



UNIVERSIDAD TECNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE SALUD Y BIENESTAR
CARRERA DE OBSTETRICIA

**Componente práctico del Examen Complexivo previo a la obtención del
grado académico de Obstetrix/Obstetra**

TEMA PROPUESTO DEL CASO CLÍNICO

**“Conducta obstétrica en primigesta de 20 años con 22.2 semanas de gestación
con diagnóstico de shock séptico”**

AUTORA

LAURA LETICIA GRANIZO PAZOS

TUTORA

DRA. AIDA CASTRO POSLIGUA, PhD.

Babahoyo- Los Ríos- Ecuador

2022



ÍNDICE

| | |
|--|----|
| Título del Caso Clínico | 3 |
| INTRODUCCIÓN | 6 |
| I. MARCO TEORICO..... | 7 |
| Definición de sepsis | 7 |
| Definición shock séptico..... | 7 |
| Epidemiología del shock séptico..... | 7 |
| Fisiopatología del shock séptico | 7 |
| Manifestaciones clínicas del shock séptico..... | 8 |
| Fases clínicas del shock séptico..... | 9 |
| Factores de riesgo asociados a shock séptico durante el embarazo..... | 9 |
| Causas de shock séptico durante la gestación | 10 |
| Métodos de diagnóstico de shock séptico | 11 |
| Conducta obstétrica en shock séptico de gestantes..... | 12 |
| 1.1. Justificación..... | 15 |
| 1.2. Objetivos | 16 |
| 1.2.1. Objetivo general..... | 16 |
| 1.2.2. Objetivos específicos | 16 |
| 1.3. Datos generales | 17 |
| II. METODOLOGÍA DEL DIAGNÓSTICO..... | 18 |
| 2.1. Análisis del motivo de consulta y antecedentes..... | 18 |
| 2.2. Historial clínico de la paciente..... | 18 |
| 2.3. Principales datos clínicos que refiere el paciente sobre la enfermedad actual (Anamnesis) | 19 |
| 2.4. Examen físico (Exploración clínica) | 19 |
| 2.5. Información de exámenes complementarios realizados | 20 |



| | |
|---|----|
| 2.6. Formulación del diagnóstico presuntivo, diferencial y definitivo | 24 |
| 2.7. Análisis y descripción de las conductas que determinan el origen del problema y de los procedimientos a realizar | 25 |
| 2.8. Indicación de las razones científicas de las acciones de salud, considerando valores normales | 28 |
| 2.9. Seguimiento | 28 |
| 2.10. Observaciones | 35 |
| CONCLUSIONES..... | 36 |
| REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 37 |



AGRADECIMIENTO

En primer lugar, agradezco a Dios por haberme dado fuerzas para seguir con tan hermosa carrera, a la Dra. Aida Castro Posligua quien ha sido mi tutora para este caso clínico, muchas gracias por su dedicación, motivación, paciencia y guía.

Muy agradecida con mis padres Eddon Granizo y Martha Pazos por todo su esfuerzo y por no permitir rendirme, apoyándome incondicionalmente en todo, este gran recorrido, cada uno de mis logros y mi éxito se lo debo a ustedes.

A la Carrera de Obstetricia y a cada uno de los docentes, que formaron parte de mi educación teórica y práctica, fueron una guía para poder alcanzar el éxito.

LAURA LETICIA GRANIZO PAZOS



DEDICATORIA

El presente caso clínico se lo dedico a Dios por brindarme los recursos, la fuerza y el ahínco para culminar con éxito y cumplir con la meta propuesta.

A mis padres que fueron el impulso para seguir cada día en la lucha por cumplir mis sueños.

LAURA LETICIA GRANIZO PAZOS



Título del Caso Clínico

“CONDUCTA OBSTÉTRICA EN PRIMIGESTA DE 20 AÑOS CON 22.2 SEMANAS DE GESTACIÓN CON DIAGNÓSTICO DE SHOCK SÉPTICO”



RESUMEN

La sepsis es un síndrome clínico que se caracteriza por alteraciones biológicas, bioquímicas y orgánicas que pueden conllevar a falla multiorgánica y la muerte. Se origina por un proceso infeccioso del organismo, en gestantes se asocia a las infecciones de vías urinarias, pielonefritis y corioamnionitis. A nivel mundial, el shock séptico se encuentra dentro de las diez primeras causas de muerte en la población en general, en gestantes se estima que los casos de bacteriemia, sepsis y shock séptico corresponden del 0 al 12%. El presente caso clínico que se analiza corresponde a una paciente primigesta de 20 años transferida al Hospital General desde un Hospital de menor nivel de atención con un diagnóstico de embarazo de 22.2 semanas más shock séptico, se realizó la valoración respectiva en el área de emergencia, el ginecólogo de guardia decide su ingreso a hospitalización y es manejada por esquema de antibióticos, cuya conducta obstétrica aplicada es oportuna y eficiente porque se orientó en tratar la causa y se brindó un seguimiento diario por lo que se presentó una evolución favorable.

Palabras claves: Shock séptico, sepsis, pielonefritis, corioamnionitis.



ABSTRACT

Sepsis is a clinical syndrome characterized by biological, biochemical and organic alterations that can lead to multiple organ failure and death. It is caused by an infectious process of the organism, in pregnant women it is associated with urinary tract infections, pyelonephritis and chorioamnionitis. Worldwide, septic shock is among the ten leading causes of death in the general population, in pregnant women it is estimated that cases of bacteremia, sepsis and septic shock correspond to 0 to 12%. The present clinical case that is analyzed corresponds to a 20-year-old primigravida patient transferred to the General Hospital from a Hospital with a lower level of care with a diagnosis of pregnancy of 22.2 weeks plus septic shock, the respective assessment was carried out in the emergency area, the gynecologist on duty decides her admission to hospitalization and she is managed by an antibiotic scheme, whose applied obstetric behavior is timely and efficient because it was oriented towards treating the cause and daily follow-up was provided, so a favorable evolution was presented.

Key words: Septic shock, sepsis, pyelonephritis, chorioamnionitis.



INTRODUCCIÓN

La sepsis y el shock séptico constituyen una problemática mundial de salud pública que afecta a millones de personas, se estima que su mortalidad es aproximadamente del 25% (Avilés et al., 2018). Ambas patologías corresponden a un proceso complejo influenciado por diversos factores del huésped y de los microorganismos, además que los pacientes que sobreviven con sepsis presentan problemas psicológicos, físicos y cognitivos prolongados.

La sepsis es una enfermedad mortal y común, en donde el profesional sanitario al conocer su epidemiología ha podido detectar los pacientes que tienen mayor riesgo de presentarla. Algunos factores que aumentan su incidencia, corresponden a la edad, uso de agentes inmunosupresores, procedimientos invasivos y microorganismos resistentes. Se considera que la tasa de sepsis en la población mundial se mantiene entre el 20 al 30%, a pesar del soporte vital avanzado y el empleo de agentes antimicrobianos potentes (Nares et al., 2018).

Estas patologías son poco frecuentes en la población obstétrica, según la Organización Mundial de la Salud (OMS) se presenta con una incidencia de 0.96 a 7.1 por cada 1000 gestantes de grupo etario de 15 a 49 años y usualmente se relacionan a corioamnionitis, pielonefritis, neumonía y aborto séptico (Rodríguez et al., 2016).

En el presente trabajo se expone una emergencia obstétrica que se evidenció en un establecimiento de salud del país, que corresponde a un caso de shock séptico en una gestante que cursaba 22.2 semanas, esta situación requirió de un diagnóstico temprano y un manejo oportuno para evitar repercusiones.

La finalidad del presente estudio es analizar la conducta obstétrica en una primigesta con diagnóstico de shock séptico a las 22.2 semanas de embarazo, con la finalidad de relacionar la terapéutica empleada y el manejo referido en la literatura médica para de esta manera establecer si el procedimiento obstétrico aplicado permitió disminuir las complicaciones asociadas a la patología, objeto de estudio.



