



**UNIVERSIDAD JOSÉ CARLOS MARIÁTEGUI**

**VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN**

**ESCUELA DE POSGRADO**

**SEGUNDA ESPECIALIDAD EN OBSTETRICIA CON MENCIÓN EN  
EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS, ALTO RIESGO Y CUIDADOS CRÍTICOS**

**TRABAJO ACADÉMICO**

**“Shock séptico en una puérpera mediata de parto institucional en  
establecimiento nivel I-4 Lima, 2017”**

**PRESENTADO POR**

**VEGA PRÍNCIPE, JUANA ENCARNACION**

**ASESOR**

**Mgr. ELIZABETH ENI YALAN LEAL**

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

**MOQUEGUA-PERÚ**

**2017**

## RESUMEN

El presente caso clínico “Shock séptico en una puérpera mediata de parto institucional en un establecimiento nivel I-4 de Lima, 2017”, tuvo como objetivo identificar los factores de riesgo asociados a un shock séptico y determinar el manejo clínico del shock séptico, en una paciente puérpera, según el nivel de atención que corresponda.

Se presenta el caso de una paciente puérpera de 3 días de parto eutócico institucional, que se presentó con un cuadro febril y en mal estado general, debilidad marcada, náuseas y vómitos, a un establecimiento de I nivel de atención donde se le atribuye el diagnóstico de shock séptico activándose clave amarilla de emergencias obstétricas y posteriormente referida en ambulancia y con soporte de fluidos, a un hospital de III nivel para su manejo y tratamiento correspondiente. Permaneció en UCI durante 7 días, con mantenimiento estricto, confirmándose el diagnóstico de shock séptico por proceso urinario siendo manejado con soporte ventilatorio, analítica permanente y antibióticos de amplio espectro. Fue dada de alta al 9º día de su ingreso con tratamiento ambulatorio.

Dentro de los antecedentes presentó tres cuadros de infección urinaria durante su embarazo, con tratamiento ambulatorio y con un urocultivo negativo al final del tratamiento.

Palabras clave: Shock séptico; Paciente Puérpera; Embarazo; Nacimiento

## **LISTA DE CONTENIDOS**

PORTADA	
CARATULA	
PAGINA DE JURADO.....	i
DEDICATORIA.....	ii
AGRADECIMIENTO.....	iii
RESUMEN.....	iv
INDICE DE CONTENIDO.....	v

### **CAPITULO I**

1.1 DESCRIPCION DEL PROBLEMA .....	1
1.2 JUSTIFICACIÓN .....	3
1.3 MARCO TEÓRICO .....	4

### **CAPITULO II**

2.1 CASO CLINICO.....	31
-----------------------	----

### **CAPITULO III**

3.1 CONCLUSIONES.....	70
3.2 RECOMENDACIONES.....	71
REFERENCIAS.....	73

ANEXOS

## **CAPITULO I**

### **DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA**

Las infecciones se ubican entre las principales causas de morbimortalidad a nivel mundial. Se ha observado que ello se debe, principalmente, a fallas en las medidas institucionales relacionadas con el acceso a una adecuada atención prenatal y de medidas de prevención establecidas.

Se estima que por cada mujer que muere de alguna causa obstétrica, sea en el embarazo o parto, 20 de ellas sufrirán de lesiones, infecciones o presentarán algún tipo de discapacidad. El mayor porcentaje de muertes maternas ocurre en el tercer trimestre de gestación y la primera semana post parto (a excepción de las que se dan por complicaciones post aborto). Los estudios indican que los dos primeros días post parto son los de mayor riesgo de complicación y de mortalidad. Dentro de las causas médicas las más frecuentes son la hemorragia post parto, que se agrava aún más en una paciente anémica, las infecciones son otro gran grupo y la hipertensión inducida por la gestación (pre eclampsia y eclampsia), así como complicaciones post aborto y los partos prolongados (1)

La incidencia de la sepsis, en los últimos 40 años ha aumentado considerablemente. Los últimos reportes de los EEUU y Europa señalan que la incidencia va de 0,4 por 1000 y de 1 por 1000 casos. Asimismo, señalan que la mortalidad hospitalaria de los pacientes con sepsis descendió del 28% al 18%. (2)

Las infecciones post parto son complicaciones muy graves, por lo cual el profesional debe tener amplio conocimiento del tema para realizar un diagnóstico y un manejo apropiado y temprano. (3)

En el Perú las infecciones puerperales constituyen la tercera causa de muerte materna hospitalaria. Esta son formas de sepsis severa con o sin shock séptico. La mortalidad materna debida a sepsis representa menos del 3%, mientras que por shock séptico representa casi el 28%. (4)

La atención prenatal adecuada sigue siendo la principal herramienta para detectar patologías intercurrentes o aparición de morbilidad durante la gestación y poder ser tratadas a tiempo, así como mantener las actividades preventivas y de seguimiento que se realizan con las gestantes en los establecimientos de salud. El control del embarazo para detectar el riesgo obstétrico ya sea antes, durante y aún después del parto es vital, y se debe evaluar de manera integral a cada paciente de modo que se puedan detectar, modificar o eliminar dichos riesgos y poder prevenir posteriores complicaciones. (1)

El presente caso describe un cuadro de shock séptico, en una puérpera de parto eutócico de un establecimiento de salud nivel I-4, que fue dada de alta sin ninguna complicación aparentemente y que reingresa al tercer día en mal estado general, debilidad marcada, náuseas y vómitos.

## JUSTIFICACIÓN

El presente caso clínico se ha tomado en cuenta debido a que el shock séptico sigue siendo una de las principales causas de muerte materna en nuestro país y la detección y manejo oportuno pueden aminorar las estadísticas fatales atribuibles a esta entidad. Las enfermedades durante el embarazo, el parto y el puerperio constituyen las principales causas de discapacidad y muerte entre las pacientes obstétricas de los países en desarrollo.

Si se quiere brindar una maternidad saludable, es necesario priorizar la atención con calidad de la paciente obstétrica (en el embarazo, parto y puerperio) ya que es un grupo poblacional muy susceptible a infecciones y a procesos sépticos que la pueden llevar a la muerte. El estado gravídico, la inmunodepresión propia del embarazo y la fragilidad a ciertas toxas la vuelve un elemento “diana” fácil de contraer alguna infección. (1)

Por tanto, la sepsis en el contexto obstétrico debe ser tratada por un equipo multidisciplinario y de especialistas en forma coordinada para optimizar el tratamiento y mejorar el pronóstico de estas pacientes. (5)

La presentación del Caso Clínico nos permitirá analizar el manejo de un caso de shock séptico en el puerperio mediato, tanto en el primer nivel de atención como en el tercer nivel de atención, y los antecedentes que hubo durante la gestación y la omisión de los mismos durante el parto y el puerperio. Asimismo, si la capacidad resolutoria de cada establecimiento de salud fue la más oportuna y adecuada.

## **MARCO TEÓRICO**

En relación al tema de estudio se revisó la literatura a nivel internacional y nacional encontrándose estudios similares que guardan relación y le dan soporte al presente caso clínico.

### **Antecedentes internacionales**

**Hernández G, Estrada M, García M, Gorordo L, Jiménez A, Tercero B. *et al.* (2014), “Sepsis puerperal y reanimación guiada por metas. Experiencia en una unidad de cuidados intensivos de un hospital de segundo nivel de atención, México”.**

Objetivos: Determinar la relación entre la reanimación guiada por metas que da soporte vital básico y la disminución del riesgo de muerte en la paciente obstétrica con sepsis. Material y Métodos: Estuvo conformada por 54 pacientes con el diagnóstico de sepsis de enero 2013 a abril 2014. Fue un estudio no experimental, de tipo descriptivo, transversal, de tipo cualitativo. Resultados. Se halló que la enfermedad hipertensiva del embarazo ocurrió en 27 pacientes (50%), seguida de la hemorragia obstétrica en 15 (27.8%) y sepsis en 12 (22.2%). No se registraron muertes en el grupo de estudio. Conclusiones. La detección y manejo oportuno de las patologías obstétricas críticas evita un desenlace fatal en este tipo de pacientes. Palabras clave: Paciente obstétrica crítica. Sepsis puerperal. (6).

**Encinosa G, González D, Díaz E, (2014), “Puerperio complicado, un reto clínico. Cuba”**

Objetivo: Identificar los factores que inciden en la morbilidad puerperal grave.

Material y Métodos: Se realizó un estudio descriptivo, transversal, retrospectivo.

La muestra estuvo conformada por puérperas de la unidad de cuidados intensivos (UCI) del Hospital Ciro Redondo García, Cuba durante el 2011 y 2012. Resultados:

Las puérperas adolescentes y añosas representan un tercio del total de ingresos.

Predominó el puerperio complicado en cesareadas Las morbilidades más frecuentes registradas fueron la hemorragia y las sepsis obstétrica. Imperaron las complicaciones de tipo hemorrágico. Conclusiones: Existe una relación directa

significativa entre la cesárea y la sepsis obstétrica. Las causas de muerte fueron la sepsis y la hemorragia. Palabras claves: Histerectomía, cesárea, sepsis, puerperio complicado. (7).

**Guerrero A, Briones C, Díaz de León M, Briones J, (2011) Cuidados intensivos en ginecología y obstetricia en el Hospital General de México**

Objetivo: Mostrar el comportamiento de la unidad en los últimos doce meses y sus fortalezas que se pueden traslapar para disminuir la mortalidad materna y perinatal de nuestro entorno.

Material y métodos: se revisó expedientes clínicos de pacientes que ingresaron a la Unidad de Cuidados Intensivos de la Unidad 112 del Hospital General de México del 16 de agosto de 2010 al 16 de agosto del 2011. Se contrastaron resultados de nacimientos, cesáreas, óbitos y abortos, calculamos mortalidad relativa y comparamos literatura nacional e internacional. Resultados:

Ingresaron al estudio 333 pacientes, de las cuales 46 eran ginecológicas: por sepsis, choque hipovolémico, apoyo con ventilación mecánica y 287 obstétricas: preeclampsia, hemorragia, sepsis y otras patologías. 4,733 nacimientos, 25% adolescentes, 40% cesáreas, 1.7% óbitos, 13% pre-término, muerte materna cinco pacientes (mortalidad relativa de 1.7%) Conclusiones: Reorientar la atención del evento obstétrico en forma resolutiva y con enfoque multidisciplinario, como «urgencia-médico-quirúrgica», con el potencial asistencial, educativo y de investigación que tiene el Hospital General de México, el «General de los Hospitales». Palabras clave: Cuidados intensivos, ginecología y obstetricia, Hospital General de México. (8).

**Álvarez T, Salvador S, González G, Pérez R. (2010), “Caracterización de la morbilidad materna extremadamente grave, La Habana, Cuba”.**

Objetivos: Caracterizar la morbilidad materna extremadamente grave en la Ciudad de La Habana, desde enero hasta junio del año 2009.

Métodos: Se realizó un estudio transversal cuyo universo de estudio lo constituyeron todas las gestantes que se diagnosticaron como morbilidad materna extremadamente grave en los hospitales maternos y servicios ginecoobstétricos de hospitales generales y clínico quirúrgicos, según criterios de inclusión. La información se obtuvo mediante la historia clínica de cada gestante durante su atención de control de embarazo y su estancia hospitalaria.

