



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIA DE LA SALUD
ESCUELA DE OBSTÉTRICA**



**UNIVERSIDAD TECNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE OBSTETRICIA**

**Dimensión Práctica del Examen Complexivo previo a la obtención del grado
académico de Obstetiz**

TEMA PROPUESTO DEL CASO CLINICO

**CONDUCTA OBSTÉTRICA ANTE SEPSIS EN PRIMIGESTA ADOLESCENTE DE
13 AÑOS CON EMBARAZO DE 18 SEMANAS DE GESTACIÓN**

AUTORA

Gabriela Lisseth Maldonado Benites

TUTOR

Obst. Lilian Muñoz Solorzano

Babahoyo – Los Rios – Ecuador

2021



ÍNDICE

| | | |
|---------|--|----|
| I. | AGRADECIMIENTO | 4 |
| II. | DEDICATORIA | 5 |
| III. | TEMA..... | 6 |
| IV. | RESUMEN..... | 7 |
| V. | ABSTRACT..... | 8 |
| VI. | INTRODUCCION..... | 9 |
| 1. | MARCO TEORICO | 10 |
| 1.1. | DEFINICION DE SEPSIS..... | 10 |
| 1.2. | CONCEPTOS | 10 |
| 1.3. | CLASIFICACIÓN DE LA SEPSIS MATERNA..... | 11 |
| 1.4. | CAUSAS | 11 |
| 1.5. | FACTORES DE RIESGO..... | 13 |
| 1.6. | ETIOLOGÍA..... | 14 |
| 1.7. | FISIOPATOLOGÍA..... | 14 |
| 1.8. | SIGNOS Y SINTOMAS | 15 |
| 1.9. | DIAGNÓSTICO..... | 16 |
| 1.10. | DIAGNÓSTICO OPCIONAL DE BENEFICIO INCIERTO | 16 |
| 1.11. | Escala SOFA-O PARA SEPSIS OBSTÉTRICA..... | 17 |
| 1.12. | ESCALA PARA EL RECONOCIMIENTO DE SEPSIS EN OBSTETRICIA SOS (Sepsis Obstetrics Scoring System) | 17 |
| 1.13. | TRATAMIENTO..... | 18 |
| 1.14. | MANEJO DE LA SEPSIS Y MONITORIZACIÓN FETAL | 19 |
| 1.15. | JUSTIFICACION | 21 |
| 1.16. | OBJETIVOS | 22 |
| 1.16.1. | Objetivo general..... | 22 |
| 1.16.2. | Objetivos específicos..... | 22 |
| 1.17. | DATOS GENERALES..... | 23 |
| 2. | METODOLOGIA DEL DIAGNOSTICO | 23 |
| 2.1. | ANALISIS DEL MOTIVO DE CONSULTA | 23 |
| 2.2. | HISTORIAL CLINICO DE LA PACIENTE | 23 |
| 2.3. | ANAMNESIS..... | 25 |



| | |
|--|----|
| 2.4. EXPLORACIÓN CLÍNICA | 25 |
| 2.5. INFORMACIÓN DE EXÁMENES COMPLEMENTARIOS REALIZADOS | 26 |
| 2.6. FORMULACIÓN DEL DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO, DIFERENCIAL Y DEFINITIVO | 27 |
| 2.7. ANÁLISIS Y DESCRIPCIÓN DE LAS CONDUCTAS QUE DETERMINAN EL ORIGEN DEL PROBLEMA, CONSIDERANDO VALORES NORMALES..... | 28 |
| 2.8. SEGUIMIENTO | 28 |
| 3. OBSERVACIONES..... | 37 |
| 4. CONCLUSIONES | 38 |
| 5. Bibliografía..... | 39 |
| 6. ANEXOS | 41 |



I. AGRADECIMIENTO

En primer lugar, quiero agradecer a Dios por regalarme vida y salud para hoy estar en la vida terrenal expresando lo contenta y bendecida que soy.

Quiero agradecer a mi mamá Ana Benites, a mi papá Luis Maldonado por todo el apoyo emocional y económico que me han brindado desde que supieron que vendría al mundo (los amo), y como siempre digo no me alcanzaría la vida para agradecerles por todo lo que han hecho por mí y por mis hijos.

A mi esposo Boris Vargas que ha sido uno de los pilares fundamentales que me a sostenido muy fuerte para resistir esta dura batalla brindándome su amor, su confianza, respeto, paciencia y su apoyo incondicional todos estos años, a mis bellos y amados hijos, mis príncipes hermosos mi niño Jair y mi bebé Gahel, ellos sin duda son la razón por la que me he mantenido de pie, firme por conseguir mi objetivo, la carrera que tanto anhelaba, de la que me eh enamorado y que me llena de felicidad poder brindarles cada uno de mis conocimientos todos los días de mi vida, y lo que más me apasiona es poder seguir trayendo muchísimas vidas al mundo, sanos y salvos, esa es una satisfacción como no tienen idea.

Estoy tan agradecida con la viday con Dios, porque me a regalado todo lo necesario y por mantener con buena salud a los que amo. Y también quiero agradecer a los docentes que me formaron desde un principio hasta ahora, y como no agradecerle a mi dupla perfecta de guardia Genesis (siempre apoyándonos en el Internado) y como no agradecerle al personal Médico, de Enfermería seres maravillosos que nos enseñaron tanto de la profesión y de la vida; sin duda unos excelentes profesionales que siempre llevaré en mi corazón y a mis compañeras que hemos caminado un arduo trayecto hasta llegar aquí. Dios los bendiga a todos los que me han brindado su apoyo.

Gabriela Maldonado Benites



II. DEDICATORIA

Quiero dedicar este trabajo en primer lugar a Dios, porque sin él no seríamos nadie, también quiero dedicárselo a mis padres Ana y Luis que me han apoyado infinitamente y sé que éste logro es para ellos porque han sido los mejores padres que he podido tener y que Dios me ha podido regalar.

También quiero dedicárselos a mi esposo Boris, el hombre que ha caminado junto a mí agarraditos de la mano y me ha visto pelear esta dura batalla y ha vivido junto a mí los más bonitos y duros momentos por los que hemos atravesado en esta pandemia, a mis pequeños príncipes, mi hijo Jair y Gahel que son mi vida entera y que siempre le pido a Dios que me los cuide, me los proteja y me los guíe siempre por el camino del bien y más aún si les llego a faltar en cualquier momento.

A todos ellos les dedico este triunfo, porque sé que están orgullosos de mi y de la mujer en la que me eh convertido “Amén”.

Gabriela Maldonado Benites



III. TEMA

**“CONDUCTA OBSTÉTRICA ANTE SEPSIS EN PRIMIGESTA ADOLESCENTE DE
13 AÑOS CON EMBARAZO DE 18 SEMANAS DE GESTACIÓN”**



IV. RESUMEN

La sepsis es un síndrome clínico que se caracteriza por presentar alteraciones del funcionamiento orgánico, biológico, bioquímico, producido por una respuesta alterada, exagerada a los procesos infecciosos. Puede producir falla multiorgánica e inclusive la muerte.

Se inicia desde una infección en cualquier sitio del organismo que puede provocar bacteriemia, continuarse hacia sepsis y el choque séptico, y complicarse con un síndrome de disfunción multiorgánica (MODS) e inclusive llegar a la muerte. Las principales causas de sepsis en el embarazo son la pielonefritis y la corioamnionitis, mientras que en el puerperio se incluyen las infecciones del tracto genital y la endometritis.

