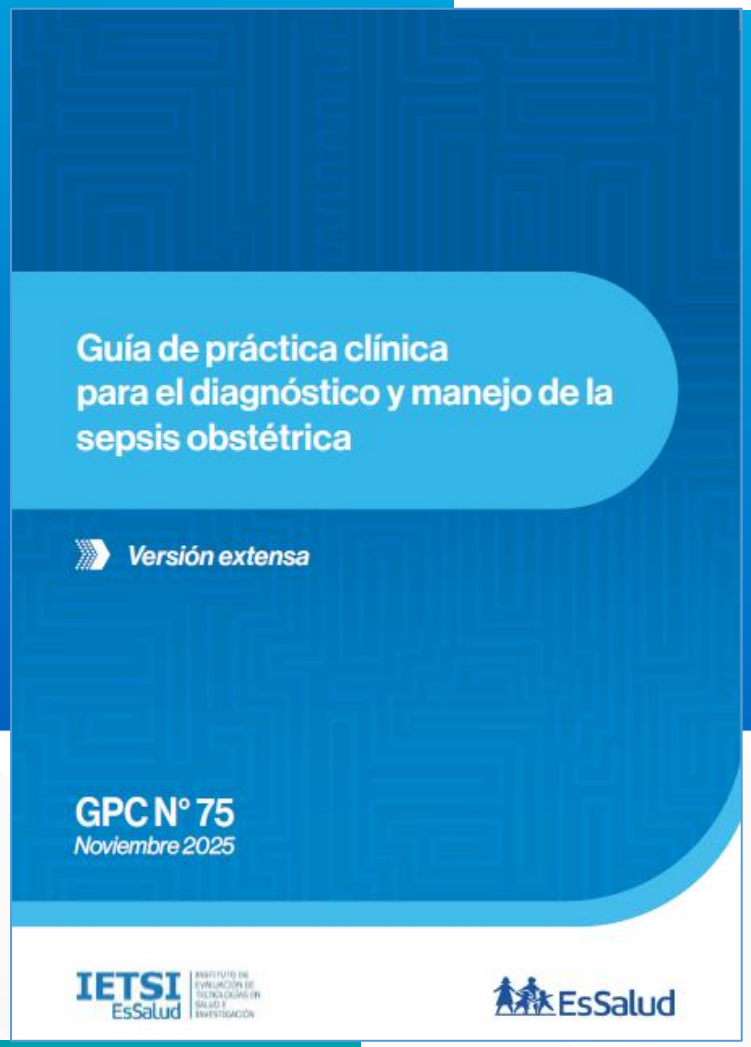
GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA EL DIAGNÓSTICO Y MANEJO DE LA SEPSIS OBSTÉTRICA



Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud e Investigación, IETSI.
2025

EsSalud



¿?

PREGUNTA

En este escenario ¿qué opción de tratamiento brindar: A, B o C?

RESPUESTA

Recomendación
Buena práctica clínica
Consideración

Adaptada de: Evans, I., Thornton, H., Chalmers, I., & Glasziou, P. (2011). Los tratamientos, a prueba: Mejor investigación para mejorar la salud (2.ª ed.). Barcelona: Centro Cochrane Iberoamericano.

EsSalud



¿Qué es una guía de práctica clínica?

¿Qué es una guía de práctica clínica (GPC)?

Es un documento que reúne un conjunto de **recomendaciones basadas en la mejor evidencia científica** disponible.

Ayuda a los profesionales de salud a tomar decisiones sustentadas en evidencia científica.

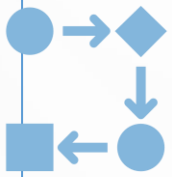
Ministerio de Salud. NTS N 117-MINSA/DGSP-V.01: Norma Técnica de Salud para la elaboración y uso de Guías de Práctica Clínica del Ministerio de Salud [Internet]. Lima: MINSA; 2015 [consultado el 27 de octubre de 2025]. Disponible en: https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/194791-302-2015-minsa

EsSalud

¿Por qué es importante usar esta guía?



Tomar mejores decisiones clínicas.



Estandarizar la atención de salud.



Mejorar los resultados en salud.



Optimizar los recursos en salud.

EsSalud

¿Cómo se elaboró esta guía?

Se conformó el Grupo Elaborador de la Guía (GEG).

Grupo Elaborador de Guía (GEG)

Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo, EsSalud, Lambayeque, Perú

- Luna Cisneros, Álvaro Martín

Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, Lima, EsSalud

- **Muñoz Taya, Rossana** Líder
- Ingunza Tapia, Raisa

Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen

- Astuhuaman Aliaga, Marco Antonio

Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren, EsSalud, Lima, Perú

- Neyra Mondoñedo, Maria Paola

Hospital II Cajamarca, EsSalud, Cajamarca, Perú

- Guzman Aybar, Edwin Román



IETSI, Lima, EsSalud

- Novoa Reyes, Rommy Helena
- Guerra Canchari, Pedro Jesús
- Delgado Flores, Carolina
- Caballero Luna, Joan
- Huaroto Ramirez, Fabiola Mercedes

Hospital III Iquitos, EsSalud, Loreto, Perú

- Ramos Rivas, Yessena Vanessa Sherezade

Hospital Selva Central y Enfermedades tropicales Hugo Peccse Peccetto. Red Asistencial Junín. EsSalud

- Roncal Espejo, Jesús Miguel

Hospital Base II Huancavelica. Red Asistencial Huancavelica. EsSalud.

- Carhuallanqui Ramos, Margot.

Hospital Nacional Carlos Alberto Seguin Escobedo. Red Asistencial Arequipa. EsSalud.

- Fernández Franco, Oscar Andrés

EsSalud

¿Cómo se elaboró esta guía?

Se conformó el Grupo Elaborador de la Guía (GEG).

Se formularon las preguntas clínicas.

Número de enunciados por preguntas de la GPC

Área temática	Preguntas	Recomendaciones y BPC
Diagnóstico	Pregunta 1	1 recomendación
	Pregunta 2	1 recomendación
	Pregunta 3	1 recomendación – 2 BPC
	Pregunta 4	1 recomendación - 3 BPC
	Pregunta 5	1 recomendación
Tratamiento	Pregunta 6	1 recomendación
	Pregunta 7	2 recomendaciones – 1 BPC
	Pregunta 8	1 recomendación
	Pregunta 9	1 recomendación – 1 BPC
	Pregunta 10	1 BPC

BPC: buena práctica clínica.

EsSalud

¿Qué preguntas responde esta guía?