Resultados: Se diagnosticaron 46 gestantes, con una edad promedio de 28 años. Se identificaron riesgos maternos en el 89,1 % de las gestantes. Los riesgos de mayor

frecuencia fueron la hipertensión arterial, el asma, la diabetes mellitus y la sepsis urinaria. Conclusiones: La morbilidad materna extremadamente grave ocurrió con mayor frecuencia después del parto. Según los criterios de inclusión, las causas de mayor ocurrencia fueron las relacionadas con el manejo instaurado al paciente (cirugía, UCI, transfusión) y la enfermedad específica (*shock séptico e hipovolémico*). Palabras clave: morbilidad, enfermedad aguda, epidemiología, bienestar materno. (8)

**Calderón M, Calle L, Hidalgo J, Parodi de Zurita R, (2010), “Infección puerperal poscesárea vs posparto en el hospital gineco-obstétrico Enrique C. Sotomayor, Guayaquil-Ecuador.**

Objetivos: Determinar la incidencia de infección puerperal en post cesareadas y en post parto eutócico. Material y Métodos: Se realizó un estudio descriptivo, transversal, cuantitativo, con una muestra de 30 puérperas del Hospital Enrique C, Sotomayor, Guayaquil, entre junio a octubre de 2010. Resultados: El 60% de los partos termina en cesárea. El 83% de las infecciones puerperales se dieron en las puérperas de post cesárea y 17% en puérperas de parto eutócico. La Infección de herida quirúrgica representa el 80% de la de las complicaciones post cesárea. Conclusiones: Las pacientes que son intervenidas a una cesárea tienen mayor riesgo de complicación en el puerperio que aquellas que culminan su parto vía vaginal. Dentro de los factores de riesgo asociadas a infecciones puerperales se encuentra la vulvovaginitis, la fiebre materna y la ruptura prematura de membranas mayor a 6 horas. La infección de la episiorrafía es la infección puerperal más común. Palabras Clave: Infección puerperal, trastornos puerperales, cesárea, puerperio. (9).

**González J, Fonseca J, Vázquez A y Arias A, (2009), “Síndrome de respuesta inflamatoria sistémica en pacientes obstétricas graves, Bayamo-Cuba”.**

Objetivo: Identificar algunas características del síndrome de respuesta inflamatoria sistémica (SRIS) en pacientes obstétricas graves. Material y Métodos: se realizó un estudio descriptivo en 41 enfermas atendidas en la unidad de cuidados intensivos (UCI) del hospital general universitario "Carlos Manuel de Céspedes" de Bayamo, Granma, en el período comprendido desde el 1 de enero de 2007 hasta el 31 de diciembre de 2007. Resultados: el 70,6 % de las pacientes presentaron un SRIS. La temperatura mayor de 38°C o menor de 36°C fue el criterio más frecuente (85,3 %). El 53,6 % de las pacientes presentaron dos criterios del SRIS. El estado de choque hipovolémico (24,4 %), las afecciones quirúrgicas (24,4 %) y la enfermedad hipertensiva del embarazo causaron el SRIS. El 21,9 % de las pacientes evolucionó a la sepsis severa. Conclusiones: el SRIS en pacientes obstétricas graves es causado por el choque, los estados postquirúrgicos y la enfermedad hipertensiva y su evolución a estadios graves de la sepsis es frecuente. Palabras clave: Síndrome de respuesta inflamatoria sistémica, unidad de cuidados intensivos, embarazo, sepsis, parto. (10).

#### **ANTECEDENTES NACIONALES**

**Muñoz N, (2015), “Factores asociados a las infecciones puerperales en pacientes obstétricas atendidas por parto eutócico en el Hospital San José, período enero a julio de 2014, Lima”**

Objetivos: Determinar los factores asociados a la infección puerperal en pacientes obstétricas atendidas por parto eutócico en el Hospital San José del Callao, período enero a julio del 2014. Material y Métodos: Se realizó un estudio de tipo retrospectivo, cualitativo, sobre los factores asociados a la infección puerperal en pacientes obstétricas atendidas por parto eutócico en el Hospital San José, de enero a julio de 2014. Se obtuvo la información de 60 historias clínicas de pacientes obstétricas de parto eutócico que presentaron infección puerperal. Los datos fueron procesados y esquematizados en el programa estadístico Excel 2010. Resultados: En relación a los factores del embarazo, el 33% de las pacientes con infección puerperal no tuvo control prenatal, el 27% presentó bacteriuria; un 25%, anemia y un 7%, desnutrición. En relación a los factores del parto, el 22% presentaron ruptura prematura de membranas, el 18% infección urinaria, el 17% infección vaginal, un 15% trabajo de parto prolongado, el 8% corioamnionitis y retención de restos placentarios. En cuanto a los factores en la praxis de la atención del parto, el 57 % presentó tactos vaginales (más de 4 tactos vaginales), durante el trabajo de parto, al 25% de las puérperas se les realizó revisión manual de la cavidad uterina, un 15% tuvo alumbramiento prolongado Conclusiones: Los principales factores se atribuyen a la infección urinaria y bacteriuria, falta de control prenatal y antecedentes de infección vaginal, así como ruptura prematura de membranas; trabajo de parto prolongado y retención de restos placentarios, asimismo, los tactos vaginales a repetición durante el trabajo de parto elevan las infecciones puerperales. Palabras Claves: Factores relacionados al puerperio, infección puerperal (11).

**Cueva E, (2015), “Complicaciones en gestantes con infección del tracto urinario en el Hospital Regional Manuel Nuñez Butrón de Puno. Perú”**

Objetivo: Determinar las complicaciones maternas y neonatales en gestantes con infección del tracto urinario. Material y métodos: Se realizó un estudio descriptivo, transversal y prospectivo. La muestra estuvo conformada por 130 gestantes con infección urinaria que acudieron al parto. Resultados: Se pudo hallar que el 46% de las gestantes tuvo parto prematuro, el 38% presentó ruptura prematura de membranas y el 15% tuvo amenaza de aborto. Las multíparas fueron el grupo que más complicaciones presentó. Conclusiones: La infección urinaria durante el embarazo se relacionó con parto pretérmino, ruptura prematura de membranas y amenaza de aborto, así como con recién nacidos prematuros, de bajo peso y con RCIU. Palabras Claves: Mujeres embarazadas, periodo posparto, infecciones urinarias. (12).

**Vásquez V, Flores M, Lazo M, (2014), “Endometritis pos parto: Experiencia en un Hospital General. Lima”**

Objetivos: Conocer las características demográficas y clínicas, tratamiento, evolución y complicaciones de las pacientes con diagnóstico de endometritis puerperal en el Hospital Nacional Cayetano Heredia, en el periodo de julio de 2011 a julio de 2012. Material y Métodos: Se realizó un estudio de tipo descriptivo, retrospectivo, en el servicio de gineco obstetricia del Hospital Nacional Cayetano Heredia, Lima. La población fueron púerperas y para la muestra se seleccionó casos con diagnóstico de endometritis puerperal en el periodo julio 2011 a julio 2012. Se

recolectó los datos en una ficha, Los datos fueron procesados en el software para análisis estadístico STATA 12. Resultados: Se encontró 32 casos de endometritis puerperal, con prevalencia de 0,6%. La edad media fue 23 +/- 6,2; el 76% tenía educación secundaria y 72% era primípara. La vía de parto fue cesárea en 53% de los casos. El síntoma más frecuente fue sensación de alza térmica y el signo más frecuente loquios con mal olor.. La evolución de la totalidad de las pacientes fue favorable. Conclusiones: Conocer el impacto de la endometritis puerperal en un hospital general permitirá tomar las medidas preventivas para reducir la incidencia de casos de endometritis, por ejemplo, mejorando la profilaxis y tratamiento de la anemia, limitando los tactos vaginales así como promoviendo las normas de bioseguridad. Palabras clave: Puerperio, endometritis puerperal, hospital general. (13).

### **1.3.3. Teorías relacionadas al tema**

#### **PUERPERIO**

Es la etapa biológica que se inicia al término de la expulsión de la placenta y se considera que dura seis semanas o 42 días. (14). Se considera que en este período, siguiente al nacimiento, el tracto reproductivo y el resto del cuerpo, vuelven a su estado no grávido. (15). Sólo la glándula mamaria hace excepción a lo expresado, puesto que alcanza gran desarrollo y actividad. (16)

Durante esta etapa pueden ocurrir complicaciones que en ocasiones evolucionan hacia un desenlace fatal y cuando son numerosas constituyen un problema de salud que origina consecuencias negativas a la nación y a la población en general. (17).

El posparto se caracteriza por un aumento de las tensiones fisiológicas y por la gran transición psicológica que experimenta la madre. Durante este período el cuerpo de la mujer es más vulnerable debido al agotamiento de las energías, a las fatigas propias del fin del embarazo y del parto, el trauma tisular del parto, las pérdidas de sangre y la anemia. (17). Es por ello que el primer control posparto debe programarse entre 4 y 6 semanas después del parto (15).

## **ETAPAS**

Las etapas del puerperio se clasifican en

1. Puerperio Inmediato: comprende las primeras 24 horas posteriores al parto. (16). Durante este período se producen la mayoría de hemorragias por lo cual es preciso vigilar la hemostasia uterina teniendo en cuenta los siguientes aspectos: a) realizar la vigilancia estricta de la puérpera cada 15 minutos durante estas dos primeras horas controlando: signos vitales, contracción uterina, sangrado vaginal, b) revisar la episiorrafia para descartar la formación de hematomas y/o edemas. c) si no se producen complicaciones al terminar este período la puérpera debe trasladarse a la sala de hospitalización puerperio y garantizar el alojamiento conjunto. (14).
2. Puerperio propiamente dicho o mediato: comprende desde las 24 horas hasta los 7 días posparto. Vigilar durante este período hasta el alta: cada 30 minutos durante la tercera hora, y cada hora durante la cuarta, quinta, sexta hora y luego cada 6 horas, los signos vitales, contracción uterina, sangrado vaginal, episiorrafia o sutura para descartar hematomas. Promover la

deambulaci3n precoz e informar sobre signos de alarma durante el puerperio. (14)

3. Puerperio Tardío. Comprende desde los 7 dÍas hasta los 42 dÍas posparto. Se refuerzan las buenas prÁcticas de higiene, alimentaci3n, lactancia materna y seguimiento de m3todo de planificaci3n familiar en aquellas p3rperas que aÚn no optaron por alg3n m3todo. (14).

### **PUERPERIO PATOL3GICO**

El puerperio patol3gico, estÁ dado por complicaciones que se pueden presentar en este perÍodo, las cuales consisten en: hemorragias, infecci3n puerperal, trombosis, embolia pulmonar, mastitis, infecciones del tracto urinario, depresi3n puerperal y complicaciones psiquiÁtricas. (18).

Las complicaciones en el puerperio se pueden presentar en cualquiera de sus perÍodos. En el puerperio inmediato la mÁs frecuente es la hemorragia. En el puerperio tardío puede aparecer la infecci3n puerperal, en cualquiera de sus formas, y la depresi3n puerperal que en su forma mÁs grave es la psicosis puerperal. Detectar una complicaci3n y realizar una rÁpida actuaci3n es vital para que el tratamiento sea efectivo. (18).

### **BACTERIEMIA**

Presencia de bacterias viables en el torrente circulatorio, siendo el criterio diagn3stico la existencia de un hemocultivo positivo. (19)

## **INFECCIÓN PUERPERAL**

La infección es un fenómeno microbiano que se debe a la invasión de los tejidos estériles del huésped, por microorganismos y/o la respuesta inflamatoria consecuente a la presencia de microorganismos (20). Ocurre en aproximadamente el 5% de los pacientes. (15)

La infección puerperal se define como la aparición de una temperatura mayor a 38 °C mantenida en 2 determinaciones separadas por un intervalo de 6 horas, una vez transcurridas las primeras 24 horas después del parto (21).

Se puede considerar también la aparición de estados mórbidos originados por la invasión de microorganismos a los órganos genitales como consecuencias del aborto o del parto. Esta definición fija el concepto infeccioso primordial de la enfermedad puerperal, sin prejuzgar sobre una generalización posible, pero no imprescindible, y sin aceptar como componente indispensable para el diagnóstico al síndrome febril. (16).