I. MARCO TEORICO

Definición de sepsis

Es una disfunción orgánica generada como una respuesta anómala del huésped a un proceso infeccioso que amenaza la vida del individuo. Se manifiesta con un riesgo de mortalidad elevada de aproximadamente un 10% en la población general (Medicina Fetal Barcelona, 2018).

Definición shock séptico

Evento generado por una sepsis más anormalidades de la circulación del metabolismo y de las células adyacentes las cuales son lo suficientemente graves para incrementar la mortalidad. Clínicamente, se caracteriza por presentar una tensión arterial media mayor o igual a 65 mmHg y presencia de lactato sérico mayor o igual a 2 mmol/L en ausencia de hipovolemia. La tasa de mortalidad del shock séptico en la población general bordea aproximadamente el 40% (David & Matute, 2021).

Epidemiología del shock séptico

A nivel mundial, el shock séptico se encuentra entre las diez primeras causas de muerte en población general, en el embarazo la sepsis ha sido subestimada siendo la frecuencia del 12%. En la población obstétrica, la sepsis y el shock séptico presenta una incidencia del 0.8% a 3% respectivamente. La Organización Mundial de la Salud (OMS) determinó que la incidencia de sepsis en el embarazo es de 7.1 por cada 1000 gestantes entre los 15 y 49 años con una mortalidad del 28% (Yancha, 2018).

Por lo expuesto anteriormente se evidencia que el shock séptico es un suceso poco frecuente en las gestantes, se origina por procesos infecciosos que en este grupo prioritario se menciona a la corioamnionitis, pielonefritis y las infecciones de vías urinarias recurrentes.

Fisiopatología del shock séptico

El shock séptico es un síndrome que aparece debido a la proliferación de microorganismos gram negativos y gram positivos, en el primero de los



casos el factor predominante es una endotoxina compuesta por lipopolisacáridos que se adhieren a la pared celular de la bacteria Gram negativa, entre los principales gérmenes se encuentran la Escherichia Coli, Klebsiella Pneumoniae, Enterobacter, Proteus y en menor frecuencia la Pseudomona Aeruginosa. En segundo lugar, el shock séptico resulta de la acción de una exotoxina producida por el Clostridium Welchii que actúa de manera anaeróbica. La paciente gestante tiene una mayor predisposición para el shock séptico evidenciándose con mayor frecuencia en pacientes que cursan con aborto séptico, infección puerperal, pielonefritis, ruptura prematura de membranas, entre otros (Yancha, 2018).

El shock séptico se considera como un tipo de choque distributivo en el que un reparto inadecuado de flujo sanguíneo que genera una falla circulatoria, en donde algunos tejidos del cuerpo quedan desprovistos de flujo sanguíneo. Estos cambios se manifiestan con disminución del retorno venoso, caída del volumen cardíaco y la presión arterial, luego de la hipovolemia se producen pérdidas de líquido por fiebre, vómitos y diarrea. Se genera una disminución de la perfusión de órganos vitales, hipoxia celular, cambios metabólicos e inclusive muerte celular. En los pulmones se produce una congestión vascular, edema septal y colapso alveolar, así también como hipoxemia e hiperventilación y a nivel hepático se genera una disminución de la gluconeogénesis y aumento del uso de glucosa por los tejidos lo que conlleva a la hipoglicemia, además existe lesión y compromiso de las células de Kupffer y los hepatocitos (Rodríguez & Bañuelos, 2019).

Manifestaciones clínicas del shock séptico

La fase temprana de la sepsis se manifiesta con signos locales de infección, en esta etapa la presión arterial, la biometría hemática y los datos bioquímicos de laboratorio suelen no manifestar alteraciones. Conforme progresa la infección, se evidencia la hipoperfusión en forma de acidosis metabólica, acidosis láctica, oliguria, vasoconstricción periférica, cianosis y disfunción de órganos diana. En las pacientes con sepsis, los niveles de



antitrombina están disminuidos como resultado del aumento del consumo y degradación celular (Puertas & Gallo, 2020).

Fases clínicas del shock séptico

- Primera fase o fase temprana: La gestante se muestra hipotensa, caliente, fascie rubicunda, fiebre, sudoración, escalofríos, taquicardia, pulso perceptible y se mantiene el flujo urinario.
- Segunda fase: Se manifiesta con hipotensión, frialdad que se acompaña de palidez y piel pegajosa, fiebre mayor de 38.5°C, pulso perceptible, disminución de la presión arterial y oliguria, en esta fase es donde usualmente se realiza el diagnóstico de shock séptico.
- Tercera fase: Es la fase irreversible que cursa con hipoxia celular progresiva, acidosis metabólica, exceso de niveles de lactato sanguíneo, anuria, paro cardíaco y distrés respiratorio. La mortalidad es aproximadamente del 80% y dependerá de la rapidez del diagnóstico e inicio del tratamiento (Díaz, 2020).

Factores de riesgo asociados a shock séptico durante el embarazo

Factores obstétricos

- Amniocentesis y procedimientos invasivos.
- Cerclaje cervical.
- Ruptura prematura de membranas.
- Trabajo de parto prolongado.
- Múltiples tactos vaginales (>5).
- Trauma vaginal.
- Cesárea.

Factores de la paciente

- Obesidad.
- Alteración en la tolerancia a la glucosa.
- Diabetes mellitus.
- Alteraciones inmunológicas.
- Desnutrición materna.



- Anemia.
- Infecciones cervico-vaginales.
- Antecedente de infecciones pélvicas.
- Insuficiencia renal.
- Uso previo de antibiótico de amplio espectro (Cuero & Moreno, 2018).

Causas de shock séptico durante la gestación

Entre las causas más frecuentes asociadas al shock séptico, se encuentran:

- Corioamnionitis: Se caracteriza por la inflamación aguda del amnios y corion que se manifiesta con fiebre mayor a 38.5°C, sensibilidad uterina, descarga vaginal fétida, taquicardia materna >100 lpm y taquicardia fetal >160 lpm (Armas & Cano, 2019).
- Ruptura prematura de membranas: Consiste en la pérdida de continuidad de las membranas corioamnióticas que se manifiesta con la salida de líquido amniótico al exterior del canal vaginal, lo que favorece el ascenso de microorganismos patógenos. La ruptura de membranas es frecuente en embarazos pretérminos como consecuencia de infecciones genitourinarias recurrentes.
- Aborto séptico: Es el aborto en el que coexiste una infección diseminada por vía linfática, hemática o/y canalicular. Clínicamente se observan signos de infección como pelviperitonitis, peritonitis difusa, tromboflebitis pelviana, entre otros. El cuadro clínico incluye escalofríos, fiebre, flujo vaginal, escalofríos y palidez (Badía & Pertusa, 2019).
- Pielonefritis: Causa no relacionada al aparato genital que se produce por la invasión y proliferación de microorganismos patógenos a nivel de la vía urinaria superior afectando a uno o ambos riñones, cursa con fiebre, hipotensión, taquicardia materna, dolor a la puño percusión y dolor pélvico (Barrionuevo, 2018).
- Neumonía: Causa obstétrica grave asociada a shock séptico, es una afección respiratoria que afecta a los pulmones generando una inflamación asociada a infección de microorganismos a nivel del tracto



respiratorio. La neumonía puede ser adquirida con facilidad cuando la gestante presenta un sistema inmunológico débil, cursa con tos productiva, fiebre alta, congestión, dolor torácico, disnea y escalofríos.

Métodos de diagnóstico de shock séptico

Datos de laboratorio

Los hallazgos más comunes de laboratorio en pacientes con shock séptico durante el embarazo corresponde a la leucocitosis ($>11.000 \text{ mm}^3$), sin embargo en casos graves de sepsis puede presentarse leucopenia y neutropenia como resultado de la supresión de la médula ósea (Nares & Hernández, 2019).

