



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

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

**TEMA PROPUESTO DEL CASO CLÍNICO**  
CONDUCTA OBSTETRICA EN PACIENTE DE 29 AÑOS CON EMBARAZO DE 24  
SEMANAS CON PIELONEFRITIS Y SEPSIS

**AUTORA:**

MARIA DEL CARMEN CALAPIÑA LOPEZ

**TUTOR:**

DRA. VASQUEZ BONE KATTERINE

Babahoyo- Los ríos- Ecuador  
2022

## INDICE

AGRADECIMIENTO.....	4
DEDICATORIA.....	5
TEMA: .....	6
RESUMEN.....	7
ABSTRACT .....	8
INTRODUCCION.....	9
I. MARCO TEORICO.....	10
1.1 PIELONEFRITIS.....	10
1.1.1 Definición.....	10
1.1.2 Etiología.....	10
1.1.3 Epidemiología .....	11
1.1.4 Fisiopatología.....	11
1.1.5 Cuadro clínico.....	11
1.1.6 Diagnostico .....	12
1.1.7 Tratamiento.....	12
1.2 SEPSIS .....	13
1.2.1 Definición.....	13
1.2.2 Etiología.....	15
1.2.3 Epidemiología .....	15
1.2.4 Factores de riesgo para sepsis puerperal.....	15
1.2.5 Tratamiento.....	16
1.3 JUSTIFICACION.....	18
1.4 OBJETIVOS .....	20
1.4.1 Objetivo general.....	20
1.4.2 Objetivos específicos.....	20
1.5 DATOS GENERALES .....	21
METODOLOGIA DEL DIAGNOSTICO.....	21

2.1 ANALISIS DEL MOTIVO DE CONSULTA Y ANTECEDENTES .....	21
2.2 ANAMNESIS.....	22
2.3 EXAMEN FISICO .....	22
2.4 INFORMACION DE EXAMENES COMPLEMENTARIOS REALIZADOS.....	23
1.6 FORMULACION DEL DIAGNOSTICO PRESUNTIVO, DIFERENCIAL Y DEFIINITVO.....	24
1.7 ANALISIS Y DESCRIPCION DE LAS CONDUCTAS QUE DETERMINA EL ORIGEN DEL PROBLEMA Y DE LOS PROCEDIMIENTOS A REALIZAR .....	25
1.8 INDICACIÓN DE LAS RAZONES CIENTIFICAS DE LAS ACCIONES DE SALUD, CONSIDERANDO VALORES NORMALES.....	25
1.9 SEGUIMIENTO .....	26
OBSERVACIONES .....	37
CONCLUSIONES.....	38
REFERENCIAS .....	39
ANEXOS.....	41

## **AGRADECIMIENTO**

Quiero expresar mi sincero agradecimiento, a Dios por brindarme salud, fuerza y capacidad cada día para cumplir con mi propósito.

A mis padres Segundo Calapiña y Lilia López por el don de la vida, por su amor y apoyo incondicional, no tengo palabras para expresar mi amor y gratitud.

A mi esposo Darío Moran porque me ha apoyado en todo este largo trayecto y jamás dejo que me dé por vencida, siempre me demostró su amor y paciencia.

A mis hijas quienes supieron esperar pacientemente, me comprendieron y cedieron el tiempo para que "Mami estudie", son unos de los pilares que me permiten seguir de pie.

A mis hermanas quienes con sus palabras de aliento supieron demostrar lo orgullosas que se sienten de mí.

Agradezco a la Universidad Técnica de Babahoyo por permitir cumplir mi meta, a mi tutora Dra. Vasquez Bone Katterine por guiarme en este proyecto de investigación.

Gracias a mis docentes y compañeros los cuales me acompañaron diariamente mostrándome su apoyo en todo momento.

María Calapiña López

## **DEDICATORIA**

Primeramente, a Dios por sus bendiciones y permitido llegar a hasta este punto y haberme dado salud, a mis queridos padres Segundo Calapiña y Lilia López que con mucho esfuerzo, sabiduría, valores y apoyo supieron guiarme en todo momento.