Tamizaje/Diagnóstico

Pregunta 1: Pregunta 1: En pacientes obstétricas con sospecha de sepsis, **¿se debería usar el qSOFA o el SIRS como herramienta para tamizar la presencia de sepsis?**

Tratamiento

Pregunta 2: En pacientes obstétricas con sospecha o diagnóstico de sepsis, **¿se debería administrar el tratamiento antibiótico empírico de forma temprana o tardía?**

Pregunta 3: En pacientes obstétricas con sepsis, **¿cuál es el nivel lactato sérico que permite identificar mejor pronóstico?**

Pregunta 4: En pacientes obstétricas con infección conocida o sospechada, e hipotensión y/o lactato elevado, **¿se debería administrar fluidoterapia con volumen restrictivo en lugar de terapia estándar?**

EsSalud

¿Qué preguntas responde esta guía?

Tratamiento

Pregunta 5: En puérperas con shock séptico, **¿se debería usar corticoides endovenosos para el manejo de la enfermedad?**

Pregunta 6: En pacientes obstétricas hipotensas con sepsis o shock séptico conocido, **¿las medidas dinámicas deben guiar la reanimación con líquidos en lugar de la valoración con parámetros estáticos?**

Pregunta 7: En pacientes obstétricas con diagnóstico o sospecha de shock séptico, **¿qué vasopresor se debería usar de primea línea para el manejo de la enfermedad?**

Pregunta 8: En pacientes obstétricas hipotensas con sepsis o shock séptico conocido, **¿cuál es el nivel de presión arterial media objetivo?**

Pregunta 9: En pacientes obstétricas con sepsis o shock séptico, **¿se debería administrar tromboprofilaxis?**

Pregunta 10: En pacientes obstétricas con sepsis, **¿el control quirúrgico debe ser temprano versus control quirúrgico tardío?**

EsSalud

¿Cómo se elaboró esta guía?

Se conformó el Grupo Elaborador de la Guía (GEG).

Se formularon las preguntas clínicas.

Se buscaron GPC previas y evidencia para cada pregunta.

Se evaluó el riesgo de sesgo y la certeza de la evidencia **(Metodología GRADE)**.

¿Qué es la metodología GRADE?

- **GRADE:** Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation.

- Herramienta que permite **evaluar la calidad de la evidencia y graduar la fuerza** de las recomendaciones en el proceso de elaboración de una guía de práctica clínica.

Sanabria AJ, Rigau D, Rotaeche R, Selva A, Marzo-Castillejo M, Alonso-Coello P. Sistema GRADE: metodología para la realización de recomendaciones para la práctica clínica. Atención Primaria. el 1 de enero de 2015;47(1):48–55.

EsSalud

¿Cómo se elaboró esta guía?

Se conformó el Grupo Elaborador de la Guía (GEG).

Se formularon las preguntas clínicas.

Se buscaron GPC previas y evidencia para cada pregunta.

Se evaluó el riesgo de sesgo y la certeza de la evidencia **(Metodología GRADE)**.

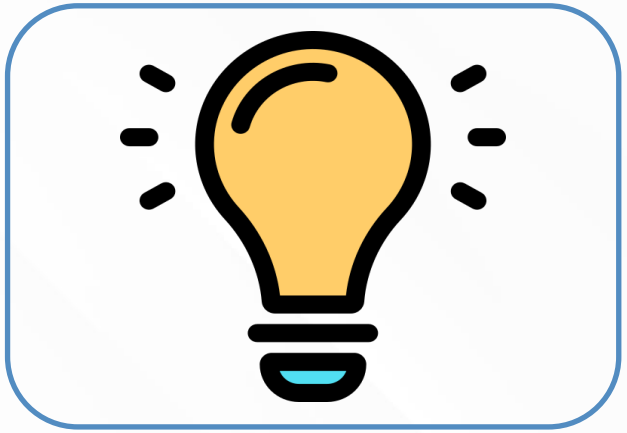
Se formularon enunciados (recomendaciones y buenas prácticas clínicas).

EsSalud

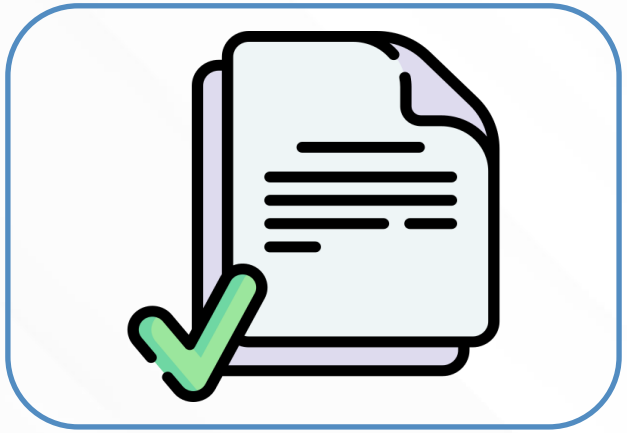
¿Qué tipos de enunciados tiene una GPC?



Recomendación



Buena práctica clínica



Consideración

Ilustraciones de Freepik

EsSalud

Recomendación

Premisa accionable (indicación práctica) sobre la **elección entre dos o más opciones** en una población específica y en un entorno específico.

PREGUNTA

Pregunta 7. En pacientes obstétricas con diagnóstico o sospecha de shock séptico, **¿qué vasopresor se debería usar de primea línea para el manejo de la enfermedad?**



Ilustraciones de Freepik

RECOMENDACIÓN

En pacientes obstétricas con diagnóstico o sospecha de shock séptico, recomendamos **administrar norepinefrina como primera línea de vasopresores**. Y **no recomendamos administrar dopamina ni dobutamina** para el manejo de la enfermedad.

Fuerza de la recomendación:
Fuerte

Certeza de la evidencia:
Muy baja ⨁◯◯◯

EsSalud

Fuerza de la recomendación

Grado de confianza del GEG en que:

Los **beneficios de una intervención:**

- Superan los efectos adversos (A FAVOR), o
- Viceversa (EN CONTRA).

Fuerza y dirección de una recomendación

Fuerte

La recomendación se sigue en todos los casos.

A favor

o

En contra

Se utiliza el término **"Recomendamos"**

Condicional

La recomendación se sigue en la gran mayoría de casos, salvo situaciones justificadas.

A favor

o

En contra

Se utiliza el término **"Sugerimos"**

EsSalud

Certeza de la recomendación

(⊕⊕⊕⊕) **Alta**	**Confianza del GEG en la evidencia usada** para tomar la decisión es **alta.**
(⊕⊕⊕◯) **Moderada**	**Confianza del GEG en la evidencia usada** para tomar la decisión es **moderada.**
(⊕⊕◯◯) **Baja**	**Confianza del GEG en la evidencia usada** para tomar la decisión es **baja.**
(⊕◯◯◯) **Muy baja**	**Confianza del GEG en la evidencia usada** para tomar la decisión es **muy baja.**

EsSalud

Buena práctica clínica (BPC)

Enunciado accionable que brinda **orientación acerca de una práctica** cuyos **beneficios superan** ampliamente a los **potenciales daños.**

Sólo existe **evidencia indirecta** disponible para respaldarla.