Los criterios para el diagnóstico de sepsis en la población gestante, especialmente en adolescentes son extrapolados de la población general, por lo que resulta equivocado en muchas ocasiones al confundirse con los cambios fisiológicos de la gestación, por tal motivo su diagnóstico viene a ser un desafío para el clínico.

La sepsis y el choque séptico durante el embarazo pueden ser resultado de factores obstétricos como no obstétricos, también como de condiciones que complican el embarazo, parto y puerperio.

La incidencia de sepsis se aumenta con la edad materna, generando ya de por sí un factor de riesgo tanto para la madre como para el bebé, aumenta también con el uso de agentes inmunosupresores, el número de microorganismos resistentes y los procesos invasivos.

Palabras claves: sepsis, infección, SIRS, bacteriemia, sepsis grave, choque séptico, choque séptico refractario.



V. ABSTRACT

Sepsis is a clinical syndrome characterized by alterations in organic, biological, biochemical functioning, produced by an altered, exaggerated response to infectious processes. It can cause multiple organ failure and even death.

It starts from an infection anywhere in the body that can cause bacteremia, progress to sepsis and septic shock, and complicate with a multi-organ dysfunction syndrome (MODS) and even lead to death. The main causes of sepsis in pregnancy are pyelonephritis and chorioamnionitis, while in the puerperium, genital tract infections and endometritis are included.

The criteria for the diagnosis of sepsis in the pregnant population, especially in adolescents, are extrapolated from the general population, which is why it is often wrong because it is confused with the physiological changes of pregnancy, for this reason its diagnosis becomes a challenge for the clinician.

Sepsis and septic shock during pregnancy can be the result of obstetric and non-obstetric factors, as well as conditions that complicate pregnancy, childbirth, and the puerperium.

The incidence of sepsis increases with maternal age, already generating a risk factor for both mother and baby, it also increases with the use of immunosuppressive agents, the number of resistant microorganisms and invasive processes.

Key words: sepsis, infection, SIRS, bacteremia, severe sepsis, septic shock, refractory septic shock.



VI. INTRODUCCION

Se describe a sepsis como una complicación médica, la cual pone en riesgo la vida de una persona, se inicia desde una infección en cualquier sitio del organismo, la misma que puede complicarse con bacteriemia, sepsis y posteriormente en choque séptico; desencadenando una falla multiorgánica que puede terminar en la muerte (Pérez, 2019). Entre las fuentes de infección más comunes tenemos: la pielonefritis, seguido de corioamnionitis, aborto séptico (Yamilka Yard, 2020)

Por lo general la sepsis y el choque séptico en pacientes gestantes no es muy frecuente, esto es debido a que las mujeres gestantes, muchas veces suelen ser muy jóvenes y habitualmente sin enfermedades de fondo; sin embargo, la gestación en sí tiene el riesgo de complicaciones infecciosas. Los síntomas de sepsis en las pacientes gestantes algunas veces pueden llegar a ser inespecíficos, los mismos que pueden ocasionar retrasos en el diagnóstico y en el tratamiento, cuyas consecuencias pueden ser inevitables. (Dr. José A, 2013).

El presente trabajo de investigación efectuó el análisis de varias bibliografías, revistas de investigación, tesis y muchos más. También se efectuó el análisis de la historia clínica de la gestante para su estudio, con el objetivo de analizar la conducta obstétrica ante sepsis en primigesta adolescente, lo cual nos puede ayudar a diagnosticar a tiempo la sepsis y disminuir así la morbimortalidad materno perinatal y neonatal a nivel mundial.

Se presenta el caso de una paciente primigesta con diagnóstico de Sepsis asociado a gastroenteritis que acude por emergencia al primer nivel de atención con cuadro clínico caracterizado por dolor abdominal, fiebre cuantificada de 38°C, náuseas y vómitos de 4 días de evolución, la misma que es referida inmediatamente a un establecimiento de mayor capacidad resolutive previa valoración y estabilización para posterior seguimiento del mismo.



1. MARCO TEORICO

1.1. DEFINICION DE SEPSIS

Las Definiciones del Tercer Consenso Interno para Sepsis y Shock séptico del grupo de trabajo “task force” que se realizó en el año 2016 definió sepsis como “disfunción orgánica que amenaza la vida causada por una respuesta desregulada del huésped a la infección. (Medicine, 2019). Conociendo que la sepsis se considera una urgencia médica, que, si no se diagnóstica y no se trata a tiempo, esta puede causar daño irrevocable a gran parte de los tejidos, y a su vez poner así en riesgo la vida de la persona, esto según lo menciona “La Organización Panamericana de la Salud”.

También se define como sepsis de origen obstétrico a aquéllas cuyo foco de origen se vincula con la gravidez y se asienta en el útero.

1.2. CONCEPTOS

- **Infección:** presencia de microorganismos en un sitio normalmente estéril que generalmente, pero no necesariamente, se acompaña de una respuesta inflamatoria del huésped (Dr.José A, 2013).
- **Síndrome de respuesta inflamatoria sistémica (SIRS):** respuesta clínica originada por un agente no específico, que incluye dos o más de los siguientes signos: 1) temperatura mayor a 38°C o menor de 36°C, 2) frecuencia cardíaca superior a 90 latidos por minuto, 3) frecuencia respiratoria superior a 20 latidos por minuto o PCO₂ menor a 30 mmHg, o 4) leucocitosis superior a 12,000 leucocitos/L o menor a 4,000/L (Dr.José A, 2013).
- **Bacteriemia:** presencia de bacterias viables en el torrente circulatorio, siendo el criterio diagnóstico la existencia de un hemocultivo positivo (Dr.José A, 2013).
- **Sepsis grave:** se concibe bajo el criterio de sepsis más hipotensión y con evidencia de alteraciones en la perfusión de órganos, entre ellos: cambios agudos en el estado mental, oliguria, acidosis láctica o alteraciones en la



presión arterial de oxígeno sin una patología pulmonar o cardiovascular previa (Dr.José A, 2013).

- **Choque séptico:** es la hipotensión inducida por sepsis a pesar de una adecuada reanimación hídrica con la presencia de alteraciones en la perfusión, como: presencia de oliguria, alteraciones en el estado mental. Acidosis láctica, que requieren de la administración de agentes vasopresores (Dr.José A, 2013).
- **Choque séptico refractario:** criterios de síndrome de sepsis con hipotensión de por lo menos una hora de duración y que no responde al tratamiento con líquidos o agentes vasopresores (Dr.José A, 2013).

1.3. CLASIFICACIÓN DE LA SEPSIS MATERNA

La sepsis materna se clasifica en:

- Infecciones relacionadas con el embarazo.
- Infecciones sin relación con el embarazo.
- Infecciones nosocomiales.

1.4. CAUSAS

En el embarazo las causas más frecuentes de esta patología son las siguientes

- Pielonefritis
- Corioamnionitis

En el puerperio:

- Las infecciones del tracto genital y
- La endometritis

La contribución de varios organismos infecciosos a la carga de la sepsis ha cambiado con el tiempo. Las bacterias Gram positivas se identifican con mayor frecuencia en pacientes con sepsis, aunque el número de casos de sepsis Gram negativa sigue siendo importante.



La presencia de hongos que causan sepsis ha aumentado en ellos últimos tiempos, pero sigue siendo más baja que la sepsis bacteriana, y en aproximadamente el 50% de los casos, no se identifica un organismo responsable de la sepsis (sepsis con cultivo negativo). Los principales agentes infecciosos de la sepsis materna son:

- Streptococcus del grupo A (pyogenes)
- Escherichia coli y
- Staphylococcus aureus (ROJAS PÉREZ, 2019).