En el diagnóstico de las infecciones puerperales que amenazan la vida de la paciente, la detección temprana es muy importante para disminuir la mortalidad materna. Algunos signos que deben alertar son la presencia de fiebre mayor a 38.9°C y frecuencia cardíaca por encima de 120 lat/min. La hipotensión con presión arterial sistólica por debajo de 90 mmHg o una reducción de 40 mmHg, con respecto a la basal, sugiere el diagnóstico de sepsis severa y de choque séptico. La taquipnea con una frecuencia respiratoria por encima de 20/ min puede ser un signo de acidosis metabólica y el clínico debe considerar la toma de gases arteriales para la evaluación de la paciente. (21)

En el Perú las infecciones puerperales constituyen la tercera causa de muerte materna hospitalaria. Esta son formas de sepsis severas con o sin shock séptico. (22). No obstante los importantes avances de la obstetricia contemporánea, del conocimiento de factores de riesgo y del advenimiento de nuevos y potentes antibióticos, la infección puerperal constituye una de las principales causas de mortalidad materna.

### **FIEBRE PUERPERAL**

Se dice cuando se constata una temperatura superior a 38°C, en dos ocasiones separadas al menos seis horas, desde las 24 horas del parto hasta seis semanas posparto. (23)

Las causas identificadas de fiebre puerperal se encuentran asociadas a focos infecciosos genitales, como es el caso de la endometritis, corioamnionitis, abscesos pélvicos, tromboflebitis pélvica séptica, peritonitis, infección de episiotomía y sitio operatorio, y a otras causas no asociadas al tracto genital como son las infecciones de vías urinarias, mastitis, trombosis venosa profunda, infección de sitio de venopunción, colecistitis, apendicitis, infecciones del tracto respiratorio, endocarditis reumática, miocarditis, otras enfermedades infecciosas, malaria, tuberculosis, VIH, enfermedades neoplásicas malignas o fiebre inducida por medicamentos. (24)

### **CAUSAS**

**ENDOMETRITIS PUERPERAL:** Es una infección post parto del tejido endometrial de origen bacteriana que puede debutar generalmente entre el segundo

y el décimo día post parto (es más frecuente al 3er y 4º día post parto) y que generalmente se presenta con fiebre, aunque la presentación clínica puede ser muy variable, ya que puede asociarse con dolor en el hipogastrio, dolor a la palpación uterina, útero subinvolucionado, metrorragia persistente o loquios con mal olor. Es un cuadro clínico potencialmente grave que puede evolucionar a una pelviperitonitis e incluso a una septicemia puerperal sino se dá el tratamiento oportuno y adecuado. (23)

Se trata de un cuadro de origen polimicrobiano causado por una infección ascendente. Los microorganismos hallados con mayor frecuencia son: Aerobios (*Escherichia coli* y otras enterobacterias, estreptococos., *enterococcus faecalis*, *gardnerella vaginalis*, *mycoplasma hominis*, *ureaplasma urealitycum*) y anaerobios (*prevotella spp.*, *bacteroides fragilis*, *peptostreptococcus* . (23)

Cuando la endometritis aparece de forma precoz, en las primeras 24 horas posparto, es más frecuente que sea monomicrobiana. Asimismo, en un 15% de los casos, ésta puede aparecer de forma tardía (entre la 1ª-6ª semana del puerperio) siendo los síntomas más leves, y cuyo manejo generalmente es por vía oral (23).

**INFECCIÓN HERIDA QUIRÚRGICA** (cesárea, episiotomía) La infección de la pared abdominal a nivel de la herida quirúrgica complica aproximadamente el 5 % de los partos por cesárea, generalmente 4 - 7 días tras la intervención. Los microorganismos causantes de la infección pueden proceder de la propia flora cutánea (*Staphylococcus Aureus*) o vaginal que haya contaminado el útero o la cavidad amniótica (flora aerobia y anaerobia como en la endometritis puerperal). (23).

## **MASTITIS PUERPERAL**

Infección del parénquima mamario, especialmente relacionado con la lactancia materna. La fuente principal de microorganismos causales son la boca y faringe del recién nacido (estreptococos y anaerobios) y con menor frecuencia la piel (*Staphylococcus Aureus*), por lo que es necesario un tratamiento antibiótico de amplio espectro. El momento de presentación más habitual es a las 2 – 3 semanas del inicio de la lactancia. Se estima que ocurre en 2-10% de las madres que lactan pero el porcentaje de las que requieren ingreso es mucho menor. (23).

## **INFECCIÓN DE LAS VÍAS URINARIAS**

Según la OMS la infección urinaria en el embarazo es un proceso infeccioso que resulta de la invasión y el desarrollo de bacterias en el tracto urinario que puede traer consigo complicaciones maternas y fetales.

Las infecciones urinarias son más frecuentes en las mujeres que en los hombres y esta tendencia se acentúa durante el embarazo debido a cambios fisiológicos. Uno de los cambios más importantes durante el embarazo es el hidrouréter fisiológico, inducido por las propiedades relajantes del músculo liso que posee la progesterona. El tono vesical también se ve disminuido y su capacidad total puede duplicarse sin ocasionar molestias o urgencia miccional. La bacteriuria asintomática representa uno de los principales problemas del embarazo y constituye la primera causa de enfermedad médica que compromete el bienestar materno, fetal y neonatal. (25)

En una revisión sistemática de Cochrane 2008 se dice que, aunque la bacteriuria asintomática en las mujeres no embarazadas es generalmente benigna, la obstrucción del flujo de orina en el embarazo produce estasis y aumenta la probabilidad de que la Pielonefritis sea una complicación de la bacteriuria asintomática. (25).

Se considera ITU sintomática si se cumple con uno de los siguientes criterios: fiebre ( $>38$  °C), disuria, tenesmo vesical, polaquiuria, dolor en ángulo costo vertebral o dolor supra púbico. (26).

**Etiología:** Los gérmenes infectantes pueden ser de distinto tipo. Generalmente hay predominio de los Gram negativos. En el 80 a 90 % de los casos se individualiza la Escherichia Coli. También se puede encontrar gérmenes Gram positivos, como Staphilococcus aureus. Son menos frecuente las infecciones ocasionadas por Proteus, Aerobacter y Chlamydia trachomatis. (16)

**Etiopatogenia:** Factores predisponentes. Compresión ureteral durante la gravidez con estasis urinaria, reflujo vesicoureteral, procesos patológicos reales previos o concomitantes con el embarazo. Se pueden diferenciar tres entidades clínicas: 1) la bacteriuria asintomática, 2) la uretritis y cistitis, 3) la Pielonefritis aguda y crónica (16)

**BACTERIURIA ASINTOMÁTICA:** Bacteriuria significativa en ausencia de síntomas específicos de infección urinaria aguda. Se dá en el 2.5 % al 13% de los embarazos. El 25% de las embarazadas con bacteriuria asintomática no tratada desarrollarán una infección sintomática aguda. El 20 a 40 % de BA no tratadas

evolucionan a Pielonefritis. Hay mayor incidencia de partos prematuros y recién nacidos de bajo peso. (27)

**CISTITIS:** Síndrome clínico caracterizado por disuria, polaquiuria, urgencia miccional y molestia supra púbrica, en ausencia de síntomas sistémicos. No presenta fiebre ni dolor lumbar. Se complica en un 4% de todos los embarazos. El 40% presentó una bacteriuria asintomática. (27)

**PIELONEFRITIS AGUDA:** Es una infección de la vía excretoria alta y del parénquima renal de uno o ambos riñones. Tiene una incidencia de 1 a 2% de todas las mujeres embarazadas. Suele tener antecedentes de bacteriuria asintomática. El cuadro clínico comprende escalofríos, fiebre, dolor lumbar, náuseas y vómitos, mialgias. Es característico el signo de puño percusión lumbar positivo. (27)

Las infecciones del tracto urinario se asocian RPM, trabajo de parto y parto prematuro, Corioamnionitis, fiebre pos parto, infección neonatal. Pueden provocar shock séptico en el 1 a 2% de los casos y ocasionar la muerte.

**Sintomatología:** Disuria, polaquiuria, tenesmo vesical, fiebre, dolor lumbar, cefaleas, náuseas y vómitos

**Diagnóstico:** A través de un examen de sedimento urinario: proteinuria, leucocituria, piuria y un urocultivo cuantitativo.

**Evolución:** bien tratada las infecciones urinarias curan en la mayoría de los casos. Pasa a la cronicidad cuando no es diagnosticada o es mal tratada.

**Tratamiento:** Antibióticos y acidificantes de la orina

Infección urinaria como causa de sepsis materna La pielonefritis aguda se presenta en el 1-2% de los embarazos. Aquellas pacientes que padecen malformaciones de la vía urinaria, urolitiasis o antecedentes de pielonefritis, presentan mayor riesgo de desarrollar infecciones urinarias, por lo que en este subgrupo de riesgo se tomarán conductas preventivas a través de urocultivos en búsqueda de bacteriuria asintomática, y se procederá a su tratamiento, de lo contrario el 25% progresará a pielonefritis comparado con 3- 4% de las que recibieron tratamiento. Una vez que la pielonefritis se presenta, el 20% corre riesgo de serias complicaciones incluyendo sepsis y shock séptico. Los cambios anatómicos y funcionales que sufre el sistema excretor condicionan la aparición de infecciones durante el embarazo. La ectasia píeloureteral comienza a la séptima semana de gestación y se prolonga por el resto del embarazo. (28)

**Complicaciones Obstétricas:** Aborto habitual y partos prematuros.

### **SÍNDROME DE RESPUESTA INFLAMATORIA SISTÉMICA (SIRS):**

Es el conjunto de manifestaciones clínicas de respuesta inflamatoria, cuyas causas pueden ser infecciosas o no infecciosas (tales como quemaduras, injuria por isquemia, trauma múltiple, pancreatitis, cirugía mayor e infección sistémica). Para el diagnóstico de SIRS o sepsis, deben estar presentes por lo menos dos de los siguientes criterios: (29)

1. Alza térmica corporal mayor a 38°C o menor a 36°C.
2. Frecuencia cardíaca mayor de 90 latidos por minuto.

3. Frecuencia respiratoria mayor a 20 por minuto ó PaCO<sub>2</sub> menor de 32 mmHg.
4. Recuento de leucocitos mayor de 12.000 por mm<sup>3</sup> o menor a 4.000 por mm<sup>3</sup> o más de 10% de formas inmaduras.

## **SEPSIS**

En febrero de 2016 la European Society of Intensive Care Medicine y la SCCM dieron a conocer las nuevas definiciones de consenso acerca de la sepsis y los criterios clínicos relacionados a ella.

La sepsis se define como una disfunción orgánica potencialmente mortal originada por una respuesta alterada del huésped a la infección. Estas definiciones cambian los conceptos de sepsis que se tenían desde hace 25 años. Ya no se usa el término sepsis grave, por resultar redundante, y muchos cuadros antes definidos como sepsis, al cumplir los criterios de SIRS sin presentar falla orgánica, se definen ahora como cuadros infecciosos no complicados. Se eliminaron los términos SIRS y sepsis grave. (30).

El Ministerio de Salud del Perú define “la sepsis como el síndrome de respuesta inflamatoria sistémica asociado a foco infeccioso conocido o sospechado”.

## **SEPSIS PUERPERAL**

Es una infección que se produce entre la ruptura de las membranas y los primeros 42 días postparto, con al menos dos de los siguientes signos: dolor pélvico, fiebre, flujo vaginal purulento de olor fétido o subinvolución uterina. (31).