A mi amado esposo Darío Moran por su sacrificio y esfuerzo, por creer en mi capacidad, aunque hemos pasado muchos momentos difíciles siempre me ha demostrado su comprensión y amor

A mis tres pequeñas hijas Nelly, Kiana y Eva por ser mi fuente de motivación e inspiración para superarme día tras día, todo mi esfuerzo es para ustedes

A mis hermanas/o Lorena, Jessica, Lilia, Victoria y Víctor que con su pequeño granito de arena estuvieron conmigo y no permitieron que me dé por vencida

A todas las personas importantes que forman parte de mi vida, que siempre están ahí para brindarme su apoyo

María Calapiña López

**TEMA:**

CONDUCTA OBSTETRICA EN PACIENTE DE 29 AÑOS CON EMBARAZO DE 24 SEMANAS CON PIELONEFRITIS Y SEPSIS

## RESUMEN

Las infecciones de vías urinarias son las complicaciones más frecuentes durante el embarazo, se presentan debido a los cambios anatómo-fisiológicos que presentan las mujeres gestantes.

Es de gran importancia su diagnóstico y manejo temprano para evitar las posibles secuelas tanto maternas como fetales que pueden producirse

*Escherichia coli* es el patógeno más frecuentemente aislado en infección de vías urinarias durante el embarazo.

La pielonefritis es una infección del parénquima renal y cuya prevalencia aumenta al 6% en gestantes en las que no se ha realizado cribado de bacteriuria asintomática durante el embarazo.

El 80-90% de las pielonefritis aparecen en el 2º, 3º trimestre de la gestación y en el puerperio.

La sepsis es una enfermedad común y mortal, La incidencia de sepsis aumenta con la edad, el uso de agentes inmunosupresores, los procedimientos invasivos y el número de microorganismos resistentes.

Las mujeres embarazadas casi siempre son jóvenes y tienen menos comorbilidades, siendo el principal sitio de infección la pelvis.

Se presentó el caso de una paciente de 29 años de edad con Embarazo de 24 semanas con pielonefritis y sepsis.

El propósito de este estudio es determinar los factores de riesgo e identificar las causas por la cual las pacientes llegan a padecer pielonefritis y con esto una patología más grave como la sepsis, aumentando con esto la tasa de morbimortalidad materno fetal.

**PALABRAS CLAVES:** infección de vías urinarias, pielonefritis, sepsis, embarazo, bacteriuria.

## **ABSTRACT**

Urinary tract infections are the most frequent complications during pregnancy and occur due to anatomical and physiological changes in pregnant women.

Early diagnosis and management is of great importance to avoid possible maternal and fetal sequelae that may occur.

*Escherichia coli* is the most frequently isolated pathogen in urinary tract infections during pregnancy.

Pyelonephritis is an infection of the renal parenchyma and its prevalence increases to 6% in pregnant women who have not been screened for asymptomatic bacteriuria during pregnancy.

Pyelonephritis occurs in 80-90% of cases in the 2nd and 3rd trimester of pregnancy and in the puerperium.

Sepsis is a common and fatal disease. The incidence of sepsis increases with age, the use of immunosuppressive agents, invasive procedures and the number of resistant microorganisms. The incidence of sepsis increases with age, the use of immunosuppressive agents, invasive procedures and the number of resistant microorganisms.

Pregnant women are almost always young and have fewer comorbidities, with the main site of infection being the pelvis.

The case of a 29-year-old female patient with a 24-week pregnancy with pyelonephritis and sepsis was presented.

The purpose of this study is to determine the risk factors and identify the causes for which patients suffer pyelonephritis and with this a more serious pathology such as sepsis, thus increasing the maternal and fetal morbimortality rate.

