



UNIVERSIDAD JOSÉ CARLOS MARIÁTEGUI

VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN

ESCUELA DE POSGRADO

SEGUNDA ESPECIALIDAD EN OBSTETRICIA

TRABAJO ACADÉMICO

**SEPSIS SEVERA COMO CAUSA DE MUERTE MATERNA EN
EL HOSPITAL NIVEL II-1, OXAPAMPA 2015**

PRESENTADO POR:

ROJAS PAUCAR, BLANCA ANGÉLICA

ASESOR:

Mg. ELIZABETH YALÁN LEAL

**PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN
OBSTETRICIA CON MENCIÓN EN EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS,
ALTO RIESGO Y CUIDADOS CRÍTICOS MATERNOS**

MOQUEGUA – PERÚ

2020

ÍNDICE

Página de Jurado.....	i
ÍNDICE.....	ii
RESUMEN	iv
CAPÍTULO I	1
PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN.....	1
1.1 Descripción del problema	1
1.2. Justificación	2
1.2.1 Antecedentes.....	3
1.2.2 Bases teóricas	7
CAPÍTULO II.....	14
CASO CLÍNICO	14
2.1. Objetivo.....	14
2.1.1. Objetivo General	14
2.1.2. Objetivos Específicos	14
2.2. Datos clínicos relevantes.....	15
2.3. Discusión.....	49
2.4. Conclusiones	51
2.5. Recomendaciones.....	52
BIBLIOGRAFÍA	53
ANEXOS	57

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla No. 1. Factores de riesgo para sepsis en gestantes	8
Tabla No. 2. Causas de sepsis en obstetricia	9
Tabla No. 3. Causas sepsis y shock séptico durante el embarazo y el puerperio	10
Tabla No. 4. Metas Terapeuticas	12
Tabla No. 5. Carnet perinatal del hospital	16
Tabla No. 6. Hoja de monitoreo de funciones vitales de puerperio inmediato	19
Tabla No. 7. Hoja de control de funciones vitales	42
Tabla No. 8. Resultados de pruebas de laboratorio	46

RESUMEN

El presente caso clínico es una revisión narrativa que abordan los factores de riesgo que se presentan en el puerperio y que podrían desencadenar en una muerte materna. Objetivo: Determinar cómo influye la sepsis severa en el desencadenamiento de una muerte materna. Población: puérpera post-cesareada de parto pretérmino. Tipo de estudio: descriptivo. Diseño de estudio: no experimental. Resultado: La sepsis puerperal es altamente mortal y no detectada a tiempo conlleva a que las probabilidades de muerte se incrementen ostensiblemente. Conclusión: La sepsis puerperal es un factor de riesgo de muerte materna.

Palabras clave: Sepsis puerperal; Infección urinaria; Puérpera.

TÍTULO I

PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN

1.1 Descripción del problema

La infección urinaria es una de las patologías que con más frecuencia se presenta durante el embarazo, y que pueden llevar a tener un parto pretérmino, generar complicaciones en el puerperio tales como la sepsis puerperal y propiciar una posterior muerte materna. Muchas veces no le damos la importancia debida y pensamos que pueden ser resueltas rápidamente y ello quizás se deba a la rutina de la que somos presos por lo frecuente que se presenta esta patología, utilizando tratamientos inadecuados o que en algunos casos brindando medicamentos que han generado resistencia y que no ayudan en el tratamiento. Si bien tratar esta patología en muchos casos es sencilla, se presenta con tanta frecuencia que los casos de resistencia farmacológica cada vez son más frecuentes y eso no es solo responsabilidad del personal de salud sino también de las pacientes que no

completan el tratamiento y lo dejan cuando ya se sienten mejor. En el Perú, debemos tener en cuenta este problema pues las condiciones de manejo en muchos casos no son correctas sobretodo en lugares distantes donde cada segunda cuenta para poder salvar una vida, por lo que se hace necesario que quienes atiendan a una gestante estén capacitados y tengan cursos de actualización que le permitan actuar de manera efectiva.

A nivel de la población de Oxapampa los casos de infección urinaria son frecuentes, esta patología puede derivar en otro tipo de infecciones como la sepsis puerperal que representan para la región la tercera causa de muerte materna, por lo que debemos estar alertas para actuar de manera inmediata.

En nuestro establecimiento la tasa de infecciones urinarias es alta, por lo que debemos concientizar a las gestantes durante el control pre natal para poder controlarla y así evitar complicaciones futuras y que las posibilidades muerte materna se reduzcan.

1.2. Justificación

La sepsis en el puerperio es una patología que es altamente mortal y que tiene un foco definido que al no ser tratada de manera oportuna genera muertes maternas en el Perú y en nuestra región, esta patología trae consigo sintomatología que pueden pasar desapercibidas por personal con poca experiencia y sin la capacitación debida, es por ello que es importante la presentación del caso clínico, porque nos muestra como la desatención en la identificación de signos de alarma nos llevan a una muerte materna, que evidentemente era evitable; a lo largo del

caso hemos querido evidenciar como el manejo clínico, terapéutico y los sistemas de referencia y contrarreferencia no funcionaron para que quienes revisen este trabajo puedan tener las pautas necesarias para actuar de manera más efectiva en casos similares y de ese modo evitar una muerte, además de ello nos permitirá mostrar a nuestras autoridades lo indispensable que es tener redes de soporte para poder ser ayudados en situaciones como las presentadas.

1.3. Marco teórico

1.3.1. Antecedentes

a.- Antecedentes Internacionales

Angus D, et al. Inglaterra – 2013. El shock séptico es una de las primeras causas por la que la población muere, en la actualidad ya no es letal pero sus índices de muerte son muy elevados, sin embargo, con el avance de la ciencia se ha reducido del 80% a menos del 50%. La tasa de mortalidad disminuye y ello ha permitido centrarnos más en la recuperación de los pacientes, diversos estudios sugieren que la tasa de sobrevivencia a nivel hospitalario es alta después de presentar una sepsis, pero los sobrevivientes tienen problemas físicos y cognitivos, psiquiátricos y de calidad de vida. Conclusión: Hay un deterioro significativo de las características físicas y neurocognitivas en quienes sufren de shock séptico (1).

Cordioli R, et al Brasil – 2013 La infección generalizada, shock séptico y disfunción orgánica múltiple presentan elevadas tasas de morbimortalidad, alta incidencia. Hay una liberación de citoquinas producto de la susceptibilidad individual, lo que genera una respuesta inflamatoria a nivel sistémico que puede

progresar hasta llevar a la muerte del paciente. Las gestantes muestran características fisiológicas que demuestran que hay una infección. En una sepsis la presencia de un feto hace que las condiciones sean más riesgosas. La perfusión tisular con la reposición de líquidos y vasoactivos es en lo que debe basarse la atención a la gestante. Además de ello se debe controlar la oxigenación, la infección, manejo medicamentoso, uso de corticoides y monitoreo de la salud fetal (2).

Royal Colleague of Obstetrics and Gyneacologists (RCOG- 2012) La sepsis gestacional es una causa importante de mortalidad materna en el Reino Unido, hace 10 años se reportaron 13 muertes, de las cuales cinco están relacionadas con complicaciones del embarazo antes del 24 semanas de gestación y ocho relacionadas con la sepsis a partir de las 24 semanas de gestación, que surgen antes o durante el parto, un porcentaje mayor se pudo verificar una atención deficiente, en el reconocimiento de signos y en el desconocimiento de directrices para llevar a cabo la atención. Hay casos de sepsis, shock séptico y bacteriemia, del 0 al 12%. La incidencia del shock séptico es del 0.002 a 0.01% en todos los partos (3).