Los exámenes de laboratorio a nivel de la función renal muestran una elevación de la creatinina ($>1.3 \text{ mg/dL}$), el lactato sérico se eleva hasta por más de 4.0 mmol/L . En una paciente con sepsis es necesario solicitar los siguientes exámenes de laboratorio: biometría hemática, equilibrio ácido-base, lactato en sangre, pro calcitonina, hemocultivo, urocultivo y gasometría arterial.

Pruebas de imágenes

Se solicitan exámenes de imágenes según la sospecha del foco infeccioso de acuerdo a la evaluación del cuadro clínico y analítico:

- Ecografía renal: En caso de sospecha de foco urinario.
- Ecografía ginecológica: En caso de sospecha de endometritis.
- Radiografía de tórax: En caso de sospecha de neumonía o edema agudo de pulmón.
- TAC abdomino-pélvico: Con contraste si se sospecha de colección abdominal, lesión intestinal, lesión urológica o sospecha de trombosis (Petro & García, 2019).

Quick SOFA

Ante una paciente con sospecha de infección se aplica la escala q-SOFA (quick- Sequential [Sepsis-Related] Organ Failure Assessment). Si se trata de



una paciente gestante o puérpera debe aplicarse la escala q-SOFA obstétrico, modificado para aumentar la sensibilidad (37,5% al 81.2%) y la especificidad (72.2% al 75%) en pacientes gestantes (Dulay, 2019).

La escala q-SOFA es un método rápido con un alto valor predictivo negativo para sepsis. 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. Sospecharemos una sepsis cuando estén presentes al menos 2 criterios. La escala del Quick SOFA dispone de 3 parámetros:

- Tensión arterial sistólica, se otorga el puntaje 0 en los valores mayores o iguales a 90 mmHg y el puntaje 1 cuando es menor o igual a 90 mmHg.
- Frecuencia respiratoria, se indica una puntuación de 0, si las respiraciones por minuto son menos de 25 y el puntaje de 1 cuando el número de respiraciones es mayor a 25.
- Estado de conciencia, se indica un puntaje de 0 cuando la paciente esta alerta o activa, mientras que el puntaje 1 al observar a la paciente somnolienta.

Conducta obstétrica en shock séptico de gestantes

Ante la sospecha diagnóstica y tras la recolección de los cultivos se debe de iniciar tratamiento antibiótico lo más rápido posible.

Antibioticoterapia

La terapéutica debe iniciarse luego de la primera hora de la sospecha diagnóstica, hasta que se obtengan los resultados del cultivo para la modificación del tratamiento, si el caso así lo amerita.

- Si es un foco infeccioso conocido, se debe iniciar con el tratamiento antibiótico empírico de amplio espectro según los protocolos específicos.
- En caso de foco compatible con absceso/colección, valorar drenaje en las primeras 12 horas.
- En caso de sepsis con foco infeccioso desconocido, tratamiento antibiótico previo o prolongado, sin respuesta al tratamiento tras 48



horas o paciente en shock séptico se empleará el siguiente esquema de antibióticos.

Meropenem 1-2 g cada 6-8 horas (administrar la primera dosis en 30 minutos y las siguientes en 4 horas) + Daptomicina (10mg/kg con 700mg dosis máxima. Existen viales de 500mg y de 350mg) o Linezolid 600mg cada 12 horas por vía endovenosa.

Si la paciente es alérgica a la penicilina, se empleará Aztreonam 1-2 g cada 6-8 horas (administrar la primera dosis en 30 minutos y las siguientes en 3-4 horas) + Amikacina 1gr cada 24 horas (valorar en pacientes con insuficiencia renal) por vía endovenosa o Fosfomicina 2gr cada 6 horas (valorar la sobrecarga de Na que puede producir en pacientes con hipertensión arterial, insuficiencia cardiaca o ascitis).

Tratamiento sintomático

El aporte de líquidos es el primer paso en el soporte hemodinámico en pacientes que presentan hipotensión y/o hipoperfusión. La sueroterapia debe realizarse bajo estricta vigilancia, evitando la sobrehidratación y adaptada al cuadro clínico y la comorbilidad de la paciente, debido a que las gestantes tienen un riesgo mayor de desarrollar edema agudo de pulmón (EAP) porque la presión oncótica disminuye en esta etapa (Duarte, 2019).

Oxigenoterapia

La oxigenoterapia está indicada cuando la saturación de oxígeno (SpO₂) es menor a 93% en puérperas o 95% en gestantes, con la finalidad de conseguir y mantener una saturación de oxígeno entre el 96-98%, lo que disminuye la taquipnea secundaria y la frecuencia respiratoria por debajo de 22 rpm (Pantoja, 2018).

Inicialmente, la oxigenoterapia se administrará con gafas nasales o con una FiO₂ 28-35% pasando a alto flujo en caso de ser necesario con una FiO₂ 50-100%. Si la taquipnea persiste por más de 30rpm y la PaFi <200 es criterio



de ventilación mecánica e ingreso en Unidad de Cuidados Intensivos (Rojas & Rojas, 2021).

Drogas vasoactivas

Se indicarán de acuerdo con la evolución del estado hemodinámico de la paciente y en base a las indicaciones del Servicio de Anestesiología. En pacientes hipotensas que no responden a la fluidoterapia o no son candidatas a una resucitación intensiva, los vasopresores se utilizan para aumentar la presión sanguínea. La noradrenalina es la droga vasoactiva de elección durante el parto y puerperio a dosis de 0.5 ug/kg/min (Meniz, 2020).

Otras medidas

- Profilaxis tromboembólica: Se indica cuando no existe sospecha de hemorragia aguda, ni indicación de finalización del embarazo en mínimo 12 horas. Recordar el ajuste de dosis sin compromiso renal, si existe una contraindicación para la heparina, se llevarán a cabo medidas físicas de compresión de extremidades inferiores.
- Tratamiento/profilaxis anemia: Se indicará la transfusión de hematíes, si el valor de hemoglobina es menor de <7g/dL para conseguir niveles de al menos 7 y 9 g/dL, cuando se haya resuelto la hipoperfusión tisular.
- Tratamiento de la plaquetopenia: En pacientes con sepsis grave o shock séptico; en ausencia de hemorragia, se sugiere que las plaquetas se administren de manera preventiva cuando los recuentos son menores de 10.000/mm³ o menor de < 20.000/mm³ si la paciente presenta riesgo de hemorragia. Se recomiendan recuentos plaquetarios en caso de hemorragia activa, cirugía o procedimientos invasivos (Eiros, 2018).

Tratamiento empleado en la paciente del caso clínico

En el Hospital General, donde fue hospitalizada la paciente se realizó el siguiente manejo:

- Se solicitó exámenes de laboratorio: biometría hemática completa, uroanálisis, urocultivo, hemocultivo, reacción de Widal.



- Se administra tercer esquema para sepsis, compuesto por: Ceftriaxona 2gr, luego 1gr IV c/12 horas + Clindamicina 900 mg IV c/8 horas + Gentamicina 160 mg IV cada día.
- Luego se cambia por el cuarto esquema para sepsis: Piperacilina/Tazobactam 4.5g intravenosa cada 6 horas (7 días) asociado con Clindamicina 600 mg IV c/ 6 horas, los dos primeros días.
- Se realizó la maduración pulmonar: Betametasona 12 mg intramuscular cada 24 horas por 2 dosis.

1.1. Justificación

La mortalidad por sepsis en no gestantes es aproximadamente del 10% y al presentarse shock séptico el porcentaje es mayor o igual al 40%. De acuerdo con Herrera et al. (2018), cada año en el mundo, entre 20 a 30 millones de personas tuvieron sepsis; en el caso de mujeres gestantes constituye una de las principales causas de muerte materna, representando el 15% de decesos de puérperas.