Véase el **(Cuadro 1)**, en dónde se detallan las causas principales de sepsis en obstetricia:

| Cuadro 1. Causas de sepsis en obstetricia |
|--|
| Causas obstétricas |
| <ul style="list-style-type: none">• Corioamnionitis• Endometritis• Aborto séptico• Infección de la episiotomía• Infección de la herida quirúrgica• Tromboflebitis pélvica séptica |
| Causas no relacionadas al aparato genital |
| <ul style="list-style-type: none">• Pielonefritis• Apendicitis• Colecistitis• Infección de mama (mastitis/abscesos) |
| Causas no obstétricas |
| <ul style="list-style-type: none">• Neumonía• VIH• Tuberculosis• Influenza |



- Hepatitis viral

Elaborado por: Gabriela Maldonado Benites

1.5. FACTORES DE RIESGO

La sepsis y el choque séptico durante la gestación puede deberse a factores de riesgo obstétricos y no obstétricos, así como las condiciones que pueden complicar el embarazo, parto y puerperio.

La sepsis en la gestación es principalmente el resultado de infecciones pélvicas, como corioamnionitis, endometritis, infecciones en la herida quirúrgica, aborto séptico o infecciones del tracto urinario. (Dr. José A, 2013).

Véase el (**Cuadro 2**) en dónde se describen los factores de riesgo para sepsis que se presentan en obstetricia:

| Cuadro 2. Factores de riesgo para sepsis en obstetricia |
|--|
| Factores Obstétricos |
| <ul style="list-style-type: none">• Amniocentesis y otros procedimientos invasivos intrauterinos• Cerclaje cervical• Ruptura de membranas prolongadas• Trabajo de parto prolongado• Múltiples tactos vaginales (mayor de 5)• Trauma vaginal• Cesárea |
| Factores de la Paciente |



- Obesidad
- Diabetes mellitus
- Alteraciones en la tolerancia a la glucosa
- Alteraciones inmunológicas
- Desnutrición y anemia
- Tratamiento con medicamentos inmunosupresores
- Infecciones cervicovaginales
- Antecedentes de infección pélvica
- Insuficiencia renal
- Insuficiencia hepática
- Uso previo de antibióticos de amplio espectro

Elaborado por: Gabriela Maldonado Benites

1.6. ETIOLOGÍA

La sepsis en obstetricia es causada generalmente por bacterias Gram negativas, pero también puede ser ocasionada por bacterias Gram positivas, hongos e incluso virus. La infección grave puede tener su origen en vías urinarias, tracto gastrointestinal, vías biliares y aparato respiratorio.

En pacientes obstétricas la sepsis en mayor parte se desarrolla de manera secundaria a infecciones del aparato genital, en las cuales los agentes etiológicos más comunes son: *Escherichia coli*, *Klebsiella pneumoniae*, *Enterobacter sp*, *Enterococcus faecalis* y bacterias anaerobias. (Dr. José A, 2013)

1.7. FISIOPATOLOGÍA

La sepsis que progresa a choque séptico e insuficiencia multiorgánica es el resultado de un empeoramiento de la insuficiencia circulatoria caracterizada por hipovolemia, depresión miocárdica, aumento de las demandas metabólicas y anomalías de la perfusión vasorreguladora (Bullock & Benham., 2021).

La respuesta inflamatoria excesiva que se produce con las sepsis incluye extravasación de albúmina y líquido, con la resultante hipovolemia intravascular. La



liberación de citoquinas conduce a una disminución de la vascularización sistémica, resistencia y aumento del gasto cardíaco, aunque hasta el 60% de los pacientes con sepsis tienen una fracción de eyección inferior al 45% (disfunción sistólica) (Medicine, 2019).

La miocardiopatía séptica también puede manifestarse con disfunción diastólica debido a edema cardíaco y compliance (propiedad de sufrir deformación elástica o cambio de volumen cuando es sometido a una fuerza) disminuida. Por ello el ventrículo izquierdo sufrirá un menor llenado diastólico y menor volumen de movimiento, aumentando el riesgo de edema pulmonar.

La isquemia tisular y su disfunción son resultado no solo de la hipotensión, sino también secundarias a la oclusión de la microvasculatura por microtrombos debido a coagulación intravascular diseminada (Medicine, 2019).

1.8. SIGNOS Y SINTOMAS

Los signos y síntomas asociados a sepsis pueden variar durante el embarazo y diferir de las mujeres no embarazadas dependiendo de la etiología y duración de la infección. Entre las manifestaciones más frecuentes se encuentran: fiebre (Temperatura > 38°C) con o sin escalofríos, taquicardia (Frecuencia cardíaca > 20 rpm). En la mayoría de los casos la caracterización del dolor ayudará a determinar la etiología subyacente.

En casos de sepsis y sepsis severa la paciente puede desarrollar manifestaciones asociadas a daño a órgano blanco (Yamilka Yard, 2020).

Se debe sospechar de sepsis ante la presencia de 2 o más de los siguientes signos:

- Temperatura mayor a 38°C.
- Frecuencia Cardíaca > 90 lpm.
- Frecuencia Respiratoria > 20 RPM.
- Leucocitosis mayor a 12.000/ul o menor a 4.000/ul o mayor de 10% de formas



inmaduras.

Elaborado por: Gabriela Maldonado Benites.

1.9. DIAGNÓSTICO

La historia clínica y el examen físico son los principales medios para llegar a un posible diagnóstico, orientadas a evaluar los factores de riesgo asociados con una mayor mortalidad o una mayor incidencia de sepsis, así como a indagar sobre posibles fuentes de infección, y si nuestra paciente es adolescente tratar de indagar desde la fuente de un familiar más cercano a la paciente.

Conociendo estos datos nos basamos en tres grupos de datos clínicos y de laboratorio, a saber, manifestaciones de disfunción/insuficiencia de órganos y, finalmente documentación microbiológica.

- ✓ Hemograma completo (CBC) con diferencial.
 - ✓ Perfil metabólico integral (CMP).
 - ✓ Lactato (Valor crítico superior a 2 mmol/L).
 - ✓ Radiografía de tórax y análisis de orina.
 - ✓ Se puede ordenar a cualquiera que investigue posibles fuentes de infección.
 - ✓ Cultivos de sangre con o sin otros cultivos de origen potencial.
 - ✓ Se recomiendan al menos 2 hemocultivos antes de administrar antibióticos.
- (Bullock & Benham., 2021)

1.10. DIAGNÓSTICO OPCIONAL DE BENEFICIO INCIERTO

- ✓ Procalcitonina.
- ✓ Proteína C-reactiva.
- ✓ Lipasa.
- ✓ Gasometría venosa.
- ✓ Panel DIC (fibrinógeno, dímero D, productos de degradación de fibrina).
- ✓ TSH
- ✓ Gripe rápida, panel de virus respiratorios.



- ✓ Cabeza de TC con o sin punción lumbar.
- ✓ Tomografía computarizada de tórax / abdomen / pelvis.
- ✓ Resonancia magnética cervical / torácica / lumbar (absceso epidural). (Bullock & Benham., 2021).

1.11. Escala SOFA-O PARA SEPSIS OBSTÉTRICA

En la puntuación SOFA, disfunción cardiovascular se basa en la disfunción y requerimientos de vasopresores. La escala de morbimortalidad sigue siendo escasa. A pesar de que la puntuación SOFA muestra un buen valor pronóstico en pacientes obstétricas, no debe considerarse definitiva. El parámetro fisiológico más importante que parece ajustarse es PaO₂/FiO₂ de acuerdo a la fisiología respiratoria de una paciente embarazada, por lo que esta escala posee dos cambios: primero, el valor inferior de PaO₂/FiO₂ en la columna de 3 puntos, basada en la disminución de la capacidad pulmonar en el embarazo y ser la media-1SD para Kirby; segundo: agregando el archivo de tiempo con sepsis (Herrera Morales, 2018).