Según su aparición, puede ser temprana cuando ocurre dentro de las 48 horas y tardía cuando ocurre hasta seis semanas posparto (33)

En el Perú la mortalidad materna por causas infecciosas o sepsis es menor al 3% y en los casos de shock séptico alcanza el 28%. (32).

## **SHOCK SÉPTICO**

El shock séptico se redefinió como el subconjunto de la sepsis en la cual las alteraciones circulatorias, celulares o metabólicas pueden provocar daños irreparables que pueden aumentar de manera considerable la mortalidad en estas pacientes. (31). Las pacientes requieren soporte inotrópico o vasopresor a pesar de una adecuada reanimación con fluidoterapia.

Es una sepsis con hipotensión refractaria a la reanimación adecuada con fluidoterapia, combinado con alteraciones de la perfusión que pueden incluir, sin limitarse, acidosis láctica, oliguria o alteración aguda del estado mental (38). . El shock séptico refractario es definido como un shock séptico de más de una hora de duración que no responde a la intervención terapéutica con líquidos endovenosos o agentes farmacológicos, se admite que el término de una hora es arbitrario. (Ibid., p.165.).

### **Etiología**

La mayoría de los casos de shock séptico son causados por bacilos gramnegativos o cocos grampositivos intrahospitalarios y son frecuentes en pacientes inmunocomprometidos y en aquellos con enfermedades crónicas y debilitantes.

Rara vez es causada por *Candida* u otros hongos. En pacientes con una cirugía reciente se debe sospechar una infección posoperatoria (profunda o superficial) como causa del shock séptico. Una forma poco frecuente de shock causado por toxinas estafilocócicas y estreptocócicas es el llamado shock tóxico (TSS). (32)

El shock séptico es más frecuente en neonatos, en pacientes ancianos y en mujeres embarazadas. Los factores predisponentes incluyen diabetes mellitus, cirrosis, leucopenia, especialmente la asociada con cáncer o tratamiento con agentes citotóxicos, el uso de dispositivos invasivos como tubos endotraqueales, catéteres vasculares o urinarios, tubos de drenaje y otros materiales extraños, y tratamiento previo con antibióticos o corticoides. Los sitios de infección comunes son los pulmones y los tractos urinario, biliar y digestivo.

### **Fisiopatología**

La patogenia del shock séptico no se comprende del todo. Un estímulo inflamatorio (p. ej., una toxina bacteriana) desencadena la producción de mediadores proinflamatorios, como TNF e IL-1. Estas citocinas producen la adhesión de neutrófilos a células endoteliales, activan el mecanismo de coagulación y generan microtrombos. También liberan numerosos mediadores, incluidos leucotrienos, lipoxigenasa, histamina, bradiquinina, serotonina e IL-2. A estos se oponen los mediadores antiinflamatorios, como IL-4 e IL-10, que producen un mecanismo de retroalimentación negativo. (32)

Al comienzo, las arterias y arteriolas se dilatan y disminuye la resistencia arterial periférica; el gasto cardíaco aumenta. Esta etapa se denomina shock caliente.

Luego, el gasto cardíaco y la tensión arterial disminuyen (con aumento en la resistencia periférica o sin éste) y aparecen los signos típicos de shock.

Incluso en la etapa de aumento del gasto cardíaco, los mediadores vasoactivos hacen que el flujo sanguíneo saltee los vasos capilares de intercambio (defecto en la distribución). La alteración del flujo capilar por esta derivación, sumada a una obstrucción capilar por microtrombos, disminuye el transporte de O<sub>2</sub> y deteriora la eliminación del CO<sub>2</sub> y los productos de desecho celulares. La reducción de la perfusión produce disfunción y a veces insuficiencia en uno o más órganos, como riñones, pulmones, hígado, cerebro y corazón. (32)

Puede producirse una coagulopatía por coagulación intravascular con consumo de los principales factores de coagulación o fibrinólisis excesiva.

### **Signos y síntomas**

Los síntomas y signos de sepsis pueden ser sutiles y a menudo se confunden fácilmente con las manifestaciones de otros trastornos (p. ej., delirio, disfunción cardíaca primaria, embolia pulmonar), en especial en pacientes posoperatorios. En la sepsis, el paciente tiene fiebre, taquicardia, sudoración y taquipnea; la tensión arterial es normal. Puede haber otros signos de la infección causal. Un signo temprano de sepsis grave o shock séptico, en particular en pacientes ancianos o muy jóvenes, puede ser confusión o disminución del estado de alerta. La tensión arterial disminuye, aunque paradójicamente la piel está caliente. Más adelante, las extremidades se vuelven frías y pálidas, con cianosis periférica y aspecto moteado.

La disfunción orgánica produce síntomas y signos adicionales específicos del órgano afectado (p. ej., oliguria, disnea). (32)

### **Cuadro Clínico:**

Shock Temprano (caliente): a) Alteración del estado mental, b) Vasodilatación Periférica (piel caliente, rubicunda), c) Taquipnea o dificultad para respirar, d) Taquicardia, e) Temperatura inestable, f) Hipotensión, g) Aumento del gasto cardíaco, h) Disminución de la resistencia vascular periférica. (39).

Shock Tardío (frío): a) Vasoconstricción periférica (piel fría y húmeda), b) Oliguria, c) Cianosis, d) Síndrome de distress respiratorio del adulto (SDRA), e) Disminución del gasto cardíaco, f) Disminución de la resistencia vascular periférica. (39).

Shock Secundario (Irreversible): a) Obnubilación, b) Anuria, c) Hipoglicemia, c) Coagulación intravascular diseminada (CID), d) Disminución del gasto cardíaco, e) Disminución de la resistencia vascular periférica, f) Falla miocárdica. (39)

### **Diagnóstico**

Se sospecha una sepsis cuando un paciente con una infección conocida desarrolla signos sistémicos de inflamación o de disfunción orgánica. De manera similar, en un paciente con signos inexplicables de inflamación sistémica debe evaluarse la presencia de una infección a través de la anamnesis, el examen físico y de estudios, como análisis de orina y urocultivos (en particular en pacientes con catéter permanente), hemocultivos y cultivos de otros líquidos sospechosos. El diagnóstico es clínico. Debe realizarse hemograma completo, gases en sangre arterial,

radiografía de tórax, electrolitos en suero, nitrógeno ureico en sangre y creatinina, Pco<sub>2</sub> y estudios de la función hepática. Se pueden estudiar los niveles de lactato en suero, la saturación venosa central de O<sub>2</sub> (SCVO<sub>2</sub>), recuento de leucocitos. (33).

### **Pronóstico**

La mortalidad general en pacientes con shock séptico está disminuyendo y actualmente es de un 30 a 40% en promedio (rango de 10 a 90%, según las características del paciente). Los malos resultados se asocian con la falta de tratamiento agresivo al inicio (dentro de las 6 h de sospechado el diagnóstico). Una vez establecida la acidosis láctica con acidosis metabólica descompensada, en especial si se acompaña de insuficiencia multiorgánica, el shock séptico puede ser irreversible y fatal.

### **Tratamiento**

Restaurar la perfusión con líquidos IV y a veces vasopresores, O<sub>2</sub> de apoyo, antibióticos de amplio espectro, control de la fuente, otras medidas de apoyo (p. ej., corticosteroides, insulina). Los pacientes con shock séptico deben tratarse en una UCI. Se debe controlar una vez por hora lo siguiente: a) CVP, POAP o ScvO<sub>2</sub>, b) Oximetría de pulso, c) Gases en sangre arterial, d) Análisis en sangre de glucosa, lactato, y niveles de electrolitos, e) Función renal. (33)

Debe medirse la producción de orina, un buen indicador de perfusión renal, por lo general mediante catéter permanente. La aparición de oliguria (p. ej., < 0,5 ml/kg/h) o anuria, o el aumento de creatinina pueden indicar una insuficiencia renal inminente. Se ha demostrado que siguiendo las pautas basadas en la evidencia y

protocolos formales para el diagnóstico y tratamiento oportunos de la sepsis, disminuye la mortalidad y la duración del internamiento. (33).

### **SINDROME DE DISFUNCIÓN ORGÁNICA (SDOM)**

El Síndrome de Disfunción Orgánica Múltiple se define como la disminución potencialmente reversible en la función de uno o más órganos, que son incapaces de mantener la homeostasis sin un sostén terapéutico.

El término disfunción implica un proceso continuo y dinámico en la pérdida de la función de un órgano, que va de menos a más, siendo la etapa final en la claudicación de la función de dicho órgano lo que denominamos disfunción. El SDOM inducido por la infección (sepsis severa), no es secundario a la acción directa de las bacterias, sino es debido a la acción de los mediadores de la inflamación producidos por el propio paciente. Actualmente se acepta que la DOM de la sepsis severa es la manifestación de una lesión endotelial generalizada, que se observa en el contexto de una respuesta excesiva y descontrolada de los mediadores de la inflamación, los que normalmente son liberados frente a la agresión de microorganismos invasores. (32)

Se desarrolla una nueva escala, denominada qSOFA (quick SOFA), que incluye exclusivamente criterios clínicos fácil y rápidamente mensurables a pie de cama. Los criterios del qSOFA son: a) Alteración del nivel de conciencia, o Glasgow  $\leq 13$ , b) Tensión arterial sistólica  $\leq 100$  mmHg, c) Frecuencia respiratoria  $\geq 22$  rpm. Cuando al menos 2 de los 3 criterios están presentes se califica a los pacientes con sospecha de infección y probabilidad de presentar una evolución

desfavorable. La medición del lactato podría ayudar a identificar a los pacientes con un riesgo intermedio. (31).

## **IMPLICANCIAS MATERNAS Y PERINATALES**

Las consecuencias de la sepsis en una paciente obstétrica pueden ser fatales, como lo demuestran las estadísticas mundiales y nacionales, y sigue siendo la tercera causa de Muerte Maternal.

La paciente obstétrica críticamente enferma representa un reto que requiere un abordaje multidisciplinario. Cerca de 7/1,000 mujeres embarazadas requieren ingreso a la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), con una mortalidad que oscila entre 2.2 y 36%. La reanimación guiada por metas permite dar soporte vital básico y disminuye el riesgo de muerte en la paciente obstétrica con sepsis. (6)

Aún en nuestros tiempos, la poca o nula decisión de la mujer respecto al cuidado de su salud sexual y reproductiva, la pobreza, la desigualdad económica y social, las barreras educativas, la inequidad de género, hacen que sea más vulnerable a embarazos a repetición, poniendo en riesgo su vida con cada uno de ellos. La morbimortalidad materna tiene un impacto muy fuerte para la familia, la sociedad y una nación. Su pérdida o discapacidad es irreparable trayendo enormes consecuencias sociales. (1)

Es importante recordar siempre que, ante un cuadro de infección puerperal con probable sepsis, la atención calificada puede hacer la diferencia entre la vida, la discapacidad o la muerte de estas mujeres, y a la vez también puede servir para mejorar las condiciones de la salud reproductiva a futuro en estas mujeres.