Se considera de gran relevancia abordar el presente caso debido a que el shock séptico en mujeres gestantes es considerado como una de las tres principales causas de muerte materna que no cuenta con muchas investigaciones sobre su atención y porque se relaciona frecuentemente con infecciones no diagnosticadas que conllevan a la discapacidad materna y la infección neonatal aumentando las cifras de mortalidad infantil principalmente en países de bajos recursos como el nuestro.

Por lo expuesto anteriormente, resulta importante la ejecución del trabajo debido a que está fundamentado teóricamente con información actualizada sobre diversos aspectos, entre ellos: su fisiopatología, factores de riesgo, medios de diagnóstico, tratamiento, entre otros, lo que contribuirá para la elaboración de futuras investigaciones sobre la temática de estudio y la implementación de esquemas terapéuticos efectivos.



1.2. Objetivos

1.2.1. Objetivo general

- Analizar la conducta obstétrica empleada en la atención de una primigesta de 20 años con 22.2 semanas con diagnóstico de shock séptico.

1.2.2. Objetivos específicos

- Describir las técnicas diagnósticas y el manejo terapéutico empleado en la paciente primigesta de 22.2 semanas con diagnóstico de shock séptico.
- Relacionar la terapéutica aplicada con el proceso de evolución de la paciente gestante con shock séptico.
- Identificar la causa asociada al shock séptico que presentó la paciente primigesta del estudio.



1.3. Datos generales

| | |
|--|--|
| Nombres completos: XXX | Sexo: Femenino. |
| Cedula de identificación: XXXXX | Edad: 20 años. |
| Fecha de nacimiento: XXXXXX | Estado civil: Soltera. |
| Nacionalidad: Ecuatoriana. | Ocupación: Ama de Casa. |
| Nivel de estudio: Primaria. | Raza: Mestiza. |
| Dirección: Av. Márquez de la Plata/ Santa Elena. | Religión: Católica. |
| Nivel sociocultural/económico: Bajo. | Hospital: Hospital General Dr. Liborio Panchana Sotomayor. |
| Fecha de ingreso: 02-11-2021. | FUM: 17/05/2021. |

Fuente: Expediente clínico del Hospital General Dr. Liborio Panchana Sotomayor.

Elaborado por: Laura Leticia Granizo Pazos.



II. METODOLOGÍA DEL DIAGNÓSTICO

2.1. Análisis del motivo de consulta y antecedentes

Paciente embarazada de 20 años fue referida del Hospital de Manglaralto al servicio de gineco-obstetricia del Hospital General Dr. Liborio Panchana Sotomayor donde se realiza su ingreso por el área de emergencia por presentar un cuadro clínico de 1 día de evolución que se caracteriza por escalofríos, fiebre y deposiciones diarreicas con una frecuencia diaria de cinco deposiciones durante 24 horas.

2.2. Historial clínico de la paciente

| | |
|--|--|
| Antecedentes patológicos personales | Infecciones de vías urinarias recurrentes. |
| Antecedentes patológicos familiares | No refiere. |
| Antecedentes quirúrgicos | No refiere. |
| Alergias | No refiere. |
| Hábitos | Ninguno. |
| Antecedentes Gineco-Obstétricos | |
| Menarquia | 12 años |
| Ciclos Menstruales: | Regulares 5-7 días |
| Inicio de vida sexual: | 16 años |
| Planificación Familiar: | Ninguna. |
| Parejas sexuales: | 2. |
| Gestas: | Gestas: 0 Partos: 0 |
| Fecha de la última menstruación: | 17/05/2021 |
| Controles prenatales del embarazo actual: | 2 |
| Ecografías: | 4 |
| Edad gestacional: | 22.2 semanas por FUM |
| Papanicolaou: | Ninguno |

Fuente: Expediente clínico del Hospital General.

Elaborado por: Laura Leticia Granizo Pazos.



2.3. Principales datos clínicos que refiere el paciente sobre la enfermedad actual (Anamnesis)

Paciente embarazada primigesta de 20 años, sus familiares refieren que fue hospitalizada anteriormente en el Hospital General por 7 días en el área de UCI, fue transferida desde el Hospital de Manglaralto el día 02-11-2021 con cuadro clínico de 1 día de evolución caracterizado por fiebre no cuantificada, escalofríos y deposiciones diarreicas, presenta como antecedente patológico personal de relevancia a infecciones de vías urinarias recurrentes durante la gestación, de acuerdo con la FUM 17/05/2021 se calcula que se encuentra en la semana 22.2. Se evidencia un SCORE MAMA: 7 (presión arterial: 90/40, frecuencia cardíaca: 80 lpm, temperatura: 36.2°C, frecuencia respiratoria: 22 rpm, saturación de oxígeno: 97%, proteinuria: positivo). El médico del servicio de emergencia le realiza rastreo ecográfico donde se observa feto único vivo transverso, se le solicita exámenes de laboratorio, es valorada junto al ginecólogo de guardia que indica su ingreso hospitalario y prescribe su tratamiento con tercer esquema de antibioticoterapia para sepsis.

2.4. Examen físico (Exploración clínica)

| | |
|----------------|--|
| Cabeza | Normo cefálica, conjuntivas normales, vías aéreas permeables, pabellón auditivo sin patología, mucosas orales húmedas. |
| Cuello | Sin adenopatías. |
| Tórax | Simétrico expansible, cardiopulmonar normal. |
| Mama | Simétricas, no dolorosas a la palpación. |
| Abdomen | Globuloso compatible con gestación de 22 semanas, sin actividad contráctil. |



| | |
|---------------------|---|
| Área genital | Cuello posterior, no sangrado genital, no pérdida de líquido amniótico. |
| Extremidades | Sin patología aparente, no edemas. |

Fuente: Expediente clínico del Hospital General.

Elaborado por: Laura Leticia Granizo Pazos.

2.5. Información de exámenes complementarios realizados

| REPORTE ECOGRÁFICO (05/11/2021) |
|---|
| <p>Ecografía abdominal</p> <p>Hígado de parénquima homogéneo que mide 12.2 cm. Vesícula biliar bien distendida de bordes y paredes regulares, mide 11.5 cm. Riñón derecho que mide 11.2 x 6.5 x 1.6 cm con presencia de imagen hiperecogénica de 1.1cm. Riñón izquierdo que mide 12.5 x 6.2 x 1.3 cm con presencia de imágenes hiperecogénicas que miden 0.65 cm x 0.67 cm. Ambos riñones conservan su relación corticomedular. Páncreas no discriminable por la aerocolia existente. Bazo de ecoestructura conservada que mide 11.2 cm. ID: Litiasis renal bilateral con dilatación leve del sistema excretor.</p> <p>Ecografía obstétrica</p> <p>Se realizó estudio de ecografía obstétrica en equipo Chison CBIT 4 con sonda convexa de 3.5 MHZ en lo cual se determina:</p> <p>Feto único vivo, presentación cefálica derecha, movimientos fetales presentes activos. Latidos cardíacos fetales audibles y visibles 135 por minuto. Placenta fúndica posterior, grado de madurez: 0/III, no signos de desprendimiento. Biometría fetal: DBP: 4.9 cm, 22 SG. CC: 19.5 cm, 21 SG. AC: 20.1, 21 SG. LF: 3.9 cm, 21.3 CM. Peso 770.75 gramos. ILA 13.25 CM (Normal). ID: Embarazo de 22.2 semanas de gestación.</p> |

Fuente: Expediente clínico del Hospital General.

Elaborado por: Laura Leticia Granizo Pazos.



| PRUEBA DE LABORATORIO DÍA 02/11/2021 | | |
|--------------------------------------|---------------------------|-------------------|
| Examen | Resultado | Valor referencial |
| Hemoglobina | 9.7 g/dl | 13-17 |
| Hematocrito | 28.4 % | 40-50 |
| Plaquetas | 208 10 ³ /uL | 150-450 |
| Glóbulos blancos | 27.11 10 ³ /uL | 4-10 |
| Neutrófilos (%) | 90% | 55-65 |
| Glucosa en ayunas | 95 mg/dl | 70-110 mg/dl |
| Urea | 15.0 mg/dl | 7-20 mg/dl |
| Creatinina | 0.40 mg/dl | 0.4-1.1 mg/dl |
| Transaminasa pirúvica | 14 U/L | 10-41 U/L |
| Transaminasa oxalacética | 21 U/L | 5-37 U/L |
| PCR | 393 mg/dl | 10-50 |
| Sífilis | No reactivo | -- |
| VIH | No reactivo | - |
| Grupo sanguíneo | O+ | - |

Fuente: Expediente clínico del Hospital General.