**KEY WORDS:** urinary tract infection, pyelonephritis, sepsis, pregnancy, bacteriuria.



## INTRODUCCION

Entre las distintas infecciones a las vías urinarias, la pielonefritis puede ocasionar complicaciones tanto en la mamá como en el feto. Alrededor de un 15 a 20% de las pacientes va a tener una bacteriemia, y varias de ellas desarrollarán complicaciones todavía más severas como por ejemplo shock séptico, coagulación intravascular esparcida, insuficiencia respiratoria o síndrome de Distress respiratorio del adulto; éste último tiene una incidencia de 1 a 8%. La bacteriuria asintomática precede a la pielonefritis aguda en alrededor del 20-40% de las pacientes. (Perucca, 2015)

En consecuencia, a la pielonefritis que una mujer embarazada padece se desencadena otra serie de patologías como la sepsis. La sepsis resulta de una contestación del huésped desregulada a la infección que resulta en mal a los órganos, y virtualmente cualquier sistema de órganos podría ser perjudicado. La contestación inflamatoria desmesurada que se crea con la sepsis incluye extravasación de cardíaco, aunque hasta el 60% de los pacientes con sepsis poseen una parte de eyección. (The Society for Maternal-Fetal Medicine , 2019)

La incidencia de sepsis se incrementa con la edad, la utilización de agentes inmunosupresores, los métodos invasivos y el número de microorganismos resistentes. El choque séptico en pacientes obstétricas es raro. Las féminas embarazadas casi constantemente son adolescentes y poseen menos comorbilidades, siendo el primordial lugar de infección la pelvis. A pesar del uso de agentes antimicrobianos y soporte esencial avanzado, la tasa de mortalidad de la sepsis se ha mantenido entre el 20-30%, en un 40-50% para la sepsis grave y 50-60% en choque séptico. (Medina & Gonzalez, 2021)

El presente estudio de caso propone describir los factores de riesgos que desencadenaron pielonefritis y sepsis en paciente de 25 años de edad con embarazo de +/-24 semanas, caso que se presentó en el Hospital General Martin Icaza de la ciudad de Babahoyo.

Por lo que este trabajo tiene como finalidad explicar la evolución del caso tomado, donde paciente acude al segundo nivel de atención referida del centro de salud de

Mata de Cacao en donde paciente se realizaba controles prenatales por presentar fiebre no cuantificada, escalofríos y malestar general con 72 horas de evolución, se realiza ingreso de paciente y se toman las medidas necesarias para evitar complicaciones en el producto y la obtener una buena evolución de la madre.

## **I. MARCO TEORICO**

### **1.1 PIELONEFRITIS**

#### **1.1.1 Definición**

La pielonefritis se define infección del parénquima renal de uno o los dos riñones, suele manifestarse en el segundo y tercer trimestre de embarazo, con presencia de signos y indicios que están afectando el estado general de la paciente, tiene una fundamental agrupación a la morbimortalidad materna y fetal, es la manera más severa de las infecciones del tracto urinario las cuales necesitan hospitalización en la gestación. A lo largo del embarazo hay diversos cambios fisiológicos que son habituales en este estado, sin embargo, hacen que las pacientes se encuentren más expuesta a estas infecciones y crean complicaciones como parto pre término, recién nacidos con bajo. (Larochelle, 2015)

De la misma (Yomayusa, 2020) mención que la pielonefritis es definido como el proceso que afecta la pelvis y el parénquima renal, el cual se caracteriza por la presencia de fiebre, dolor lumbar y bacteriuria.