Barton J, USA-2012. Investigaciones desarrolladas refieren que la sepsis grave y shock séptico se relacionan a tasas incrementadas de parto prematuro, infección fetal y parto prematuro. La sepsis aparece de manera insidiosa y deteriora rápidamente a la persona, la supervivencia está relacionada a detectar tempranamente, y detectar la fuente de infección y con ello dirigir la terapia. La mejora del paciente está relacionada a un enfoque gradual, oportuno y en la que participan los especialistas de diversas ramas que se relacionan con los cuidados

que se brindan en el embarazo. Hay un desafío al afrontar la sepsis anteparto grave o shock séptico, teniendo en cuenta la salud materna y la del feto. Se debe de proceder a un parto inminente para garantizar el estado fetal, siendo lo principal estabilizar a la madre, porque al hacerlo, el estado fetal también mejorará (4).

Jeroen V. Holanda – 2010. Poco se sabe sobre la incidencia de la morbilidad materna grave relacionada con la sepsis. La sepsis puede causar 75,000 muertes de gestantes en países en vías de desarrollo. Los estudios de países de ingresos altos informan la incidencia de morbilidad materna debida a la sepsis de 0.1-0.6 por 1000 partos. Los microorganismos causantes son generalmente polimicrobianos con estreptococos beta-hemolíticos del grupo A (GAS) que a menudo son la causa de casos graves de fiebre puerperal. El factor de riesgo más usual en el posparto parece ser la cesárea, y se tiene los medicamentos que reducen el riesgo de infección. Entre otros antecedentes tenemos: La OMS describe una incidencia de sepsis en embarazadas de 7.1 por cada 1,000 gestantes entre los 15 a 49 años, y de 28.5 por 100,000 gestantes de 15 a 49 años (5).

b.- Antecedentes Nacionales

Valdiviezo I. Perú – 2017. Estudio para valorar los factores de riesgo asociados a complicaciones postparto en parto en pacientes añosas en un hospital en el norte del Perú. Estudio de corte transversal aplicada a gestantes añosas. Resultados: El 33.9% presentaron complicaciones postparto; Hemorragia en el 66.7% y el 92.3% presentó preeclampsia; Conclusión: El período intergenésico prolongado están relacionados directamente a la complicación en pacientes añosas (6).

Vega, J. Perú – 2017. Se buscó identificar los factores de riesgo y el manejo clínico del shock séptico. Se desarrolla el caso de una puérpera con quien se activó la clave amarilla que permitió salvar su vida, mostrando la valía de este procedimiento (7).

Instituto Nacional Materno Perinatal – INMP. Perú - 2016. En los últimos 10 años (2006 – 2016), se ha notificado 90 casos de muertes maternas. Al analizar las causas de estas defunciones se observó que el 30% de estos casos tienen relación con problemas infecciosos. El total de casos asociados a sepsis materna nos da una tasa de 43 casos de sepsis materna por 10,000 partos (8).

Reyes M et al. Perú – 2012. El autor muestra la incidencia de la mortalidad materna en el Hospital San Bartolomé, con índice de mortalidad de 0,032, razón de morbilidad materna (MM) de 9,43 y relación MME/MM de 30,43. Las patologías causantes de muerte son diversas, sin embargo, las relacionadas a infección y sepsis puerperal son del 11,2% (9).

Del Carpio, L. Perú – 2012. En un análisis acerca de la muerte materna peruana, utilizando los datos del reporte nacional del Estado peruano (MINSA – ENDES), se puede mencionar que la mortalidad ha disminuido, la cobertura ha mejorado, pero aún está lejos de ser una respuesta oportuna y de calidad, adicionalmente se destaca la desigualdad y el poco empoderamiento femenino al ejercer sus derechos sexuales y reproductivos (10).

Bases teóricas

Definición

La sepsis materna la OMS se define como una condición muy grave que arriesga la vida de la persona, en la que la función orgánica se desestabiliza y que se agrava con la gestación, parto, el post-aborto o puerperio (42 días). En las gestantes, todo sucede de manera rápida y de forma inespecífica, ello retrasa todo tipo de atención y hace que las consecuencias puedan ser fatales. (11)

El shock séptico está definido como la inducción a la hipotensión debido a la sepsis aun cuando se haga una reanimación hídrica adecuada que produce alteración en la perfusión y generan oliguria, acidosis láctica, alteración del estado mental, lo cual hace necesario usar vasopresores (12).

Incidencia

La incidencia de mortalidad de sepsis es muy alta, de los pacientes que están hospitalizados en UCI, en su mayor parte (40%) son por sepsis (12).

La incidencia se define en relación a una disfunción aguda de órganos y debe definirse a que se debe la infección subyacente. En los Estados Unidos, la incidencia es del 2% en el hospital y el 50% de estos están en cuidados intensivos (1).

De acuerdo a los reportes recibidos, la tasa en el Perú es cercano al 10% y en la mayor parte de los casos en personas adultas. La incidencia real es presumiblemente mucho más alta (13).

Factores de Riesgo

Las gestantes tienen los siguientes factores de riesgo:

- Procesos invasivos, de tipo diagnóstico o terapéutico en el embarazo.
- Uso de catéteres en las complicaciones agudas del embarazo.
- Incremento de las cesáreas.
- Resistencia a antibióticos, y alta virulencia en hospitales.
- Pacientes con tratamiento inmunosupresor que están embarazadas.
- Mujeres con enfermedad crónica.

Las infecciones generalizadas tienen factores relacionados o no al embarazo, parto o puerperio (14). La infección está relacionada a endometritis, corioamnionitis, aborto séptico (Tabla 1 y 2).

Tabla No. 1. Factores de riesgo para sepsis en gestantes

Factores obstétricos	Factores del paciente
a. Procesos Invasivos intrauterinos (Amniocentesis). b. Cerclaje cervical. c. RPM prolongado. d. Prolongación de trabajo de parto e. Tactos vaginales mayor a 5 f. Traumatismo vaginal g. Cesárea	a. Obesidad b. Intolerancia a la glucosa. c. Diabetes gestacional d. Trastornos inmunológicos e. Inmunosupresores f. Anemia y desnutrición g. Infecciones vaginales h. Infecciones pélvicas i. Insuficiencia renal y hepática. j. Uso de medicamentos
Modificado de: Lucas D, Robinson P. Nel M. Int J Obstet Anesth.2012; 21:56.	

Tabla No. 2. Causas de sepsis en obstetricia

Causas obstétricas	Causas no relacionadas al aparato genital	Causas no obstétricas
a. Corioamnionitis b. Inflamación del endometrio c. Aborto infectado d. Infección de la episiotomía. e. Herida operatoria infectada. f. Tromboflebitis pélvica séptica.	a. Infección renal b. Apendicitis c. Colecistitis d. Infección de mama (mastitis/abscesos)	a. Neumonía b. VIH c. TBC d. Influenza e. Hepatitis viral
Modificado de: Lucas D, Robinson P. Nel M. Int J obsted Anesth.2012; 21:56.		

Etiología

Las bacterias Gram negativas son las que causan la sepsis en pacientes obstétricas, aunque las Gram positivas, hongos y virus también las pueden causar (15). En las gestantes las infecciones se desarrollan a partir de las infecciones del aparato genital, en las cuales los agentes etiológicos más comunes son: Escherichia coli, y el conjunto de bacterias anaerobias. (2, 12)

En otros casos, la infección urinaria, del tracto gastrointestinal y de vías respiratorias es dado por una serie de agentes aeróbicos y anaeróbicos (2, 16).

