

GOBIERNO FEDERAL



SALUD

SEDENA

SEMAR

Guía de Referencia Rápida

Diagnóstico y Tratamiento de la Sepsis Puerperal

GPC

Guía de Práctica Clínica

Catálogo maestro de guías de práctica clínica: **IMSS-272-10**



CONSEJO DE
SALUBRIDAD GENERAL



GUÍA DE REFERENCIA RÁPIDA

085 (Enfermedades Post parto)

GPC

Diagnóstico y Tratamiento de la Sepsis Puerperal

ISBN en trámite

DEFINICIÓN

Infección del tracto genital que ocurre entre el período transcurrido entre la rotura de membranas o el nacimiento y los 42 días postparto con la presencia de uno o más de los siguientes datos clínicos: 1. Dolor pélvico, 2. Flujo vaginal anormal, 3. Flujo fétido transvaginal y 4. Retardo en la involución uterina y Fiebre.

FACTORES DE RIESGO

- A) GENERALES:** Anemia, desnutrición, obesidad, enfermedades crónicas debilitantes, pobreza, condiciones sanitarias e higiénicas deficientes.
- B) ESPECÍFICOS:** Control prenatal deficiente, aborto inducido, Infección de vías urinarias, cérvico-vaginitis, procedimientos invasivos de cavidad uterina, rotura prematura de membranas de más de 6 hrs, óbito fetal, trabajo de parto prolongado, exploraciones vaginales múltiples (+ de 5), corioamnioitis, parto instrumentado (fórceps), desgarros cervicales y vagino-perineales mal reparados, revisión manual de la cavidad uterina, hemorragia obstétrica, en la cesárea, técnica quirúrgica inadecuada, tiempo quirúrgico prolongado.

DIAGNÓSTICO

El diagnóstico se debe sustentar en la historia clínica obstétrica completa que recopile todos los antecedentes y evolución del embarazo y los síntomas y signos detectados en el examen físico de la paciente y que pueden variar dependiendo del sitio del foco infeccioso (herida quirúrgica, endometrio, mamas, etc.) y con el apoyo de estudios de laboratorio, gabinete e imagen.

PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

Biometría hemática con diferencial de leucocitos, función renal, función hepática, pruebas de coagulación, examen general de orina, electrolitos séricos, gasometría arterial, lactato sérico, electrocardiograma, estudios radiológicos, ecografía pélvica y abdominal, Tomografía Axial Computarizada, cultivos y gram de secreción (sangre, orina, esputo, heridas, catéteres, secreciones), Los niveles séricos de procalcitonina se elevan a partir de las 6 horas de inicio de la sepsis, como respuesta infl En la sepsis grave como manifestación de falla orgánica puede presentarse hiperbilirrubinemia con valores de bilirrubina total >4 mg/dL o 70 mmol/L.

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

El tratamiento de Sepsis puerperal se debe iniciar tan pronto se sospeche el diagnóstico, con soporte y terapia antimicrobiana intravenosa antes de los resultados de los cultivos tomados.

Terapia Antibiótica IV en la 1ra. hora del reconocimiento de la sepsis después de que se han obtenido los cultivos apropiados. La elección de los medicamentos finalmente es guiada por susceptibilidad de acuerdo a los cultivos. El régimen antimicrobiano siempre debe ser reevaluado después de 48-72 hrs. La duración de la terapia debe ser de 7 a 10 días y guiada por la respuesta clínica. La mayoría de los expertos emplean terapia combinada para los pacientes neutropénicos con sepsis grave o choque séptico e infecciones por pseudomona.

El uso de monoterapia antimicrobiana de amplio espectro es tan efectiva como la combinación de betalactámicos y aminoglucósidos, en el caso de terapia empírica inicial con sepsis grave o choque séptico

La terapia empírica inicial o la específica en pacientes con sepsis grave o shock séptico pueden ser modificadas en caso de hipersensibilidad a betalactámicos o cuando se demuestra la presencia de bacterias Gram positivas resistentes como: *Staphylococcus* meticilino resistente (SAMR), *Neumococo* resistente a penicilina o *Enterococcus* resistente a ampicilina, adquiridos en la comunidad o a nivel hospitalario.

A las pacientes que presenten sepsis grave o shock séptico la reanimación temprana con estabilización de los parámetros hemodinámicos deben completarse antes de las 6 horas. Demostrando una disminución de la mortalidad de un 16.5%.