1.12. ESCALA PARA EL RECONOCIMIENTO DE SEPSIS EN OBSTETRICIA SOS (Sepsis Obstetrics Scoring System)

La escala de sepsis en obstetricia fue creada mediante la modificación de los sistemas de puntuación validados de acuerdo con los cambios fisiológicos del embarazo reconocidos. Esta es la principal razón a la que se debe la sobrestimación de las otras escalas al no tener en cuenta estos cambios, los cuales incluyen disminución de la presión diastólica en 5 – 10 mmHg en el segundo trimestre, con retorno en el tercer trimestre, aumento en el promedio de la frecuencia cardiaca en 17%, elevación en el recuento leucocitario en 16,900 para el tercer trimestre y 30,000 en el trabajo de parto.

Cabe resaltar que, en parámetros como temperatura, frecuencia respiratoria, presión sistólica, porcentaje de saturación de oxígeno y porcentaje de formas inmaduras de línea blanca, no se producen cambios respecto a la población en general. El puntaje SOS tiene como objetivo identificar el riesgo de ingreso a UCI de una paciente



gestante o puérpera con signos de sepsis, teniendo como punto de corte una puntuación mayor o igual a 6 (Herrera Morales, 2018).

1.13. TRATAMIENTO

Las bases generales para el tratamiento de la sepsis grave son:

- Reconocimiento precoz del cuadro séptico.
- Soporte vital oportuno y adecuado.
- Drenaje del foco séptico de ser factible.
- Tratamiento antibiótico efectivo.

Ante sospecha de sepsis se realiza el (Quick SOFA por sus siglas en inglés):

- Alteración del estado de conciencia.
- Frecuencia respiratoria mayor a 22 por minuto.
- Presión arterial sistólica menor a 100 mmHg

Iniciar administración de antibiótico de amplio espectro en la primera hora de atención, sin que la obtención de los cultivos retrase su administración, caso contrario iniciar tratamiento empírico con monoterapia de amplio espectro, según nivel de atención:

- **Esquema 1:** Penicilina 5'000.000 IV cada 4 horas + Metronidazol 500 mg IV c/8 horas + Gentamicina 80 mg IV cada 8 horas.

TRANSFIERA a la paciente a un establecimiento de mayor complejidad.

- **Esquema 2:** Ampicilina/sulbactam 3gr IV cada 6 horas + Clindamicina 900 mg cada 8 horas + Gentamicina 1,5 mg/kg IV y luego 1 mg/kg cada 8 horas mg.
- **Esquema 3:** Ceftriaxona 1 gr IV cada 12 horas + Metronidazol 500 mg IV cada 8 horas o Clindamicina 600 mg IV cada 6 horas.



➤ **Esquema 4:** Piperacilina/tazobactam 4.5 gr IV cada 6 horas.

Si a pesar de la administración adecuada de líquidos la hipotensión persiste (PAS menos de 90 mmHg), se deberá considerar la administración de vasopresores. La elección del fármaco vasopresor dependerá del nivel de atención.

- Preparar **dopamina** para infusión, iniciar a dosis de 10 mcg/kg/min. Preparación: 400 mg (2 ampollas) + 250 ml Dextrosa 5% en agua o solución salina 0.9% (Dilución equivalente: 1600 mcg/ml).
- **Norepinefrina** para infusión, e inicie de manera progresiva desde la dosis más baja. Preparación: 4 mg (1 ampolla) + 250 ml Dextrosa 5% en agua o solución salina 0.9% (Dilución equivalente: 16 mcg/ml). Incremente la dosis cada 10 minutos dependiendo de la respuesta PAS mayor a 90 mmHg (MSP, 2017).

1.14. MANEJO DE LA SEPSIS Y MONITORIZACIÓN FETAL

- ✓ **Sepsis por corioamnionitis:** independientemente de la edad gestacional, el tratamiento será la finalización de la gestación.
- ✓ **Foco extrauterino:** se evaluará el caso de forma individualizada, teniendo en cuenta la edad gestacional, la severidad del cuadro materno, su evolución y de ser el caso la vía del parto. La finalización de la gestación durante la inestabilidad materna puede aumentar la mortalidad materna y fetal. Por lo tanto, se priorizará la estabilización materna a la finalización, salvo sospecha de pérdida de bienestar fetal.
- ✓ Realizaremos **monitorización fetal (RCTG):** si edad gestacional > 28 semanas (cada 24h). Si se detectan alteraciones en el RCTG, valorar el estado hemodinámico de la gestante, ya que puede ser indicador de hipoxemia/acidosis materna.



- ✓ Si se plantea finalizar la gestación, debe indicarse la administración de **betametasona** para maduración pulmonar y **sulfato de magnesio** para neuroprotección fetal en función de la edad gestacional si fuera el caso.
- ✓ La vía del parto se valorará individualmente en función del balance de riesgos/beneficios de la vía vaginal y la abdominal.
- ✓ La anestesia peridural/intradural debería evitarse en contexto de sepsis, aunque puede valorarse individualmente teniendo en cuenta el riesgo/beneficio de la analgesia regional, las alternativas anestésicas y el riesgo de infección del SNC (Barcelona).



1.15. JUSTIFICACION

En el presente trabajo de investigación se expone el caso de una paciente primigesta adolescente, la cual por su edad ya está catalogada como una paciente de alto riesgo. Partiendo de que el embarazo adolescente es un importante problema de salud pública y que en nuestro país es un tema que no ha tenido respuestas efectivas desde el 2014 cuando se eliminó la Estrategia Intersectorial de Prevención del Embarazo Adolescente y Planificación Familiar (ENIPLA), desde entonces el país ha fracasado en la prevención del embarazo adolescente.

Las cifras del Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC) indican que en 2019 se han registrado 51.711 nacidos vivos de mujeres adolescentes de 10 a 19 años: 1.816 de adolescentes de 10 a 14 años (2,2 nacidos vivos por cada 1.000 mujeres en ese rango de edad) y 49.895 de adolescentes 15 a 19 años (63,5 nacidos vivos por cada 1.000 mujeres en ese rango de edad). Lo que significa que, del total de embarazos ocurridos y registrados en ese año, el 17,5% provienen de adolescentes de 15 y 19 años y el 0,6% de adolescentes de 10 y 14 años (Edición médica, 2020).

La mortalidad por sepsis es aproximadamente mayor o igual al 10% y si está presente el choque séptico puede ser mayor o igual al 40%. Se enferman de sepsis cada año aproximadamente en todo el mundo, entre 20 a 30 millones de personas. En los Estados Unidos de Norteamérica, la incidencia de sepsis en la población general es de aproximadamente 240-300 casos por cada 100,000 habitantes, lo que representa más de 750,000 casos por año, con un aumento anual esperado de 1,5%.

La OMS referente a la sepsis materna reporta aproximadamente 5.2 millones de casos en todo el mundo, lo que ubica a la sepsis como la tercera causa de muerte materna a nivel mundial, siendo responsable del total de las defunciones del 11-13%, es decir, que aproximadamente 55,000 mujeres mueren cada año a causa de esta patología durante el embarazo o el puerperio, por lo que las complicaciones de sepsis aumentan la morbilidad materna (Lino Arturo Rojas Pérez, 2019).



1.16. OBJETIVOS

1.16.1. Objetivo general

- Explicar conducta obstétrica ante sepsis en primigesta adolescente de 13 años con embarazo de 18 semanas de gestación.

