

14.3. SEPSIS Y SHOCK SÉPTICO EN OBSTETRICIA

Isidoro Narbona Arias¹ y Francisco Orihuela Cañadas².

Servicio de Ginecología¹ y Servicio de Enfermedades Infecciosas²

Los criterios del **tercer consenso internacional para la definición de sepsis y el shock séptico en adulto (Sepsis- 3)**, pueden usarse sin modificación en mujeres embarazadas y en posparto, cuya fisiología difiere de la de otros adultos.

SEPSIS	
Disfunción orgánica potencialmente letal causada por una respuesta anómala del huésped a la infección.	
SEPSIS MATERNA	
Afección potencialmente letal definida como una disfunción orgánica resultante de una infección durante el embarazo, el parto, postaborto, o período posparto.	
La disfunción orgánica se define como un cambio agudo en la puntuación SOFA de ≥ 2 puntos, como consecuencia de la infección.	
Se considera una puntuación basal de 0 a menos que se conozca que el paciente tuviera una disfunción orgánica previamente a la aparición de la infección.	
Una puntuación de SOFA ≥ 2 refleja un riesgo de mortalidad global de aproximadamente un 10% en la población general	
¿CUÁNDO SOSPECHAR UNA SEPSIS?	
Escala rápida SOFA (qSOFA)	Quando están presentes al menos 2 criterios: <ul style="list-style-type: none">- Alteración nivel de conciencia, definido como una puntuación en Escala de Glasgow ≤ 13- Tensión arterial sistólica ≤ 100 mmHg.- Frecuencia respiratoria ≥ 22 rpm.
SHOCK SÉPTICO	
Se define como aquella situación en el que las anomalías de la circulación, celulares y del metabolismo subyacentes son lo suficientemente profundas como para aumentar sustancialmente la mortalidad (40%).	
Los pacientes con shock séptico pueden identificarse por: <ul style="list-style-type: none">- Sepsis con hipotensión persistente, la necesidad de vasopresores para mantener una tensión arterial media ≥ 65 mmHg, y- Láctato sérico ≥ 2 mmol/l (18 mg/dl) a pesar de una adecuada reposición de la volemia	
FOCOS MÁS FRECUENTES	
<ul style="list-style-type: none">- Infección del tracto urinario, neumonía.- Corioamnionitis, endometritis.	
ANTIBIOTERAPIA	
Se iniciará lo antes posible, dentro de la primera hora tras el diagnóstico, tras cultivos.	
Foco conocido	Tratamiento antibiótico empírico acorde a los protocolos.
Foco desconocido, tratamiento antibiótico previo (en los últimos tres meses) o prolongado, no respuesta al tratamiento tras 48 horas o paciente en shock séptico:	
<ul style="list-style-type: none">• Piperacilina-Tazobactam 4 g/6h/iv (en perfusión extendida) o• Meropenem 1-2 g/6-8h/iv (en perfusión extendida) Alergia a betalactámicos: <ul style="list-style-type: none">• Aztreonam 1-2 g/6-8h/iv + Gentamicina 5 mg/kg/24h/iv	
** En caso de foco compatible con absceso/colección, valorar drenaje en las primeras 12h.	