



Una sepsis complicada

Autor: Lidia Rabaneda Gutiérrez MIR 1

Tutora: M^a Carmen Vicent

Índice

- Caso clínico
- Sepsis
 - Conceptos
 - Epidemiología
- Sepsis neumócica
 - Impacto de la vacunación
- Manejo del paciente esplenectomizado/ asplenia funcional
 - Vacunación
 - Profilaxis antibiótica

1. Caso clínico

- Lactante 6 meses
- Motivo consulta: **decaimiento** de unas 2-3 horas de evolución; **febrícula** de 12 horas de evolución. 2 **vómitos** y 3 **deposiciones líquidas**
- Exploración:
 - Constantes: T^a 37,1° FC 166lpm SatO2 98%
 - Exploración física: Mal estado general, hipotonía y mínima respuesta a estímulos. Palidez cutánea intensa con cutis reticularis. Pulsos periféricos débiles. Revascularización periférica 2segundos. Mucosa oral pastosa y pálida.

➤ Evolución

- Monitorización + vía periférica
- Expansión de Suero fisiológico 20ml/kg
- Pruebas complementarias:
 - Coagulación: APTT RATIO 1,31. INR 2.09. Índice de QUICK 36% → dosis vitamina K
 - Bioquímica: GOT 198U/L. PCR 19,7mg/dL Procalcitonina 98,2ng/ml
 - Hemograma: Leucocitos 13740 (81% Neutrófilos)
 - Gasometría: pH 7.17 HCO3 15,3 Lactato 4,4
 - Hemocultivo: ?
- 1ª dosis antibiótica: cefotaxima 65mg/kg/ dosis



Ingreso UCIP

- Antibioterapia: Meropenem + Claritromicina + Linezolid
- 12 horas ingresado:
 - Lesiones liveloides manos y pies

Ecocardiograma

- Normal

Hemograma/bioquímica/coagulación

- Plaquetopenia sin agregados
- Dímero D aumentado
- I. Quick disminuido
- Hipertransaminasemia

- **Alta sospecha CID**

- **Valorado:**

- Dermatología: biopsia de lesiones (confirmó sospecha)
- Hematología: transfusión PFC (normalización I. Quick) + anticoagulación Heparina sódica

- **Hemocultivo (24h): neumococo**

- **Pruebas de imagen:**

- **Ecografía abdominal:** sugieren **hipoperfusión esplénica**, probable infarto.
- **TC (2 días más tarde): confirma infarto esplénico masivo**, pequeña lesión sugerente de infarto hepático

CID

Infarto esplénico masivo



Gangrena simétrica
periférica



Seguimiento actual

- Mantuvo tratamiento heparina durante 3 meses por trombocitosis
- Caída de 1 y 3º dedo pie izquierdo, probable pérdida del 2º.
- Evita apoyo pie izquierdo
- Tratamiento actual: amoxicilina cada 12 horas

2. Sepsis

2.1 Conceptos

- Bacteriemia
- SIRS
- Sepsis
- Sepsis grave

Documento de consenso SECIP-SEUP sobre manejo de sepsis grave y Shock séptico en pediatría

**Alonso Salas MT ^a, de Carlos Vicente Juan Carlos ^b,
Gil Antón J ^c, Pinto Fuentes I ^d, Quintilla Martinez JM ^e,
Sánchez Díaz JI ^f.**

Bacteriemia

bacterias viables en sangre

SIRS

2 criterios (1 Tª o leucocitos)