## **CAPÍTULO II**

### **2.1 CASO CLINICO**

#### **INTRODUCCIÓN**

A pesar de los avances científicos que se han dado en la obstetricia contemporánea en cuanto a la identificación de factores de riesgo, el descubrimiento y empleo de antibióticos de amplio espectro de acción; estos no han sido suficientes para detener el shock séptico post parto que continúa siendo responsable del 15 % de muertes maternas en el mundo y una de las principales causas de morbilidad en la paciente obstétrica. La etiología de este cuadro involucra a múltiples bacterias procedentes en su mayoría del tracto genital femenino, razón por la cual las medidas de bioseguridad como el lavado de manos, el uso adecuado de guantes y la eliminación correcta de desechos, deben cumplirse a cabalidad. Asimismo, se debe evitar los tactos vaginales a repetición, las técnicas invasivas innecesarias como la episiotomía o las cesáreas para prevenir la instalación y propagación de estas bacterias. Las acciones y estrategias tendientes a la disminución de la frecuencia de la morbilidad y mortalidad por infección puerperal tienen su campo de acción en la atención prenatal y en la atención obstétrica en instituciones hospitalarias, por lo

que es fundamental que el personal de salud tenga un conocimiento amplio y actualizado de los factores de riesgo, procedimientos diagnósticos y manejo terapéutico del shock séptico post parto. Muchas de las muertes maternas provocadas por estos gérmenes se podrían prevenir si se cumpliera con las medidas de bioseguridad, el diagnóstico temprano y el manejo adecuado de las infecciones puerperales. (33)

El tema presentado en el caso clínico se refiere al shock séptico post parto, que recibió manejo clínico y tratamiento antimicrobiano adecuados; que evitó un desenlace fatal. Dadas estas circunstancias, la presentación de este caso es importante para nuestro quehacer diario como profesionales de la atención materna.

#### **OBJETIVOS:**

- Identificar los factores de riesgo asociados a un shock séptico post parto
- Determinar el manejo oportuno del shock séptico en una paciente puérpera según el nivel de atención que corresponda

#### **TITULO:**

**“SHOCK SÉPTICO EN UNA PUÉRPERA MEDIATA DE PARTO INSTITUCIONAL EN ESTABLECIMIENTO DE SALUD NIVEL I-4 DE LIMA, 2017”.**

#### **1. ANAMNESIS**

##### **Filiación:**

Fecha: 19/01/2017

Hora: 17:25

Financiador: SIS

Edad: 21 años

Estado Civil: Conviviente

Ocupación: Su casa

Grado de Instrucción: Superior no universitaria

### **Antecedentes**

Familiares: Niega

Personales: Infecciones urinaria a repetición (3 veces) con tratamiento, durante el embarazo. Con cultivo negativo final

Reacción Alérgica a Medicamentos: Niega

Cirugías Previas: Niega

Gineco Obstétricos: Paridad: G1P1001 Con CPN (9) en centro de salud

Parto Eutócico Institucional. Fecha de Parto: 16/01/2017. Peso RN: 3940

gr Hora de parto: 8:00 am. Complicaciones: Ninguna.

Fecha de alta: 17/01/2017.

## **2. ENFERMEDAD ACTUAL:**

Paciente acude a emergencia obstétrica, acompañada de su pareja, por presentar malestar general, fiebre, debilidad marcada, náuseas y vómitos.

**Exploración física:**

- Estado General y Sensorio: Confusión leve
- Aparato Cardiovascular: Sin datos
- Aparato Respiratorio: Sin datos
- Mamas Blandas Secretantes. No signos de flogosis
- Aparato Urinario: Sin datos

**3. ACTIVIDADES REALIZADAS POR EL PERSONAL OBSTETRA****MANEJO EN EL I NIVEL DE ATENCION****Hora: 17:35**

Brinda apoyo emocional, y soporte clínico en todo momento

Control de funciones vitales:

T° 38.2°C      P/A: 70/40 mmHg      FC: 138 latidos x minuto

Frecuencia Respiratoria: 22 x minuto      Talla: 1.56 mt

Se coloca a paciente en posición ginecológica y se realiza examen obstétrico:

Mamas blandas secretantes de calostro en regular cantidad

Útero de +/- 15 cm. Por debajo de cicatriz umbilical. No doloroso

Genitales Externos: Loquios sero hemáticos sin mal olor en escasa cantidad

Episiorrafia afrontada

**4. DIAGNÓSTICO CLÍNICO****Diagnóstico Presuntivo:**

1- Puérpera de +/- 3 días de Parto Eutócico

2- Síndrome febril: D/C ITU

## **5. TRATAMIENTO Y/O PLAN DE ACTIVIDADES**

Pasa a observación Obstétrica para hidratación con las siguientes indicaciones:

- i) Nada por Vía Oral NPO
- ii) ClNa 9 % por 1000 cc. Pasar volumen de 500 cc a chorro y luego continuar a 60 gotas x minuto
- iii) Dimenhidrinato 5 mg vía Intramuscular
- iv) Metamizol 1 gr vía intramuscular
- v) Solicitar: Hemograma Completo y Examen Completo de Orina
- vi) Reevaluar con resultados

Puérpera ingresa a Observación Obstétrica y es evaluada y manejada por OBSTETRA de turno, de acuerdo a las indicaciones dadas en la Historia Clínica por Gineco Obstetra.

Funciones Vitales: P/A: 80/40 P: 123 latidos x min T°: 38.2°C

Se canaliza vía permeable con catéter N° 18 en miembro superior izquierdo, y se instala frasco de ClNa 9 % que se pasa a 500 cc a chorro y luego a 60 gotas x minuto.

Se instala Monitor Multiparámetros

Se administra Dimenhidrinato EV, lento y diluído en 20 cc

A las 17: 50 horas se recolecta muestra de orina con Sonda Vesical N° 14 para examen solicitado, empleando la técnica adecuada, y se envía a laboratorio para su procesamiento

A las 18:00 hora personal de laboratorio acude al llamado para toma de análisis solicitados.

A las 18:30 horas se cambia segundo frasco de ClNa 9% 1000 cc a un goteo de 60 x minuto. Paciente en observación estricta.

A las 18:45 hora paciente es reevaluada por Gineco Obstetra

Paciente en Aparente Regular Estado General (AREG)

Control de funciones vitales: P/A 80/50      P: 120 lat x min      T°: 37.1°C  
FR: 24 x min

Resultados de Hemograma y Examen completo de orina se encuentran en la Tabla N° 1 y Tabla N° 2 respectivamente.

**Diagnóstico Progresivo:**

- 1) Puérpera de +/- 3 días
- 2) Shock Séptico: Proceso Urinario

Plan: ClNa 9% 1000 cc a chorro

Solicitar análisis: TGO, TGP, Bilirrubina, Creatinina

Coordinar Referencia a Hospital Sergio Enrique Bernales

**SE ACTIVA CLAVE AMARILLA OBSTÉTRICA**

Se espera respuesta del Hospital de III nivel y de los exámenes solicitados.

19:15 Se reciben resultados solicitados de Perfil Hepático y Creatinina (tabla N° 3).

A las 19:37 horas, el Hospital Nivel III, acepta la referencia de la paciente.

Funciones Vitales:

P/A: 70/40 mmHg    Pulso: 120 lat x min    Resp: 24 x min    T° 37.7°C

**Diagnóstico Final:**

- 1) Puérpera Mediata de +/- 3 días
- 2) Síndrome Febril: Por Proceso Urinario
- 3) Shock Séptico

Disfunción Renal

**Horas 19:50 pm**

Puérpera es trasladada en ambulancia, con vía periférica permeable, en miembro superior izquierdo, con infusión de ClNa 0.9 % a 30 gotas por minuto, en compañía de OBSTETRA de turno quien monitoriza a la paciente durante todo el trayecto y la presencia de un familiar (esposo).

Tabla N° 1:

**HEMOGRAMA**

Hemoglobina	8.1	gr/dl
Hematocrito	25	%
Hematíes	2 740,000	mm3
Leucocitos	12,300	mm3
Abastoados	05	%
Segmentados	80	%
Eosinófilos	00	%
Basófilos	00	%
Monocitos	03	%
Linfocitos	12	%

Fuente: Laboratorio de un Establecimiento de Salud I - 4

Tabla N° 2

<b>EXAMEN COMPLETO DE ORINA</b>	
Color: Rojizo	Aspecto: Turbio
Densidad: 1015	PH:
EXAMEN BIOQUIMICO	
Glucosa: no	Nitritos: no
Proteínas: no	Bilirrubinas: no
Sangre: trazas	Cetonas: si
EXAMEN MICROSCOPICO	
Células epiteliales	8 – 10 x campo
Leucocitos:	25 – 30 x campo
Hematíes	8 – 10 x campo
Gérmenes	1 +
Cilindros	---
Cristales	Uratos Amorfos 2+
Trichomonas	---
Levaduras	Leucocitos aglutinados 2%

Fuente: Laboratorio de un Establecimiento de Salud I – 4

Tabla N° 3

TGO	22	10 – 40 U/L
TGP	23	10 – 40 U/L
Billirrubina Total	2.0	0.2 -1.0 mg/dl
Billirrubina Directa	1.2	0.1 – 0.4 mg/dl
Billirrubina Indirecta	0.8	0.2 – 0.8 mg/dl
Fosfatasa Alcalina	---	65 – 300 U/L
Proteinas Totales	---	6.0 – 8.0.gr/dl
Albumina	---	3.5 - 5.0 gr/dl
Globulina	---	2.6 – 3.1 gr/dl
Creatinina	2.7	0.6 – 1.4 mg/dl

Fuente: Laboratorio de un Establecimiento de Salud I – 4

## **MANEJO EN EL III NIVEL DE ATENCION:**

### **EMERGENCIA G-O**

#### **Día 19 de enero**

A las 20:10 hora paciente es ingresada, en camilla de traslado, a emergencia de Gineco Obstetricia del Hospital Nivel III, acompañada de OBSTETRA del Centro de Salud.

Al examen:

Estado General: aparente mal estado general

Conciencia: lúcida, orientada en tiempo espacio y persona (LOTEP)

Estado de Nutrición: aparente regular estado de nutrición (AREN), aparente mal estado de hidratación (AMEH).

Piel: tibia, elástica, húmeda, pálida.

Mucosas: secas

Conjuntivas: pupilas corica, no ictéricas

Corazón: ruidos cardíacos rítmicos, intensidad aumentada, no soplos

Pulmones: murmullo vesicular pasa bien ambos campos pulmonares

Abdomen: blando depresible, no doloroso a la palpación. Ruidos hidroaéreos presentes.

Reflejo Osteotendinoso: ++/+++

Edemas: Negativo

Funciones Vitales:

P/A: 86/31 mmHg      FR: 28 x minuto      FC: 135 x minuto      T° 39.1°

Saturación de Oxígeno: 100%

Diagnóstico Inicial:

1. Shock Séptico
2. Puérpera de 3 días de Parto Eutócico
3. Anemia Severa
4. Azoemia severa por Creatinina elevada
5. Insuficiencia Renal aguda por 1 y 3
6. Enfermedad Materna Extrema

Plan de Actividades:

- Nada por vía oral (NPO)
- ClNa 0,9% 1000 cc a chorro, luego 60 gotas x minuto
- Ceftacidina 2gr Endovenoso (EV)
- Ciprofloxacino 400 mg C/12 horas EV
- Metamizol 1 gr si T° mayor o igual a 38.5 °C
- Sonda Foley Permanente
- I/C Unidad de Cuidados Intensivos (UCI)

Se inicia manejo de acuerdo a indicaciones médicas

A las 21:00 horas se coloca metamizol 1.5 gr. IM

A las 21:05 horas se coloca ClNa 0,9%

A las 21:30 horas se administra ciprofloxacino de 400 mg Vía Endovenosa continua

A las 21:35 horas se coloca Ceftazidina 2 gr. En endovenoso continuo

Se coordina para traslado a UCI, con análisis anteriormente realizados de Hemograma, creatinina

Funciones Vitales: P/A 95/50 mmHg T°38°C

**Unidad de Cuidados Intensivos (UCI):**

Nota de Ingreso

Procedencia: Gineco Obstetricia

Fecha de Ingreso: HN III 19/01/2017 Hora: 20:24

Fecha Ingreso UCI: 20/01/2017 Hora: 02:32

Antecedentes: Puérpera de 5 días de Parto eutócico

**Día 20 de enero: (1ºd)**

Relato: Ingresa transferida de establecimiento de salud nivel I – 4 por presentar fiebre, malestar general con exámenes de laboratorio; azoemia, examen de orina patológico. Paciente refiere ingesta de bebidas y comidas presentando deposiciones líquidas acompañadas de dolor en bajo vientre.