PREGUNTA

Pregunta 7. En pacientes obstétricas con diagnóstico o sospecha de shock séptico, **¿qué vasopresor se debería usar de primea línea para el manejo de la enfermedad?**



Ilustraciones de Freepik

BPC

En puérperas con shock séptico y disfunción cardíaca con hipoperfusión persistente a pesar de un estado de volumen y presión arterial adecuados, **agregar dobutamina al tratamiento con norepinefrina o emplear epinefrina sola.**

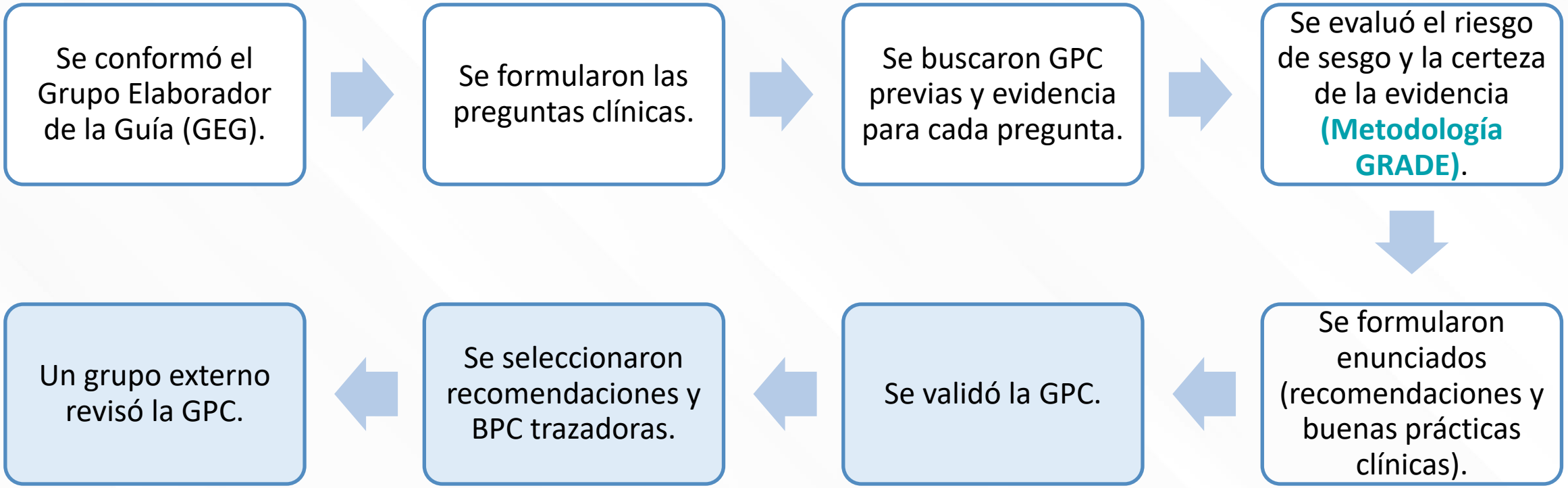
EsSalud

Consideración

Nota o comentario adicional que **complementa** una **recomendación** o una **buena práctica clínica.**

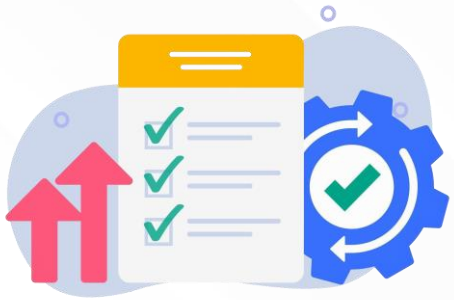
Objetivo → Aclarar el contexto, resaltar aspectos importantes o proporcionar detalles específicos.

¿Cómo se elaboró esta guía?



EsSalud

¿Qué son recomendaciones y BPC trazadoras?



- Son enunciados priorizados de la GPC que permiten valorar el mayor impacto potencial de la guía.
- Expertos clínicos y de gestión participaron el proceso de priorización.
- Los criterios de priorización fueron:

Impacto clínico en el paciente.	Impacto en el proceso de atención.	Costos de la atención.	Tipo de enunciado.

Ilustración de Freepik

EsSalud

Guía de práctica clínica para el diagnóstico y manejo de la sepsis obstétrica

EsSalud

¿Cuál es el objetivo de esta GPC?

- Brindar recomendaciones para el diagnóstico y manejo de la sepsis obstétrica, con el fin de contribuir a reducir la mortalidad, mejorar la calidad de vida, y reducir las complicaciones de las pacientes con esta condición.



¿Qué población se beneficiará de la GPC?

- Pacientes obstétricas con sospecha de sepsis.
- Pacientes obstétricas con sepsis o shock séptico conocido.

¿A quién está dirigida esta guía?

- Esta GPC está dirigida **al personal médico y no médico, que participa en la atención multidisciplinaria del paciente con sospecha o diagnóstico de sepsis obstétrica.**

- El ámbito asistencial incluye los **servicios o unidades de emergencia ginecológica, servicios o unidades de ginecoobstetricia, cuidados intensivos,** en lo que corresponda a cada nivel, de EsSalud.

Salud materna

Naciones Unidas

Objetivo de desarrollo sostenible 3:
Salud y bienestar

Meta 3.1:
Para 2030, reducir la tasa mundial de mortalidad materna a menos de 70 por cada 100.000 nacidos vivos.

Sepsis obstétrica

Condición que pone en riesgo la vida de la mujer.

Disfunción orgánica **producto de una infección durante el embarazo, parto, post aborto** o el **periodo postparto (hasta los 42 días).**

Bonet M, Nogueira Pileggi V, Rijken MJ, Coomarasamy A, Lissauer D, Souza JP, et al. Towards a consensus definition of maternal sepsis: results of a systematic review and expert consultation. Reprod Health. 2017;14(1):67.

EsSalud

Sepsis obstétrica



Ocurre en
4 a 10 por cada
10000 nacidos vivos.

Shields AD, Plante LA, Pacheco LD, Louis JM. Society for Maternal-Fetal Medicine Consult Series #67: Maternal sepsis. American journal of obstetrics and gynecology. 2023;229(3):B2-B19.

Ocasiona:

- El 5% de las muertes maternas en países desarrollados
- EL 11% de las muertes en países en vías de desarrollo

Stephens AJ, Chauhan SP, Barton JR, Sibai BM. Maternal Sepsis: A Review of National and International Guidelines. American journal of perinatology. 2023;40(7):718-30.



En el Perú, durante el año 2024 se notificaron **240 muertes maternas** siendo las infecciones y sepsis obstétricas el 4% de las causas.