La pielonefritis es un cuadro infeccioso grave que constituye la manera más seria de infección del tracto urinario tanto en mujeres embarazadas como no embarazadas. Se muestra como un síndrome miccional del cual se genera fiebre alta, escalofríos, taquicardia y vómitos. En el estudio físico se encuentra el dolor en las fosas renales y la hiperestesia abdominal. (Finell, 2018)

La infección renal o pielonefritis es un tipo de infección de las vías urinarias que, principalmente, empieza en la uretra o en la vejiga y asciende hasta uno o los dos riñones. Una infección renal necesita atención médica instantánea. Si no manejamos de forma correcta, es posible que la infección renal cause daño persistente a los riñones o que las bacterias se propaguen en el torrente sanguíneo y causen una infección que puede poner en peligro la vida. (Jolley, 2017)

#### **1.1.2 Etiología**

Se dice que los microorganismos causantes de infección de vías urinarias a lo largo del embarazo son los mismos que se hallan en pacientes que no están embarazadas. La *Escherichia coli* representa el 80% al 90% de las infecciones gramnegativas tales como *Proteus mirabilis* y *Klebsiella pneumoniae*. Bacterias Gram positivas como estreptococos del conjunto B y *Staphylococcus saprophyticus* son transportados por la circulación a partir de cualquier foco infeccioso. (Guilindro, 2015)

### **1.1.3 Epidemiología**

La pielonefritis aguda se da en un 20% a 30% de pacientes con bacteriuria asintomática, por ende, es necesario que cada una de las gestantes evalúen la presencia de bacteriuria a lo largo del primer trimestre y luego nuevamente en el tercer trimestre. El diagnóstico oportuno de la bacteriuria asintomática en el primer trimestre podría disminuir los casos de pielonefritis de 30 a 3 por cada mil gestantes y en el tercer trimestre prevendrá otros 3 de cada 5 casos. (Pacheco, 2015)

También se menciona que alrededor de un 25% de las pacientes con bacteriuria asintomática desarrollan una infección sintomática del tracto urinario (cistitis o pielonefritis) en el transcurso del embarazo, por lo cual afirma que estas gestantes muestran un índice más grande de prematuridad, abortos, hipertensión inducida por el embarazo, así como insuficiencia renal y shock séptico. (Pacheco, 2015)

### **1.1.4 Fisiopatología**

Según (Romero, 2015) señala que una serie de cambios en el organismo aumentan el riesgo de contraer infección renal o pielonefritis, entre esos cambios fisiológicos encontramos: el crecimiento uterino de forma progresiva, dilatación de los uréteres por la segregación de la hormona progesterona durante el embarazo, la cual relaja los músculos de la vejiga haciendo más complejo vaciarla y en el tiempo del embarazo el pH de la orina cambia volviéndose menos ácida.

### **1.1.5 Cuadro clínico**

Se puede mencionar que el cuadro clínico de pielonefritis incluyen dolor en región lumbar tanto unilateral como bilateral y abdomen, hipersensibilidad en el ángulo costo vertebral, escalofríos, fiebre, anorexia, náuseas y vómitos, asociado con la deshidratación, cefalea y taquipnea. Con poca frecuencia se presenta cistitis y disuria. Los casos más graves pueden llevar a una falla respiratoria y sepsis. Una de

las consecuencia de la pielonefritis es que puede conducir a resultados adversos, como lo parto prematuro, recién nacidos de bajo peso, preeclampsia, hipertensión, falla renal y muerte fetal. (León, 2014)

#### **1.1.6 Diagnostico**

El diagnóstico inicial se lo realiza por medio del urocultivo con >100.000 unidades formadoras de colonias en orina. En el sedimento se hallan leucocituria y tienen la posibilidad de presencia de cilindros leucocitarios, proteinuria, hematíes y >20 bacterias por campo o 1-2 bacterias por campo en una muestra cateterizada, de esta forma se asocia con: fiebre (temperatura  $\geq 38^{\circ}\text{C}$ ), dolor en zona lumbar o hipersensibilidad en el ángulo costovertebral. Se debería realizar un diagnóstico diferencial con trabajo de parto, corioamnionitis, desprendimiento prematuro de placenta, rotura de quiste de ovario y, principalmente, con la apendicitis. insuficiencia renal y shock séptico. (León, 2012)

