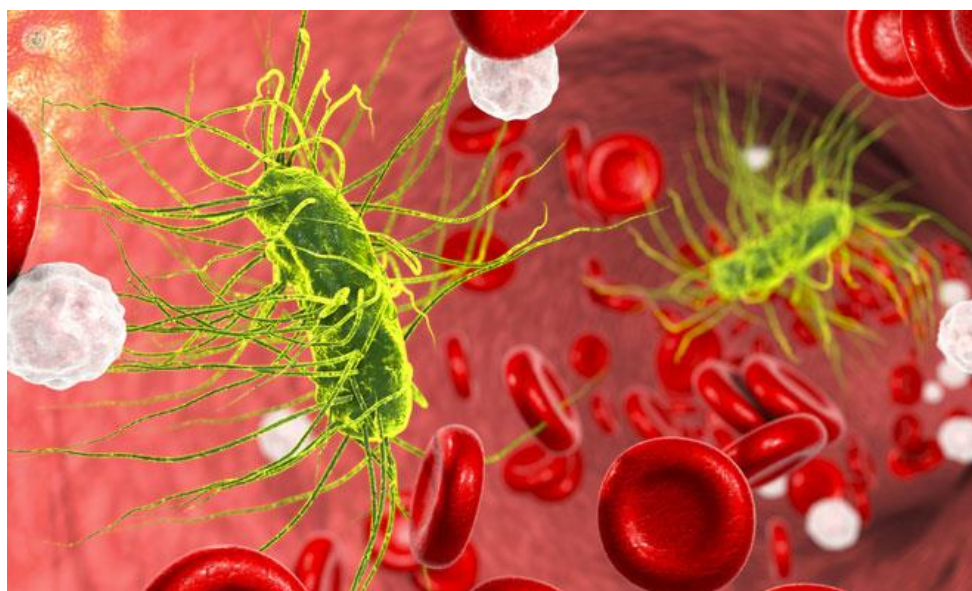




PROTOCOLO PARA SEPSIS Y CHOQUE SÉPTICO

MADELEINE DIAZ FRANCO
GERENTE



2025

E.S.E. HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN
GUAMAL - MAGDALENA

  Gobernación del MAGDALENA	VERSION:	02
	FECHA DE ACTUALIZACIÓN:	28-MAYO-2025
	CÓDIGO:	HNSC-GCC-P-049
	PAGINA	Página 1 de 8
PROTOCOLO PARA SEPSIS Y CHOQUE SÉPTICO		

JUSTIFICACIÓN

En este lineamiento se incluye la atención para las emergencias obstétricas más frecuentes:

Sepsis.

Las acciones que se deberán desarrollar para la atención inicial en las emergencias obstétricas requieren del cumplimiento de cada una de las medidas de prevención y detección precoz que se han definido y descrito en los procedimientos anteriores; tal es el caso del manejo activo del alumbramiento, la suplementación de calcio, la toma de tensión arterial o la formulación de ácido acetil salicílico para las mujeres de alto riesgo de preeclampsia.

TALENTO HUMANO

El conjunto de procedimientos de atención del parto requiere un equipo interdisciplinario que pueda brindar seguimiento y apoyo a la gestante, su familia o acompañante, liderado por el profesional de medicina. En estos casos es responsabilidad del médico general estabilizar la paciente y remitirla prioritariamente a una institución complementaria con capacidad resolutive, en donde sea valorada por un equipo multidisciplinario de Ginecología y obstetricia, Medicina Materno Fetal, Anestesiología, Cuidados Intensivos y los demás perfiles que sean necesarios.

ATENCIONES INCLUIDAS

Valoración y manejo integral de la mujer gestante y el feto o recién nacido con los siguientes eventos:

- Hemorragia Obstétrica posparto
- Urgencias y emergencias hipertensivas del embarazo
- Sepsis.

ATENCIÓN DE EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS

Además de la definición de SIRS, se tendrá en cuenta la definición de SEPSIS. Para esto se adopta el uso de las escalas qSOFA y SOFA¹ de la siguiente manera.