1.16.2. Objetivos específicos

- Investigar conducta obstétrica ideal ante sepsis en primigesta adolescente.
- Argumentar conducta obstétrica ante sepsis en embarazo de 18 semanas de gestación.
- Analizar conducta obstétrica ante sepsis en primigesta adolescente de 13 años con embarazo de 18 semanas.



1.17. DATOS GENERALES

| | |
|---------------------------------------|---|
| Código: SUMEBRSC | Edad: 13 años |
| Género: Femenino | Fecha de nacimiento: 20/04/2007 |
| Nacionalidad: Ecuatoriana | Ocupación: Estudiante |
| Nivel de estudio: Secundaria | Raza: Mestizo |
| Religión: Católica | Nivel socioeconómico: Bajo |
| Domicilio: Ciudadela Unida Sur | Hospital: Centro de Salud "Los Vergeles" |

Elaborado por: Gabriela Maldonado Benites

2. METODOLOGIA DEL DIAGNOSTICO

2.1. ANALISIS DEL MOTIVO DE CONSULTA

Paciente primigesta de 13 años de edad con embarazo de +/- 18 semanas de gestación, acude por el área de emergencia refiriendo cuadro clínico caracterizado por dolor abdominal acompañado de fiebre cuantificada de 38°C más náuseas y vómitos en cinco ocasiones por día con 4 días de evolución, paciente refiere no haberse realizado controles previos de su embarazo.

2.2. HISTORIAL CLINICO DE LA PACIENTE

| Antecedentes Personales y Familiares | |
|---|------------|
| Antecedentes patológicos personales: | No refiere |



| | |
|---|-----------------------|
| Antecedentes patológicos familiares: | No refiere |
| Antecedentes quirúrgicos: | No refiere |
| Antecedentes alérgicos: | No refiere |
| Hábitos: | No alcohol, no drogas |

| Antecedentes Gineco - Obstétricos | |
|--|---------------------------------------|
| Menarquia: 12 años | Ciclos menstruales: 28 días |
| Planificación familiar: Ninguna | Inicio de vida sexual: 13 años |
| Parejas sexuales: 1 | Gestas: 1 P:0 A:0 C:0 |
| FUM: 24/10/2020 | Controles prenatales: Ninguno |
| VACUNAS: Ninguna | Ecografía: Ninguna |
| PIG: No aplica | ITS: Se desconoce |

Elaborado por: Gabriela Maldonado Benites

Atención de la paciente en el I Nivel de Atención el (22/02/2021)

PREPARACIÓN:



| | |
|------------------------|--|
| Peso: 57,8 kg | Talla: 148,5 cm |
| Score mama: (5) | PA: 78/62 mmHg FC: 129 LPM FR: 20 RPM T: 38,1°C SPO2: 99% ESTADO DE CONCIENCIA: Alerta PROTEINURIA: No Aplica |

Elaborado por: Gabriela Maldonado Benites

2.3. ANAMNESIS

Paciente de sexo femenino de 13 años de edad, primigesta orientada en tiempo y espacio, llega a la atención por emergencia en condiciones aparentemente estables con diagnóstico de sepsis, asociado a gastroenteritis. No presenta antecedentes patológicos personales ni familiares. Paciente acude a centro de salud de primer nivel en el cual refiere cuadro clínico de aproximadamente 4 días de evolución caracterizado por dolor abdominal acompañado de fiebre cuantificada de 38°C más náuseas y vómitos en 5 ocasiones por día.

2.4. EXPLORACIÓN CLÍNICA

Cabeza: normo cefálica, conjuntivas normales, vías aéreas permeables, pabellón auditivo sin patología, mucosas orales húmedas.

Cuello: sin adenopatías.



Tórax: expandible, simétrico, mamas normales, simétricas no nódulos, campos pulmonares bien ventilados, corazón rítmico.

Abdomen: suave depresible, levemente globuloso a nivel de hipogastrio, sin masas palpables, poco doloroso a la palpación.

RIG: Tanner V, cérvix cerrado, no se evidencia pérdida de líquido ni sangrado transvaginal.

Extremidades: simétricas, sin patología aparente, no edemas, reflejos conservados.

2.5. INFORMACIÓN DE EXÁMENES COMPLEMENTARIOS REALIZADOS

Resultados de Exámenes de Laboratorio realizado en el II Nivel de Atención al momento del ingreso (26/02/2021):

| Hemograma | Resultado | Valores Referenciales |
|-------------|-----------|-----------------------|
| Leucocitos | 18.15 | 4 - 10 |
| Basófilos | 0.1 | Hasta - 2 |
| Neutrófilos | 92.5 | 40 - 70 |
| Eosinófilos | 0 | Hasta - 5 |
| Linfocitos | 4.7 | 25 - 50 |
| Hematíes | 3.87 | 3.5 - 5.5 |
| Hemoglobina | 11.10 | 9.5 - 16 |
| Hematocrito | 32.3 | 36 - 47 |
| Plaquetas | 235 | 150 - 450 |

| Bioquímica | Resultado | Valores Referenciales |
|------------|-----------|-----------------------|
| Glucosa | 104.6 | 70 - 110 |
| Urea | 24.5 | 10 - 40 |

| Serología | Resultado | Valores Referenciales |
|-----------|-------------|-----------------------|
| VDRL | No Reactivo | - |
| HIV + 2 | No Reactivo | - |

| Hemostasia | Resultado | Valores Referenciales |
|------------|-----------|-----------------------|
|------------|-----------|-----------------------|



| | | |
|-----------------------|----------|---------|
| TPT | 29.60 | 25 - 45 |
| Tipo de sangre | | |
| Grupo sanguíneo | O | - |
| Factor RH | Positivo | - |

| P. especiales | Resultado | Valores Referenciales |
|------------------------------------|------------------|------------------------------|
| Sar-Covid-19 Ag/Test PCR Rapido | Negativo | - |

Ecografía Obstétrica Realizada en el II Nivel de Atención el (24/02/2021) el cual reporta:

Feto único vivo en presentación cefálico, dorso izquierdo, Latido cardíaco fetal: 138 x min, ILA: 12, Placenta: corporal anterior grado 0, OCI: cerrado, Peso fetal: 239+/- 35 gramos.

ID: Gestación de 18.2 semanas.

2.6. FORMULACIÓN DEL DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO, DIFERENCIAL Y DEFINITIVO

Diagnóstico Presuntivo:

- D/C aborto incompleto infectado
- D/shock séptico

Diagnóstico Diferencial:

- Shock cardiogénico
- Shock neurogénico
- Seudosepsis
- Shock anafiláctico
- Síndrome del shock tóxico

Diagnóstico Definitivo:

Sepsis en embarazo de 18 semanas asociado a gastroenteritis.



2.7. ANÁLISIS Y DESCRIPCIÓN DE LAS CONDUCTAS QUE DETERMINAN EL ORIGEN DEL PROBLEMA, CONSIDERANDO VALORES NORMALES

La sepsis en las pacientes obstétricas en varias ocasiones suele desarrollarse de manera secundaria infecciones provenientes del aparato genital.

Toda patología obstétrica se va a derivar de estos sitios, los cuales pueden llevar a padecer cuadros de sepsis muy complicados, por ello la falta de seguimiento de la misma desde la primera semana de vida del producto de la concepción o la ausencia de la menstruación en una paciente con vida sexual activa y por ende la ausencia de colaboración de la embarazada puede conllevar a complicaciones.

Cabe mencionar que las gestaciones y el bienestar materno-fetal son lo primordial para todo el personal de salud enfocándose en el área de Obstetricia y Ginecología, desempeñando una conducta adecuada manejando bajo normas y protocolos del MSP, ya que si fortalecemos la atención el primer nivel de atención disminuiríamos la incidencia de muertes materno perinatales a causa de estas patologías y reduciríamos la alta tasa de embarazos en adolescentes.