Al examen de ingreso se encuentra taquicárdica, oliguria, hipotensa.

Funciones Vitales:

FR: 135 lat x min      FR: 18 x min      P/A 70/40 mmHg

Con pobre respuesta a fluidos. Ventila espontáneamente

Ecografía transvaginal reporta “Útero puerperal. No restos placentarios”

Abdomen: blando depresible de reacción habitual.

Aparato pulmonar: murmullo vesicular pasa bien ambos campos pulmonares

Genitales externos: loquios no se evidencia. AGA: acidosis metabólica. Examen de orina patológico.

Problemas: - Sepsis pp Urinario, GI: Shock

- ITU complicada/ GECA/ Amigdalitis

- Puérpera mediata de parto eutócico

No foco Gineco Obstétrico

Plan de Actividades:

1. NPO ----- Tolerancia Oral
2. ClNa 0.9 % 1000cc
3. Omeprazol 40 mg c/8 h VEV
4. Cefotaxidina 2gr c/8 h VEV
5. Ciprofloxacina 2 gr c/8h VEV
6. Ranitidina 50mg c/12 h VEV
7. Metamizol 1 gr c/PR
8. Reto Poligelina 500 cc I y II
9. Furosemida 20 gr c/post reto Cl Na 0.9% 1000 cc I y II

Paciente refiere tener mucha sed y mucho dolor de garganta cuando pasa saliva.

P/A 94/43 mmHg

P: 134 lat x min R: 28 x min

T° 37.5°C

Se cumple con indicaciones médicas.

A las 06:00 horas del día 20 de enero, se indica colocar Catéter venoso central:

Colocación: Catéter Venoso Central

Técnica: Sillinger

Acceso: Supraclavicular derecho

Previa asepsia y antisepsia

Asimismo se indica agregar al tratamiento Noradrenalina 8 gr + 20cc y reto CNa 0.9% 1000 cc

Con vía central permeable e infusión de noradrenalina a 10cc x hora (PAM: 57), infusión de CNa 0.9% 1000cc a chorro, polipneica, taquicárdica, mucosa oral hidratada, por momentos reseca, abdomen balonado, globuloso, doloroso a la palpación, diuresis colórica con sangrado vaginal, vía periférica salinizada, moviliza extremidades, colaboradora.

Tratamiento cumplido

A las 9:00 horas del mismo día se realiza la visita médica en UCI:

Paciente en MEG, MEH, MEN en posición decúbito supino, hemodinámicamente inestable, afebril, ventilando espontáneamente por cánula binasal 28% O2, saturando Oxígeno en 98%

Al examen:

Neurológico: AO (apertura ocular): 4; RV (respuesta verbal): 5; RM (respuesta motora) 6. Glasgow 15,

Hemodinámico: P/A 120/52 mmHg PAM: 63 Ruidos cardíacos Rítmicos, no soplos.

Respiratorio: Murmullo vesicular pasa disminuidos en hemitórax derecho, no crépitos

Comentario: Paciente hemodinámicamente inestable, no sibilantes

Renal: diuresis 380cc/3h, BHE: +1544

Extremidades: edema palpebral y en extremidades superiores e inferiores

Funciones vitales: FC: 134 x min R: 30 x min P/A 120/52 mmHg

PA: 63 Saturación de O<sub>2</sub>: 98% O<sub>2</sub>: 28%

Se encuentran los siguientes problemas:

1. Shock Séptico:

- PP Ginecológico: D/C Endometritis
- PP. Urinario: ITU
- PP. Dérmico: D/C Celulitis de pared abdominal
- PP. Respiratorio: D/C Faringoamigdalitis D/C Neumonía

2. SDMO ( Síndrome de Disfunción Orgánica Múltiple)

- Hepático: Insuficiencia Hepática
- Renal: Insuficiencia Renal Aguda

- Urinario: ITU
  - Ginecológico: D/C Endometritis
3. Puérpera Mediata de 3 días
  4. Transtornos de coagulación
  5. Anemia moderada
  6. Hipokalemia
  7. Acidosis Metabólica Moderada + Alcalosis respiratoria

Plan de manejo:

1. NPO
2. Vía: Dextrosa 5% 1000 ccc  
     CINa 20% (1)  
     CIK 20% (1)  
     Poligelina 500 ml EV I – II
     } 120 ml/ hr
3. Antibioticoterapia: Meropenem 1gr c/12 h VEV pasar en 2 horas  
     Vancomicina 1gr c/24 h VEV pasar en 1 hora
4. Noradrenalina 4mg + Dextrosa 5% en 100cc > PAM > 65
5. Hidrocortisona 50mg c/6 h VIE
6. Omeprazol 40mg c/24 h VEV
7. Metoclopramida 10mg c/8 h VEV
8. Furosemida 20mg condicional a diuresis < 20 cc/h
9. Metamizol 1gr VEV condicional si T° >= 38.5°
10. Cuidados UCI
11. CFV – BHE
12. Tramadol 50mg VEV condicional a dolor

13. ClK 20% (2 1/2amp) mas ClNa 0.9% a 3 gotas x minuto

A las 10:00 horas se agrega a la terapéutica:

- I/C Ginecología y Cirugía
- Radiografía de tórax
- Ecografía abdominal y de partes blandas
- AGA y electrolitos

Se coordina para los interconsultas solicitadas y ecografías y se cumplen indicaciones médicas.

Resultados:

A las 12:00 horas se realiza la Interconsulta de Ginecología, quien indica:

- Conducta expectante
- Manejo de cuadro séptico específico
- Posibilidad de hospitalización ginecológica de acuerdo a evolución.

Se realiza la Interconsulta a Cirugía General quien indica:

- Se sugiere ecografía abdomino pélvica y transvaginal
- Evaluación a solicitud
- No abdomen agudo quirúrgico

Las ecografías no se pueden realizar el mismo día por cuanto no se cuenta con energía eléctrica en el área de ecografía general.

Los análisis de laboratorio se muestran en la tabla N° 4:

Tabla N° 4

Glucosa	90 mg/dl
Hematocrito	22.1 %
Hemoglobina	7.7 gr/dl
Creatinina	2.19 mg/dl

Fuente: Laboratorio de un Establecimiento de III Nivel

### **Día 21 de enero (2°d)**

Continúa en MEG, REN, REH, despierta, obedece a órdenes simples, pálida, pupilas isocóricas, edema palpebral.

#### Funciones Vitales:

P/A 96/53 mmHg      FC: 118 lat x min      FR: 26 resp x min      T° 37.5°C

Saturación: 98%

Al examen:

Piel: llenado capilar 2 segundos, fóvea en miembros inferiores, muguet oral, placas blanquecinas en cavidad oral.

Tórax y Pulmones: Polipneica, MV disminuido a predominio medio inferior derecho, no estertores.

Cardiovascular: RC taquicárdica, no soplo. PAM 64. Con infusión continuo.

Abdomen: B/D RHA (+). Leve dolor a palpación profunda en hipogastrio.

Diuresis: 3200cc /24 h. BH +2643 cc

Inferiores: Hemograma: leucocitos 11500 (2%), plaquetas: 189 000, Hb: 8 gr/dl

Evolución estacionaria a desfavorable. Pronóstico: reservado.

Se encuentran los siguientes problemas:

1. Shock Séptico: PP. Urinario: ITU  
PP. Ginecológico: D/C Endometritis
2. Muguet Oral: D/Inmunosupresión
3. Puérpera mediata de parto vaginal (5°)
4. Falla renal Aguda: No oligúrica
5. TAD: Acidosis metabólica moderada
6. Anemia moderada
7. SDMO

Plan de Actividades:

1. NPO
2. Bicarbonato de Sodio 20%(4amp)      ]100cc/h  
CIK 20% (01)
3. Antibioticoterapia: Meropenen 1gr c/12 h VEV pasar en 2 horas  
Vancomicina 1gr c/24 h VEV pasar en 1 hora
4. Noradrenalina 4mg + Dextrosa 5% en 100cc > PAM > 65
5. Hidrocortisona 50mg c/6 h VIE
6. Omeprazol 40mg c/24 h VEV
7. Metoclopramida 10mg c/8 h VEV

8. Tramadol 50mg VEV condicional a dolor
9. Cabecera en ángulo de 40°
10. Monitoreo/ Soporte ventilatorio expectante
11. AGA – E
12. Ecografía abdominal, transvaginal y pélvico abdominal
13. Evaluación por cirugía

Resultados:

Se cumple con tratamiento indicado

Se recibe la Interconsulta de Cirugía quien deja las indicaciones siguientes:

Paciente no tributario de abdomen quirúrgico

Se sugiere valorar anemia severa aguda

Se realizan ecografías:

Radiografía de Tórax: de fecha 21/01/2017

Conclusión: infiltrado basal bilateral congestivo. Pulmones hay mejoría de la oxigenación.

Ecografía de Pared Abdominal: de fecha 21/01/2017

Conclusión: Ecografía de pared abdominal dentro de límites habituales.

Ecografía Pélvica: de fecha 21/01/2017

Conclusión: Útero de aspecto puerperal, con pequeña colección en el espesor endometrial. Escaso líquido en Douglas.

Ecografía Abdominal Pélvica: de fecha 21/01/2017

Conclusión: Riñón izquierdo aumentado de tamaño y ecogenicidad disminuida descartar proceso inflamatorio renal. Líquido libre en cavidad abdomino pélvica, aproximadamente 100 cc Útero puerperal con cavidad endometrial de 5 mm.

Los resultados solicitados se encuentran en la tabla N° 5

Tabla N° 5

Hemograma	Hemoglobina Leucocitos Abastados	8 gr/dl 11,300 mm <sup>3</sup> 9%
Plaquetas	189,000 mm <sup>3</sup>	
Urea	70 mg/dl	
Glucosa	114 mg/dl	
AGA - e	K : 0,0	

Fuente: Laboratorio de un Establecimiento de III Nivel

A las 17: 30 se indica ClNa 0,9% (100cc) + Clk 20% (1 ½ amp) I y II pasar en 1 hora cada uno.

A las 20:30 se encuentra despierta, con Glasgow de 15, con soporte vasopresor, ventilando bien, no distress, buena respuesta a la diuresis

Se solicitan perfil hepático. Probar tolerancia Oral.

**Día 22 de enero (3°d)**

Paciente en MEG, REN, piel tibia, pálida, pupilas isocóricas. No icterica, edema palpebral bilateral, mucosa oral húmeda.

Tórax y pulmones; polipneica, murmullo vesicular en ambos campos pulmonares a predominio derecho

Cardiovascular: Ruidos cardíacos de regular intensidad, taquicárdica

Abdomen: B/D RHA (+). Útero contraído debajo de la cicatriz umbilical

Neurológico: despierta, Glasgow de 15

Continúa inestable hemodinámicamente

Plan de actividades:

1. Probar Tolerancia Oral
2. Dextrosa 5% 1000 cc
- CINa 0.9% (1 amp)
- CIK 20% (1 amp)
- } 10 gotas x min
3. Meropenem 1 gr VEV c/8 h
4. Amikacina 750mg VEV c/24 h
5. Infusión noradrenalina a 5cc/h
6. Hidrocortisona 50mg VEV c/24h
7. Omeprazol 2gr VEV c/24h
8. Metoclopramida 10mg VEV c/8h
9. BH + Cuidados de UCI
10. Furosemida 10mg VEV stat
11. Perfil hepático

## 12. I/C G-O

### Resultados:

Se continúa con el tratamiento indicado

Se realiza la Interconsulta a Ginecología quien deja las indicaciones siguientes:

Diagnóstico: Shock Séptico PP Urinario

Puérpera de 5 días de Parto vaginal

Tratamiento y Recomendaciones: Solicitar ecografía pélvica de control mañana.