Situación epidemiológica de la mortalidad materna en el Perú a la SE 52 – 2024. Boletín Epidemiológico del Perú. Vol. 52. SE 52 - 2024. Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades – MINSA. Disponible en: https://epipublic.dge.gob.pe/uploads/boletin/boletin_202452_30_101337_2.pdf.

Ilustración de Freepik

¿Por qué se hizo esta guía?



Diagnóstico precoz



Tratamiento eficaz

Reducir la mortalidad materna mediante el diagnóstico y manejo oportuno de la sepsis.

Unificar y estandarizar la atención, evitando variabilidad entre establecimientos y profesionales.

Integrar la evidencia más actual para mejorar la calidad y seguridad de la atención obstétrica.

EsSalud



Tamizaje/Diagnóstico

Pregunta 1: En pacientes obstétricas con sospecha de sepsis, **¿se debería usar el qSOFA o el SIRS como herramienta para tamizar la presencia de sepsis?**



SRIS: síndrome inflamatorio de respuesta sistémica
qSOFA: quick-SOFA
SOFA: Sequential Organ Failure Assessment

EsSalud

Recomendación

Para tamizaje de sepsis

Use la herramienta qSOFA modificado

Fuerza de la recomendación: Condicional
Certeza de la evidencia: Muy baja ⊕◯◯◯

qSOFA modificado

Parámetro	Puntaje
Frecuencia Respiratoria ≥ 24/min	1
Alteración del Estado Mental (escala de Glasgow < 15 puntos)	1
Presión arterial sistólica ≤ 90 mmHg	1

Tamizaje positivo ➔ ≥ 2 puntos

EsSalud



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 apoyo diagnóstico (SOFA)

Criterios del índice de SOFA

Sistema	Puntaje				
	0	1	2	3	4
Respiración: PaO2/FiO2 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 / <200 ml/d

PAM: Presión arterial media

SOFA ≥ 2 puntos → Confirma el diagnóstico de sepsis

EsSalud



Si el tamizaje es positivo o se confirma el diagnóstico

Iniciar tratamiento INMEDIATAMENTE

CASO 1

Gestante de 29 años, 38 semanas de gestación.
Acude a un hospital con fiebre 38.7°C, FR 26/min, PA 88/55 mmHg
Escala de Glasgow 15 puntos.
Se evidencia líquido amniótico fétido.
Exámenes de laboratorio:

- Leucocitos: 15 000/uL
- Plaquetas: 152 000/uL
- Lactato: 3.2 mmol/L.



Ilustración de Freepik

EsSalud

¿Cuál es la herramienta más adecuada para tamizar sepsis obstétricas?

- ⊗ qSOFA modificado
- ○ SOFA
- ○ Criterios de SIRS

La guía sugiere usar la herramienta qSOFA modificado en lugar de la herramienta SIRS, para tamizar la presencia de sepsis.

Según la herramienta seleccionada, ¿se confirma el diagnóstico de sepsis?

- ⊗ Si
- ○ No

Si, se confirma, ya que se obtiene puntaje 2:

- Frecuencia respiratoria ≥ 24/min,
- Presión arterial sistólica ≤ 90 mmHg.

EsSalud

CASO 2

Gestante de 21 años, con 20 semanas de gestación.
Llega a un hospital con fiebre 39.2°C, dolor lumbar, PA 85/60 mmHg, FR 23/min, Glasgow 15.
Exámenes auxiliares:

- Lactato: 1.8 mmol/L.
- Recuento plaquetario: 100 000 por µL
- qSOFA modificado = 1 (PAS ≤ 90).

Se sospecha de sepsis foco urinario.



Ilustración de Freepik

Aunque el qSOFA es 1, ¿qué recomienda la guía?

- ○ Descarta sepsis
- ⊗ Revalorar clínicamente si persiste la sospecha
- ○ Hacer diagnóstico solo con lactato
- ○ Esperar evolución 24 horas

Cuando qSOFA < 2 pero la sospecha persiste, no debe descartarse sepsis y debe mantenerse vigilancia clínica estrecha.
Debe aplicarse el SOFA.

EsSalud

Al aplicar la herramienta SOFA, ¿qué puntaje obtiene?

- ○ 1 punto
- ⊗ 2 puntos
- ○ 3 puntos
- ○ 4 puntos

- Coagulación: Plaquetas <100 000 (2 puntos).
- Según la guía se confirma el diagnóstico con herramienta SOFA (≥ 2 puntos)



Tratamiento

Pregunta 2: En pacientes obstétricas con sospecha o diagnóstico de sepsis, **¿se debería administrar el tratamiento antibiótico empírico de forma temprana o tardía?**



Recomendación

Ante sospecha de sepsis

Antibioticoterapia empírica temprana (antes de las 3 horas).

Fuerza de la recomendación: Condicional
Certeza de la evidencia: Muy baja ⊕◯◯◯

En pacientes con shock séptico

Dentro de la primera hora.



EsSalud



¡Tenga en cuenta!

Debe obtener cultivos siempre que sea posible antes del inicio del tratamiento.

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

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

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

EsSalud

Pregunta 3. En pacientes obstétricas con sepsis, **¿cuál es el nivel lactato sérico que permite identificar mejor pronóstico?**



En pacientes obstétricas con sepsis

Recomendación

El nivel de lactato sérico menor a 2 mmol/L es un indicador mejor pronóstico de mortalidad

Fuerza de la recomendación: Condicional
Certeza de la evidencia: Baja ⊕⊕◯◯

¡Ten en cuenta!

La reanimación busca reducir los niveles de lactato sérico cuando están elevados.

Se debe evaluar el lactato sérico cada 6 horas.

Objetivo ➔ Disminuir el valor a más del 10% del valor inicial.

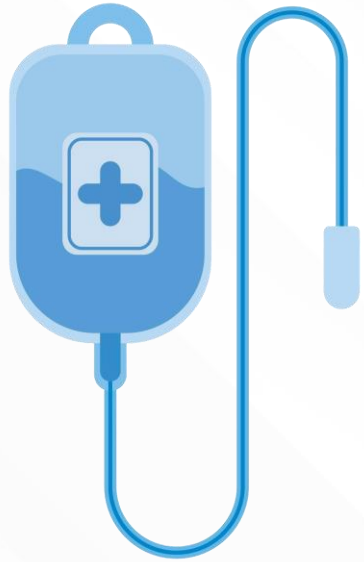
EsSalud



Una medida complementaria para guiar la reanimación es la medición del tiempo de relleno capilar (TRC)

TRC > 3 segundos → Anormal

Pregunta 4: En pacientes obstétricas con infección conocida o sospechada, e hipotensión y/o lactato elevado, **¿se debería administrar fluidoterapia con volumen restrictivo en lugar de terapia estándar?**



En pacientes obstétricas con hipoperfusión inducida por sepsis o shock séptico



BPC

Administre inmediatamente cristaloides IV
(al menos 30 ml/kg durante las primeras 3 horas de reanimación).