Tª >38,5° ó <36°

Taquicardia

Leucocitos
aumentado/disminuido o
>10% Neutrófilos inmaduros

Taquipnea

Sepsis

SIRS + Infección sospechada
o confirmada

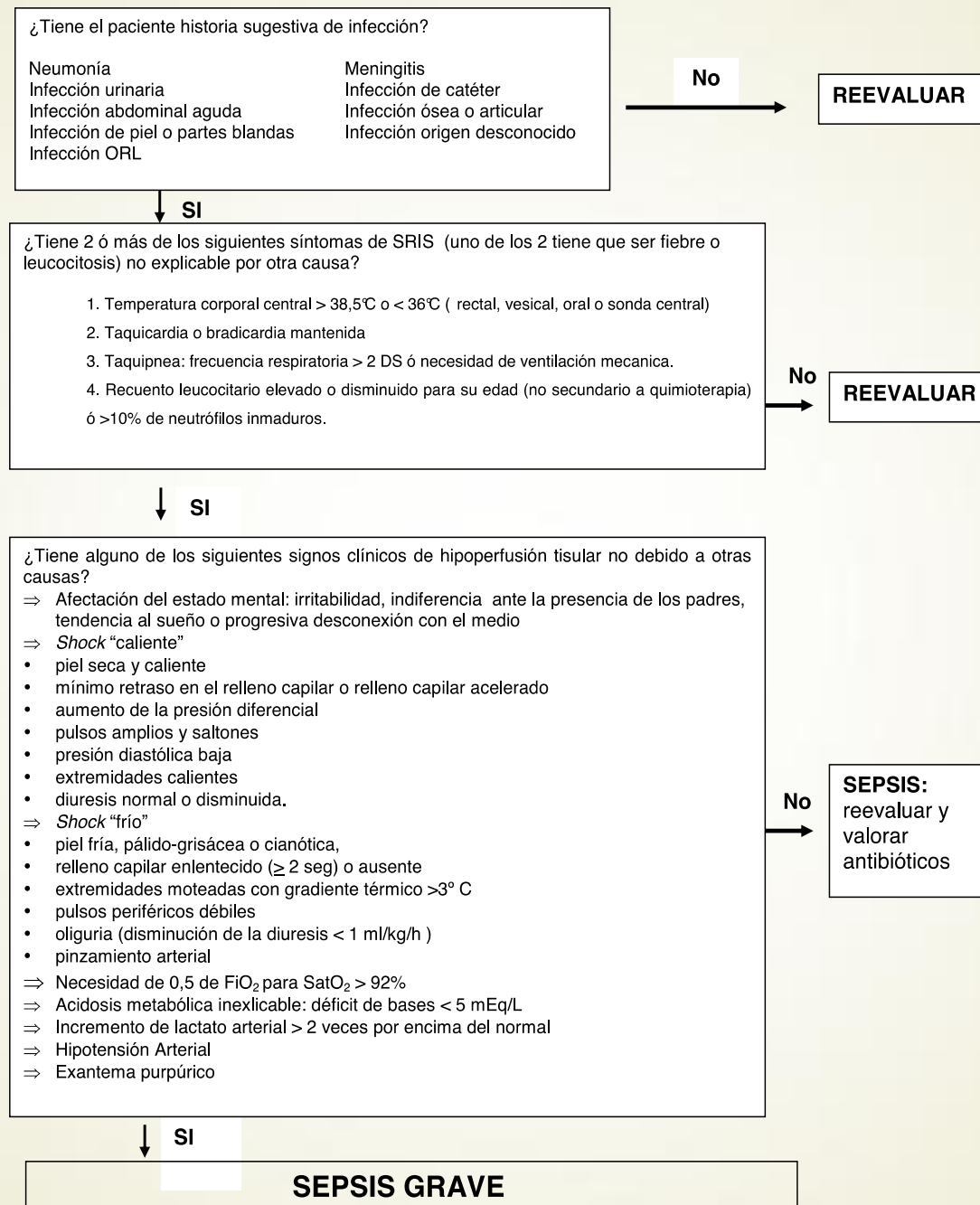
Sepsis grave

Disfunción cardiovascular

Síndrome distrés respiratorio
agudo

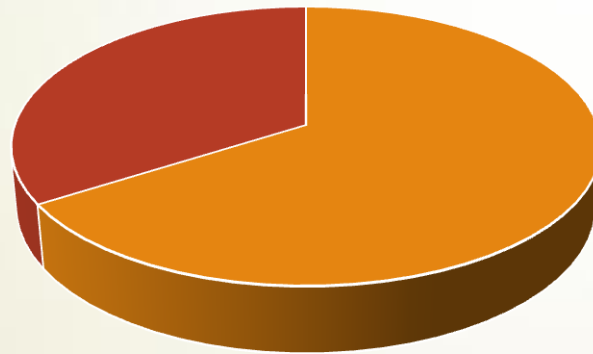
2 o más disfunciones resto
órganos

Tabla 3: ALGORITMO DE DETECCION DE SEPSIS GRAVE

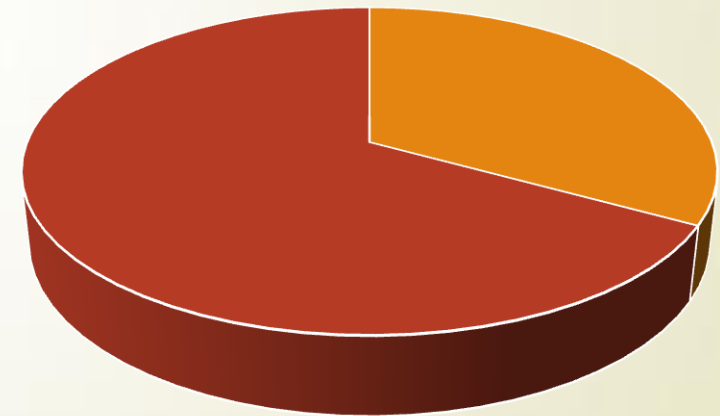


2.2 Epidemiología

- Incidencia: 56-60/100.000 niños
 - Aumentando:
 - Aumento supervivencia RN muy bajo peso
 - Aumento niños enfermedades crónicas
- Mortalidad hospitalaria: 9-12,4%



■ < 1 año ■ < 1 año ■ ■



■ Neonatos ■ Resto ■ ■

3 Sepsis neumocócica

3.1 Epidemiología

- Incidencia condicionada:
 - Localización geográfica
 - Edad:
 - ≥ 65 años
 - < 2 años (< 1 año, 34,2 casos por 100.000)
 - Prevalencia de serotipos
 - Época del año
 - Comorbilidades
 - Vacunación

3.2 Impacto de la vacunación

Vacuna conjugada heptavalente (2000)

Disminuye incidencia ENI en adultos y niños

Aumenta infecciones por serotipos no incluidos

Aumenta colonización nasofaríngea serotipos no incluidos

Vacuna conjugada 13-valente (2010)