Se diagnostica **Sepsis probable** con la presencia de **DOS O MAS** de los criterios de qSOFA:

- Estado de conciencia alterado, definido como una puntuación en la escala de Glasgow ≤ 13
- Frecuencia respiratoria ≥ 22 x minuto

¹ Sequential Organ Failure Assessment (SOFA) Score

  Gobernación del MAGDALENA	VERSION:	02
	FECHA DE ACTUALIZACIÓN:	28-MAYO-2025
	CÓDIGO:	HNSC-GCC-P-049
	PAGINA	Página 2 de 8
PROTOCOLO PARA SEPSIS Y CHOQUE SÉPTICO		

- Presión arterial sistólica ≤ 100 mmHg

Un qSOFA positivo (≥ 2) obliga la búsqueda por medios clínicos y paraclínicos de la presencia de disfunción de uno o más órganos usando la escala SOFA:

Escala de SOFA (Sepsis-related Organ Failure Assessment)

	0	1	2	3	4
Respiratorio PaO ₂ /FiO ₂ (mmHg)	>400	<400	<300	<200	<100
Coagulación Plaquetas 103 / mm3	>150	<150	<100	<50	<20
Cardiovascular Presión arterial	PAM ≥ 70 mmHg	PAM ≤ 70 mmHg	Dopamina <5ug/kg/min o Dobutamina (Cualquier dosis)	Dopamina 5, 1- 15 ug/kg/min o Epinefrina $\leq$ 0,1 ug/kg/min o Norepinefrina $\leq$ 0,1 ug/kg/min	Dopamina >15 ug/kg/min o Epinefrina > 0,1 ug/kg/min o Norepinefrina > 0,1 ug/kg/min
Sistema Nervioso Central Escala de Glasgow	15	13-14	10-12	6-9	<6
Renal Creatinina o flujo urinario	<1,2	1,2-1,9	2,0-3,4	3,5-4,9 <500	>5,0 <200

Una puntuación de SOFA ≥ 2 refleja un riesgo de mortalidad global de aproximadamente un 10% en la población general y es definido como **SEPSIS confirmada**.

CHOQUE SÉPTICO:

Se define como Sepsis asociada a signos de hipoperfusión (lactato >2mmol/L) e hipotensión (TAS < 90mmHg o TAM < 65mmHg) que no revierte con la administración de una reanimación inicial de cristaloides de 30mL/kg administrados en bolos de 300mL cada 15 minutos.

Si al momento de la evaluación hay criterios de sepsis o choque, realice las siguientes intervenciones de ser posible en los tiempos específicos aquí descritos desde el momento del diagnóstico:

Hora 0.

1. Momento en el triage de urgencia o cuando se hace el diagnóstico del proceso infeccioso y de la sepsis. Si viene remitida de otra institución, este momento lo determinará la presencia en la historia clínica de criterios de sepsis.

  Gobernación del MAGDALENA	VERSION:	02
	FECHA DE ACTUALIZACIÓN:	28-MAYO-2025
	CÓDIGO:	HNSC-GCC-P-049
	PAGINA	Página 3 de 8
PROTOCOLO PARA SEPSIS Y CHOQUE SÉPTICO		

Hora 1.

2. Evalúe permeabilidad de la vía aérea.
3. Suministre suplemento de oxígeno: si dispone de oximetría de pulso proporcione oxígeno suplementario para alcanzar %satO₂ ≥ 95. Si no dispone, administre oxígeno por cánula nasal a 3Lt/minuto.
4. Canalice 2 venas con catéter venoso No. 16 o 18.
5. Coloque sonda vesical a drenaje con bolsa de recolección (sonda Foley 14 o 16) para vigilancia de gasto urinario.
6. Inicie manejo con líquidos endovenosos (preferiblemente Hartman): bolos de 300mL cada 15 minutos para mantener TAM ≥ 65mmHg y sensorio normal, y continuar aporte de mantenimiento a 1cc/kg/h de acuerdo con respuesta clínica y metas alcanzadas.
7. Inicie antibiótico: Ampicilina/Sulbactam endovenosos 3g (o el antibiótico que se defina institucionalmente en el comité de infecciones). en la primera hora y continúe según protocolo de la institución local o de referencia.
8. Proporcione protección gástrica: Ranitidina ampollas x 50mg 1 ampolla endovenosa cada 12h u Omeprazol ampollas x 20mg 1 ampolla endovenosa cada 12h.
9. Toma de paraclínicos: hemograma, PCR, Hemocultivos x 2, cultivos locales según etiología del probable foco, pruebas hepáticas y renales, gases arteriales y ácido láctico.

SI AL MOMENTO DE LA EVALUACIÓN HAY CRITERIOS DE CHOQUE SE DEBERÁ:

Movilizar equipo de emergencia, asegurar respuesta rápida de equipo multidisciplinario e iniciar inmediatamente acciones de supervivencia que incluyen:

1. Reanimar guiado por los siguientes parámetros como meta:
 - a. Lactato sérico ≤ 2mmol/L
 - b. TAM ≥ 65mmHg.
2. Iniciar antibiótico de amplio espectro en la primera hora, previa toma de muestras para cultivos.
3. Identificar y controlar foco infeccioso.