Priorice e uso de cristaloides balanceados
(Ringer lactato o Solución de Hartmann)



Recomendación

Si hay hipotensión y/o lactacto sérico > 2 mmol/L

Brinde fluidoterapia restrictiva

Bolos de 250 a 500 ml en un lapso de 30 minutos a 1 hora.

Reevalúe la precarga para valorar la necesidad de continuar con la fluidoterapia.

Fuerza de la recomendación:
Condicional

Certeza de la evidencia:
Baja ⊕⊕◯◯

EsSalud

Pregunta 5: En puérperas con shock séptico, **¿se debería usar corticoides endovenosos para el manejo de la enfermedad?**



Recomendación

En puérperas con diagnóstico de shock séptico

Brinde corticoides endovenosos

Fuerza de la recomendación: Condicional
Certeza de la evidencia: Baja ⊕⊕◯◯

Considere su uso en condiciones refractarias al tratamiento inicial con vasopresores

EsSalud

¿Qué corticoides puedo administrar?

1ra OPCIÓN

Hidrocortisona 200 mg/día
(50 mg EV cada 6 horas) durante 7 días.

En caso no se disponga

Use **dosis equivalente de**:

- Dexametasona
- Betametasona o
- Metilprednisolona

EsSalud

Pregunta 6. En pacientes obstétricas hipotensas con sepsis o shock séptico conocido, **¿las medidas dinámicas deben guiar la reanimación con líquidos en lugar de la valoración con parámetros estáticos?**



En pacientes obstétricas hipotensas con sepsis o shock séptico conocido



Recomendación

La valoración con medidas dinámicas guía la reanimación con líquidos.

Fuerza de la recomendación: Condicional
Certeza de la evidencia: Baja ⊕⊕◯◯

EsSalud



¡Tenga en cuenta!

En ventilación mecánica con una línea arterial, la **variación de la presión de pulso** es una alternativa para valorar la respuesta a fluidos.

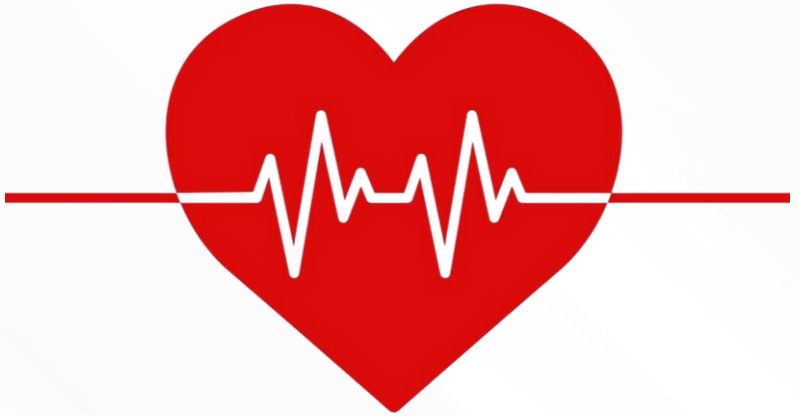
Si es >13%, es respondedor a fluidos.

En 1er y 2do trimestre con **respiración espontánea o que no están en ritmo sinusal**, se puede usar el incremento de gasto cardiaco luego de elevación de piernas.

En 3er trimestre se puede evaluar el **gasto cardiaco** administrando un **bolo de fluidos.**

EsSalud

Pregunta 7: En pacientes obstétricas con diagnóstico o sospecha de shock séptico, **¿qué vasopresor se debería usar de primera línea para el manejo de la enfermedad?**



En pacientes obstétricas con diagnóstico o sospecha de shock séptico

Primera línea de tratamiento

Recomendación

Administre norepinefrina
0.1 – 0.5 µg/kg/min

Fuerza de la recomendación: Fuerte
Certeza de la evidencia: Muy baja ⊕◯◯◯

Si se supera la dosis de 0.25 a 0.50 µg/kg/min de norepinefrina y no hay respuesta hemodinámica de la paciente.

Segunda línea de tratamiento

Recomendación

Administre vasopresina
0.25 – 0.5 µg/kg/min

Fuerza de la recomendación: Condicional
Certeza de la evidencia: Baja ⊕⊕◯◯

EsSalud

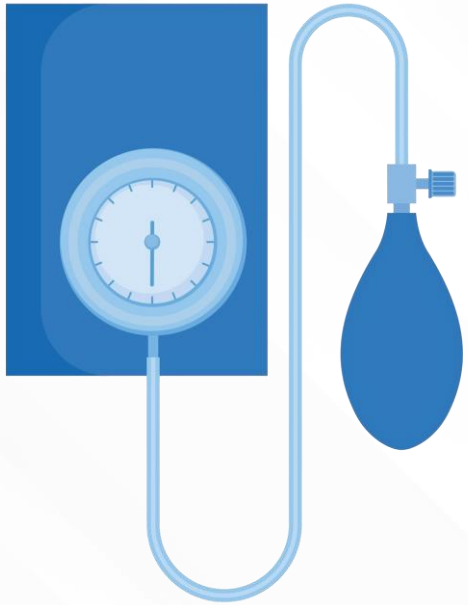
BPC

En puérperas con shock séptico y disfunción cardíaca con hipoperfusión persistente

Agregue dobutamina al tratamiento con norepinefrina
o
emplee epinefrina sola



Pregunta 8: En pacientes obstétricas hipotensas con sepsis o shock séptico conocido, **¿cuál es el nivel de presión arterial media objetivo?**



En pacientes obstétricas hipotensas con sepsis o shock séptico

Recomendación

Se busca que la presión arterial media (PAM) sea de 60–65 mmHg

Fuerza de la recomendación: Condicional
Certeza de la evidencia: Muy baja ⊕⊕◯◯



Tenga en cuenta que la PAM puede variar fisiológicamente en cada trimestre de embarazo o periodo de postparto.

EsSalud

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.

Uso de vasopresores

En pacientes obstétricas con diagnóstico o sospecha de shock séptico

30 min – 1 hora

En primera línea:

Administre norepinefrina 0.1 – 0.5 µg/kg/min

Si hay shock séptico y disfunción cardíaca con hipoperfusión persistente.

Agregar dobutamina al tratamiento o emplear epinefrina sola.