Tabla No. 3. Causas de sepsis y shock séptico durante el embarazo y el puerperio

Pielonefritis aguda		
Retención de restos	Aborto séptico. Manejo conservador de la placenta adherida.	
Infección del corio o endometrio	Microabsceso uterino o miometritis necrosante. Gangrena gaseosa. Absceso pélvico.	
Infección de vías respiratorias	Ejemplos bacterianos: Anaerobios	Ejemplos virales -Influenza -H1N1 -Herpes -Varicela
Infección abdominal	Incisiones Episiotomía Laceraciones	
Barton J, Sibai B. Severe sepsis and septic shock in pregnancy. <i>Obstet Gynecol.</i> 2012, 120: 689 – 706		

Diagnóstico

Todos los profesionales de la salud deben estar al tanto de la sintomatología de la sepsis materna, de la etapa crítica de la enfermedad y del curso rápido y potencialmente letal de la sepsis grave y el shock séptico. Sospecha de una sepsis significativa debería desencadenar una referencia urgente a la atención secundaria (2).

Los signos clínicos que sugieren sepsis incluyen uno o más de los siguientes: alza

de temperatura, escalofríos, taquicardia, taquipnea, hipoxia, hipotensión, oliguria, alteración de la conciencia y falta de respuesta al tratamiento. Estos signos, incluida la pirexia, pueden no estar siempre presentes y no están necesariamente relacionados a la severidad de la sepsis.

Observaciones regulares de todos los signos vitales (incluyendo temperatura, pulso, presión arterial y frecuencia respiratoria) debe registrarse en una tabla de puntuación de advertencia obstétrica temprana modificada (Hoja aparte) (2).

Los resultados de laboratorio muestran resultados distintos para mujeres embarazadas y quienes no lo están (16). La leucocitosis es el hallazgo más común hallado; también puede encontrarse disminución de leucocitos y neutrófilos como resultado de supresión de la médula ósea. La elevación de creatinina es otro valor encontrado. El nivel de lactato sérico mayor de 4.0 mmol/L se observa en casos de disminución de oxígeno en los tejidos como resultado de la hipoperfusión y de la sepsis crónica (16).

Realizar estudios microbiológicos son determinantes en la infección; ello permite determinar el agente etiológico, la sensibilidad y resistencia de cada agente microbiano (17).

Tratamiento

El tratamiento inicial debe darse dentro de las 6 primeras horas de empezada la atención, luego el segundo proceso se hará en cuidados intensivos (18) Si bien la atención de manera oportuna nos dará mayores probabilidades de éxito, en todos los casos la atención se hará en la UCI.

El tratamiento incluye (2,6,18):

- 1) Detección temprana del proceso infeccioso.
- 2) Adecuada reanimación hídrica
- 3) Soporte de signos vitales
- 4) Tratamiento de la infección
- 5) Vigilancia fetal.

La reanimación materna es la piedra angular del tratamiento de la sepsis, este hecho permitirá evitar el sufrimiento fetal (2, 19).

Tabla No. 4. Metas Terapeuticas ⁽¹⁹⁾

Metas	
Presion venosa central	8 a 12 mmHg
Presion arterial media	Mayor de 65 mmHg
Diuresis	Mayor de 0.5 cm ³ /Kg/h
Saturacion de oxigeno venosa central	Mayor de 70 %

Prevención

Las cesáreas han aumentado significativamente, por ello se deben planificar las acciones preoperatorias y la intervención propiamente dicha para evitar la infección y disminuir la infección de las heridas operatorias y que conllevan a una sepsis.

Toda intervención debe tener un protocolo profiláctico. (2) Existen diversas opciones profilácticas entre ellas las que luchan contra las bacterias de gram negativas y positivas, con opciones que incluyen Cefalosporinas por vía intravenosa. La medicación debe realizarse una hora antes de la intervención y no en el momento del parto. Este ha ayudado a bajar las tasas de muertes neonatales (20).

La obesidad es un factor de riesgo, las pacientes obesas siempre deben recibir antibióticos preoperatorios (21).

Las enfermedades causadas por algún virus pueden causar grave daño, por lo que la vacunación es un buen método de protección (22).

CAPÍTULO II

CASO CLÍNICO

2.1.- Objetivo:

2.1.1. Objetivo General

- Determinar cómo influye la sepsis severa en el desencadenamiento de una muerte materna

2.1.2. Objetivos Específicos

- Conocer las características de una puérpera con sepsis severa
- Conocer los diversos factores de riesgo para presentar una sepsis severa que desencadenen en muerte materna.
- Describir el manejo y tratamiento recibido por la puérpera en la sepsis severa.

2.2.- Datos relevantes de la historia clínica

Estado civil: Conviviente

Ocupación: Ama de casa

Peso actual: 54.4 kg

Talla: 1.48 m

IMC antes del embarazo: 24.4 Kg/m²

Controles pre natal: Tuvo 03 controles

Establecimiento de salud: Hospital II-1

Consultas prenatales:

- ✓ 09/03/2015: Paciente inicia su primera atención pre natal a las 21 2/7 sem.
- ✓ 12/03/2015: Paciente acude a control nutricional por baja ganancia de peso.
- ✓ 17/03/2015: Paciente acude a control psicológico y odontología.

Tabla N° 5 Carnet perinatal en Hospital II-1

Fecha	09/03/15	08/04/15	08/05/15
EG (sem)	21 2/7	26 2/7	30
Peso (Kg)	55.1	53	54
PA (mmHg)	94/61	86/59	91/58
AU (cm)	20	24	26
SPP	NA	NA	NA
FCF (x')	148	145	132
PULSO (x')	83	90	79
Proteinuria Cualitativa	NSH	NSH	NSH
Edema	SE	SE	SE
ROT	++	++	++
Sulfato ferroso + ácido fólico	I/30	I/30	I/30
Calcio	I/30	I/30	NA
EG Eco control	NA	NA	NA
PBF	NA	NA	NA
Examen de orina	Se solicita	Patológico	
HIV	NO REACTIVO		
PRS	NO REACTIVO		

Fuente: Tarjeta de Atención Prenatal de Centro de Salud nivel II-1

Hallazgos en el control pre natal:

- 12/03/15 Infección Urinaria
- 08/04/15 Poca ganancia de peso materno

Relato del ingreso por Emergencia

Fecha de ingreso: 29 de Mayo de 2015

Hora 09:20 hrs

Gestante de 21 años llega a Emergencia Obstétrica refiriendo dolor tipo cólico y sensación de pujo, no sangrado vaginal.

Antecedentes:

- **Antecedentes familiares:** Ninguno
- **Antecedentes personales:** Niega patologías antes del embarazo
 - ✓ Infección urinaria.
- **Antecedentes obstétricos:**
 - ✓ Menarquia: 14 años
 - ✓ Régimen Catamenial: irregular
 - ✓ Andría: 0
 - ✓ MAC. Ninguno
 - ✓ ITS: Ninguno
 - ✓ Fórmula obstétrica: G₁P₀₀₀₀
 - ✓ FUR : 08 de Octubre del 2014
 - ✓ FPP: 15 de Julio del 2015
 - ✓ Edad gestacional: 33 semanas

Examen físico:

PA 112/77 mmHg, FC 127 x', FR 21x', T 36.7°C.

- ✓ Síntomas Principales: sensación de pujo, dolor tipo contracción

Examen obstétrico:

- **Mamas:** secretantes
- **Abdomen:** Útero grávido
- Altura uterina= 27 cm.
- ✓ MF ++
- ✓ SPP: LCI.
- ✓ FCF= 148x'
- ✓ PPF: 2320 +/- 100 gr.
- ✓ DU= 3/10 cada 30 segundos
- ✓ Altura de presentación: 0.
- ✓ Membranas: Integras
- **Tacto vaginal:** pelvis ginecoide, 10 cm de dilatación
- **Miembros Inferiores:** ++

Impresión Diagnóstica:

- ✓ Gestante de 33 sem por FUM
- ✓ Periodo Expulsivo Pretérmino
- ✓ D/C Infección de Tracto Urinario.