#### **1.1.7 Tratamiento**

El desempeño oportuno de la pielonefritis es esencial, ya que su detección y procedimiento son las intervenciones primarias para el decrecimiento del peligro de complicaciones maternas y fetales. Dicho abordaje dependerá del estado general y las condiciones de la paciente. Se tendrá que ingresar al tratamiento hospitalario a pacientes con edad gestacional  $\geq 24$  semanas, fiebre  $\geq 38^{\circ}\text{C}$ , sepsis, deshidratación, amenaza de parto prematuro, pielonefritis frecuente, comorbilidades, intolerancia oral, fracaso de procedimiento tras 72 horas o inviabilidad de funcionamiento ambulatorio. (Viquez, 2020)

#### **Tratamiento ambulatorio**

Si NO cumple criterios de hospitalización, es posible el control ambulatorio cada 24h:  
De elección ceftriaxona 1 g /24 h EV o IM.

En caso de alergia a betalactámicos, gentamicina 80 mg/8h IM (gestante). En gestantes alérgicas a betalactámicos, puede considerarse el ingreso debido a la incomodidad de la aplicación del tratamiento IM cada 8h.

Insistir asimismo en una correcta hidratación.

Tratamiento parenteral hasta 48-72 h afebril. Posteriormente podrá pasar a terapia vía oral, que se mantendrá hasta completar 14 días de tratamiento.

En caso de persistencia de síndrome febril y no respuesta clínica tras 72h (3 días) de tratamiento médico ambulatorio, indicar ingreso hospitalario.

### **Tratamiento hospitalario**

Serán criterios de ingreso hospitalario: Edad gestacional 24 semanas, Fiebre  $\geq 38^{\circ}\text{C}$ , Sepsis, Deshidratación, Cuadro clínico de amenaza de parto prematuro, Pielonefritis recurrente, Comorbilidad, Intolerancia oral, Fracaso de tratamiento ambulatorio tras 72 h (3 días), No posibilidad de tratamiento ambulatorio.

1.- Hidratación agresiva: 1er día: Sueroterapia a una perfusión de 150 ml/h

2o día: perfusión de 100 ml/h

2.- Tratamiento parenteral antibiótico hasta 48 horas afebril:

En gestante: Primera elección:

1.- Ceftriaxona 1 g/24 h ev Alergia a betalactámicos: 2.- Gentamicina 80 mg/8 h ev

En púerpera: Primera elección: 1.- Ceftriaxona 1 g/24 h ev + ampicilina 1 g/6 h ev (se debe cubrir también el Enterococo faecalis)

Alergia a betalactámicos: 2.- Gentamicina 240 mg/24 h ev.

En casos de sepsis y/o pielonefritis con sospecha de gérmenes multiresistentes o pacientes con sondajes o vías con tiempo prolongado, el tratamiento antibiótico deberá cubrir *Pseudomona aeruginosa* u otros gérmenes multiresistentes: Ceftacídima 1 g/8 h ev (Amikacina 15 mg/kg/24h ev en caso de alergia a betalactámicos). En el caso de sospecha de infección por *Enterococcus faecalis* por antibiogramas previos, añadir ampicilina 1 g/6 h ev (vancomicina 1g/12h en caso de alergia a betalactámicos) o bien iniciaremos tratamiento en monoterapia con piperacilina-tazobactam 4g/8 h ev previa interconsulta con Servicio de Infecciones.

## **1.2 SEPSIS**

### **1.2.1 Definición**

Según (Pubmed Central, 2018) La sepsis es una complicación que tiene sitio una vez que el organismo genera una contestación inmunitaria desbalanceada, anómala, ante una infección. La sepsis es una urgencia médica y si no se diagnostica o trata de manera temprana, puede producir trastorno irreversible a los tejidos, choque séptico, insuficiencia orgánica múltiple y situar en peligro la vida.