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 0.250.5ug/kg/min**

No

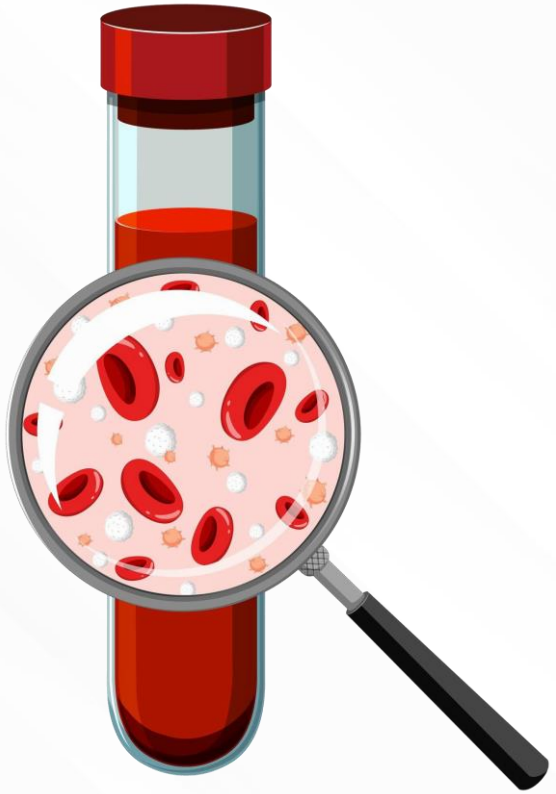
Si

Continue terapia y monitoreo

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

EsSalud

Pregunta 9: En pacientes obstétricas con sepsis o shock séptico, **¿se debería administrar tromboprofilaxis?**



En pacientes obstétricas con sepsis o shock séptico

Recomendación

Administre tromboprofilaxis farmacológica con heparina de bajo peso molecular.

Fuerza de la recomendación: Condicional
Certeza de la evidencia: Muy baja ⊕◯◯◯

Evalúe previamente el riesgo individual de trombosis venosa profunda obstétrica.

Si está contraindicada o no pueda administrase

↓

Use dispositivos de compresión neumática intermitente.

BPC

EsSalud

¿Cuáles son las dosis y vía de administración de heparina de bajo peso molecular?



Peso < 50 Kg ➔ 20 mg

Peso 50-90 Kg ➔ 40 mg

Peso > 90-130 Kg ➔ 60 mg

Aplique vía subcutánea
1 vez al día.

EsSalud

Pregunta 10: En pacientes obstétricas con sepsis, **¿el control quirúrgico debe ser temprano versus control quirúrgico tardío?**



En pacientes obstétricas con sepsis con fuente anatómica de infección identificada



BPC

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

El tipo de procedimiento se realizará de acuerdo con la valoración del especialista.

No se debe retrasar el control quirúrgico en espera del efecto de la antibioticoterapia.



EsSalud

CASO 1

Gestante de 29 años, 38 semanas de gestación.
Acude a un hospital con fiebre 38.7°C, FR 26/min, PA 88/55 mmHg
Escala de Glasgow 15 puntos.
Se evidencia líquido amniótico fétido.
Exámenes de laboratorio:

- Leucocitos: 15 000/uL
- Plaquetas: 152 000/uL
- Lactato: 3.2 mmol/L.



Ilustración de Freepik

EsSalud

Respecto al uso de antibióticos, ¿cuál es la conducta correcta?

- ○ Iniciar antibióticos después de resultados de cultivos
- ⊗ Iniciar antibióticos dentro de las primeras 3 horas
- ○ Esperar mejoría del estado hemodinámico
- ○ Administrar antibióticos solo si SOFA ≥ 2

La guía sugiere antibioticoterapia empírica temprana antes de 3 horas.
En shock, dentro de la primera hora

EsSalud

La paciente presenta lactato 3.2 mmol/L. ¿Qué estrategia debe seguirse en la reanimación con fluidos?

- ○ Administrar un bolo fijo de 2 litros rápidos
- ○ Usar coloides como primera línea
- ⊗ Iniciar 30 mL/kg de cristaloides en las primeras 3 horas
- ○ Administrar solo 250 mL y reevaluar después de 12 horas

La guía sugiere administrar ≥30 mL/kg de cristaloides en las primeras 3 horas ante sepsis con hipoperfusión o lactato elevado.

EsSalud

¿Qué vasopresor indicaría en primera instancia?

- ○ Dopamina
- ○ Vasopresina
- ⊗ Norepinefrina
- ○ Epinefrina

La guía recomienda administrar norepinefrina como primera línea de vasopresores a dosis de entre 0.1 – 0.5 µg/kg/min.

EsSalud

A pesar de la hidratación con cristaloides y de la administración de norepinefrina, a la reevaluación, la paciente presente presión arterial media 70 mmHg. ¿Qué conducta seguirá?

- ○ Incremento la dosis de norepinefrina a 1 µg/kg/min
- ○ Administro dobutamina a 10 µg/kg/min
- ⊗ Cambio a norepinefrina a 0.25 µg/kg/min
- ○ Administro epinefrina a 0.1 µg/kg/min

La guía considera iniciar vasopresina si se supera la dosis de 0.25 a 0.50 µg/kg/min de norepinefrina y no hay respuesta hemodinámica de la paciente

EsSalud

Recomendaciones y BPC trazadoras

1.1. En pacientes obstétricas con **sospecha de sepsis**

sugerimos

Usar la herramienta qSOFA en lugar de la herramienta SIRS, **para tamizar la presencia de sepsis.**

2.1. En pacientes obstétricas con **sospecha o diagnóstico de sepsis**

sugerimos

Brindar antibioticoterapia empírica de forma temprana (antes de las 3 horas).

3.1. En pacientes obstétricas con **sepsis**

sugerimos

Usar un nivel de **lactato sérico menor a 2 mmol/L** como **indicador de mejor pronóstico de mortalidad.**

EsSalud

Recomendaciones y BPC trazadoras

[BPC] 4.3. En pacientes obstétricas con **infección conocida o sospechada, e hipotensión y/o lactato elevado.**

→ **Priorizar el uso de cristaloides como primera línea en la fluidoterapia**, en lugar de coloides.

7.1. En pacientes obstétricas con **diagnóstico o sospecha de shock séptico.**

recomendamos →

Administrar norepinefrina como primera línea de vasopresores.