Plan de trabajo:

Preparación para sala de operaciones

Cesárea de emergencia

Plan: Culminar la gestación.

Tratamiento: en Sala de Operaciones

Hora: 10:40 hrs.

Paciente es evaluada por psicología, quien refiere que no se encuentra bien emocionalmente, pues familia no acepta su relación de pareja, se indica seguir con terapia familiar.

Hora: 13:35 hrs.

Paciente ingresa a sala de operaciones para cesárea de emergencia. Tuvo un recién nacido de sexo femenino, peso 1670 gr. talla 44 cm. Apgar 8 al minuto y 8 a los 5 minutos. Edad gestacional 34 semanas por Capurro.

Hora: 15:00 hrs.

Se recepciona paciente puérpera con vía permeable de NaCl al 9% + 10 UI de oxitocina, se encuentra dormida bajo los efectos de la anestesia.

Tabla N° 6 Hoja de Monitoreo de funciones vitales

Hora	Presión Arterial	Frecuencia Cardíaca	Frecuencia Respiratoria	Temperatura
15:00	89/59 mmHg	98 x	21 x	36.7 C
15:15	92/61 mmHg	92 x	21 x	
15:30	96/60 mmHg	91 x	21 x	
15:45	94/62 mmHg	90 x	20 x	

Hora	Presión Arterial	Frecuencia Cardíaca	Frecuencia Respiratoria	Temperatura
16:00	95/62 mmHg	95 x	20 x	36.7 C
16:15	90/60 mmHg	90 x	21 x	
16:30	91/62 mmHg	92 x	21 x	
16:45	88/58 mmHg	94 x	20 x	
17:00	90/60 mmHg	92 x	20 x	36.7 C

Hora: 16:00 hrs.

Se administra Cefazolina 1gr EV lento y diluido.

Se administra Metamizol 1gr EV lento y diluido.

Hora: 19:30 hrs.

Queda paciente puérpera en su unidad de reposo absoluto con vía permeable de NaCl al 9% + 10UI de oxitocina pasa la tarde tranquila, dolor a nivel de herida operatoria, su RN se encuentra en la incubadora.

Al examen : AREG y LOTEPE

CFV: PA: 89/59 mmHg FC : 98 x' FR : 18x' T 36.5 °C

- Abdomen: útero contraído. AU : 16 cm
- Herida operatoria afrontada con gasas secas, doloroso a la palpación.

- Sangrado vaginal en poca cantidad.
- Miembros inferiores: edema (+)

Impresión Diagnóstica:

- Puérpera Post cesareada por trabajo de parto fase expulsivo pretérmino

Fecha: 30 de Mayo de 2015

Hora: 00:00 hrs.

Se administra Cefazolina 1gr EV lento y diluido.

Se administra Metamizol 1gr EV lento y diluido.

Hora: 07:30 hrs.

Paciente transcurre en turno tranquila con buen patrón de sueño, por la mañana refiere ligero dolor a nivel de sitio quirúrgico a la movilización, niega otras molestias de importancia.

Al examen: AREG, LOTEPE

CFV: PA 90/51 mmHg FC 99 x' FR 20x' T 36.4 °C Diuresis: 300 cc.

- Útero contraído centralizado, IU 16 cm.
- Sitio quirúrgico afrontada cubierto con apósito seco.
- Sangrado vaginal en poca cantidad en poca cantidad sin mal olor
- Miembros inferiores: no edemas

Impresión Diagnóstica:

- Puérpera post-cesareada por trabajo de parto fase expulsivo pretérmino +/- 18 horas.

Hora: 07:35 hrs.

Paciente en reposo relativo con vía periférica en miembro superior izquierdo, al interrogatorio refiere dolor en herida operatoria.

CFV: PA: 90/60 mmHg FC : 92 x' FR : 20x' T 36.6 °C

Hora: 08:00 hrs.

Se realiza curación de herida operatoria.

Se continua con administración de medicamentos.

Hora: 16:00 hrs.

Se administra Cefazolina 1gr EV lento y diluido.

Se continua con administración de medicamentos.

Hora: 19:30 hrs.

Paciente transcurre en turno tranquila, niega otras molestias de importancia.

CFV: PA 80/50 mmHg FC 112 x' FR 20x' T 37.2 °C Diuresis: 250 cc.

- Abdomen: Útero contraído centralizado, IU 14 cm.
- Herida operatoria afrontada cubierto con apósito seco, limpio, no signos de flogosis.
- Sangrado vaginal en poca cantidad en poca cantidad sin mal olor
- Miembros inferiores: no edemas

Impresión Diagnóstica:

- Puérpera post-cesareada por trabajo de parto fase expulsivo pretérmino +/- 30 horas.

Evolución: Favorable

Plan: Hemoglobina de control

Fecha: 31 de Mayo de 2015

Hora: 00:00 hrs.

Se continua con medicación.

Hora: 07:30 hrs.

Paciente transcurre en turno tranquila, niega otras molestias de importancia. Se cumple con indicación médica.

CFV: PA: 79/44 mmHg FC 106 x' FR 18x' T 36 °C Diuresis: 450 cc.

- Abdomen: Útero contraído centralizado, IU 14 cm.
- Herida operatoria afrontada cubierto con apósito seco, limpio. no signos de flogosis.
- Sangrado vaginal en poca cantidad en poca cantidad no mal olor.
- Miembros inferiores: no edemas, no varices.

Impresión Diagnóstica:

- Puérpera post-cesareada por trabajo de parto fase expulsivo pretérmino +/- 42 horas.

Evolución: Favorable

Hora: 08:00 hrs.

Se realiza curación de herida operatoria.

Se administra medicamentos

Hora: 16:00 hrs.

- Herida operatoria afrontada cubierto con apósito seco, limpio. Herida operatoria expuesta.
- Genitales externos: sangrado vaginal en poca cantidad en poca cantidad sin mal olor
- Miembros inferiores: edemas +

Impresión Diagnóstica:

- Puérpera post-cesareada por trabajo de parto fase expulsivo pretérmino +/- 2 días.

Evolución: Favorable.

Hora: 19:30 hrs.

Paciente transcurre en turno tranquila, niega otras molestias de importancia. Se cumple con indicación médica.

Al examen: AREG, LOTEPE

CFV: PA: 70/50 mmHg FC : 130 x' FR : 20x' T 36.7 °C

- Abdomen: Útero contraído centralizado, IU 15 cm.
- Herida operatoria afrontada cubierto con apósito seco, limpio.
- Loquios hemáticos en poca cantidad.
- Miembros inferiores: edema ++

Fecha: 01 de Junio de 2015

Hora: 00:00 hrs.

Se administra medicamentos

Se deja frasco para control de diuresis

Se indica reposo y elevación de miembros inferiores.

Hora: 02:00 hrs.

Se administra Ibuprofeno 400 gr VO

Hora: 07:00 hrs.

Paciente en reposo relativo con vía periférica en miembro superior izquierdo, al interrogatorio no refiere molestias.

CFV: PA: 80/43 mmHg FC : 115 x' FR : 18x' T 36.5 °C Diuresis: 200 cc.

- Abdomen: No doloroso a la palpación profunda. IU 13 cm.
- Herida operatoria afrontada cubierto con apósito seco, limpio.
- Sangrado vaginal en poca cantidad en poca cantidad sin mal olor
- Miembros inferiores: edemas ++

Impresión Diagnóstica:

- Puérpera post-cesareada por trabajo de parto fase expulsivo pretérmino +/- 66 horas.
- D/c Infección de tracto urinario

Evolución: Estacionario

Hora: 08:00 hrs.