La sepsis o septicemia es una afección médica grave, causada por una contestación inmunitaria fulminante a una infección. El cuerpo humano libera sustancias químicas inmunitarias en la sangre para combatir la infección. Estas sustancias químicas

desencadenan una inflamación generalizada, la cual crea coágulos de sangre y fugas en los vasos sanguíneos. Como consecuencia, se altera la circulación de sangre lo cual, continuamente, priva a los órganos de nutrientes y oxígeno, y causa daño en los órganos. (Centers for Disease Control and Prevention, 2016)

La sepsis es una forma de actuar del organismo frente a una infección provocada por microorganismos patógenos como bacterias, virus e inclusive hongos, que conocemos popularmente como gérmenes. Una vez que nuestras propias defensas no son capaces de borrar la infección, incluso a través de fármacos antimicrobianos, se extienden por el torrente circulatorio los gérmenes, sus toxinas y ciertas sustancias que crea nuestro cuerpo humano, ocasionando en el organismo una actitud inflamatoria generalizada. Se dice que dicha actitud altera la coagulación de la sangre y el flujo de sangre, lo cual perjudica en especial a ciertos órganos vitales como el cerebro, los pulmones, el hígado, los riñones, etcétera.

la sepsis en obstetricia es dada como en cualquier paciente gestante, cuando se da una sepsis grave se presenta una disfunción orgánica o hipertensión arterial, en sístole con  $\geq 90$  mm Hg o tensión arterial media  $\geq 65$  mm Hg según la edad que es resuelta con expansión de volumen.

Disfunción orgánica puede definirse objetivamente como un aumento agudo de dos o más puntos en la puntuación de la "Evaluación Secuencial de Insuficiencia Orgánica" (SOFA). (Ginecoloy, 2019)

Una breve herramienta de evaluación de cabecera conocida como la puntuación SOFA rápida (qSOFA) puede ser utilizada para ayudar en la evaluación de sospecha de sepsis. La puntuación qSOFA evalúa la presencia de tres criterios clínicos: presión arterial sistólica  $\leq 100$  mmHg, frecuencia respiratoria  $\geq 22$  / min, y estado mental alterado. Si dos o más de estos criterios están presentes, la paciente tiene un mayor riesgo de sufrir pobres resultados relacionados a sepsis. Estas señales deben indicar al médico a observar cuidadosamente disfunciones orgánicas, iniciar o intensificar la terapia, aumentar la agudeza del monitoreo, y considerar el traslado a una unidad de cuidados intensivos.

Parámetros	Puntos (0)	Puntos (1)
Presión arterial sistólica	>90 mmHg	<90mmHg
Frecuencia respiratoria	<25 respiraciones por minuto	≥25 respiraciones por minuto
Alteración del estado mental	Alerta	No alerta

\*qSOFA: puntuación de la evaluación secuencial rápida (relacionada con la sepsis) de insuficiencia orgánica. Un puntaje  $\geq 2$  puntos tiene una validez predictiva para identificar a los pacientes con un riesgo incrementado de mortalidad hospitalaria.<sup>70</sup>

Es importante destacar que la fiebre no es necesaria ni suficiente para determinar si la sepsis está presente. (Ginecoloy, 2019)

### 1.2.2 Etiología

En obstetricia la sepsis es causada principalmente por bacterias Gram negativas, sin embargo, también podría ser ocasionada por bacterias Gram positivas, hongos y inclusive virus. En cerca del 50% de los pacientes con choque séptico (CHS) no se identifica la etiología de la infección, los bacilos Gram negativos (BGN) se identifican entre el 30 y 80% de los casos, en lo que las bacterias Gram positivas (BGP) se aíslan únicamente del 5 al 25% de los casos. (Nares, 2013)

En pacientes obstétricas la sepsis, la mayoría de casos, se realiza de forma secundaria a infecciones del tracto genital, en las cuales los agentes etiológicos más frecuentes son: *Escherichia coli*, *Klebsiella pneumoniae*, *Enterobacter sp*, *Enterococcus faecalis* y bacterias anaerobias.