Elaborado por: Laura Leticia Granizo Pazos.



| PRUEBA DE LABORATORIO DÍA 03/11/2021 | | |
|---|---|-------------------|
| Examen | Resultado | Valor referencial |
| Hemoglobina | 9.8 g/dl | 13-17 |
| Hematocrito | 28.8 % | 40-50 |
| Plaquetas | 227 10 ³ /uL | 150-450 |
| Glóbulos blancos | 29.4 10 ³ /uL | 4-10 |
| Cultivo de orina | Negativo: Recuento menor de 10.000 UPC/mL | - |
| Hemocultivo (hace 2 meses, hospitalización previa) | E. Coli productora de blee | - |

Fuente: Expediente clínico del Hospital General.

Elaborado por: Laura Leticia Granizo Pazos.

| PRUEBA DE LABORATORIO DÍA 04/11/2021 | | |
|--------------------------------------|---------------------------|-------------------|
| Examen | Resultado | Valor referencial |
| Hemoglobina | 9.6 g/dl | 13-17 |
| Hematocrito | 28.5 % | 40-50 |
| Plaquetas | 248 10 ³ /uL | 150-450 |
| Glóbulos blancos | 27.75 10 ³ /uL | 4-10 |
| Neutrófilos (%) | 92.6% | 55-65 |
| Glucosa en ayunas | 99 mg/dl | 70-110 mg/dl |
| Urea | 17.0 mg/dl | 7-20 mg/dl |



| | | |
|---------------------------------|------------|--------------------------------------|
| Creatinina | 0.30 mg/dl | 0.4-1.1 mg/dl |
| Transaminasa pirúvica | 15 U/L | 10-41 U/L |
| Transaminasa oxalacética | 17 U/L | 5-37 U/L |
| PCR | 376 mg/l | <10 mg/l = Normal >10 mg/l = Alto |

Fuente: Expediente clínico del Hospital General.

Elaborado por: Laura Leticia Granizo Pazos.

| PRUEBA DE LABORATORIO DÍA 05/11/2021 | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| Examen | Resultado | Valor referencial |
| Hemoglobina | 9.9 g/dl | 13-17 |
| Hematocrito | 29.3 % | 40-50 |
| Plaquetas | 256 10 ³ /uL | 150-450 |
| Glóbulos blancos | 14.7 10 ³ /uL | 4-10 |

Fuente: Expediente clínico del Hospital General.

Elaborado por: Laura Leticia Granizo Pazos.

| PRUEBA DE LABORATORIO DÍA 08/11/2021 | | |
|---|-------------------------|--------------------------|
| Examen | Resultado | Valor referencial |
| Hemoglobina | 11.7 g/dl | 13-17 |
| Hematocrito | 29.5 % | 40-50 |
| Plaquetas | 342 10 ³ /uL | 150-450 |



| | | |
|-------------------------|---------------------------|-------|
| Glóbulos blancos | 12.60 10 ³ /uL | 4-10 |
| Neutrófilos (%) | 69.6% | 55-65 |

Fuente: Expediente clínico del Hospital General.

Elaborado por: Laura Leticia Granizo Pazos.

2.6. Formulación del diagnóstico presuntivo, diferencial y definitivo

El ingreso de la gestante por el área de emergencia se realiza el 02 de noviembre del 2021, la infección de vías urinarias recurrente es el principal antecedente personal de la paciente. La paciente fue hospitalizada con anterioridad en la institución, estuvo en el área de UCI con tratamiento antibiótico de piperacilina + tazobactam durante los 7 días de estadía. Cursa 22 semanas de gestación y en el día del ingreso fue transferida del Hospital de Manglaralto con diagnóstico de Embarazo de 22.2 semanas de gestación más sepsis no especificada, con este mismo diagnóstico se ingresa a la gestante de acuerdo a la valoración del ginecólogo de guarda, quien solicita exámenes de laboratorio (urocultivo, hemocultivo, biometría, reacción de Widal) para identificar el foco de sepsis, prescribe tercer esquema de antibióticos y se registra Score MAMÁ 7. En el área de hospitalización, en la revisión de los resultados de laboratorio se evidencia leucocitosis y presencia de proteinuria por tirilla reactiva con un Score MAMÁ 4. Se determina la impresión diagnóstica de clave amarilla sin criterio Near Miss y el ingreso a cuidados intermedios. El reporte ecográfico renal fue de Litiasis renal bilateral más dilatación leve del sistema excretor y el reporte ecográfico obstétrico fue Embarazo de 22.2 semanas en condiciones normales.

Diagnóstico diferencial:

- Seudosepsis.
- Shock cardiogénico.
- Shock anafiláctico.



Diagnóstico definitivo:

- Embarazo de 22.2 semanas de gestación más Shock séptico de origen urinario más Anemia moderada.

Diagnósticos CIE:

- Supervisión del primer embarazo normal CIE Z340
- Infección del riñón en el embarazo CIE O230
- Otras sepsis especificadas CIE A418
- Anemia de tipo no especificado CIE D649

2.7. Análisis y descripción de las conductas que determinan el origen del problema y de los procedimientos a realizar

Paciente embarazada de 20 años ingresó por el área de emergencia del Hospital (02/11/2021), AGO: Primigesta, APP: Infección de vías urinarias recurrente durante el embarazo. Antecedente de haber estado hospitalizada en esta misma institución hace dos meses en el área de UCI. Referida el 02 de noviembre del 2021 por el Hospital de Manglaralto con diagnóstico de Embarazo de 22.2 semanas de gestación por FUM más sepsis no especificada de aparente foco urinario, manejada con el siguiente tratamiento:

- Ceftriaxona 1g intravenosa cada 12 horas.
- Gentamicina de 160 mg intravenosa cada día.
- Metronidazol 500 mg intravenosa cada 8 horas.
- Betametasona 12 mg intravenosa.

Valoración:

Cuadro clínico de 1 día de evolución caracterizado por escalofríos más fiebre y deposiciones diarreicas. Al momento, paciente despierta orientada en tiempo espacio y persona que colabora con interrogatorio, refiere movimientos fetales, no actividad uterina, no sangrado genital, no salida de líquido amniótico. No refiere dolor abdominal. Score MAMÁ: 7 (PA 90/40, FC 95 lpm, T 36, FR 22 rpm, SO 97%, Proteinuria positiva). Ginecólogo decide su ingreso hospitalario con tercer esquema de antibioticoterapia:



- Ceftriaxona 1 g intravenosa cada 12 horas
- Metronidazol 500 mg intravenoso cada 8 horas o Clindamicina 600 mg intravenosa cada 6 horas.