Se administra medicación indicada

Resultados de laboratorio:

Hb: 9.3 gr/dl Hcto: 29% Urea: 46 mg/dl Creatinina: 0.8 mg/dl

Examen de orina: leucocitos 16 – 18 / campo, piocitos 6-8 / campo.

Hora: 10:00 hrs.

Se administra Ibuprofeno 400 gr VO

Se administra Furosemida 20 mg EV lento y diluido.

Hora: 14:00 hrs.

Se administra Cefazolina 1gr EV lento y diluido.

Hora: 18:00 hrs.

Se administra Ibuprofeno 400 gr VO

Hora: 19:00 hrs.

- Abdomen: blando depresible no doloroso a la palpación
- Herida operatoria afrontada cubierto con apósito seco, limpio.
- Genitales externos: sangrado vaginal en poca cantidad en poca cantidad sin mal olor
- Miembros inferiores: edemas ++

Impresión Diagnóstica:

- Puérpera post-cesareada por trabajo de parto fase expulsivo pretérmino +/- 78 horas
- Infección de Tracto Urinario en tratamiento
- Anemia leve

Evolución: Estacionario

Hora: 20:00 hrs.

Se administra Cefazolina 1gr EV lento y diluido.

Se administra Furosemida 20 mg EV lento y diluido.

Fecha: 02 de Junio de 2015**Hora: 00:00 hrs.**

Se administra Ibuprofeno 400 gr VO

Se administra Cefazolina 1gr EV lento y diluido.

Hora: 06:00 hrs.

Puérpera por prematuridad en periodo expulsivo, pasa la noche tranquila, leve dolor en herida operatoria, refiere cuadro de GECA en 2 oportunidades, diuresis colúrica, hematúrica.

Al examen: AREG, LOTEP

CFV: PA: 75/47 mmHg FC : 100 x' FR : 20x' T 36 °C Diuresis: 500 cc

- Abdomen: blando depresible no doloroso a la palpación IU 14 cm.
- Herida operatoria afrontada cubierto con apósito seco, limpio.

Impresión Diagnóstica:

- Puérpera post-cesareada por trabajo de parto fase expulsivo pretérmino +/- 3 días
- D/c síndrome nefrítico
- Anemia leve
- Gastroenteritis aguda
- Infección de tracto urinario en tratamiento
- Hipotensión

Plan: Interconsulta con medicina interna

Evolución: Estacionario

Hora: 08:00 hrs.

Se administra Cefazolina 1gr EV lento y diluido.

Resultados de laboratorio:

Proteinuria de 24 horas (vol: 650 cc) 111 mg/24 hrs

Urea: 46 mg/dl Creatinina: 0.7 mg/dl

Hora: 10:00 hrs.

Se administra Dextrosa 5% + 01 ampolla NaCl al 20%

Hora: 12:00 hrs.

Se administra Furosemida 20 mg EV lento y diluido.

Hora: 14:00 hrs.

Se administra Cefazolina 1gr EV lento y diluido.

Resultado de proteinuria : 111 mg en 24 horas.

Hora: 19:00 hrs.

- Herida operatoria afrontada
- Genitales externos: sangrado vaginal en poca cantidad en poca cantidad sin mal olor
- Miembros inferiores: edemas ++

Impresión Diagnóstica:

- Puérpera post-cesareada por trabajo de parto fase expulsivo pretérmino +/- 03 días.
- Infección de Tracto Urinario en tratamiento
- Anemia leve

Evolución: Estacionario

Hora: 20:00 hrs.

Se administra Cefazolina 1gr EV lento y diluido.

Se administra Furosemida 20 mg EV lento y diluido.

Fecha: 03 de Junio de 2015

Hora: 02:00 hrs.

Se administra Cefazolina 1gr EV lento y diluido.

Se suspende administración de Furosemida.

Hora: 07:00 hrs.

Al examen: AREG, LOTEPE

CFV: PA: 85/50 mmHg FC : 115 x' FR : 19x' T 37°C Diuresis: 400 cc

- Abdomen: blando depresible no doloroso a la palpación. IU 14 cm.
- Herida operatoria afrontada
- Genitales externos: sangrado vaginal en poca cantidad
- Miembros inferiores: edemas ++

Impresión Diagnóstica:

- Puérpera post-cesareada por trabajo de parto fase expulsivo pretérmino +/- 04 días.
- Anemia leve.

Evolución: Estacionario

Hora: 10:00 hrs.

Se administra Cefazolina 1gr EV lento y diluido.

Se administra Sulfato ferroso 300 mg VO

Se administra Carbonato de Calcio 400 mg VO

Resultados de laboratorio:

Hb: 10.6 gr/dl Hto: 33% Creatinina: 0.7 mg/dl

PT: 4,2 gr/dl Albúmina: 2,2 gr/dl

Hora: 12:00 hrs.

Paciente con edemas en miembros inferiores +++

Se cambia tratamiento a Ceftriaxona 1 gr EV.

Se solicita EKG, hemoglobina, hematocrito, urea, creatinina, albumina, proteína, y se cambia a dieta hiperproteica.

Hora: 14:00 hrs.

Se administra Cefazolina 1gr EV lento y diluido.

Resultado de proteinuria: 111 mg en 24 horas.

Hora: 19:00 hrs.

- Herida operatoria afrontada
- Genitales externos: sangrado vaginal en poca cantidad
- Miembros inferiores: edemas +++

Impresión Diagnóstica:

- Púérpera post-cesareada por trabajo de parto fase expulsivo pretérmino +/- 04 días.
- Desnutrición crónica
- Anemia leve
- Hipotensa

Evolución: Estacionario

Hora: 22:00 hrs.

Se administra Ceftriaxona 1gr EV lento y diluido.

Se administra Sulfato ferroso 300 mg VO

Fecha: 04 de Junio de 2015

Hora: 07:00 hrs.

Paciente refiere presentar hinchazón en ambos miembros inferiores, niega cefalea, mareos.

Al examen: AREG, LOTEPE

CFV: PA: 72/52 mmHg FC: 120 x' FR: 19x' T 36.4 °C Diuresis: 400 cc

- Herida operatoria afrontada
- Genitales externos: sangrado vaginal en poca cantidad
- Miembros inferiores: edemas +++

Impresión Diagnóstica:

- Puérpera post-cesareada por trabajo de parto fase expulsivo pretérmino +/- 05 días.
- Síndrome Edematoso
- Hipotensión arterial
- Infección de Tracto Urinario
- Desnutrición crónica
- Anemia leve

Plan: Dieta hiperproteica

Evolución: Estacionario

Hora: 10:00 hrs.

Se administra Ceftriaxona 1gr EV lento y diluido.

Se administra Poligelina a 45 gts por minutos

PA: 63/32 mmHg FC: 113 x'

Resultados de laboratorio:

Hb: 8.6 gr/dl Hto: 27% Urea: 26 mg/dl Creatinina: 0.7 mg/dl

Examen de orina: leucocitos 8,200 bastones 3% PCR (+)

Ecografía abdominal: órganos intraabdominales normales.

Hora: 12:00 hrs.

PA: 62/35 mmHg FC: 112 x'

Hora: 14:00 hrs.

PA: 64/34 mmHg FC: 114 x'

Hora: 16:00 hrs.

PA: 70/40 mmHg FC: 120 x'

Hora: 17:00 hrs.

Médico internista refiere continuar con indicaciones

Hora: 18:00 hrs.

PA: 80/50 mmHg FC: 118 x'

Hora: 19:30 hrs.