Manejo por UCI. Reevaluación a solicitud.

El resultado de los análisis solicitados se encuentra en la Tabla N° 6

*Tabla N° 6*

PERFIL HEPATICO	VALORES
TGO	84 UI/L
TGP	53 UI/L
FA	639 UI/L
Bilirrubina Total	4.63 mg/dl
Bilirrubina Indirecta	1.43 mg/dl
Bilirrubina directa	3.2 mg/dl
Proteínas totales	4.4 gr/dl
TGG	79 UI/L
Albúmina	2.4 gr/dl
Globulina	2 gr/dl

Fuente: Laboratorio de un Establecimiento de III Nivel

A las 17:30 horas: K = 3.0

Se indica ClNa 0,9% (100cc) + Clk 20% (1 ½ amp) I y II pasar en 1 hora cada uno.

**Día 23 de enero (4ºd)**

Paciente en regular estado general (REG), regular estado nutricional (REN), regular estado de hidratación (REH), afebril, ventilando, piel pálida, ictericia tibia, mucosa oral húmeda.

Funciones Vitales:

P/A: 94/54 mmHg FC: 78 x min FR: 18 x min T°. 37.1°C SAT O2% 97%

Al examen:

ACP: murmullo vesicular disminuido en base de ambos campos pulmonares

CV: ruidos cardiacos rítmicos regulares, no soplos

Abdomen: blando depresible. RHA (+)

Diuresis: 2040 cc/24h BH: -218 cc

Neurológico: despierta, obedece órdenes simples. Glasgow de 15. No signos menígeos

Evolución estacionaria. Pronóstico reservado.

Con los siguientes problemas:

1. Shock Séptico : D/C PID

D/C Neumonía

D/C ITU

2. Congestión Pulmonar

3. Puérpera de 6 días
4. Anemia moderada
5. Azoemia: Renal

Plan de actividades:

1. Dieta Blanda + LAV
2. Meropenen 1 gr VEV c/12h
3. Amikacina 750 mg VEV c/24h
4. Infusión de Noaradrenalina a 2cc
5. Furosemida 20mg VEV c/8h
6. Dopamina 100mg + ClNa 0.9% 100cc ... pasara juntas a 3cc
7. Hidrocortisona 50mg VEV c/6h
8. Omeprazol 40mg VEV c/24 h
9. Metoclopramida 10mg VEV c/8h
10. CFV - BH
11. AGA – e
12. Monitoreo UCI

Se continúa con tratamiento indicado

Se recibe la Interconsulta de Dermatología quien deja las siguientes indicaciones:

- Diagnóstico: Dermatitis Emotiva
- Tratamiento y recomendaciones: Hidrocortisona en las noches durante 3 – 5

Días, en capa fina. Humectante 1 a 2 veces al día.

Los resultados de los análisis solicitados se encuentran en la Tabla N° 7

Tabla N° 7

Hemograma	Leucocitos	9000 mm <sup>3</sup>
	Abastados	45
	Plaquetas	153000
Creatinina	0,6 mg/dl	
AGA – e	K+ = 3.3	
Urea	62 mg/dl	
Glucosa	107 mg/dl	
PT	11.95	
INR	1.00	
Tiempo de coagulación	6 min y 20 segundos	
Tiempo de sangría	2 minutos	

Fuente: Laboratorio de un Establecimiento de III Nivel

A las 20 horas: Glasgow 15, PAM: 67, dosis mínima de vasopresores, ventila espontáneamente buen patrón, tolera dieta, abdomen no peritoneal, diuresis en flujo regular. Análisis normales

Evolución clínica favorable. Se retira furosemida

#### **Día 24 de enero (5ºd)**

A las 8:00 horas se le encuentra despierta, regular estado general, regular estado nutricional, ventilación espontánea, con dosis mínima de vasopresores,

Tórax y pulmones: murmullo vesicular disminuido en ambos campos pulmonares

Cardiovascular: radiografía de tórax negativo

Abdominal: blando depresible. RHA (+)

Neurológicos: despierta, obedece órdenes simples afebril.

Con los siguientes problemas:

1. Shock Séptico: D/C ITU  
D/C PID
2. Acidosis Moderada
3. Puérpera de 8 días

Plan de Trabajo:

1. Dieta Blanda + LAV
2. Merepenem 1gr VEV c/ 8h
3. Amikacina 1gr VEV c/24h
4. Infusión Noradrenalina a 2cc/h con PAM  $\geq$  60
5. Hidrocortisona 50mg VEV c/24h
6. Omeprazol VEV c/24h
7. Metoclopramida VEV c/8h
8. BHE + CFV
9. AGA - e
10. Solicitar ecografía pélvica

Resultados:

Se recibe la Interconsulta de Ginecología quien indica lo siguiente:

Diagnóstico: Shock Séptico PP Urinario

Puérpera de 7 días de parto eutócico

Tratamiento y recomendaciones Manejo por UCI

A las 20:45 se encuentra paciente despierta, Glasgow: 15, obedece órdenes, no signos de focalización, hemodinámicamente estable, con vaso activos en retiro.

**Día 25 de enero (6ºd)**

Paciente despierta, afebril, colaboradora, AREG, AREN, AREH, ventilando espontáneamente, piel tibia, hidratada, no signos meníngeos. Diuresis normal. De evolución favorable y pronóstico reservado

Funciones Vitales: P/A 93/52 mmHg FC: 92 X min FR: 18 x minuto  
T 37.3°C Saturación: 98%

Al examen:

Piel: tibia, elástica, hidratada

Tórax y Pulmones: murmullo vesicular pasa bien ambos campos pulmonares. No estertores.

Cardiovascular: ruidos cardíacos regulares. No soplos

Abdomen: blando depresible, no doloroso a la palpación. RHA (+)

SNC: despierta, colaboradora, lúcida, no signos meníngeos, no focalización

Diuresis: 2230 cc/24h BH: + 894 cc

Con los siguientes Problemas:

1. Shock Séptico
2. ITU complicada/ Pielonefritis
3. Anemia
4. Puérpera mediata de parto eutócico

Plan de actividades:

1. Dieta Completa + LAV
2. Vía salinizada
3. Antibioterapia: Meropenem 1gr c/8h VEV  
Amikacina 1gr c/24h VEV
4. Hidrocortisona 50mg c/8h VEV
5. Metoclopramida 10mg c/8h VO
6. CFV

Desfocalizar

Se cumple tratamiento indicado

A las 14:00 horas AGA -e: K+ 2.9. Se administra ClNa 0,9% (100cc) + ClK 20% (1 ½ amp) I y II pasar en 1 hora cada uno.

A las 20:00 horas se encuentra paciente en AREG, AREN, AREH en decúbito supino, ventilando espontáneamente. P/A: 96/48 mmHg PAM: 65. Diuresis: 1400 cc

Se evalúa la posibilidad de Alta de UCI e interconsulta a Ginecología.

**Día 26 de enero (7ºd)**

A las 9:00 horas se encuentra paciente mujer en REG, REN, REH, en posición decúbito supino, ventilando espontáneamente.

Funciones Vitales:

P/A 100/50 mmHg    FC: 69 x minuto    FR: 18x minuto    T 36.1°C    Saturación:  
98%

Al examen:

Tórax y Pulmones: MV pasa bien en ACP

Cardiovascular: ruidos cardíacos rítmicos, regulares. No soplos

Abdomen: B/D depresible, no doloroso a la palpación. Utero contraído debajo de la Cicatriz umbilical, loquios escasos sin mal olor.

Sistema Nervioso: lúcida. Glasgow 15, no signos meníngeos, no signos de focalización, afebril

Diuresis: 3000 cc /24h

Plan de Actividades:

1. Dieta Completa + LAV / suplemento de K
2. Vía salinizada
3. Antibioterapia: Meropenem 1gr c/8h VEV  
Amikacina 1gr c/24h VEV
4. Hidrocortisona 50mg c/8Hvev
5. Metoclopramida 10mg c/8h VO
6. CFV – BH
7. Alta de UCI

8. AGA – e

9. Pasar a UCI monitoreo

El servicio de Ginecología dio pase a su servicio

Plan de Trabajo:

El servicio de Ginecología realiza la Interconsulta y dá las indicaciones siguientes:

- Diagnóstico:

- Puérpera de 9 días de parto eutócico
- Urosepsis en transición

- Tratamiento y recomendaciones: evolución favorable, pasa a UCIM- Obstetricia

- Coordinar con Obstetricia

**Unidad de Cuidados Intermedios (UCIM) – GINECOLOGIA**

**Día 27 de enero (8ºd)**

A las 16:30 horas, ingresa a UCIM – Obstetricia, paciente mujer de 21 años, procedente de UCI, con vía salinizada y triple vía. Ventila espontáneamente. No presenta molestias.

Funciones Vitales:

P/A: 100/60 mmHg

Pulso: 81 lat x min

Tº: 37°C

R: 23 x min

Con funciones básicas:

Apetito incrementado, Sed en aumento, Diuresis 2 veces, Deposiciones ausente desde hace 3 días, Sueño conservado, en ABEG, ABEN, ABEH

Al examen físico:

Piel: tibia, elástica e hidratada. Llenado capilar 2 segundos

Tórax y Pulmones: MV pasa bien ambos campos pulmonares. No estertores

Cardiovascular: ruidos cardíacos rítmicos de buena intensidad. No soplos audibles

Abdomen: útero contraído debajo de cicatriz umbilical

Genitales externos: presencia de loquios escasos

Sistema Nervioso: LOTEPE

#### Diagnóstico:

1. Puérpera de 11 días por parto eutócico
2. Urosepsis en remisión
3. Constipación

#### Plan de Actividades:

1. DC + LAV
2. Vía salinizada
3. Meropenem 1 gr c/8h VEV
4. Amikacina 2gr c/24h VEV
5. Hidrocortisona 50 mg c/12 h VEV
6. Metoclopramida 10 mg c/8h VO

7. CFV

8. Lactulosa 33,3 mg ---- 30 ml c/24h VO

### Resultados.

Paciente cumple con el tratamiento.

Tolera alimentos. Diuresis normal.

#### **Día 28 de enero (9ºd)**

A las 7:38 horas se encuentra paciente en decúbito dorsal, en ABEG, ABEH, ABEN, LOTEP, ventilando espontáneamente, afebril. No refiere molestias

Apetito: conservado, sed conservadas, deposiciones blandas, orina normal

Funciones vitales:

P/A 90/60 mmHg      FC: 64 lat x min      FR: 18 x min      T°: 37°C

Saturación: 95%

Al examen:

Piel y mucosas: tibias, elástica e hidratada. No palidez, llenado capilar 2 segundos.

Tórax y Pulmones: murmullo vesicular pasa bien ACP. No estertores

Cardiovascular: ruidos cardíacos rítmicos de buena intensidad. No soplos

Genitales externos: presencia de loquios serosos en poca cantidad. Episiorrafia afrontada. No signos de flogosis

Mamas: blandas. No dolorosas. Secretantes

Diagnóstico:

- Puérpera de 12 días de parto eutócico
- Urosepsis en remisión

Plan de Trabajo:

1. Dieta completa + LAV y suplementos de vitamina K
2. Cefuroxima 500 mg c/12h VO
3. Lactulosa 33,3 mg, 10 ml c/24h VO
4. Ciriatrix 1 tab VO c/24h x 5 días

**ALTA CON INDICACIONES**

## **Epicrisis**

Puérpera de 3 días de parto eutócico que acude a un centro de salud con fiebre y malestar general. Se le estabiliza y activa clave amarilla obstétrica y se le refiere en ambulancia a un Establecimiento de Salud de III Nivel.