La evolución clínica de la paciente aún cuando los cultivos se reporten como negativos, debe ser el indicador de decisión para suspender, modificar o continuar la terapia antimicrobiana razonada para controlar la resistencia antimicrobiana, el riesgo de sobre infección o de efectos adversos relacionados.

En caso de usar monoterapia como terapia empírica antimicrobiana inicial se recomienda:

- El uso de carbapenémicos, o
- El uso de cefalosporinas de tercera o cuarta generación, evaluando el riesgo de inducción de resistencia por betalactamasas (BLEEs)
- El uso de carboxipenicilinas de espectro extendido o ureidopenicilinas combinadas con inhibidores de BLEEs.

El uso de azoles (fluconazol), equinocandinas o anfotericina B, su selección dependerá del sitio de invasión, gravedad de la infección y de las interacciones y efectos adversos.

Para Reanimación se considera como primera elección el empleo de norepinefrina o dopamina (administrar a través de un cateter venoso central) como primera elección de agentes vasopresores para manejo de la hipotensión en choque séptico.

Terapia con Aminas, tanto la Norepinefrina como la Dopamina IV ó catéter central tan pronto como sea disponible son los agentes vasopresores de 1ra elección para corregir la hipotensión en el choque séptico. En pacientes con bajo gasto cardíaco y una adecuada resucitación con líquidos, la Dobutamina puede aumentar el gasto cardíaco.

Terapia con Esteroides, los corticosteroides IV se recomiendan a dosis bajas y periodos prolongados (Hidrocortisona <300 mg/día x más de 5 días).

TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO

Reanimación:

Las metas de la reanimación en sepsis grave y choque séptico incluyen:

- Presión venosa central (PVC) 8-12 mm Hg,
- Presión arterial media (PAM) ≥ 65 mm Hg,
- Gasto urinario (GU) 0.5 mL / kg/ hora,
- Saturación de oxígeno de sangre venosa (SATVO₂) $\geq 70\%$ o Saturación de oxígeno de sangre venosa mezclada (SATV mezclada) $\geq 65\%$.
- Demostrándose una disminución de hasta un 16.5% de la mortalidad.

El régimen del tratamiento estándar para drotrecogin alfa activado (Proteína C Humana Activada) en infusión continua 24 microgramos / kg de peso corporal parar 96 horas.

Terapia con líquidos, Iniciar la reanimación con líquidos intravenosos en las pacientes con sospecha de hipovolemia con soluciones Cristaloides 1000ml o coloide 300 a 500 ml en un lapso de 30 min. Ajustándose según las condiciones de la paciente.

Debe ser iniciado con Cristaloides (Sol Hartman o Sol Salina al 0.9%), posteriormente con Coloides naturales o artificiales.

Hemoderivados, la transfusión de glóbulos rojos sólo se debe realizar cuando la Hb disminuye a menos de 7 gr/dl. No se recomienda la eritropoyetina. No se recomienda la antitrombina ni el uso de plasma fresco congelado. Administrar plaquetas cuando son menos de $< 5,000$ mm³ y debe ser considerada cuando son de 5,000-30,000 mm³.

Control de glucosa y terapia nutricional inmediata, se debe mantener la glucemia por $<$ de 150 mg/dl, se debe incluir un protocolo adecuado de nutrición, con el uso preferencial de la ruta enteral sobre la parenteral y en forma inmediata.

Tratamiento Quirúrgico, más de la mitad de los casos requieren tratamiento quirúrgico específico.

REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA

Criterios de ingreso a Unidad de Terapia Intensiva o Segundo nivel

-**Cuadro clínico:** fiebre, hipotermia, alteración del estado de alerta (Glasgow $<$ 8), necesidad de soporte ventilatorio mecánico, hemodinámico, cardiovascular, metabólico, neurológico y renal.

-**Laboratorio:** leucocitosis, leucopenia, bandemia, alcalosis respiratoria, lactacidemia.

Criterios de referencia a UMAE o Tercer nivel

-No contar con UTI en II nivel

-Requerir recursos de apoyo médico/tecnológico

CRITERIOS DE CONTRARREFERENCIA

-Pacientes que cursan con mejoría y se egresan a sus Unidades de Adscripción, con la recomendación del seguimiento para la detección temprana de secuelas y su manejo oportuno.