Manejo y tratamiento hospitalario (7 días de hospitalización)

- 02/11/2021.- Paciente gestante estable hasta el momento, Score Mamá 4 (PA 100/60, FC 125, SAT 98%, T 36°C, FR 20, PROTEINURIA +). No refiere sintomatología clínica y no ha presentado deposiciones diarreicas. Luce afebril, normotensa, semihidratada. Exámenes solicitados: biometría, hemocultivo, urocultivo, reacción de Widal. Interconsulta a cuidados intensivos. Se solicita ecografía renal.
- 02/11/2021.- Evaluación UCI, paciente gestante al momento con buena actividad fetal, no actividad uterina, no refiere dolor abdominal. Paciente conciente, orientada en tiempo y espacio. A la especuloscopia, abundante secreción blanquecina. Paciente con impresión diagnóstica de clave amarilla. Exámenes de laboratorio: Glóbulos blancos 27.11. Servicio de gineco-obstetricia refiere haber tomado muestras para urocultivo y hemocultivo, se decide ingreso a cuidados intermedios.
- 03/11/2021.- Evaluación UCI, paciente orientada en tiempo y espacio, Score Mamá 3 (PA 97/51, FC 96, SAT 99%, T 36°C, FR 21, PROTEINURIA +). Gestante con diagnóstico de sepsis de origen desconocido más anemia moderada. Se realiza ecografía obstétrica, evidenciándose feto único vivo en presentación cefálica, líquido amniótico normal, latidos cardíacos presentes. Al momento antibioticoterapia: Piperacilina + Tazobactam + Clindamicina. Se recabaron resultados de hemocultivo del ingreso anterior, donde se aísla E. Coli. Se administró segunda dosis de maduración pulmonar, se mantiene con pronóstico reservado.
- 04/11/2021.- Paciente tranquila, afebril, con Score MAMÁ 1 (PA 110/60, FC 92, SAT 99%, T 36°C, FR 22, PROTEINURIA +). Se solicita ecografía obstétrica, abdominal con énfasis renal, frotis de sangre periférica y en espera de resultados de urocultivo y hemocultivo.



Antibióterapia de cuarto esquema: Piperacilina/ Tazobactam 4.5g intravenosa cada 6 horas. Se evidenció disminución de leucocitos que al ingreso eran de $27 \times 10^3/\mu\text{L}$, actualmente estaban de $21.7 \times 10^3/\mu\text{L}$.

Valoración cardiología: Corazón con estructura y función normal, taquicardia secundaria a sepsis, no amerita tratamiento específico.

Antibióterapia de cuarto esquema: Piperacilina/ Tazobactam 4.5g intravenosa cada 6 horas.

- 05/11/2021.- Paciente cursa su tercer día de ingreso hospitalario, Score MAMÁ 1, maduración fetal completa. Antibióterapia de cuarto esquema: Piperacilina/ Tazobactam 4.5g intravenosa cada 6 horas. Resultados de laboratorio: Leucocitos $14.7 \times 10^3/\mu\text{L}$, Hemoglobina 9.9 g/dL. Ecografía abdominal reporta litiasis renal bilateral con dilatación leve del sistema excretor. Ecografía obstétrica reporta embarazo de 22.2 semanas de gestación.
- 06/11/2021.- Paciente cursa su cuarto día de ingreso hospitalario, Score MAMÁ 1, maduración fetal completa. Antibióterapia de cuarto esquema: Piperacilina/ Tazobactam 4.5g intravenosa cada 6 horas. Resultado de urocultivo, sin crecimiento bacteriano.
- 07/11/2021.- Paciente cursa su quinto día de ingreso hospitalario, Score MAMÁ 1. Antibióterapia de cuarto esquema: Piperacilina/ Tazobactam 4.5g intravenosa cada 6 horas.
- 08/11/2021.- Paciente cursa su sexto día de ingreso hospitalario, Score MAMÁ 0. Cardiotocografía categoría I, no actividad uterina. Antibióterapia de cuarto esquema: Piperacilina/ Tazobactam 4.5g intravenosa cada 6 horas. Se valora alta.
- 09/11/2021.- Paciente primigesta con diagnóstico de urosepsis por E. Coli, completó su séptimo día de antibioticoterapia (cuarto esquema). Debido a su evolución favorable, el ginecólogo decide su alta hospitalaria con tratamiento ambulatorio, control por urología en consulta externa y continuar con controles prenatales.



2.8. Indicación de las razones científicas de las acciones de salud, considerando valores normales

El shock séptico durante la gestación es una condición mortal, debido a ello resulta importante determinar los factores predisponentes para desarrollar esta patología. En la población obstétrica es poco frecuente y usualmente se presenta en gestantes jóvenes que presentan infecciones pélvicas como corioamnionitis, endometritis, aborto séptico e infecciones de vías urinarias de forma recurrente. La sintomatología de la sepsis en su fase inicial suele ser inespecífica, lo que dificulta su diagnóstico y su tratamiento, las consecuencias son fatales.

El agente causal frecuente de la sepsis en obstetricia suele ser las bacterias gram negativas, usualmente se desarrolla de manera secundaria a infecciones del tracto genital por *Escherichia coli*, *Klebsiella pneumoniae*, *Enterobacter sp*, *Enterococcus faecalis* y bacterias anaerobias.

Para evitar cualquier tipo de complicación durante el embarazo, se resalta el gran valor de los controles prenatales óptimos de forma temprana, periódica y de amplia cobertura, porque permitirán educar a la gestantes sobre sus cuidados en esta etapa, se categoriza a la paciente de acuerdo al riesgo obstétrico, es posible el diagnóstico oportuno de infecciones de vías urinarias e iniciar su tratamiento basado en las guías de práctica clínica del Ministerio de Salud Pública, además que la paciente al conocer los signos de alarma puede asistir por el área de emergencia, donde se valora el Score Mamá y se realiza su manejo oportuno.

2.9. Seguimiento

A continuación, se describen los hallazgos principales encontrados durante la estadía hospitalaria de la paciente desde su ingreso por el área de emergencia.



| | |
|---|--|
| Fecha: 02/11/2021 (22:01 horas) | Servicio: Ginecología y Obstetricia |
| Primigesta de 20 años, Antecedente personal: Infecciones de vías urinarias recurrentes, refiere que estuvo hospitalizada con anterioridad en el establecimiento de salud por 7 días. FUM: 17/05/2021, referida desde el Hospital de Manglaralto. Cuadro clínico de 1 día de evolución caracterizado por escalofríos, fiebre no cuantificada y deposiciones diarreicas. no actividad uterina, no sangrado genital, no salida de líquido amniótico. SCORE MAMA:7. Rastreo ecográfico: producto único vivo transverso. Criterio Near MISS 0. | <u>Medidas generales</u> <ul style="list-style-type: none">• Activación de clave amarilla.• Monitoreo fetal.• Especuloscopia• Control de signos vitales.• Exámenes complementarios.• Rastreo ecográfico.• Hospitalización de paciente. <u>Medicamentos y fluidos</u> <ul style="list-style-type: none">• Solución salina 0.9% 1000 ml IV a 84 ml/ hora.• Ranitidina 50 mg IV c/ 8 horas.• Paracetamol 500 mg VO c/8 horas.• Ceftriazona 2gr, luego 1gr IV c/12 horas.• Clindamicina 900 mg IV c/8 horas.• Gentamicina 160 mg IV cada día. |
| Fecha: 02/11/2021 (22:48 horas) | Servicio: Ginecología y Obstetricia |
| Paciente al momento estable orientada en tiempo y espacio. SCORE MAMA 4. No refiere sintomatología clínica, afebril y normotensa. Se solicita urocultivo, hemocultivo, reacción de Widal y ecografía renal. Exámenes de laboratorio: Gb: 27,11 Gr: 3,39 Hb: 9,7 Hcto 28,4 Plaq: 208 Emo no patológico Grupo O+ Glucosa: 95 Creatinina: 0,49 ALT: 14 AST: 21 VDRL (-) VIH (-) PCR: 393 Se decide ingreso al área de UCI para control y seguimiento. | <u>Medidas generales</u> <ul style="list-style-type: none">• Cuidados de enfermería.• Control de signos vitales.• Exámenes complementarios.• Dieta general hiperproteica.• Ecografía renal.• Hospitalización de paciente. <u>Medicamentos y fluidos</u> <ul style="list-style-type: none">• Progesterona 100 mg VO c/8 horas.• Betametasona 12 mg IM (primera dosis). |
| Fecha: 03/11/2021 (01:03 horas) | Servicio: Ginecología y Obstetricia |
| Paciente primigesta de 20 años que cursa Embarazo de 22.2 semanas de gestación con antecedente de infección de vías urinarias, conciente, orientada en tiempo y espacio. SCORE MAMA: 3. | <u>Medidas generales</u> <ul style="list-style-type: none">• Cuidados de enfermería.• Control de signos vitales.• Balance hídrico.• Monitorización continua. |