  Gobernación del MAGDALENA	VERSION:	02
	FECHA DE ACTUALIZACIÓN:	28-MAYO-2025
	CÓDIGO:	HNSC-GCC-P-049
	PAGINA	Página 4 de 8
PROTOCOLO PARA SEPSIS Y CHOQUE SÉPTICO		

4. Evaluar permeabilidad de la vía aérea y suministrar suplemento de oxígeno: si dispone de oximetría de pulso proporcione oxígeno suplementario para alcanzar %satO₂ > 95. Si no dispone, administre oxígeno por cánula nasal a 3Lt/minuto. En caso de Glasgow < 9, con pobre protección de la vía aérea o insuficiencia respiratoria realice intubación orotraqueal y ventilación mecánica.
5. Canalizar 2 venas con catéter venoso No. 16 o 18.
6. Realizar paso de catéter venoso central bilumen, si se requiere la colocación de medicamentos vasopresores, esto si tiene experiencia y disponibilidad de este.
7. Colocar sonda vesical a drenaje con bolsa de recolección (sonda Foley 14 o 16) para vigilancia de gasto urinario.
8. Iniciar manejo con líquidos endovenosos (Hartman): bolos de 300mL cada 15 minutos para mantener TAM ≥ 65mmHg y sensorio normal; continuar aporte de mantenimiento a 1cc/kg/hr de acuerdo con la respuesta clínica y las metas alcanzadas.
9. Si la TAM persiste < 65mmHg después de un adecuado reto de líquidos (30mL/kg en bolos de 300mL cada 15 minutos), se sugiere iniciar cuanto antes infusión de agentes vasoactivos: Norepinefrina a 35 mcg/minuto que se va incrementando cada 5 minutos hasta alcanzar la meta (TAM ≥ 65mmHg) o una dosis de 90 mcg/min.
10. Iniciar antibiótico empírico en la primera hora de reconocimiento del diagnóstico de la Sepsis de acuerdo con el foco sospechado, generalmente con PiperacilinaTazobactam 4.5 gramos endovenosos cada 6 horas (o el antibiótico que se defina institucionalmente en el comité de infecciones). Esta indicación debe revalorarse cada 12 horas hasta que se tenga reporte de los cultivos para definir continuidad de este o su suspensión si se descarta infección.
11. Proporcionar protección gástrica: Ranitidina ampollas x 50mg 1 ampolla endovenosa cada 12h u Omeprazol ampollas x 20mg 1 ampolla endovenosa cada 12h.
12. Tomar paraclínicos: hemograma, PCR, hemocultivos, cultivos locales según etiología del probable foco, pruebas hepáticas y renales, glucometrías cada 4h, gases arteriales y ácido láctico. Este último se debe medir nuevamente si el valor inicial (hora 0) esta elevado (Lactato sérico ≥ 2mmol/L), entre las 3-6 horas para identificar el logro de las metas durante la reanimación.
13. Manejar terapia antitrombótica con Heparina en el nivel de mayor complejidad.

  Gobernación del MAGDALENA	VERSION:	02
	FECHA DE ACTUALIZACIÓN:	28-MAYO-2025
	CÓDIGO:	HNSC-GCC-P-049
	PAGINA	Página 5 de 8
PROTOCOLO PARA SEPSIS Y CHOQUE SÉPTICO		

INSTRUMENTOS INSUMOS Y DISPOSITIVOS

Computador para el ingreso administrativo, Bomba de infusión, Monitor de signos vitales, Carro de paro, Doppler fetal, Kit para el manejo de la emergencia obstétrica, Laboratorio básico y bioquímico, Transporte medicalizado, Dispositivos institucionales para la identificación de pacientes, identificación de alergias y riesgo de caídas (brazaletes), Guías y protocolos adoptados formalmente por la IPS, Diagramas de flujo para el manejo de la emergencia obstétrica, Traje Antichocho no neumático y balones hemostáticos (Bakri o Sonda condón).

EPIDEMIOLOGÍA

La incidencia de sepsis obstétrica es diferente en países desarrollados y subdesarrollados, variando desde 0,96 hasta 7,04 por 1.000 mujeres de edad entre 15 y 49 años. Las tasas de mortalidad estimada oscilaron desde 0,01 hasta 28,46 por 100.000 mujeres de entre 15 y 49 años (1,2,9). La principal patología no obstétrica relacionada con sepsis en la gestante es la infección urinaria; sin embargo, en países como el nuestro es importante tener en cuenta patologías infecciosas tropicales tipo malaria como originaria de la sepsis.