Fecha de Ingreso: 19/01/2017

Diagnóstico Inicial:

- Puérpera mediata de 3 días de Parto eutócico
- Shock Séptico
- Anemia Severa
- Azoemia severa
- Insuficiencia Renal Aguda
- Enfermedad Materna Extrema

Actividades Realizadas:

1. Ingresa al servicio de UCI durante 7 días y a UCIM 2 días posteriores
2. Se le realiza diariamente análisis correspondientes, ultrasonidos y Radiografías
3. Se realizan Interconsultas a Ginecología, Medicina, Cirugía, Dermatología y Nutrición.
4. Se brinda Antibioticoterapia de amplio espectro

Fecha de Egreso: 28/01/2017.

Evolución: Favorable

Indicaciones de Alta:

- Control en 1 semana por Consultorio de Ginecología
- Dieta completa y agregar vitamina K
- Cefuroxima 500 mg 1 tableta c/12 horas x 7 días
- Cefoxima 1 tableta cada/día x 5 días
- Lactulosa 33,3 mg ---10 ml/día

### **Relato extra institucional**

El día 3 de febrero del 2017, se realizó la visita domiciliar correspondiente a la paciente, por cuanto es de nuestra jurisdicción, pero no se le encontró en la dirección que consignó en la Historia Clínica. Nos refirió vía telefónica que estaba en casa de su mamá y que permanecería allí por un tiempo para que la pueda ayudar a atender a su hijo.

Al preguntarle acerca del tiempo que estuvo internada en el hospital, refirió que permaneció allí 9 días y que no le dijeron exactamente que tenía. Sólo le dijeron que tuvo una infección generalizada. No le transfundieron sangre. Estuvo en UCI durante 7 días y recién empezó a sentir mejoría al 7º día de hospitalizada. Es a partir de allí tuvo que tuvo ganas de comer. Luego la trasladaron a hospitalización donde recién empezó a caminar y a comer con apetito. Allí permaneció 2 días. No tuvo contacto con su bebe durante los días que permaneció en el Hospital. Sus familiares tuvieron que alimentarlo con lactancia artificial. Afortunadamente todo salió bien y ella se está recuperando y cumpliendo con el tratamiento que le dieron.

Refirió también que acudiría al Centro de Salud para iniciar algún método de Planificación Familiar.

Actualmente se encuentra bien junto a su esposo, su bebe y en compañía de su madre. Tiene planes de retomar su trabajo de administradora en la empresa de su tía, donde anteriormente laboraba como técnica en Administración.

El día 31 de enero la paciente fue al Centro de Salud por el Consultorio de Planificación Familiar donde optó por un método anticonceptivo (inyectable trimestral).

### **Discusión**

El Shock Séptico, en el embarazo o el puerperio, sigue siendo la tercera causa de muerte materna en nuestro país. Las causas identificadas de fiebre puerperal se encuentran asociadas a focos infecciosos genitales, como es el caso de la endometritis, Corioamnionitis, abscesos. (34).

Tal como el estudio presentado por Hernández (2012) sobre Sepsis puerperal y reanimación guiada por metas de atención, en la unidad de cuidados intensivos de un hospital de segundo nivel en México, en la cual encontró que la sepsis continúa siendo la tercera causa de muerte materna, pero que un tratamiento oportuno y adecuado puede evitar un desenlace fatal.

En el caso clínico presentado se confirma dicha investigación, ya que una detección oportuna y un manejo adecuado permitieron brindar el soporte y tratamiento necesario a la paciente y evitar secuelas o mortalidad materna.

Asimismo es importante la coordinación y comunicación que debe existir entre el primer nivel de atención y el nivel superior para trasladar y manejar a estas paciente que llegan a los centro de salud.

Para mejorar la morbilidad, es importante un diagnóstico y tratamiento oportuno, (35)

Es fundamental, para quienes se desempeñan en el ámbito asistencial de la Obstetricia, diagnosticar y asistir correctamente a este grupo de pacientes, de acuerdo a los protocolos establecidos en la Institución o de acuerdo a los Protocolos Nacionales. El rol que cumplimos al encontrarnos con estos casos de morbilidad, nos exige estar a la vanguardia de los conocimientos y habilidades, que brinda la especialización en Emergencias Obstétricas, para poder actuar y manejar oportunamente este tipo de circunstancias, y poder evitar así un desenlace fatal que irrumpa con el entorno familiar de las pacientes.

## **CAPITULO III**

### **3.1 CONCLUSIONES**

1. Se identificó a la infección del tracto urinario y la anemia gestacional como factores de riesgo asociados al shock séptico puerperal.
2. Se determinó que el manejo del shock séptico se realizó oportunamente en el primer nivel de atención y en el tercer nivel de atención, evitando así un desenlace fatal en la puérpera y en su entorno familiar.
3. El trabajo multidisciplinario permitió controlar el compromiso sistémico de la sepsis en la paciente y evitar una incapacidad permanente o una muerte materna.
4. El adecuado manejo en la atención prenatal por el personal competente y calificado, sigue siendo la mejor herramienta para detectar, tratar y monitorizar las señales de peligro y realizar la referencia oportuna a un nivel de mayor resolución

### **3.2 RECOMENDACIONES**

1. Se debe reforzar el seguimiento estricto a toda gestante que presenta cuadros de Infección Urinaria por más de un episodio y catalogarla como un riesgo potencial de Sepsis.
2. Hacer revisiones y presentación mensuales de las principales complicaciones que se dan en la emergencia obstétrica, para hacer un análisis del manejo realizado e identificar los errores u omisiones que se pudieron tener.
3. Articular el trabajo que se realiza en el área de Consulta Externa de Gineco Obstetricia con el área de Emergencia Obstétrica y poder conocer mejor la evolución del embarazo de las gestantes que se controlan en nuestro establecimiento y que son de la Jurisdicción.
4. Las sesiones educativas en la consulta Prenatal y en Psicoprofilaxis sobre la identificación de signos de alarma durante el embarazo y después del embarazo debe ser un trabajo continuo que no podemos descuidar.
5. Mejorar los Sistemas de Referencia y Contra referencia con los Hospitales de III Nivel de Atención, con la participación de Autoridades del Sector Salud, llámese director Ejecutivo y Director de Hospital.
6. Es fundamental y necesario que las Obstetras que se despeñan en el ámbito asistencial hospitalario, puedan diagnosticar y asistir correctamente estas

Emergencias Obstétricas para evitar un desenlace inesperado que provoque un impacto negativo en el entorno familiar.

## Referencias

1. UNICEF. Morbilidad materna extremadamente grave. CUBA;; 2012.
2. Gotts JE, Matthay MA. Sepsis: Pathophysiology and clinical management. Intramed 2016.
3. Calderón M, Calle L, Hidalgo J. Infección puerperal poscesárea vs posparto. Estudio realizado en el Hospital Enrique C. Sotomayor. Rev. Med. 2011; 17(4): p. 238 - 243.
4. MINSA. Mortalidad Materna en el Perú. Lima;; 2016.
5. Llagunes J, Casanova I, Reina C, Carmona P, Pirola A, Andres D, et al. Sepsis puerperal tardía con Shock Séptico y Disfunción Cardíaca. Revista Española de Anestesiología y Reanimación. 2013;; p. 387 - 389.
6. Hernández D, Graciano L. Sepsis puerperal y reanimación guiada. Revista Hospital Juarez Mexico. 2014;; p. 86 - 91.
7. Encinosa G, Gonzales D, Díaz E. Puerperio complicado, un reto clínico. Revista Cubana de Medicina Intensiva y Emergencias. 2014;; p. 302 - 317.

8. Guerrero A, Briones C, Diaz de León M, Briones J. Cuidados intensivos en ginecología y obstetricia. Revista de la asociación mexicana de medicina crítica y terapia intensiva. 2011 Diciembre; 25(4).
9. Calderón M CLHJPR. Infección puerperal poscesárea vs posparto. Estudio realizado en el Hospital Enrique C. Sotomayor. Rev. Med. FCM - UCSG. 2011; 17(4): p. 238 - 243.
10. González A. Síndrome de respuesta inflamatoria sistémica en pacientes obstétricas graves. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología. 2009.
11. Muñoz N. Factores asociados a las infecciones puerperales en pacientes obstétricas atendidas por parto eutócico en el Hospital San José. [Online]. Lima; 2015. Available from: <http://repositorio.uap.edu.pe/handle/uap/153>.
12. Cueva E. Complicaciones en gestantes con infección del tracto urinario en el hospital regional Manuel Muñoz Butrón de Puno. Revista Científica Investigación Andina. 2015; 15(2).
13. Vásquez V, Flores M, Lazo M. Endometritis pos parto: Experiencia en un hospital general. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia. 2014.
14. MINSA. NTS N° 105: Atención integral de salud materna. Lima.; 2013.
15. Beckmann C, Herbert W, Ling F, Smith R. Obstetrics and gynecology. 6th ed.; 2010.
16. Schwarcz R. Obstetricia. 9th ed.: El Ateneo; 2009.

17. Valdés A . Complicaciones Puerperales. Revistas ciencias.com; 2007.
18. Socarras N. Enfermería GinecoObstétrica La Habana; 2009.
19. Nares M, Hernández J, Estrada A, Lomelí J, Mendoza S, Flores Mea. Manejo de sepsis y choque séptico en el embarazo. Perinatología y Reproduccion Humana. 2013 oct - dic; 27(4).
20. Jacquelin M, Basso B. Respuesta inmune innata frente a infecciones bacterianas, 2008.
21. Lopez J. Caso Clinico y Revision de la Literatura Sepsis Puerperal Tardía. Report Cases. 2010;; p. 118 - 126.
22. MINSA. Mortalidad materna en el Perú. Lima:, Lima; 2013.
23. Centro de Medicina Fetal y Neonatal. Protocolo Fiebre Puerperal Barcelona; 2010.
24. Harper M. Postpartum pyrexia of unknown origin. Obstetric and Gynecology Reprod. Med. 2010;; p. 57 - 62.
25. Campos T, Canchucaja L, Gutarra R. Factores de riesgo conductuales para bacteriuria asintomática en gestantes. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia. 2013;(59): p. 267-274.
26. MINSA. Protocolo: Estudio de prevalencia de infecciones intrahospitalarias.; 2014.

27. Ministerio de Poder Popular para la Salud. Protocolos de atención: cuidados prenatales y atención obstetrica de emergencia. Caracas;, Venezuela; 2014.
28. Malvino E. Sepsis severay shock séptico en Obstetricia. Obstetricia Crítica. 2008.
29. Briceño I. Sepsis: Definiciones y aspectos fisiopatológicos. MEDICRIT Revista de Medicina Interna y Medicina Crítica. 2005;; p. 164 - 178.
30. Singer M, The Third International Consensus Definitions for Sepsis and Septic Shock. JAMA. 2016.
31. OMS. Managing puerperal sepsis. 2nd ed. Genova; 2009.
32. Maggio P, Carvalho C. Sepsis y shock séptico. Manual MSD. 2014.
33. Bataglia-Araujo V, Rojas G, Ayala J. Prevención y manejo de la infección puerperal. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia. 2006; 52(3): p. 154 - 58.
34. Aguilar C, Maycotte Z, García J. Síndrome de shock tóxico en el puerperio: Reporte de un caso. Revista de la Asociación Mexicana de Medicina Crítica y Terapia Intensiva. 2016 enero-abril; 30(1): p. 55 - 58.
35. López J y Müller E. Caso clínico y revisión de la literatura. Revista Colombiana Case Reports. 2016.