| | |
|--|---|
| | <ul style="list-style-type: none">• Dieta hiposódica.• Reportar novedades. <p><u>Medicamentos y fluidos</u></p> <ul style="list-style-type: none">• Solución salina 0.9% 1000 ml IV a 84 ml/ hora.• Ranitidina 50 mg IV c/ 8 horas.• Paracetamol 500 mg VO c/8 horas.• Piperacilina Tazobactam 4.5 g IV c/ 6 horas (día 1). |
| Fecha: 03/11/2021 (10:17 horas) | Servicio: Ginecología y Obstetricia |
| <p>Primigesta de 22.2 semanas de gestación con diagnóstico de sepsis de origen desconocido más anemia moderada, refiere sentirse bien, afebril y tolera la vía oral. Se realiza ecografía obstétrica: feto único, presentación cefálica, latido cardíacos fetales presentes, líquido amniótico dentro del rango normal. Se recomienda administración de hierro. SCORE MAMA 3.</p> <p>Exámenes de laboratorio: Gb: 29,43 Hb: 9,8 Hcto 28,8 Plaq: 227. Función renal conservada.</p> | <p><u>Medidas generales</u></p> <ul style="list-style-type: none">• Cuidados de enfermería.• Control de signos vitales.• Balance hídrico.• Monitorización continua.• Dieta hiposódica.• Reportar novedades. <p><u>Medicamentos y fluidos</u></p> <ul style="list-style-type: none">• Lactato ringer 100 ml más complejo B 10 ml más ácido ascórbico IV a 63 ml/ hora.• Ranitidina 50 mg IV c/8 horas.• Paracetamol 500 mg VO c/8 horas.• Sales de Hierro 200 mg en 100 ml, solución salina 0.9% pasar IV en 1 hora.• Ácido fólico 1 tableta VO cada día.• Piperacilina Tazobactam 4.5 g IV c/ 6 horas (día 1).• Clindamicina 600 mg IV c/ 6 horas. |
| Fecha: 03/11/2021 (12:42 horas) | Servicio: Ginecología y Obstetricia |
| <p>Se recabaron resultados de hemocultivo del ingreso anterior: E. Coli aislada con sensibilidad, amikacina, cefotixina, ertapenem, gentamicina, imipenen, meropenem, piperacilina, tazobactam, trimetropim, sulfametoxazol, ampicilina,</p> | <p><u>Medidas generales</u></p> <ul style="list-style-type: none">• Monitoreo continuo.• Balance hídrico.• Dieta general. |



| | |
|---|--|
| <p>cefazolina, ceftriaxona, ciprofloxacino. Al momento, SCORE MAMA 3. Se vuelve a tomar muestras de hemocultivo y urocultivo.</p> | <ul style="list-style-type: none">• SCORE MAMA.• Control de curva térmica.• Cuidado de enfermería.• Seguimiento por ginecología. <p><u>Medicamentos y fluidos</u></p> <ul style="list-style-type: none">• Betametasona 12 mg IM (segunda dosis).• Se discontinua Ranitidina.• Omeprazol 40 mg IV cada día. |
| <p>Fecha:04/11/2021 (01:37 horas)</p> | <p>Servicio: Ginecología y Obstetricia</p> |
| <p>Paciente de 20 años con diagnóstico de embarazo de 22.2 semanas más sepsis de origen urinario más anemia moderada, al momento tranquila, afebril y activa. SCORE MAMA 1. Se administra segunda dosis de maduración pulmonar. Exámenes de laboratorio: Gb: 21,75 Gr: 3,4 Hb: 9,6 Hcto: 28,5 Plaq: 248 Glucosa: 99 Urea: 17 Creatinina:0,30 Se decide el paso de UCI a hospitalización de ginecología.</p> | <p><u>Medidas generales</u></p> <ul style="list-style-type: none">• Monitoreo continuo.• Balance hídrico.• Dieta general.• SCORE MAMA.• Control de signos vitales.• Control de curva térmica.• Cuidado de enfermería. <p><u>Medicamentos y fluidos</u></p> <ul style="list-style-type: none">• Lactato ringer 100 ml más complejo B 10 ml más ácido ascórbico IV a 63 ml/ hora.• Omeprazol 40 mg IV cada día.• Paracetamol 500 mg VO c/8 horas.• Sales de Hierro 200 mg en 100 ml, solución salina 0.9% pasar IV en 1 hora.• Ácido fólico 1 tableta VO cada día.• Piperacilina Tazobactam 4.5 g IV c/ 6 horas (día 2).• Clindamicina 600 mg IV c/ 6 horas. |
| <p>Fecha:05/11/2021 (06:21 horas)</p> | <p>Servicio: Ginecología y Obstetricia</p> |
| <p>Paciente de 20 años, antecedentes de infecciones recurrentes de vías urinarias. SCORE MAMA 1. Maduración fetal completa. Exámenes de laboratorio: Gb: 14,74 Hb: 9,9 Hcto: 29,3 Plaq: 256 Ecografía abdominal reporta litiasis renal</p> | <p><u>Medidas generales</u></p> <ul style="list-style-type: none">• Dieta general.• Deambulacion asistida.• Control de signos vitales.• SCORE MAMA. |



| | |
|--|--|
| <p>bilateral con dilatación leve del sistema excretor. Ecografía obstétrica reporta embarazado de 22 semanas, latidos cardíacos 135xmin, producto cefálico, ILA normal.</p> | <ul style="list-style-type: none">• Cuidados de enfermería.• Monitoreo fetal.• Charla ESAMyN.• Reportar novedades. <p><u>Medicamentos y fluidos</u></p> <ul style="list-style-type: none">• Lactato ringer 100 ml más complejo B 10 ml más ácido ascórbico IV a 63 ml/ hora.• Omeprazol 40 mg IV cada día.• Paracetamol 500 mg VO c/8 horas por razones necesarias.• Hierro más ácido fólico 1 tableta VO cada día.• Progesterona 100 mg VO c/8 horas.• Piperacilina Tazobactam 4.5 g IV c/ 6 horas (día 3). |
| <p>Fecha:06/11/2021 (06:49 horas)</p> | <p>Servicio: Ginecología y Obstetricia</p> |
| <p>Paciente primigesta de 20 años, antecedentes patológicos personales de infección de vías urinarias, diagnóstico de 22.2 semanas más urosepsis por E. Coli productora de Blee. SCORE MAMA 1. Exámenes de laboratorio: Gb: 14,74 Hb: 9,9 Hcto: 29,3 Plaq: 256</p> | <p><u>Medidas generales</u></p> <ul style="list-style-type: none">• Dieta general.• Deambulación asistida.• Control de signos vitales.• SCORE MAMA.• Cuidados de enfermería.• Monitoreo fetal.• Charla ESAMyN.• Reportar novedades. <p><u>Medicamentos y fluidos</u></p> <ul style="list-style-type: none">• Omeprazol 40 mg IV cada día.• Paracetamol 500 mg VO c/8 horas por razones necesarias.• Hierro más ácido fólico 1 tableta VO cada día.• Progesterona 100 mg VO c/8 horas.• Piperacilina Tazobactam 4.5 g IV c/ 6 horas (día 4). |