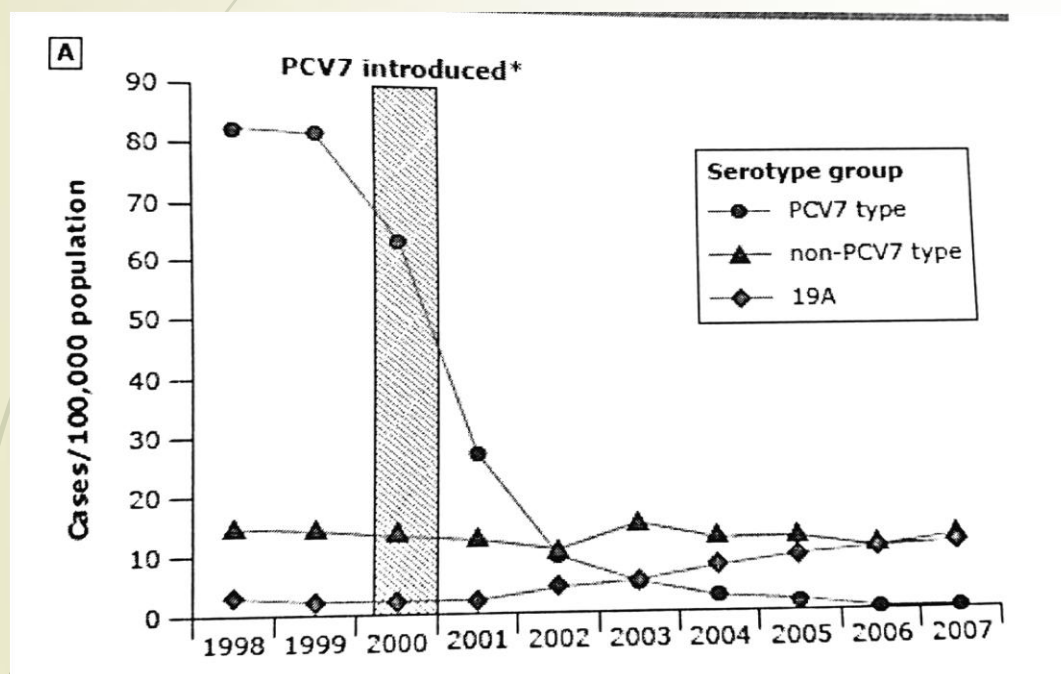
Disminuye incidencia ENI

<5 años, poco cambio de incidencia ENI serotipos no incluidos

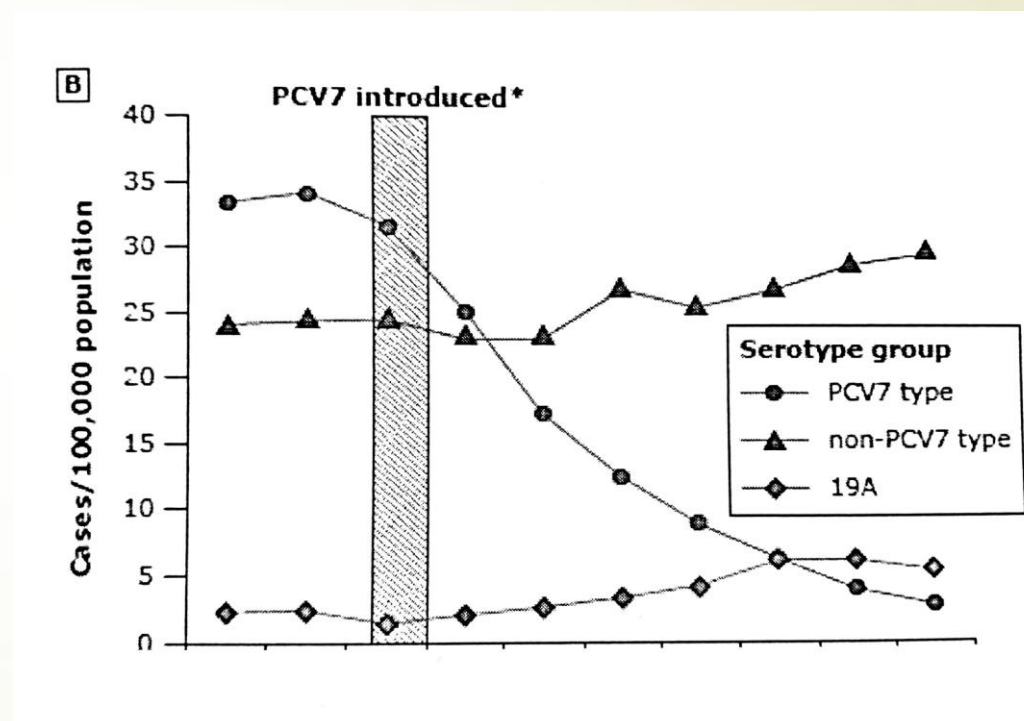
Aumento importante incidencia ENI en rango 50-64años