2.8. SEGUIMIENTO

La paciente es ingresada a Hospitalización Ginecológica en el II Nivel de Atención el (22/02/2021) hasta el (26/02/2021):

NOTA DE EVOLUCIÓN (INGRESO)

Paciente gestante de 13 años de edad FUM: 24/10/2020, edad gestacional: 18 por FUM, AGO: G: 1; P: 0; C: 0; A: 0, PIG: no aplica, APP: no refiere, APF: no refiere, APQ: no refiere, Alergias: no refiere. Paciente acude a emergencia referida de Centro de Salud Los Vergeles, acompañada de madre. Se encuentra lúcida, vigil, consciente, orientada en tiempo y espacio, colabora con interrogatorio, con fascie tranquila, buena mecánica respiratoria. Acude por cuadro clínico caracterizado por fiebre no cuantificada, dolor abdominal y vómitos



Al momento paciente con cuadro febril de 37.6°C, carnet de controles prenatales: no refiere, ecografía: no presenta, score mama: (1).

EXÁMEN FÍSICO:

- **Cabeza:** normo cefálica, fascie tranquila, conjuntivas normales, vías aéreas permeables, pabellón auditivo sin patología, mucosas orales húmedas.
- **Cuello:** simétrico, sin adenopatías.
- **Tórax:** expandible, simétrico, mamas normales, simétricas no nódulos, campos pulmonares bien ventilados, corazón rítmico.
- **Abdomen:** globuloso, compatible con útero gestante, con feto único vivo cefálico dorso lateral izquierdo, FCF: 145 latidos por minuto.
- **Genitales:** Al tacto vaginal; Cérvix: Dilatación: 1cm; Borramiento: 10%; Membranas íntegras.
- **Extremidades:** sin edema de miembros inferiores.

INDICACIONES:

- Cuidados de enfermería
- Control de signos vitales
- Valoración obstétrica
- NPO
- Aseo e higiene
- Exámenes complementarios
- Comunicar novedades a médico de guardia

SIGNOS VITALES:

- **PA:** 98/60 mmHg
- **FC:** 100 x minuto
- **FR:** 19 x minuto
- **T:** 37.6°C
- **SPO2:** 98%



- **Estado de conciencia:** Alerta
- **Proteinuria:** Negativo
- **Score mama:** (1)

TRATAMIENTO:

- Cloruro de sodio 0.9% de 1000 cc pasar 42 cc/hora
- Ampicilina + sulbactam 3 gr IV previa prueba de sensibilidad, luego 1.5 gr cada 6 horas
- Gentamicina 80 mg IV cada 8 horas
- Clindamicina 900 mg IV cada 8 horas
- Paracetamol 1 gr VO cada 6 horas PRN si temperatura es mayor o igual a 38.5°C

EXÁMENES DE LABORATORIO:

- **Leucocitos:** 18.15
- **Neutrófilos:** 92.5
- **Linfocitos:** 4.7
- **Hemoglobina:** 11.10
- **Plaquetas:** 235

Segundo día de Hospitalización (23/02/2021)

Paciente femenino que cursa su segundo día de hospitalización en el área de Gineco-Obstetricia, con Embarazo de +/- 18.1 semanas de gestación por FUM. Al momento del pase de visita consciente, orientada en tiempo y espacio, colabora con interrogatorio con cuadro clínico caracterizado por dolor pélvico, cefalea de moderada intensidad, que fue ingresada con Diagnóstico de Otras Gastroenteritis.

EXÁMEN FÍSICO:

- **Cabeza:** normo cefálica, fascie tranquila, conjuntivas normales, vías aéreas permeables, pabellón auditivo sin patología, mucosas orales húmedas.
- **Cuello:** simétrico, sin adenopatías.



- **Tórax:** expandible, simétrico, mamas normales, simétricas no nódulos, campos pulmonares bien ventilados, corazón rítmico.
- **Abdomen:** globuloso, compatible con útero gestante, con feto único vivo cefálico dorso lateral izquierdo, FCF: 145 latidos por minuto.
- **Genitales:** Al tacto vaginal; Cérvix: Dilatación: 1cm; Borramiento: 10%; Membranas íntegras.
- **Extremidades:** sin edema de miembros inferiores.

INDICACIONES:

- Cuidados de enfermería
- Control de signos vitales
- Valoración obstétrica
- Monitoreo fetal
- Aseo e higiene
- Comunicar novedades a médico de guardia

SIGNOS VITALES:

- **PA:** 98/60 mmHg
- **FC:** 100 x minuto
- **FR:** 21 x minuto
- **T:** 39°C
- **SPO2:** 98%
- **Estado de conciencia:** Alerta
- **Proteinuria:** Negativo
- **Score mama:** (3)

TRATAMIENTO:

- Cloruro de sodio 0.9% de 1000 cc pasar 42 cc/hora
- Ampicilina + sulbactam 3 gr IV previa prueba de sensibilidad, luego 1.5 gr cada 6 horas
- Gentamicina 80 mg IV cada 8 horas



- Clindamicina 900 mg IV cada 8 horas
- Paracetamol 1 gr VO cada 6 horas PRN si temperatura es mayor o igual a 38.5°C

Tercer día de Hospitalización (24/02/2021)

NOTA DE EVOLUCIÓN (INGRESO)

Paciente femenino que cursa su tercer día de hospitalización en el área de Gineco-Obstetricia, con Embarazo de +/- 18.2 semanas de gestación por FUM. Al momento del pase de visita consciente, orientada en tiempo y espacio, hemodinamicamente estable, diuresis presente, flatos presentes. Paciente con alza térmica en la noche. PLAN: Interconsulta con Medicina Interna en busca de foco infeccioso.

- **Cabeza:** normo cefálica, fascie tranquila, conjuntivas normales, vías aéreas permeables, pabellón auditivo sin patología, mucosas orales húmedas.
- **Cuello:** simétrico, sin adenopatías.
- **Tórax:** expandible, simétrico, mamas normales, simétricas no nódulos, campos pulmonares bien ventilados, corazón rítmico.
- **Abdomen:** globuloso, compatible con útero gestante, con feto único vivo cefálico dorso lateral izquierdo, FCF: 145 latidos por minuto.
- **Genitales:** Al tacto vaginal; Cérvix: Dilatación: 1cm; Borramiento: 10%; Membranas íntegras.
- **Extremidades:** sin edema de miembros inferiores.

INDICACIONES:

- Cuidados de enfermería
- Control de signos vitales
- Valoración obstétrica
- Monitoreo fetal
- Aseo e higiene
- Interconsulta Medicina Interna
- Ecografía obstétrica



- Comunicar novedades a médico de guardia

SIGNOS VITALES:

- **PA:** 91/52 mmHg
- **FC:** 89 x minuto
- **FR:** 20 x minuto
- **T:** 36.6°C
- **SPO2:** 99%
- **Estado de conciencia:** Alerta
- **Proteinuria:** Negativo
- **Score mama:** (3)

TRATAMIENTO:

- Cloruro de sodio 0.9% de 1000 cc pasar 42 cc/hora
- Ampicilina + sulbactam 3 gr IV previa prueba de sensibilidad, luego 1.5 gr cada 6 horas
- Gentamicina 80 mg IV cada 8 horas
- Clindamicina 900 mg IV cada 8 horas
- Paracetamol 1 gr VO cada 6 horas PRN si temperatura es mayor o igual a 38.5°C

Cuarto día de Hospitalización (25/02/2021)

Paciente femenino que cursa su cuarto día de hospitalización en el área de Gineco-Obstetricia, con Embarazo de +/- 18.3 semanas de gestación por FUM. Al momento del pase de visita consciente, orientada en tiempo y espacio, hemodinamicamente estable, diuresis presente, flatos presentes. Se realiza monitoreo fetal reactivo FCF: 140 latidos x' con presencia de actividad uterina. Se insiste Interconsulta con Medicina Interna.