| Fecha:08/11/2021 (19:12 horas) | Servicio: Ginecología y Obstetricia |
|---|--|
| <p>Paciente de 20 años con antecedentes de infecciones de vías urinarias recurrentes, en condiciones estables, afebril, consciente, activa y reactiva. SCORE MAMA:0 , hemodinámicamente estable y afebril.</p> | <p><u>Medidas generales</u></p> <ul style="list-style-type: none">• Dieta general.• Deambulaci3n asistida.• Control de signos vitales.• SCORE MAMA.• Cuidados de enfermería.• Monitoreo fetal.• Charla ESAMyN.• Reportar novedades. <p><u>Medicamentos y fluidos</u></p> <ul style="list-style-type: none">• Omeprazol 40 mg IV cada día.• Paracetamol 500 mg VO c/8 horas por razones necesarias.• Hierro más ácido fólico 1 tableta VO cada día.• Progesterona 100 mg VO c/8 horas.• Piperacilina Tazobactam 4.5 g IV c/ 6 horas (día 6). |
| Fecha:09/11/2021 (19:12 horas) | Servicio: Ginecología y Obstetricia |
| <p>Primigesta de 20 años con antecedentes de infecci3n de vías urinarias a repetici3n, hemodinámicamente estable, SCORE MAMA 0, sin actividad uterina. Exámenes de laboratorio: Gb: 12,6 Hb: 11,7 PlaQ: 342 Cultivo de orina: sin crecimiento bacteriano. Por evoluci3n favorable y necesidad de espacio físico en el área, se decide el alta hospitalaria y el seguimiento de controles prenatales en el subcentro de salud.</p> | <p><u>Medidas generales</u></p> <ul style="list-style-type: none">• Dieta general.• Deambulaci3n asistida.• Control de signos vitales.• SCORE MAMA.• Cuidados de enfermería.• Monitoreo fetal.• Charla ESAMyN.• Reportar novedades. <p><u>Medicamentos y fluidos</u></p> <ul style="list-style-type: none">• Lactato de ringer 1000 ml más complejo B 10 ml más ácido ascórbico 500 mg pasar IV a 63 ml por hora.• Omeprazol 40 mg IV cada día. |



| | |
|--|---|
| | <ul style="list-style-type: none">• Paracetamol 500 mg VO c/8 horas por razones necesarias.• Hierro más ácido fólico 1 tableta VO cada día.• Progesterona 100 mg VO c/8 horas.• Piperacilina Tazobactam 4.5 g IV c/ 6 horas (día 7). |
|--|---|

Fuente: Expediente clínico del Hospital General.

Elaborado por: Laura Leticia Granizo Pazos.



2.10. Observaciones

Para llevar a cabo la investigación se realizó una revisión exhaustiva de varias fuentes confiables de la comunidad médico-científica, como artículos científicos e informes para analizar toda la información sobre el shock séptico en la población obstétrica, con la finalidad de realizar un diagnóstico oportuno, un seguimiento adecuado y manejo efectivo.

Se puede evidenciar el uso de claves obstétricas y la evaluación continua del Score MAMA, además se observa la evaluación diaria a través de exámenes complementarios, como un hemograma completo y la valoración del área de UCI y cardiología.

Se observó un manejo del equipo multidisciplinario desde el ingreso por el área de emergencia en el Hospital a través del cuarto esquema de antibioticoterapia, se logró la recuperación de la paciente y se sugiere continuar con sus controles prenatales en el primer nivel de atención.



CONCLUSIONES

- La sepsis es una condición clínica mortal que junto al shock séptico constituye la complicación más grave de los cuadros infecciosos, en pacientes obstétricas el shock séptico no ocurre con frecuencia, se estima una incidencia de 0.002 a 0.01% con respecto al total de partos.
- El diagnóstico de shock séptico en la primigesta de 22.2 semanas se pudo establecer a través de técnicas diagnósticas, como exámenes de laboratorio, urocultivo, hemocultivo y ecografía renal.
- La terapéutica empleada en la paciente con shock séptico consistió en un esquema de Piperacilina/Tazobactam y Clindamicina, se evidenció una evolución favorable en la paciente, disminuyendo la leucocitosis y el puntaje del Score MAMÁ, lo que conlleva al bienestar del binomio madre-hijo.
- La causa asociada al shock séptico en la paciente del estudio corresponde a las infecciones recurrentes de vías urinarias.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Armas, M., & Cano, D. (2019). Factores de riesgo clínicos maternos de embarazadas con fiebre intraparto y corioamnionitis. *Revista Mexicana de Obstetricia y Ginecología*, 87(11), 8.
- Avilés, M., Figueira, J., Agrifoglio, A., & Sánchez, M. (2018). *Bacteriemia, sepsis y shock séptico*. 12(52), 3066-3075.
<https://doi.org/10.1016/j.med.2018.03.012>
- Badía, P., & Pertusa, M. (2019). Aborto séptico por *Clostridium perfringens* complicado con shock séptico. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, 80(6), 9.
- Barrionuevo, S. (2018). Factores de riesgos de ruptura prematura de membranas. Hospital Provincial General Docente Riobamba. Noviembre 2017-febrero 2018. *Revista Eugenio Espejo*, 12(1), 11.
- Cuero, L., & Moreno, F. (2018). Uso de inmunoglobulinas intravenosas en una paciente obstétrica con choque séptico: Reporte de caso y revisión de la literatura. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, 67(4), 9.
- David, V., & Matute, F. (2021). Corioamnionitis, definición, métodos de diagnóstico y repercusión clínica. *Journal of American Health*, 26(5), 12.
- Díaz, A. (2020). Factores asociados a la presentación de sepsis puerperal en provincia Guantánamo, 2017-2018. *Revista Científica Hallazgos* 21, 99(1), 8.
- Duarte, A. (2019). Utilidad del score Quick-SOFA en el diagnóstico de sepsis en pacientes pediátricos. Servicio desconcentrado hospital pediátrico Dr. Agustín Zubillaga. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, 41(5), 6.



- Dulay, A. T. (2019). Aborto séptico. *Manual MSD*, 12(7), 6.
- Eiros, J. (2018). Valoración de escalas de gravedad en pacientes incluidos en un código sepsis en un servicio de urgencias hospitalario. *Revista española de quimioterapia*, 31(4), 10.
- Medicina Fetal Barcelona. (2018). *Protocolo: Sepsis y shock séptico en gestación y puerperio*. Centre de Medicina Fetal i Neonatal de Barcelona. <https://medicinafetalbarcelona.org/protocolos/es/patologia-materna-obstetrica/sepsis-y-shock-septico.html>
- Meniz, W. (2020). Utilidad del score SOFA en la predicción de muerte materna en la uci materna. *Revista Peruana de Investigación Materno Perinatal*, 10(3), 11.
- Nares, M., & Hernández, A. (2019). Manejo de sepsis y choque séptico en el embarazo. *Perinatología y reproducción humana*, 27(4), 7.
- Nares, M., Hernández, J., Estrada, A., & Lomelí, J. (2018). Manejo de sepsis y choque séptico en el embarazo. *Perinatología y reproducción humana*, 27(4), 248-261.
- Pantoja, M. (2018). Shock séptico de origen ginecológico por *Pasteurella multocida*. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 17(4), 4.
- Petro, G., & García, G. (2019). *Guía de sepsis en obstetricia*. Bogotá Humana. http://www.saludcapital.gov.co/DDS/Publicaciones/Guia%20Maternidad-Sepsis_baja.pdf
- Puertas, A., & Gallo, J. (2020). Identificación precoz de la sepsis obstétrica. *Revista de Perinatología*, 33(4), 8.



Rodríguez, J., & Bañuelos, K. (2019). Sepsis en medicina materno fetal. *Salud Jalisco*, 33(2), 10.

Rojas, L., & Rojas, D. (2021). Tratamiento de la Sepsis en el Embarazo, Parto y Puerperio, Actualización de Acuerdo a la Nueva Evidencia. *ESPOCH Congresses: The Ecuadorian Journal of S.T.E.A.M.*, 13(8), 11.

Yancha, S. (2018). *Adaptación de guía de práctica clínica “diagnóstico y tratamiento de sepsis de origen obstétrico”* [Post Grado, Pontificia Universidad Católica del Ecuador].
<http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/14331/TESIS%20Y%20AGPC%20SEPSIS%20OSTE%CC%81TRICO.pdf?sequence=2&isAllowed=y>