INCAPACIDAD

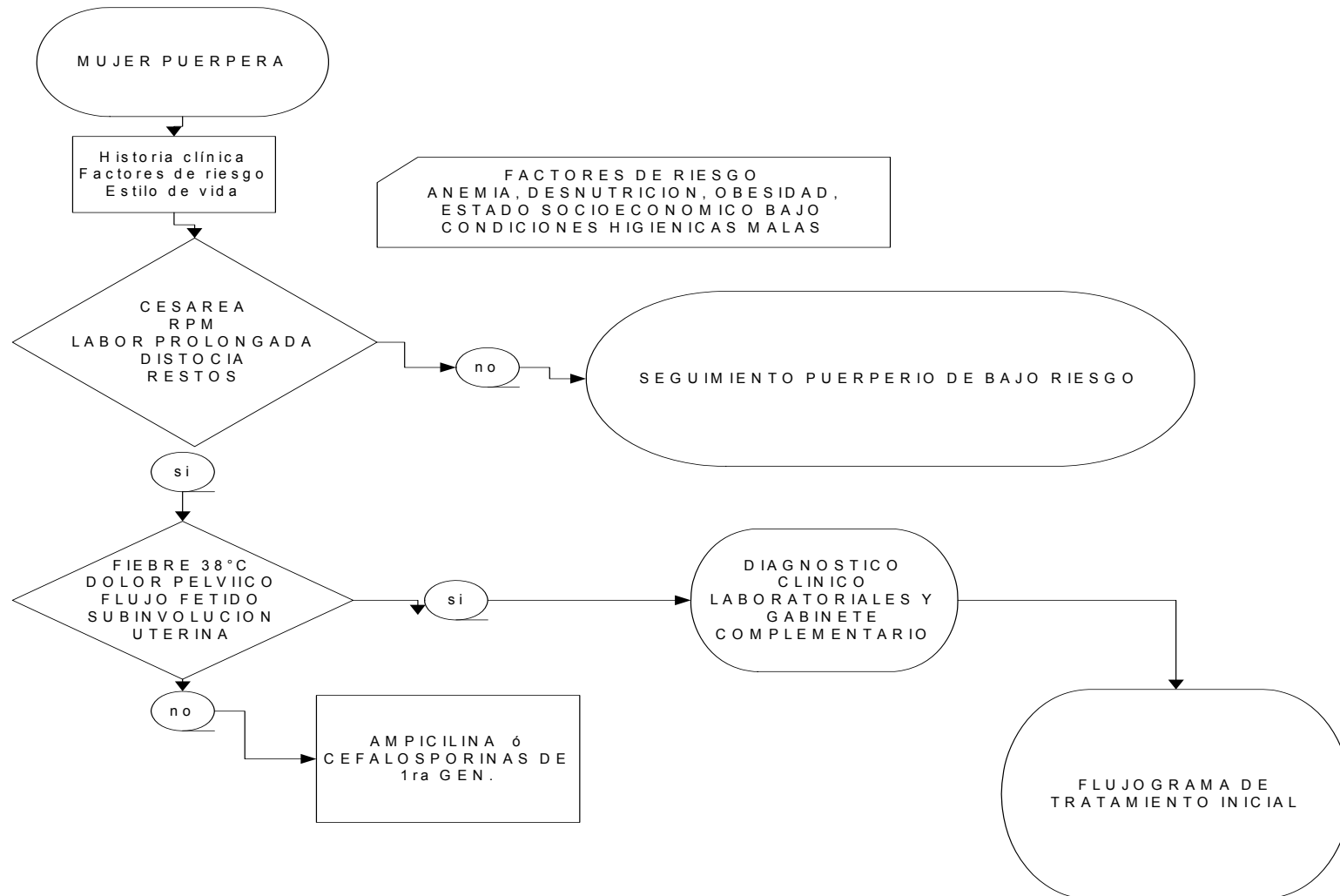
Las que procedan según la normativa correspondiente