La sepsis obstétrica es, principalmente, el resultado de infecciones pélvicas debidas a corioamnionitis, endometritis, infecciones de la herida quirúrgica, aborto séptico o infección del tracto urinario. El factor de riesgo más habitual para la sepsis obstétrica es la cesárea; la tasa de esta parece estar incrementándose en todo el mundo.

Causas de sepsis severa y choque séptico durante el embarazo y el puerperio	
1. Pielonefritis aguda	
2. Retención de productos de la concepción	Aborto séptico
	Manejo conservador de placenta acreta, increta o percreta
3. Corioamnionitis o endometritis	Microabsceso uterino o miometritis necrosante
	Gangrena gaseosa
	Absceso pélvico
4. Neumonía	Ejemplos bacterianos:
	Estafilococos
	Neumococos
	Micoplasma
	Legionella
	Ejemplos virales:
	Influenza
	H1N1
	Herpes
	Varicela
5. Fascitis necrosante	Incisión abdominal

 	VERSION:	02
	FECHA DE ACTUALIZACIÓN:	28-MAYO-2025
	CÓDIGO:	HNSC-GCC-P-049
	PAGINA	Página 6 de 8
PROTOCOLO PARA SEPSIS Y CHOQUE SÉPTICO		

	Episiotomía Laceración perineal
6. Etiología intraperitoneal no obstétrica	Ruptura apendicular o apendicitis aguda Infarto intestinal Colecistitis aguda Pancreatitis necrosante

FACTORES DE RIESGO PARA SEPSIS PUERPERAL

- ‡ Trabajo de parto prolongado.
- ‡ Alumbramiento incompleto. Retención de restos ovulares
- ‡ Duración del tiempo de latencia de ruptura de membranas
- ‡ Número de exámenes vaginales
- ‡ Vía de nacimiento: parto instrumentado o cesárea.
- ‡ Obesidad
- ‡ Anemia
- ‡ Tipo de anestesia
- ‡ Parto pretérmino
- ‡ Lesión de tejidos blandos (desgarros-hematomas)
- ‡ Líquido amniótico meconiado
- ‡ Vaginositis bacteriana
- ‡ Ambiente quirúrgico y sala de partos que no cuentan con normas de seguridad para el paciente
- ‡ Bajo nivel socioeconómico

INTERVENCIÓN DE LA ADHERENCIA DEL PACIENTE Y LA FAMILIA A LAS RECOMENDACIONES DE LA GPC

Cuando se identifique falta de adherencia del paciente y/o familiares en seguir las recomendaciones o formulación médica, se realizará una intervención a través de trabajo social institucional y una notificación al asegurador, con el fin de que despliegue acciones de seguimiento que faciliten el compromiso.

MEDICIÓN DE ADHERENCIA A LA GUÍA MÉDICA:

La medición de la adherencia a la guía se realizará según lo definido por la dirección médica institucional.

ACTUALIZACIÓN

A nivel institucional cada cuatro años.

 E.S.E HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN DEPARTAMENTO DEL MAGDALENA  Gobernación del MAGDALENA	VERSION:	02
	FECHA DE ACTUALIZACIÓN:	28-MAYO-2025
	CÓDIGO:	HNSC-GCC-P-049
	PAGINA	Página 7 de 8
PROTOCOLO PARA SEPSIS Y CHOQUE SÉPTICO		

BIBLIOGRAFIA

RESOLUCION NUMERO 3280 DE 2018. Por medio de la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y la Ruta Integral de Atención en Salud para la Población Materno Perinatal y se establecen las directrices para su operación.

LINEAMIENTO TÉCNICO Y OPERATIVO DE LA RUTA INTEGRAL DE ATENCIÓN EN SALUD MATERNO PERINATAL, Ministerio de Salud y Protección Social. Noviembre de 2017.

  Gobernación del MAGDALENA	VERSION:	02
	FECHA DE ACTUALIZACIÓN:	28-MAYO-2025
	CÓDIGO:	HNSC-GCC-P-049
	PAGINA	Página 8 de 8
PROTOCOLO PARA SEPSIS Y CHOQUE SÉPTICO		

Proyectado por:

OMAR RICARDO MEDINA RAMIREZ

Técnico área de la salud - calidad

28-MAYO-2025.

Revisado por:

YESENIA FIGUEROA CAMARGO

Profesional apoyo coordinación medica

28-MAYO-2025.

Aprobó:

MADELEINE DIAZ FRANCO

Gerente E.S.E.

28-MAYO-2025

"GESTION Y CONTROL DE LA CALIDAD"

Historia del Cambio: Segunda Versión, Actualización de normatividad y derogación de la Resoluciones 412 de 2000.

28-MAY-2025.

27-MAY-2019.