- **Cabeza:** normo cefálica, fascie tranquila, conjuntivas normales, vías aéreas permeables, pabellón auditivo sin patología, mucosas orales húmedas.
- **Cuello:** simétrico, sin adenopatías.



- **Tórax:** expandible, simétrico, mamas normales, simétricas no nódulos, campos pulmonares bien ventilados, corazón rítmico.
- **Abdomen:** globuloso, compatible con útero gestante, con feto único vivo cefálico dorso lateral izquierdo, FCF: 145 latidos por minuto.
- **Genitales:** Al tacto vaginal; Cérvix: Dilatación: 1cm; Borramiento: 10%; Membranas íntegras.
- **Extremidades:** sin edema de miembros inferiores.

INDICACIONES:

- Cuidados de enfermería
- Control de signos vitales
- Valoración obstétrica
- Monitoreo fetal
- Aseo e higiene
- Interconsulta Medicina Interna
- Ecografía obstétrica
- Comunicar novedades a médico de guardia

SIGNOS VITALES:

- **PA:** 100/55 mmHg
- **FC:** 64 x minuto
- **FR:** 19 x minuto
- **T:** 37°C
- **SPO2:** 98%
- **Estado de conciencia:** Alerta
- **Proteinuria:** Negativo
- **Score mama:** (2)

TRATAMIENTO:

- Cloruro de sodio 0.9% de 1000 cc pasar 42 cc/hora
- Ampicilina + sulbactam 3 gr IV, luego 1.5 gr cada 6 horas



- Gentamicina 80 mg IV cada 8 horas
- Clindamicina 900 mg IV cada 8 horas
- Paracetamol 1 gr VO cada 6 horas PRN si temperatura es mayor o igual a 38.5°C

NOTA FINAL Y ALTA (26/02/2021)

En respuesta a la interconsulta gestante adolescente de 13 años, quien cursa en ginecología su quinto día de hospitalización con Diagnóstico de sepsis bacteriana, desde la parte clínica pediátrica se valora a paciente gestante, la cual se la encuentra reposando en su cama en posición decúbito dorsal, despierta, activa reactiva, colaboradora con Glasgow 15/15, afebril, hidratada, tolerando la vía oral adecuadamente, no datos de dificultad respiratoria, con buena mecánica ventilatoria con STO_2 : 99%, ruidos cardíacos rítmicos, sin soplos, no a realizado vómitos ni deposiciones diarreicas. Es ingresada por cuadro de vómitos, diarreas y fiebre. Se procede a tramitar alta de paciente en buenas condiciones y con buena respuesta al tratamiento aplicado. Se realiza contrarreferencia al establecimiento de salud más cercano para control y seguimiento posterior.

SIGNOS VITALES:

- **PA:** 102/62 mmHg
- **FC:** 92 x minuto
- **FR:** 20 x minuto
- **T:** 37°C
- **SPO2:** 99%
- **Estado de conciencia:** Alerta
- **Proteinuria:** Negativo
- **Score mama:** (0)

INDICACIONES:

- Alta Médica
- Se informa signos de alarma



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIA DE LA SALUD
ESCUELA DE OBSTÉTRICA**



- Seguir control por centro de salud
- Aseo e higiene diaria
- Dieta general
- Reposo
- Se brinda información a familiares



3. OBSERVACIONES

Para la realización de esta investigación se revisaron varias fuentes bibliográficas, revistas y artículos científicos con la finalidad de analizar todo lo referente a sepsis enfocada al área de obstetricia, sobre cómo realizar un buen diagnóstico y seguimiento correcto y oportuno en este tipo de pacientes.

Se destaca la conducta obstétrica, haciendo uso de las claves y score mama, ante una valoración, manejo y seguimiento de pacientes sépticas y de otras patologías acorde a las Normas y Protocolos del Ministerio de Salud Pública.



4. CONCLUSIONES

En pacientes obstétricas la sepsis en mayor parte se desarrolla de manera secundaria a infecciones del aparato genital, en las cuales los agentes etiológicos más comunes son: *Escherichia coli*, *Klebsiella pneumoniae*, *Enterobacter sp*, *Enterococcus faecalis* y bacterias anaerobias (Dr. José A, 2013).

La principal patología no obstétrica relacionada con sepsis en las gestantes es la infección urinaria; sin embargo, tomando en cuenta el país en donde reside la gestante es importante tomar en consideración patologías infecciosas de tipo tropical como la malaria originaria de la sepsis.

Tomando como ejemplo este caso, obtuvimos los resultados de los exámenes de sangre, en donde se confirma el diagnóstico de sepsis, teniendo Leucocitos de 18.15 en sangre y se asocian a esto la alteración de sus signos vitales tomando como referencia la investigación de los valores para diagnosticar sepsis y la tabla del score mama, en donde estas alteraciones nos ayudan a identificar la patología.

En donde los Protocolos de Manejo de Clave Amarilla del MSP nos indica que nuestra paciente debió cumplir con 2 o más de las siguientes variables: temperatura mayor a 38°C o menor a 36°C, frecuencia cardíaca mayor a 90 lpm, frecuencia respiratoria mayor a 20 por minuto, glóbulos blancos >12.000/ul o <4.000 o >10% de formas inmaduras, y en base a la evidencia podemos sustentar que nuestra paciente cumplió con 2 de estos parámetros, por lo que de inmediato se decidió aplicar el tratamiento esquematizado de las Guías del Ministerio de Salud Pública.