Las que proceden según las secuelas que presente

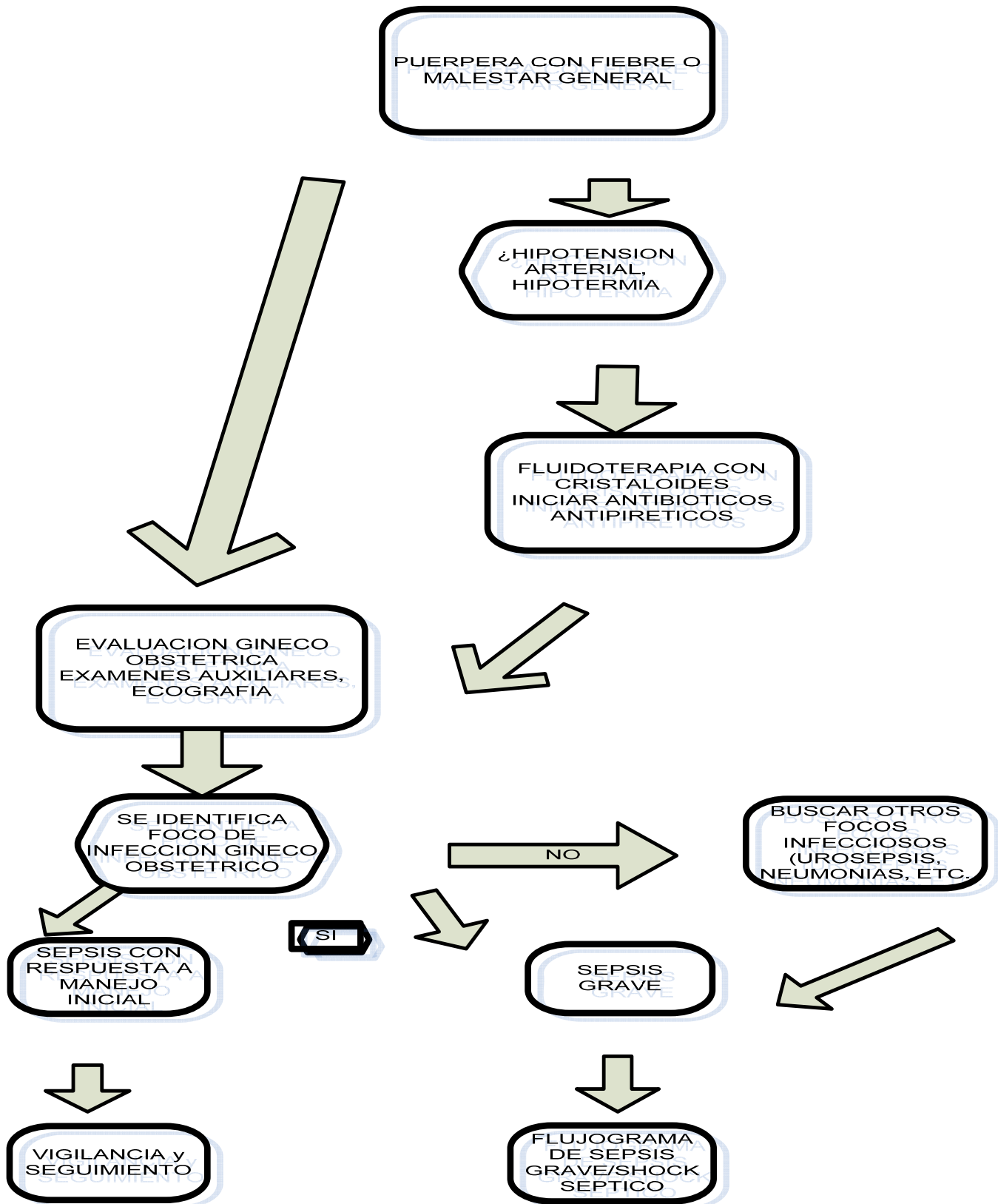
ESCALAS O CLASIFICACIONES

CONDICIÓN	DEFINICION
INFECCIÓN	Un fenómeno microbiano caracterizado por una respuesta inflamatoria a la presencia de microorganismos o por la invasión por parte de los mismos de un tejido del huésped, normalmente estéril.
BACTEREMIA	Presencia de bacterias viables en la sangre. Puede ser transitoria y sin significado clínico. La presencia aislada no es suficiente para diagnosticar sepsis.
SEPSIS	Respuesta inflamatoria sistémica a la infección.
SEPSIS PUERPERAL	Infección del tracto genital que ocurre entre el período transcurrido entre la rotura de membranas o el nacimiento y los 42 días postparto y la presencia de uno o más de los siguientes datos clínicos: 1. Dolor pélvico, 2. Flujo vaginal anormal, 3. Flujo fétido transvaginal y 4. Retardo en la involución uterina.
SINDROME DE RESPUESTA INFLAMATORIA SISTEMICA (SIRS)	Respuesta inflamatoria generalizada definida por dos o más de los siguientes: temperatura > de 38° ó < de 36°c. Pulso > de 90 latidos/min. Frecuencia respiratoria > 20 /min., ó paco2 < de 32 mmhg. Recuento leucocitario > 12,000 mm ³ ó < de 4,000 mm ³ ó > 10% de formas inmaduras (bandas).
SEPSIS GRAVE	Sepsis con fracaso orgánico asociado.
SHOCK SEPTICO	Sepsis con hipotensión refractaria a la reposición de líquidos (falla circulatoria).