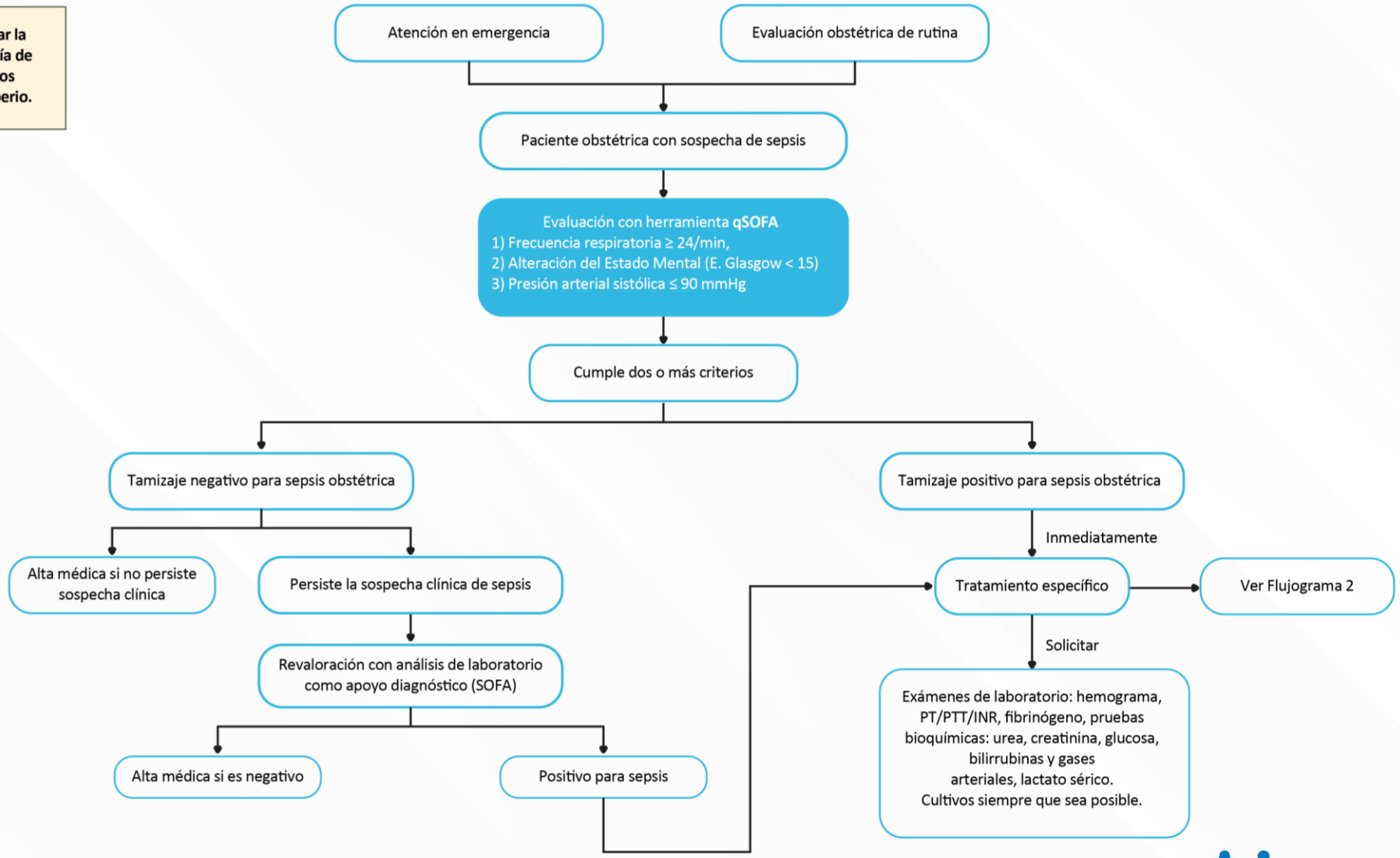


NO recomendamos administrar dopamina ni dobutamina para el manejo de la enfermedad.

EsSalud

Flujograma 1: Tamizaje y diagnóstico de sepsis obstétrica

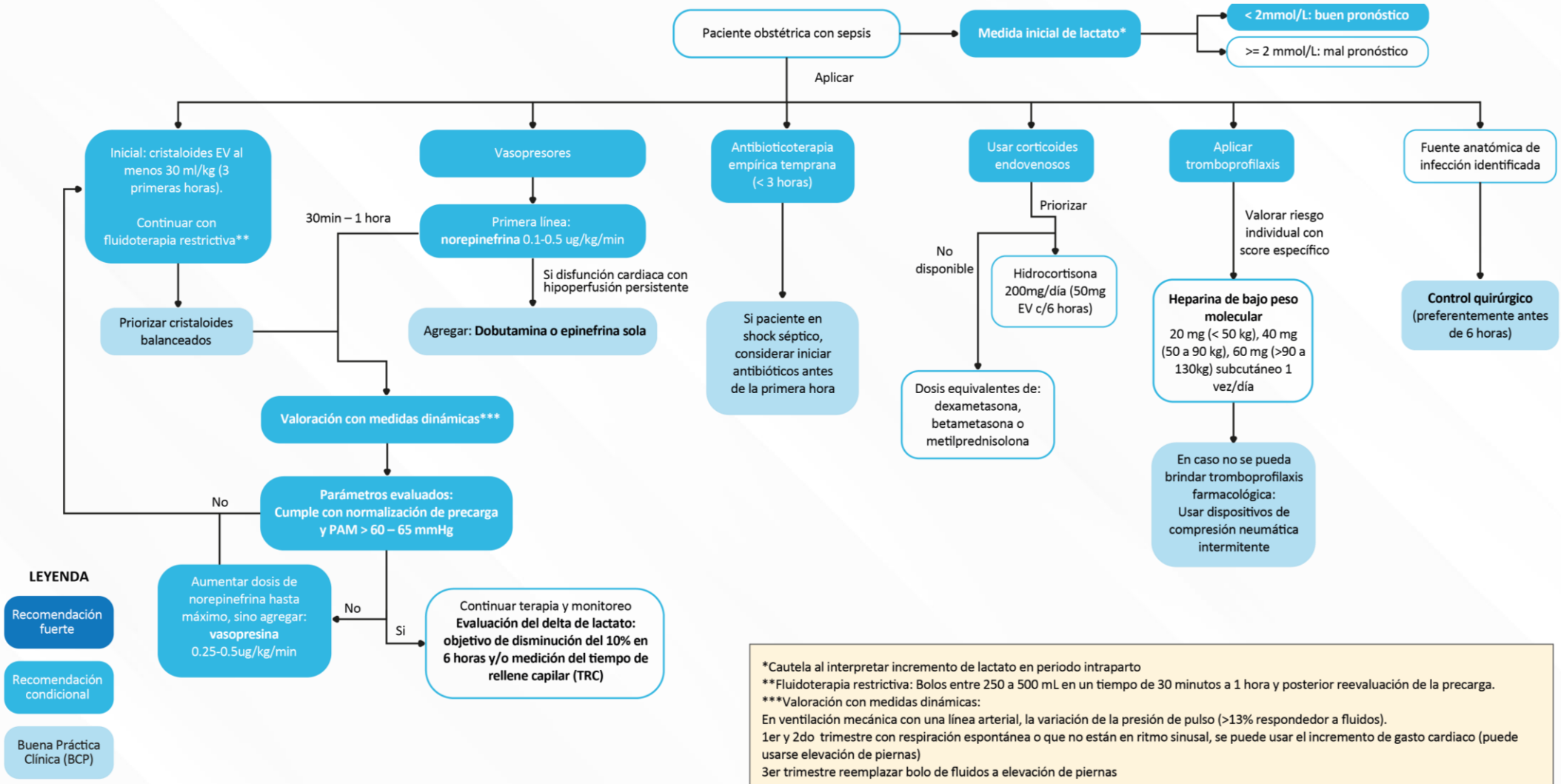
Mensaje clave: **Considerar la variabilidad en la fisiología de la gestación en los diversos trimestres, parto y puerperio.**