Paciente en alojamiento conjunto con RN pretérmino, refiere dolor tipo cólico a nivel de epigastrio.

Se recepciona resultados de laboratorio PCR (+) leucocitos 8,400, Hb 8.6 gr%.

Se comunica a médico de guardia quien refiere que se comunique a médico internista, quien indica monitorizar a paciente en hoja aparte.

Hora: 22:00 hrs.

Se administra Ceftriaxona 1gr EV lento y diluido.

Hora: 23:00 hrs.

Médico ginecoobstetra acude ha llamado, paciente presenta vómito, y leve dolor a nivel de epigastrio tipo cólico después de vómito refiere sentirse más aliviada.

Fecha: 05 de Junio de 2015

Hora: 07:00 hrs.

Paciente refiere leve dolor en sutura quirúrgica de moderada intensidad que se inicia en epigastrio y se irradia a hemiabdomen inferior asociada a náuseas y vómitos alimentarios y biliosos, en piernas y muslos.

- Piel y mucosas: pálidas, poco hidratadas
- Mamas: blandas, secretantes en poca cantidad, pezones agrietados.
- Abdomen: blando depresible. Útero contraído. IU 13 cm.

- Herida operatoria expuesta, se evidencia salida de líquido claro, bordes semiafrontados.
- Genitales externos: sangrado vaginal en poca cantidad
- Miembros inferiores: edemas ++

Impresión Diagnóstica:

- Puérpera post-cesareada por trabajo de parto fase expulsivo pretérmino +/- 07 días.
- Desnutrición crónica
- D/C Litiasis vesicular
- Anemia moderada
- Síndrome edematoso
- Hipotensión arterial
- Infección de Tracto Urinario

Plan: Evaluación para referencia a hospital de mayor complejidad.

Hora: 10:00 hrs.

Se administra Furosemida 20 mg EV lento y diluido.

Se administra Ceftriaxona 1gr EV lento y diluido.

Resultados de laboratorio:

Examen de orina: leucocitos 20 – 25 / campo, piocitos 8-10| / campo.

Hora: 11:00 hrs.

Se administra Poligelina 300 cc a 30 gts por minuto

Se realiza curación de herida

Se indica realizar ecografía abdominal: órganos abdominales ecográficamente normales.

Hora: 12:00 hrs.

Se administra Simeticona 80 mg VO

Hora: 14:00 hrs.

Paciente no refiere molestias

- Abdomen: blando depresible. Útero contraído. IU 13 cm.
- Herida operatoria semiafrontada
- Genitales externos: sangrado vaginal en poca cantidad
- Miembros inferiores: edemas ++

Impresión Diagnóstica:

- Puérpera post-cesareada por trabajo de parto fase expulsivo pretérmino +/- 07 días.
- Desnutrición crónica
- Anemia moderada
- Síndrome edematoso
- Hipotensión arterial
- Infección de Tracto Urinario

Evolución: Estacionario

Hora: 19:00 hrs.

Paciente en alojamiento conjunto con RN, refiere presentar cansancio, sueño, debilidad, dolor e hinchazón en los miembros inferiores que se incrementan al pararse.

Al examen: MEG, REN, REH, LOTEPE

CFV: PA: 75/50 mmHg FC 108 x' FR : 19x' T 36.6 °C Diuresis: 400 cc

- Piel y mucosas: pálidas, poco hidratadas
- Mamas: blandas, secretantes en poca cantidad, pezones agrietados.
- Abdomen: blando depresible. Útero contraído. IU 13 cm.
- Herida operatoria entreabierta.
- Genitales externos: sangrado vaginal en poca cantidad
- Miembros inferiores: edemas +++

Hora: 22:00 hrs.

Se administra Ceftriaxona 1gr EV lento y diluido.

Hora: 23:50 hrs.

Se comunica a médico de guardia sobre evolución de paciente.

Fecha: 06 de Junio de 2015

Hora: 00:00 hrs.

Se administra Simeticona 80 mg VO

Hora: 00:15 hrs.

Sat= 93%, FC 112 x' PA: 75/52 mmHg FR: 22 x'

Médico de guardia acude ha llamado y evalúa a paciente dejando indicaciones:

1. Restricción de líquidos EV y VO
2. Se solicita hemoglobina, hematocrito, hemograma, albúmina, creatinina, urea, proteínas totales
3. Evaluación por medicina interna
4. Posible referencia a hospital de mayor complejidad
5. Elevación de miembros inferiores a 30 – 40 cm por encima de corazón

Hora: 05:30 hrs.

Paciente transcurre la noche quejumbrosa refiriendo cefalea esporádica, cansancio, sueño, debilidad, disminución de apetito, dolor abdominal tipo cólico, dolor a nivel de miembros inferiores.

Al examen: Mal estado general, regular estado de hidratación y nutrición

CFV: PA: 60/40 mmHg FC 120 x' FR 28x' T 37 °C Diuresis: 900 cc

- Piel y mucosas: palidez marcada
- Mamas: blandas poco secretantes
- Abdomen: globuloso, refiere leve dolor a la palpación
- Herida operatoria entreabierta, se evidencia salida de secreción serosa
- Presencia de edemas desde los pies hasta el hemiabdomen inferior +++
- Genitales externos: sangrado vaginal en poca cantidad sin mal olor.
- Miembros inferiores: edema +++

Impresión Diagnóstica:

- Puérpera post-cesareada por trabajo de parto fase expulsivo pretérmino +/- 08 días.
- Desnutrición crónica
- Anemia moderada
- Síndrome edematoso
- Hipotensión arterial
- Infección de Tracto Urinario
- Hipoalbuminemia
- D/C Trombosis venosa profunda

Evolución: Estacionario

Plan: Reevaluación por Ginecología, Medicina Interna, considerar posible referencia a establecimiento de mayor complejidad.

Evitar sal (dieta hipo sódica)

Hora: 08:30 hrs.

Paciente pasa a UCI por orden médica debido al mal estado general, dolor abdominal de tipo cólico, sensación de somnolencia.

Se coordina con hospital de Huancayo para obtener plasma y albúmina, pero no se encuentra respuesta.

Hora: 10:00 hrs.

Se administra Ceftriaxona 1gr EV lento y diluido.

Se administra Dextrosa 5% 1000 cc

Hipersodio 1 amp

Kalium 1 amp

Se coloca sonda Foley, observando salida de orina colúrica.

Se realiza elevación de miembros inferiores.

Hora: 11:00 hrs.

Se administra Poligelina 300 cc a 30 gts por minuto

Se realiza curación de herida

Se indica realizar ecografía abdominal

Hora: 13:00 hrs.

CFV: PA: 70/50 mmHg FC : 112 x' FR : 21x' T 37.5 °C

Se realizan medios físicos para disminuir temperatura

Hora: 13:55 hrs.

CFV: PA: 70/30 mmHg FC : 122 x' FR : 23x' T 39°C

Se administra Metamizol 1 gr EV por indicación médica.

Hora: 14:20 hrs.

CFV: PA: 60/30 mmHg FC : 128 x' FR : 23x'

Hora: 14:30 hrs.

Médico reevalúa a paciente e indica agregar Clindamicina EV.

Hospital de Lima no acepta referencia.

Hora: 18:30 hrs.

Hospitales de referencia no responden, no se encuentran camas disponibles para traslado.

Paciente cuenta con Hemoglobina de control, leucocitos 7650 mm³, Abastones 2%, examen de orina, leucocitos 20-25/campo, ácido úrico +++, cilindros granulosos 4-5/campo, plaquetas 150,000 mm³, creatinina 0.6 mg/dl, TGO 11U/L, TGP 11 U/L, proteínas totales 2,9 g/dl, albúmina 1,04 gr/dl.