Vacuna heptavalente

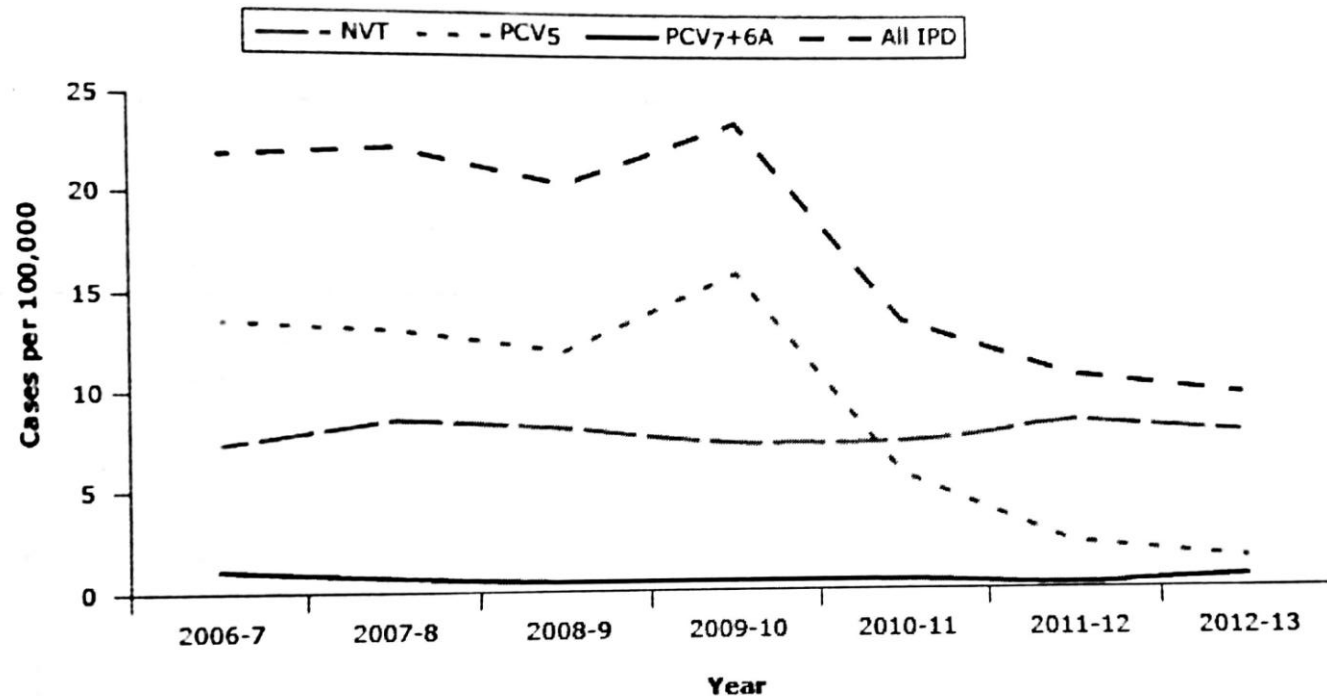
< 5 años



≥ 65 años



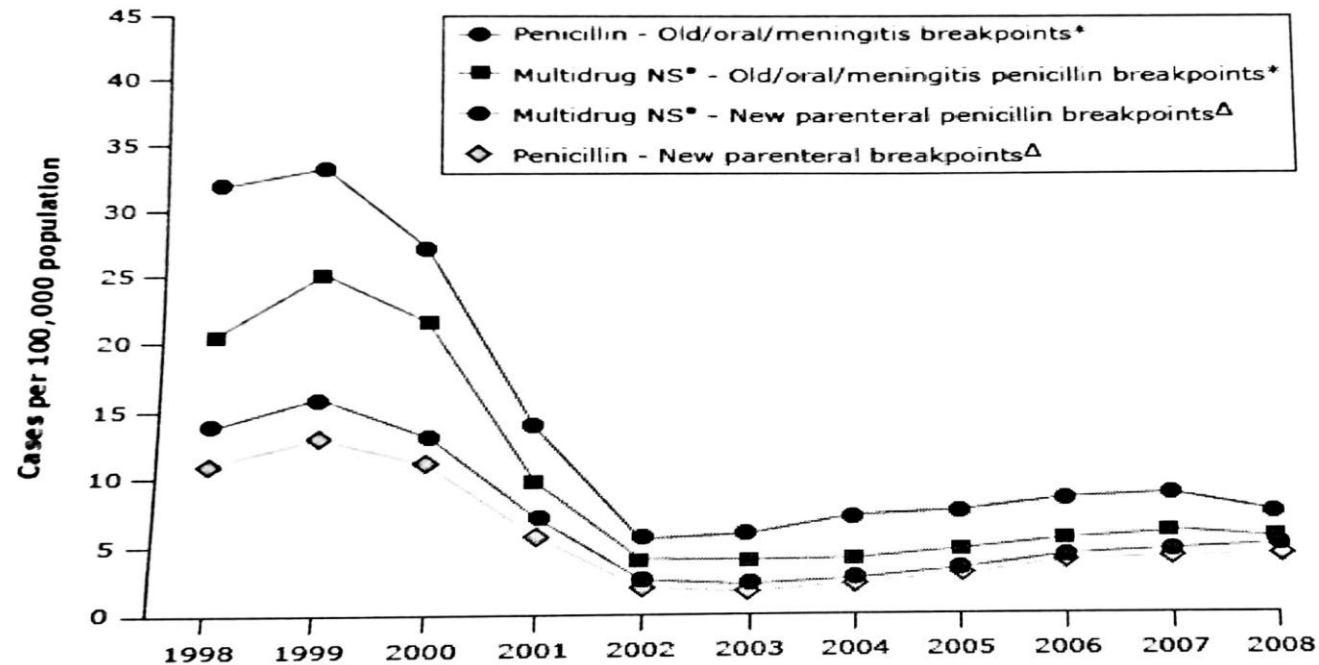
Annual trends in invasive pneumococcal disease among children <5 years old, United States, 2006-2013



NVT: non-vaccine serotypes; PCV₅: serotypes included in the 13-valent pneumococcal conjugate vaccine that are not included in the 7-valent pneumococcal vaccine, excluding serotype 6A (1, 5, 3, 7F, 19A); PCV₇+6A: serotypes in the 7-valent pneumococcal conjugate vaccine (4, 6B, 9V, 14, 18C, 19F, 23F) plus serotype 6A (for which serotype 6B antigen provides cross-protection); IPD: invasive pneumococcal disease.

3.3 Resistencia tras vacunación

Rates of antibiotic nonsusceptible pneumococcal disease among children



NS: nonsusceptible.

* The old/oral meningitis penicillin breakpoints classify isolates as penicillin nonsusceptible at a MIC ≥ 0.12 mcg/mL.

