inferior a 5, se procederá a reevaluar cada 2 horas (Nivel 3, N3)

BIBLIOGRAFÍA

Junta de Andalucía. Servicio Andaluz de Salud. Proceso asistencial integrado sepsis grave de la Junta de Andalucía; 2010.

Picard K.M., O'Donoghue S.C., Young-Kershaw D.A., Russell K.J. Development and implantation of a multidisciplinary sepsis protocol. *Critical Care Nurse*. 2006; 26 (3):43-54.

Robson W.P., Daniels R. The sepsis six: helping patients to survive sepsis. *British Journal of Nursing*. 2008; 17 (1): 16-21.

Gerber K. Surviving sepsis: a trust-wide approach. A multidisciplinary team approach to implementing evidence-based guidelines. *Nursing in critical care*. 2010; 15 (3): 141-151.

Marjory G. Manual de diagnósticos enfermeros 10ª edición. Elsevier España, S.A; 2003.

NANDA. Diagnósticos enfermeros: Definiciones y clasificación 2007-2008. Madrid Elsevier España S.A; 2007.

Jhonson M, Clasificación de resultados de enfermería 4ª edición. Harcourt Brace S.A 2009.