Ha presentado fiebre T° 39°C por la tarde, por ello se coloca Metamizol EV con lo que la fiebre cede, se amplía cobertura con Clindamicina 600mg EV/ 8 hrs, se toma ecografía de tórax en el cual se evidencia escaso infiltrado intersticial, no se aprecian imágenes medio opacas.

Hora: 19:00 hrs.

Se administra Hidrocortisona 100 gr EV (volutrol)

Hospital de Lima acepta referencia

Impresión Diagnóstica:

- Puérpera post cesareada por prematuridad 10 días.
- Sepsis severa por foco urinario
- Hipotensión sostenida
- D/C Insuficiencia suprarrenal

Plan: Referencia a establecimiento de mayor complejidad.

Tabla N° 7 Hoja de control de funciones vitales

Fecha	Hora	PA	FC	FR	T
04/06/15	19:30	57/37	122	18	36.7°C
	20:00	67/35	121	20	37.2°C
	21:00	80/50	124	18	37.0°C
	22:00	80/50	120	20	36.9°C
	23:00	70/40	125	14	37.2°C
05/06/15	00:00	70/40	121	19	37.1°C
	01:00	70/40	117	18	37.0°C
	02:00	70/40	115	20	37.2°C
	03:00	70/50	118	19	37.0°C
	04:00	70/40	109	20	36.5°C
	05:00	70/50	118	19	36.7°C
	06:00	70/40	120	18	36.5°C
	07:00	70/50	118	19	36.5°C
	08:00	74/44	111	19	36.6°C
	09:00	70/50	109		
	10:00	74/54	111		
	11:00	78/53	115		

	12:00	66/43	102		
	13:00	70/49	108		
	14:00	72/51	103		
	15:00	80/50	102		
	16:00	72/53	102		
	17:00	75/52	101		
	18:00	78/48	100		
	19:00	74/48	99	19	37.0°C
	20:00	75/52	106		
	21:00	78/51	110		
	22:00	74/50	108		
	23:00	71/52	109		
06/06/15	00:00	75/52	112	22	36.8°C
	01:00	70/40	117	18	37.0°C
	01:30	76/53	114	21	36.8°C
	02:30	75/50	112		
	03:30	80/50	110		
	04:30	75/50	114		
	05:30	80/50	120	28	37.0°C

	06:30	76/54	122	26	
	07:30	60/40	120	28	37.0°C
	08:00	70/40	120	23	36.9°C
	09:00	70/40	121	22	36.7°C
	10:00	70/50	122	22	36.8°C
	11:00	70/40	110	22	36.3°C
	12:00	70/40	108	22	36.2°C
	13:00	70/50	118	21	37.5°C
	13:55	70/30	122	23	39.0°C
	14:20	60/30	128	23	
	14:30	67/38	126	22	
	14:45	69/34	122	22	38.4°C
	15:00	74/39	123	23	
	15:15	72/40	120	22	
	15.30	73/40	118	23	
	15:45	73/38	121	24	38.9°C
	16:00	73/36	118	22	
	16:15	73/39	120	22	
	16:30	69/40	120	22	

	16:45	73/39	126	24	37.7°C
	17:00	73/43	118	21	
	17:15	72/46	121	21	
	17:30	72/41	113	22	
	17:45	74/46	120	20	
	18:00	73/40	118	22	37.2°C
	18:15	72/41	114	21	
	18:30	72/39	108	21	
	18:45	71/40	112	21	
	19:00	73/40	109	21	37.4°C
	19:15	70/34	113	21	
	19:30	69/40	115	21	36.4°C

Tabla N° 8 Resultados de pruebas de laboratorio

	01	02	03	04	05	06
	Junio	Junio	Junio	Junio	Junio	Junio
	2015	2015	2015	2015	2015	2015
HEMATOLOGÍA						
Hemoglobina	9.3 gr%			8.6 gr%		7.0 gr%
Hematocrito	29%			27%		22%
Leucocitos	10,200/ mm ³			8,400/ mm ³		7,650/ mm ³
Glucosa	66 mg/dl					
Abastionados				3%		2%
Segmentados				61%		68%
Eosinófilos				0%		1%
Basófilos				0%		0%
Monocitos				0%		0%
Linfocitos				36%		29%
PCR				+		
Plaquetas						150,00 0 mm ³

TP						15 seg
EXÁMEN DE ORINA						
Cel. Epiteliales	5-6/ Cpo				5-6/ Cpo	
Leucocitos	16-18/ Cpo				20-25/ Cpo	
Piocytes	6-8/ Cpo				8-10/ Cpo	
Hematies	55-60/ Cpo				3-4/ Cpo	
Bacterias					++	
Cristales					+++	
ANÁLISIS BIOQUÍMICO						
Bilirrubina Total						12 mg/dl
Bilirrubina Directa						9 mg/dl
Bilirrubina Indirecta						3 mg/dl

TGO						11 U/L
TGP						11 U/L
Urea	46 mg/dl	46 mg/dl		26 mg/dl		12 mg/dl
Creatinina	0.8 mg/dl	0.7 mg/dl	0.7 mg/dl	0.7 mg/dl		0.6 mg/dl
Proteínas totales			4.2 g/dl			2.92 g/dl
Albúmina			2.2 g/dl			1.04 g/dl
Proteinuria orina 24 horas		111 mg/24 h				

Fuente: Servicio de Laboratorio del Hospital nivel II-1

2.3. Discusión

La literatura que nos muestra Angus y colaboradores (1) y/o la Guía de Sepsis en el embarazo (2), nos muestra de manera clara que los signos presentados por la paciente son signos patognomónicos de sepsis puerperal, por lo que, de haberse identificado de manera adecuada, probablemente se podría haber salvado la vida de la paciente.

En el mismo sentido que lo investigado por Angus (1), en nuestro trabajo hemos mostrado que la incidencia es mayor a lo presentado en los cuadros estadísticos nacionales, debido a la gran cantidad de subregistro que hay, a su vez también consideramos que dicho índice se incrementa aún más en las zonas alejadas, donde no hay personal de salud o porque las condiciones de asepsia no son ideales.

La organización Mundial de la Salud OMS (2) nos indican que la tasa de muerte materna en el Perú ha disminuido, siendo las zonas rurales y pobres las más afectadas, estos niveles siguen siendo altos, por lo que es imprescindible capacitar al personal en el manejo de protocolos nacionales que permitan estar más atentos para desarrollar un adecuado trabajo. Si bien las metas al 2020 (6) van mejorando, aún los esfuerzos se notan insuficientes para evitar la muerte innecesaria.

Debemos tener la capacidad como profesionales de salud de poder realizar un diagnóstico de manera oportuna, identificando los signos de alarma, que sean útiles para que el equipo médico pueda que tomar una decisión definitiva (9).

Los sistemas de referencia y contrarreferencia deben estar permanentemente habilitados de modo que permita saber con quienes contamos en alguna emergencia y a donde estamos llevando a la paciente, para hacer el seguimiento post parto (6-9).

Existen diversos manuales internacionales (2, 12, 19) que nos muestran cómo debemos efectuar la atención en casos como el desarrollado como trabajo académico, si bien en el país tenemos un manual de la clave amarilla, los manuales de la norma técnica, del Instituto Materno Perinatal es necesario estandarizar dichos manuales para evitar que debido a nuestra falta de capacidades muera una madre.