• Not susceptible to 3 or more of the antibiotic classes tested.

Δ The new parenteral penicillin breakpoints classify isolates as penicillin nonsusceptible at an MIC ≥ 4 mcg/mL for nonmeningitis disease and ≥ 0.12 mcg/mL for meningitis.

4. Profilaxis en paciente asplénico



Sociedad Española
de Medicina Preventiva
Salud Pública e Higiene

PROTOCOLO DE VACUNACIÓN DE PACIENTES CON ASPLENIA

Manejo de niños con asplenia/ hipoesplenia

***D. Moreno Pérez, E. Núñez Cuadros, M.J. Vicente Martín,
M. Rivera Cuello, F.J. García Martín***

Unidad de Infectología e Inmunodeficiencias. Servicio de Pediatría.
Hospital Materno-Infantil. Complejo Hospitalario Universitario
Carlos Haya. Málaga

**RECOMENDACIONES DEL COMITÉ ASESOR DE VACUNAS DE LA
AEP SOBRE LA VACUNACIÓN FRENTE AL MENINGOCOCO B
(BEXSERO®)**

4.1 Vacunación indicada

➤ Vacuna antineumocócica

Edad	13valente	23valente
2-6 meses	- 2-4-6 meses - Refuerzo 12m	≥ 2 años
7-11meses	- 2 dosis - Refuerzo 2 años de vida	≥ 2 años
12-23 meses	- 2 dosis	≥ 2 años
24-59 meses	- 2 dosis	2 meses después última 13v
≥ 5 años	Revacunación 50 años	1 dosis Refuerzo a los 5 años

Nota: < 9 años, refuerzo 23 v a los 3 años
> 9 años, refuerzo 23 v a los 5 años

➤ Vacuna anti-Haemophilus influenza tipo b (Hib)

Edad	Pauta
2-6 meses	3 dosis (intervalo mínimo 1 mes)
7-11 meses	2 dosis
≥ 2 años	1 dosis

➤ Vacunación frente meningococo C

Edad	Pauta
2-12 meses	2 dosis (intervalo mínimo 2 meses) Refuerzo 15 meses de vida
>2 años	1 dosis

➤ Vacunación frente meningococo B

Grupo de edad	Inmunización primaria	Intervalos entre dosis primarias	Dosis de recuerdo
Lactantes de 2 a 5 meses de edad	Tres dosis de 0,5 ml cada una, la primera dosis administrada a los 2 meses de edad ^a	No menos de 1 mes	Sí, una dosis entre los 12 y 15 meses ^{b, c}
Lactantes no vacunados de 6 a 11 meses de edad	Dos dosis de 0,5 ml cada una	No menos de 2 meses	Sí, una dosis en el segundo año de vida con un intervalo de al menos 2 meses entre la primovacunaación y la dosis de recuerdo
Lactantes no vacunados de 12 a 23 meses de edad	Dos dosis de 0,5 ml cada una	No menos de 2 meses	Sí, una dosis con un intervalo de 12 a 23 meses entre la primovacunaación y la dosis de recuerdo
Niños de 2 a 10 años de edad	Dos dosis de 0,5 ml cada una	No menos de 2 meses	No se ha establecido ^d
Adolescentes (desde 11 años de edad) y adultos*	Dos dosis de 0,5 ml cada una	No menos de 1 mes	No se ha establecido ^d

^a La primera dosis debe administrarse a los 2 meses de edad. La seguridad y eficacia de Bexsero en lactantes de menos de 8 semanas no se ha establecido. No se dispone de datos.

^b En caso de retraso en la administración, la dosis de recuerdo no se debe administrar más tarde de los 24 meses.

^c Ver sección 5.1. La necesidad y el plazo de otras dosis de recuerdo no han sido determinados.

^d Ver sección 5.1.

* No hay datos sobre los adultos mayores de 50 años.

- 
- 
- Vacunación frente a varicela (a partir de los 12 meses)
 - Vacunación frente a la gripe

4.2 Profilaxis antibiótica

Profilaxis antibiótica recomendada

< 2 años Penicilina V oral 125 mg/12 horas o amoxicilina 10 mg/kg/12 horas

2-12 años Penicilina V oral 250 mg/12 horas o amoxicilina 250 mg/12 horas

> 12 años Penicilina V oral 500 mg/12 horas o amoxicilina 250-500 mg/12 horas

Nota: alérgicos a penicilina → eritromicina