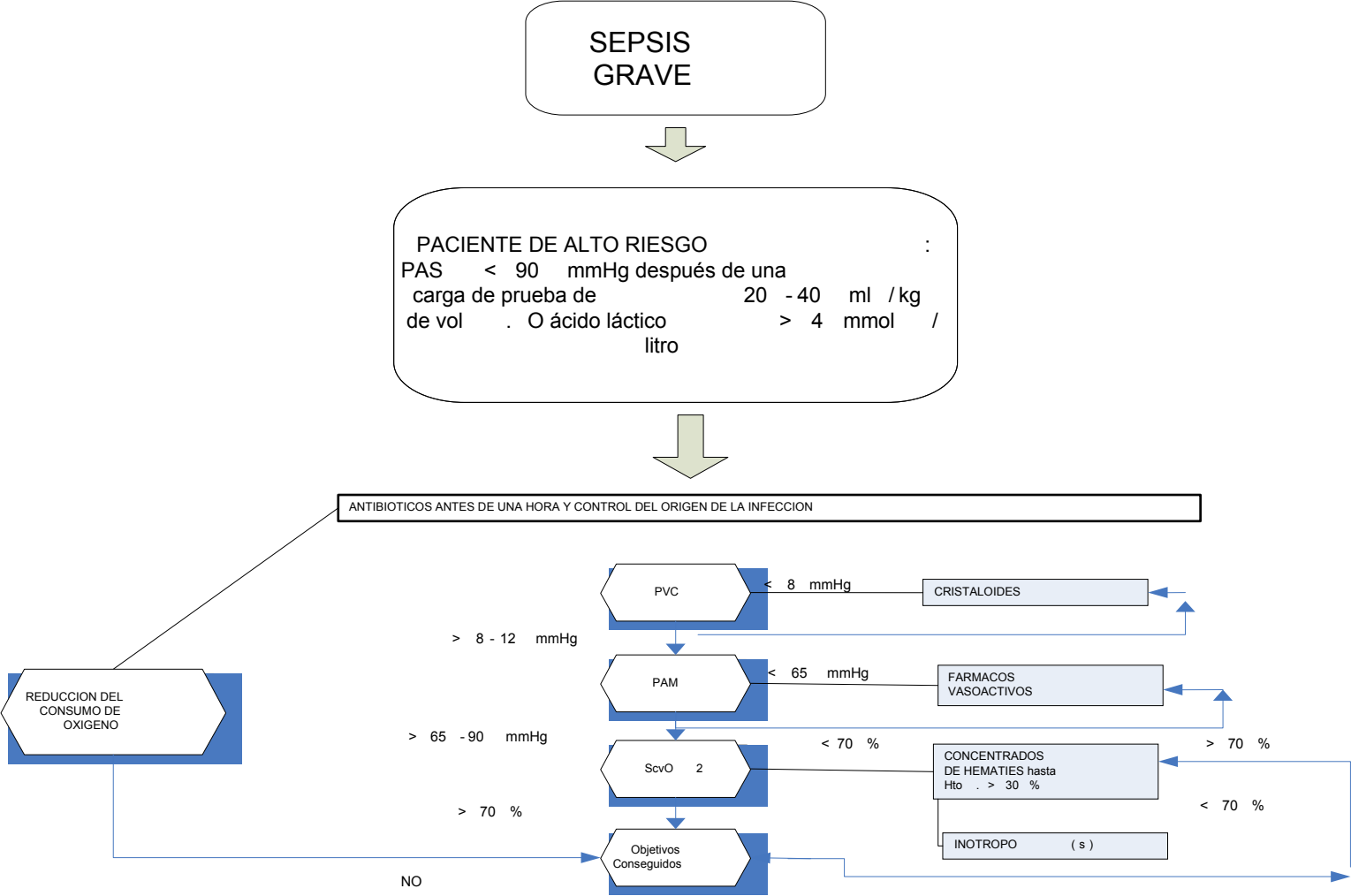
ALGORITMO No. 1 FLUJOGRAMA DE DIAGNOSTICO SEPSIS PUERPERAL



ALGORITMO 2. TRATAMIENTO CON OBJETIVOS INMEDIATOS DE LA SEPSIS



ALGORITMO 3. MANEJO DE SEPSIS GRAVE Y SHOCK SÉPTICO



Debra 2007 , B = 6

ALGORITMO 4. FLUJOGRAMA DEL PACIENTE CON SHOCK SÉPTICO

