



Guía de práctica clínica para el diagnóstico y manejo de la SEPSIS OBSTÉTRICA



Tamizaje y diagnóstico

En pacientes obstétricas con SOSPECHA de sepsis

Use la herramienta qSOFA modificado

Tamizaje positivo si se cumplen 2 ó más criterios de qSOFA:

- a. Frecuencia respiratoria ≥ 24 /min,
- b. Alteración del estado mental (escala de Glasgow < 15 puntos),
- c. Presión arterial sistólica ≤ 90 mmHg.

Si el tamizaje es negativo y no persiste sospecha clínica

Alta médica

Si el tamizaje es negativo y persiste sospecha clínica

Revalorar a la paciente con análisis de laboratorio como

Si el tamizaje es positivo

Iniciar tratamiento INMEDIATAMENTE

Confirma el diagnóstico de sepsis

SOFA ≥ 2 puntos

Criterios del índice de SOFA

Sistema	0	1	2	3	4
Respiración: PaO ₂ /FiO ₂ mmHg	>400	>400	>300	>200	>100
Coagulación: Plaquetas x 10 ³	≥ 150	<150	<100	<50	<20
Hepático: Bilirrubina mg/dl	<1.2	1.2–1.9	2–5.9	6–11.9	>12
Cardiovascular	PAM ≥ 70 mmHg	PAM < 70 mmHg	Dopamina <5 o Dobutamina (cualquier dosis)	Dopamina 5.1–15 o Adrenalina ≤ 0.1 o Noradrenalina ≤ 0.1	Dopamina >15 o Adrenalina >0.1 o Noradrenalina >0.1
Sistema Nervioso Central: Glasgow	15	13–14	10–12	6–9	<6
Renal: Creatinina / Diuresis	1.2	1.2–1.9	2–3.4	3.5–4.9 / <500 ml/d	>5 /

PAM: Presión arterial media

qSOFA: Quick-Sequential Organ Failure Assessment

Recomendación

Buena práctica

Consideración

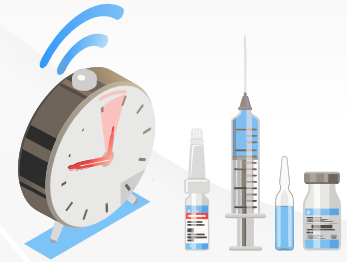
Escanea el QR para ver la guía completa

o pulsa aquí





Guía de práctica clínica para el diagnóstico y manejo de la SEPSIS OBSTÉTRICA



Tratamiento antibiótico

En pacientes obstétricas con **SOSPECHA** o **DIAGNÓSTICO** de sepsis

Brinde antibioticoterapia empírica TEMPRANA (antes de las 3 horas).

En pacientes con shock séptico, debe brindarse dentro de la primera hora.



Obtener cultivos siempre que sea posible antes del inicio del tratamiento.



La terapia antibiótica debe cubrir los agentes microbianos más probables en función a:

- Foco probable de infección.
- Perfil local de resistencia antimicrobiana
- El trimestre de embarazo, o
- El estado puerperal y el criterio clínico



Tomar en cuenta antecedentes de alergias y enfermedades preexistentes, al elegir el antibiótico.



Ajuste la terapia antibiótica en coordinación con el Programa de Optimización de Uso de Antimicrobianos (PROA).

qSOFA: Quick-Sequential Organ Failure Assessment



Recomendación



Buena práctica



Consideración

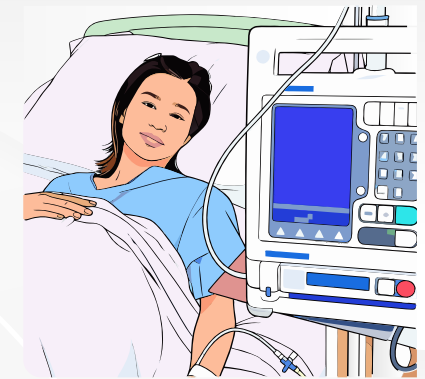
Escanea el QR para ver la guía completa

[o pulsa aquí](#)





Guía de práctica clínica para el diagnóstico y manejo de la SEPSIS OBSTÉTRICA



Tratamiento

Uso de cristaloides

En pacientes obstétricas con infección conocida o sospechada

Con hipoperfusión: Administre **inmediatamente cristaloides EV** (al menos 30 ml/kg en las primeras 3 horas de reanimación).

Si hay hipotensión y/o lactato elevado (> 2 mmol/L): continúe con **fluidoterapia restrictiva**

Bolos de 250 a 500 ml en un lapso de 30 minutos a 1 hora y luego reevalúe la precarga.

Priorice el uso de **cristaloides balanceados** (Lactato de Ringer o Solución Hartmann) como primera línea.

30 min - 1 hora

Administre **norepinefrina** 0.1 – 0.5 µg/kg/min

Valore con **medidas dinámicas** para guiar la reanimación con líquidos.

Evalúe si cumple con la **normalización de precarga y PAM > 60 – 65 mmHg**

No

Aumente dosis de norepinefrina hasta máximo, sino agregue: **vasopresina**

No

Si

Continúe terapia y monitoreo. Evalúe el delta de lactato: objetivo de disminución del 10% en 6 horas y/o medición del tiempo de relleno capilar.

Uso de vasopresores

En pacientes obstétricas con diagnóstico o sospecha de shock séptico

En primera línea:

Si hay **shock séptico** y disfunción cardíaca con hipoperfusión persistente.

Agregar **dobutamina** al tratamiento o emplear **epinefrina** sola.

PAM: presión arterial



Recomendación



Buena práctica



Consideración

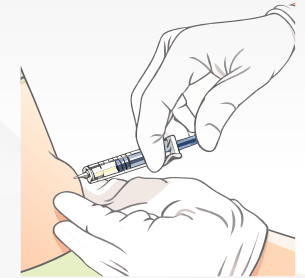
Escanea el QR para ver la guía completa

o pulsa aquí





Guía de práctica clínica para el diagnóstico y manejo de la SEPSIS OBSTÉTRICA



Tratamiento

Uso de corticoides

En puérperas con diagnóstico de shock séptico

Considere su uso en condiciones refractarias al tratamiento inicial

1 **Primera opción:**
Hidrocortisona 200 mg/día
(50 mg EV cada 6 horas)
durante 7 días.

2 **En caso no se disponga:**
Use dosis equivalente de
dexametasona,
betametasona

Control quirúrgico

En pacientes obstétricas con sepsis con fuente anatómica de infección identificada



Realice control quirúrgico dentro de las primeras 6 horas después del diagnóstico de sepsis.

SC: subcutánea



Recomendación



Buena práctica



Consideración

Uso de tromboprofilaxis farmacológica

En pacientes obstétricas con sepsis o shock séptico

Administre tromboprofilaxis farmacológica con heparina de bajo peso molecular.

Considere estas dosis de enoxaparina

Peso < 50 Kg > 20 mg
Peso 50-90 Kg > 40 mg
Peso > 90-130 Kg > 60 mg
Vía SC 1 vez al día.

Evalúe previamente el riesgo individual de trombosis venosa profunda obstétrica.

Si está contraindicada o no pueda administrarse



Use dispositivos de compresión neumática intermitente

Escanea el QR para ver la guía completa

o pulsa aquí