LEYENDA

- Recomendación fuerte
- Recomendación condicional
- Buena Práctica Clínica (BCP)

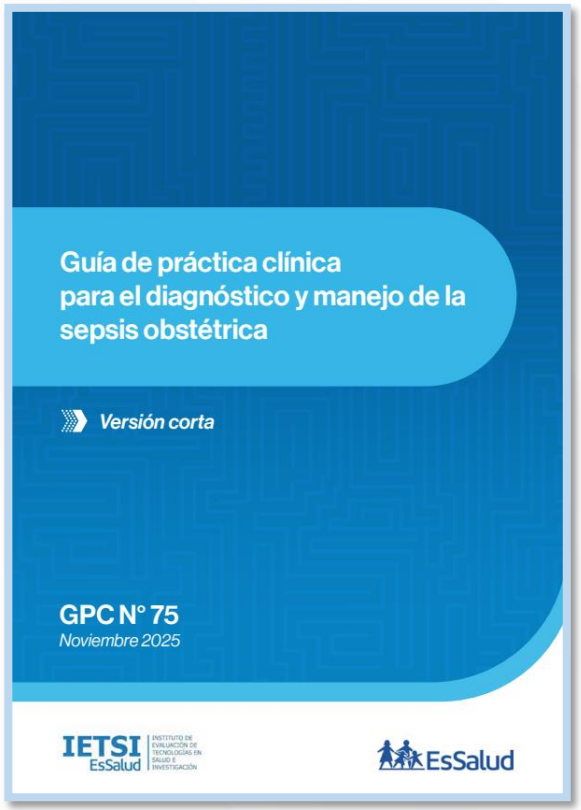
Flujograma 2: Manejo de sepsis obstétrica



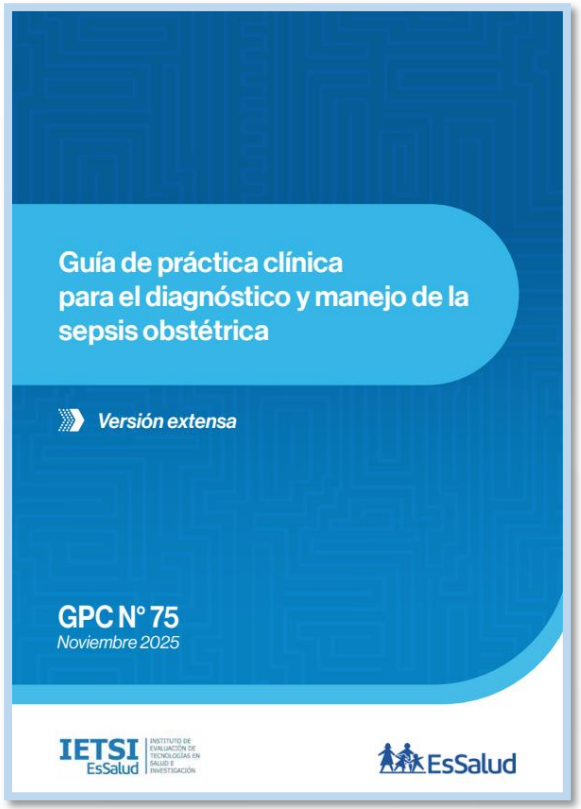
*Cautela al interpretar incremento de lactato en periodo intraparto
**Fluidoterapia restrictiva: Bolos entre 250 a 500 mL en un tiempo de 30 minutos a 1 hora y posterior reevaluación de la precarga.
***Valoración con medidas dinámicas:
En ventilación mecánica con una línea arterial, la variación de la presión de pulso (>13% respondedor a fluidos).
1er y 2do trimestre con respiración espontánea o que no están en ritmo sinusal, se puede usar el incremento de gasto cardiaco (puede usarse elevación de piernas)
3er trimestre reemplazar bolo de fluidos a elevación de piernas

EsSalud

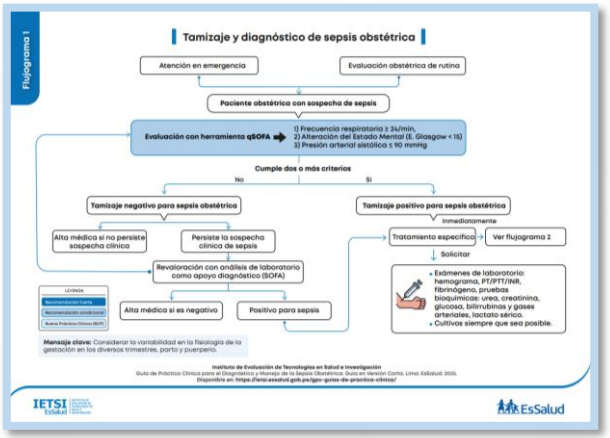
Accede a las guías de práctica clínica de IETSI



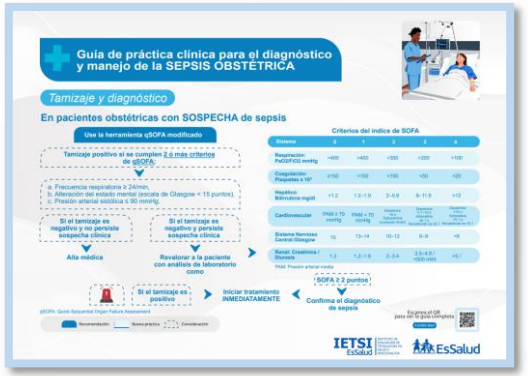
[Versión corta]



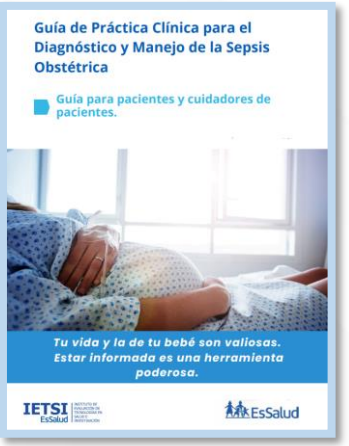
[Versión extensa]



[Flujogramas]



[Resumen visual]



[Versión para pacientes y cuidadores de pacientes]

EsSalud



www.gob.pe/**essalud**