5. Bibliografía

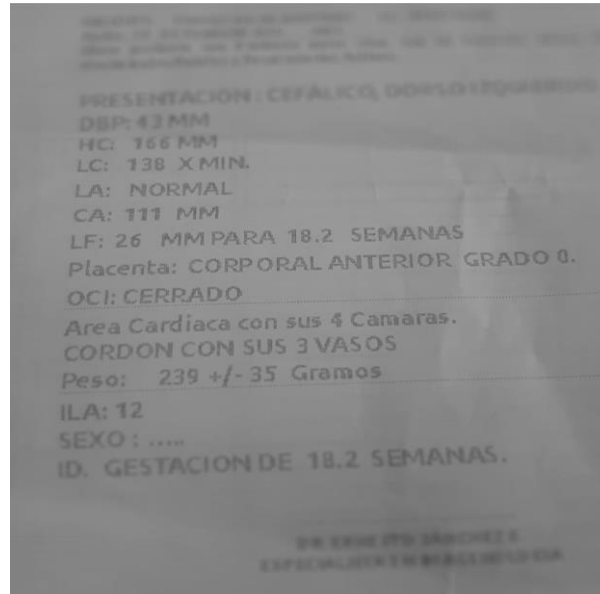
- (s.f.), I. N. (s.f.). Sepsis y shock séptico en obstetricia. *Servicio de Ginecología*.
- Abutheraa N, G. J. (2021). Sistemas de puntuación de sepsis y uso del paquete de atención sepsis six en hospitales de maternidad. *National Library of Medicine*.
- Álvarez-Goris, M. d. (2016). Reconociendo la sepsis como causa directa de muerte materna en la Terapia Intensiva Obstétrica. *Rev Asoc Mex Med Crit*.
- Angus, D. C. (2013). Sepsis severa y shock séptico. *The NEW ENGLAND JOURNAL of MEDICINE*.
- Arsanios DM, B. A. (2017). Actualización en sepsis y choque séptico: nuevas definiciones y evaluación clínica. *Repertorio de Medicina y Cirugía "FUCS"*.
- Barcelona, C. (s.f.). Protocolo: sepsis y shock séptico en gestación y puerperio. *Sant Joan de Deu*.
- Barton J, S. B. (2012). Sepsis severa y shock séptico en el embarazo. *PubMed.gov*.
- Briceño, I. (2005). Sepsis: etiología, clínica y diagnóstico. *MEDICRIT Revista de Medicina Interna y Medicina Crítica, 11*.
- Bullock, B., & Benham., M. D. (2021). Sepsis bacteriana. *StatPearl [Internet]*.
- Caro, J. (2014). *Guía de sepsis en obstetricia, Bogotá*.
- Carrasco, D. (2010). Protocolo diagnóstico terapéutico de la sepsis y shock séptico. *Scielo*.
- Champagne HA, G. M. (2020). Detección de rutina de la sepsis en una población obstétrica. *National Library of Medicine*.
- Dr. José A, H. P. (2013). Manejo de sepsis y choque séptico en el embarazo. *Perinatología y Reproducción Humana*.
- Edición médica. (2020). Salud Pública. *Edición médica*.
- Herrera Morales B, L. C. (2020). Predictores de la mortalidad en pacientes con sepsis obstétrica mediante el uso de una puntuación de sepsis obstétrica y evaluación secuencial de falla orgánica-obstétrica. *Revista del Colegio Mexicano de Medicina Crítica*.
- Herrera Morales, B. E. (2018). Predictores de mortalidad en pacientes con sepsis obstétrica mediante uso de score de sepsis obstétrica y evaluación secuencial de falla orgánica-obstétrica. *Scielo México*.
- Lino Arturo Rojas Pérez, L. A. (2019). Sepsis en obstetricia, incidencia y factores de riesgo. *ESPOCH-Salud Pública*.



- Marlon Adrian Laguado-Nieto, M. (2019). Actualización en sepsis y choque séptico en adultos. *Revista de la facultad de ciencias de la salud "MedUNAB"*.
- Medicina, B. N. (2019). Shock séptico. *Mediline plus*.
- Medicina, B. N. (2020). Gastroenteritis. *MedlinePlus*.
- Medicina, B. N. (2021). Sepsis. *MedlinePlus*.
- Medicine, T. S.-F. (2019). Sepsis durante el embarazo y el puerperio. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*.
- Mejia Monroy A, M. E. (2020). Sepsis y embarazo. *Revista de la Federación Centroamericana de Asociaciones y Sociedades de Obstetricia y Ginecología*.
- MSP. (2017). Score MAMÁ Y claves obstétricas. *GUIA DE PRÁCTICA CLINICA*.
- Nares-Torices.*J.-P.A., M. A. (2013). Manejo de sepsis y choque séptico en el embarazo. *PERINATOLOGÍA Y REPRODUCCION HUMANA*.
- Obstetricia, G. d. (2013). Guia de Sepsis en Obstetricia.
- Pérez, D. A. (2019). Sepsis en obstetricia, incidencia y factores de riesgo (Sepsis in obstetrics, incidence and risk factors). *Revistas ESPOCH-Facultad de Salud Pública*.
- Praktyczna, M. (2019). Sepsis y shock séptico. *empendium*.
- Prevención, diagnóstico y tratamiento de la sepsis materna. (2018). *Guía de Evidencias y Recomendaciones: Guía de Practica Clínica: México*.
- Rodriguez-Chávez, J. L. (2016). Sepsis en medicina materno fetal. *SALUDJALISCO*.
- ROJAS PÉREZ, L. A. (2019). Sepsis en obstetricia. *CSSN "ESPECIAL SEMINARIOS 2019"*.
- Yamilka Yard, J. N. (2020). Revision de sepsis obstétrica. *Revista Médica de Panamá*.



6. ANEXOS



ANEXO 1: Evidencia de la ecografía realizada a la paciente en el II Nivel de Atención.

| HEMOGRAMA: | | | |
|---------------------------|-------|----------------------|-------------|
| LEUCOCITOS | 18.15 | x 10 ⁹ /L | 4 - 10 |
| BASOFILOS# | 0.02 | 10 ³ /L | |
| BASOFILOS % | 0.1 | % | HASTA - 2 |
| NEUTROFILOS# | 16.79 | 10 ³ /L | |
| NEUTROFILOS % | 92.5 | % | 40 - 70 |
| EOSINOFILOS# | 0 | 10 ³ /L | |
| EOSINOFILOS % | 0 | % | HASTA - 5 |
| LINFOCITOS# | 0.85 | 10 ³ /L | |
| LINFOCITOS % | 4.7 | % | 25 - 50 |
| MONOCITOS# | 0.49 | 10 ³ /L | |
| MONOCITOS % | 2.7 | % | HASTA - 12 |
| HEMATIES | 3.87 | mm ³ /L | 3.5 - 5.5 |
| HEMOGLOBINA | 11.10 | g/dl | 9.5 - 16 |
| HEMATOCRITO | 32.3 | % | 36 - 47 |
| MCV | 83.5 | fL | 80 - 98 |
| MCH | 28.7 | pg | 27 - 32 |
| MCHC | 34.4 | % | 31 - 36 |
| RDW - CV | 14.0 | % | 11.5 - 14.5 |
| RDW - SD | 41.3 | fL | |
| PLAQUETAS | 235 | mm ³ /L | 150 - 450 |
| VOLUMEN PLAQUETARIO MEDIO | 8.2 | fL | 7.4 - 10.4 |
| PDW | 15.40 | - | |
| PCT | 0.19 | - | |

ANEXO 2: Exámenes de sangre con los que ingresó la paciente.



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIA DE LA SALUD
ESCUELA DE OBSTÉTRICA



LABORATORIO DE SEROLOGÍA Y BACTERIOLOGÍA

PACIENTE: BRITHANNY SCARLETH SUAREZ MEJIA CEDULA: 0943272849
FECHA: 26/02/2021 13:10:47 EDAD: 14 años
MEDICO: Aguirre Sonia Keyla Victoria SEXO: MUJER
MUESTRA: ADECUADA ANALISIS: 3210226012
CODIGO: SALA:

| | Resultado | Unidad | Valores Referenciales |
|---------------------------------|-----------|--------|--|
| P.especiales | | | |
| P.ESPECIALES | | | |
| Sar-Covid-19 Ag/Test PCR Rapido | NEGATIVO | - | Metodo Utilizado: Inmunocromatografía Correlacionar resultado con historia epidemiologica y manifestaciones clinicas del paciente. |

ANEXO 3: Examen de covid-19 realizado a la paciente.

LABORATORIO DE SEROLOGÍA Y BACTERIOLOGÍA

BRITHANNY SCARLETH SUAREZ MEJIA CEDULA: 0943272849
FECHA: 22/02/2021 18:19:20 EDAD: 14 años
MEDICO: Rosales Querales Javier Alejandro SEXO: MUJER
MUESTRA: ADECUADA ANALISIS: 2210222032
CODIGO: SALA:

| | Resultado | Unidad | Valores Referenciales |
|-------------------|-------------|--------|-----------------------|
| Serologia | | | |
| SEROLOGIA: | | | |
| VDRL | NO REACTIVO | - | |
| HIV 1 + 2 | NO REACTIVO | - | |

ANEXO 4: Exámenes de serología realizados a la paciente al momento del ingreso.