2.4. Conclusiones

La sepsis es una de las patologías que se presentan en el puerperio y no identificada a tiempo en la mayoría de casos podría complicarse hasta un shock séptico que es altamente mortal sino es diagnosticada y tratada adecuadamente, como se muestra en el presente caso clínico el equipo médico no tuvo la capacidad de poder identificar a tiempo el cuadro clínico ya que los signos vitales de la puérpera fueron deteriorándose paulatinamente presentando obnubilación, escalofríos, hipertermia, hipotensión arterial, taquicardia, oliguria, edema, taquipnea, vómito y el personal de salud no tomaba acción solo colocaba que se encontraba en fase estacionaria perdiendo con ello tiempo valioso que hubiera permitido quizás poder salvar la vida de la puérpera, recién al sexto día de post cesárea se toma en consideración un seguimiento más intensivo pero ya la infección estaba instalada desencadenando una muerte materna.

La sepsis y el shock séptico tienen diversos factores riesgo como: Ruptura prematura de membranas, trabajo de parto prolongado, múltiple tacto vaginal, uso de catéteres, resistencia a antibióticos, alta virulencia en hospitales etc.; siendo la operación cesárea el más frecuente para desarrollar sepsis materna, la mayoría de las infecciones postoperatorias se manifiestan a partir del 3-4 día después de la cirugía que suelen ser polimicrobianas y los antibióticos profilácticos administrados previo al procedimiento reducen sustancialmente el riesgo de infección relacionados.

2.5 Recomendaciones

Las acciones de capacitación son importantes pues permiten conocer las nuevas formas de tratamiento y atención para paciente en la etapa reproductiva, debemos recordar que cada paciente es un mundo diferente y no podemos atender de la misma forma a todas, suceden casos como el presente que muestran aparente leves molestias pero que en realidad en detalles como por ejemplo las funciones vitales, nos mostraba que la paciente no evolucionaba sino que se iba deteriorando, esto nos debe poner en alerta, para siempre enfocarnos y no hacer una atención rutinaria.

Se deben mejorar las acciones de referencia y contrarreferencia, pues ello permitirá poder tener al alcance herramientas que permitan actuar de manera diferente, pero sobretodo en algunas ocasiones evitar muertes.

Este tipo de casos nos permiten reforzar en el equipo de salud, lo importante que es el control pre natal y como una adecuada atención puede permitir poder prevenir complicaciones que generen una muerte materna.

BIBLIOGRAFÍA

1. Angus D, Van der Poll T. Severe sepsis and septic shock. *N Engl J Med* 2013; 368:840-51. Disponible en: <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/nejmra1208623>
2. Cordioli R, Cordioli E, Negrini R, Silva E. Sepsis and pregnancy: do we know how to treat this situation? *Rev Bras Ter Intensiva*. 2013 Oct-Dec;25(4):334-44. doi: 10.5935/0103-507X.20130056. PMID: 24553516; PMCID: PMC4031877.
3. Royal College of Obstreticians and Gynaecologists. Bacterial Sepsis in Pregnancy. Green-top Guideline No. 64^a. Ed. April 2012; 1-14.
4. Barton JR, Sibai BM. Severe sepsis and septic shock in pregnancy. *Obstet Gynecol*. 2012 Sep;120(3):689-706. doi: 10.1097/AOG.0b013e318263a52d. Erratum in: *Obstet Gynecol*. 2012 Nov;120(5):1214. PMID: 22914482.
5. Van Dillen J, Zwart J, Schutte J, van Roosmalen J. Maternal sepsis: epidemiology, etiology and outcome. *Curr Opin Infect Dis*. 2010 Jun;23(3):249-54. doi: 10.1097/QCO.0b013e328339257c. PMID: 20375891.
6. Valdiviezo I. Factores de riesgo asociados a complicaciones post-parto en pacientes añosas, Hospital de la Amistad Perú-Corea II-2 Santa Rosa, Piura-2017. tesis de grado. Universidad Privada Antenor Orrego. Disponible en: <https://repositorio.upao.edu.pe/handle/20.500.12759/6084>

7. Vega J. Shock séptico en una puérpera de parto institucional en establecimiento nivel I-4 Lima, 2017. Tesis de grado. Universidad José Carlos Mariátegui.
8. Boletín Epidemiológico Anual del 2017 del Instituto Nacional Materno Perinatal-INMP. Volumen N° 5, pág. 14. Disponible www.inmp.gob.pe
9. Reyes-Armas I, et al. Morbilidad Materna Extrema en el Hospital Nacional Docente Madre-Niño San Bartolomé, Lima, 2007-2009. Rev Perú Ginecol Obstet. 2012; 58:273-284. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322012000400006&lng=es.
10. Del Carpio L. Situación de la mortalidad maternal en el Perú. 2000-2012. Rev. Perú. Med. Exp. Salud pública [Internet]. 2013 Jul [citado 2018 May 28] ;30 (3) :461-464 Disponible en: <http://www.scilo.org.pe/scielo.phpS17264634200300015&Ing=es>
11. Levy M, Fink M, Marshall J et al. SCCM/ESICM/ACCP/ATS/SIS Internacional Sepsis Definitions Conference. Crit Care Med. 2003 Apr;31(4):1250-6. doi: 10.1097/01.CCM.0000050454.01978.3B. PMID: 12682500.
12. Nares-Torices MA, Hernández-Pacheco JA, Estrada-Altamirano A, et al. Manejo de sepsis y choque séptico en el embarazo. Perinatol Reprod Hum. 2013;27(4):248-261.
13. Guinn GA, Abel D, Tomlinson M. Early goal directed therapy for sepsis during pregnancy. Obstet Gynecol Clin North Am. 2007 Sep;34(3):459-79, xi. doi: 10.1016/j.ogc.2007.06.009. PMID: 17921010.

14. Lucas DN, Robinson PN, Nel M. Sepsis in Obstetrics and the role of the anesthetist. *Int J Obstet Anesth.* 2012 Jan;21(1):56-67. doi: 10.1016/j.ijoa.2011.11.001. Epub 2011 Dec 12. PMID: 22168972.
15. Baha M, Sibai M. Management of acute obstetric emergencies. Elsevier. 2011:3-100. Disponible en: <https://www.elsevier.com/books/management-of-acute-obstetric-emergencies/sibai/978-1-4160-6270-7>
16. Sheffield JS. Sepsis and septic shock in pregnancy. *Crit Care Clin.* 2004;20:651-60. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15388194>
17. Dellinger P, Levy M, Rhodes A, Annane D, Gerlach H, Opa S et al. Surviving Sepsis Campaign: International Guidelines for Management of Severe sepsis and septic Shock 2012. *Crit Care Med.* 2013 Feb;41(2):580-637. doi: 10.1097/CCM.0b013e31827e83af. PMID: 23353941.
18. Guía de Sepsis en Obstetricia. Bogotá Humana. 2013. Alcaldía Mayor de Bogotá.
19. Trujillo-Ulloa W, Cabrejo J. Relación entre el índice gradiente dióxido de carbono/gradiente arteriovenoso de oxígeno y lactato en el choque séptico por neumonía. *Horiz Med (Lima)* 2020; 20(2): e1080.
20. Rincón S, Panesso D, Díaz L, et al. Resistencia a antibióticos de última línea en cocos Gram positivos: la era posterior a la vancomicina [Resistance to "last resort" antibiotics in Gram-positive cocci: The post-vancomycin era]. *Biomedica.* 2014;34 Suppl 1(0 1):191-208. doi:10.1590/S0120-41572014000500022
21. Pacheco-Romero José. Gestación en la mujer obesa: consideraciones

especiales. An. Fac. med. [Internet]. 2017 Abr [citado 2021 Jul 10]; 78(2): 207-214. Disponible en:
http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-55832017000200017&lng=es.

<http://dx.doi.org/10.15381/anales.v78i2.13219>.

22. Organización Panamericana de la Salud. Guía de campo sobre la inmunización materna y neonatal para Latinoamérica y el Caribe. Washington DC 2017.