### 1.2.3 Epidemiología

La incidencia de sepsis obstétrica varía tanto en territorios desarrollados y subdesarrollados, variando a partir de 0,96 hasta 7,04 por 1.000 damas de edad entre 15 y 49 años. Las tasas de mortalidad materna oscilaron a partir de 0,01 hasta 28,46 por 100.000 féminas de entre 15 y 49 años. (Petro, 2014)

La sepsis obstétrica es consecuencia del resultado de infecciones pélvicas debidas a corioamnionitis, endometritis, infecciones de la herida quirúrgica, legrado séptico o infección del tracto urinario. Uno de los elementos de peligro más popular para la sepsis obstétrica es la cesárea; la tasa de esta parece estar incrementándose internacionalmente. (Petro, 2014)

### 1.2.4 Factores de riesgo para sepsis puerperal

- Trabajo de parto prolongado
- Alumbramiento incompleto.
- Retención de restos ovulares

- Duración del tiempo de latencia de ruptura de membranas  
Número de exámenes vaginales
- Vía de nacimiento: parto instrumentado o cesárea
- Obesidad
- Anemia
- Tipo de anestesia
- Parto pretérmino
- Lesión de tejidos blandos (desgarros-hematomas)
- Líquido amniótico mencionado
- Vaginosis bacteriana
- Ambiente quirúrgico y sala de partos que no cuentan con normas de seguridad para el paciente
- Bajo nivel socioeconómico

### **1.2.5 Tratamiento**

El reconocimiento y el procedimiento precoz son importantes para minimizar la morbilidad y mortalidad materno-fetal en las féminas con presunción de sepsis. Por lo cual se debería empezar la reanimación idealmente, antecedente de terminar las 6 primeras horas posteriores al diagnóstico. (Remi, 2014)

Realice escala de sepsis obstétrica para determinar si la paciente requiere manejo por unidad de cuidados intensivos. Dependiendo del establecimiento de salud en donde se encuentre, si la paciente requiere unidad de cuidados intensivos, se deberá ACTIVAR INMEDIATAMENTE LA RED para realizar la TRANSFERENCIA de la paciente. (Pública, score mama y claves obstetricas , 2017)

Reanimación inicial: En las embarazadas, la presión venosa central (PVC) y la presión arterial pulmonar en cuña no permanecen en relación de forma directa, por lo cual tienen que tomarse como guía valorando la tendencia más que los valores netos. Los niveles de la presión venosa central tienen la posibilidad de ser comunes en las embarazadas con disfunción ventricular izquierda o edema pulmonar. En contraste, la presión venosa central puede hallarse alta en damas sin prueba de edema pulmonar. Las pacientes a las cuales se someten a ventilación mecánica tienen la posibilidad de solicitar un objetivo de presión venosa central más alto, de cerca de 12 a 15 mm Hg.



Control del foco infeccioso: En la sepsis de origen pélvico-ginecológico se debe realizar al control quirúrgico según el caso. Una vez hecha la reanimación inicial, dependiendo cada situación llevar a legrado, drenaje, laparotomía o histerectomía. Cuanto mayor sea la gravedad de la sepsis, más fuerte debe ser el manejo quirúrgico y no dilatarse.

Monitorización fetal e intervenciones obstétricas: En los embarazos entre las 24 y 34 semanas, las decisiones deben basarse en el pronóstico materno y su respuesta al tratamiento. La cesárea para el beneficio fetal en una madre inestable aumenta la morbilidad y mortalidad materna, pero en una paciente con evolución estacionaria revertir los cambios de la gestación puede ser beneficioso.

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

Esquema 1: este es el esquema básico del KIT AMARILLO

Penicilina 5 000.000 IV cada 4 horas + Metronidazol 500 mg IV c/8h + Gentamicina 80 mg IV cada 8 horas.

TRANSFIERA a la paciente a un establecimiento de mayor complejidad

Esquema 2: Ampicilina/sulbactam 3gr IV cada 6horas + Clindamicina 900mg IV cada 8horas más + Gentamicina 1,5mg/kg IV y luego 1mg/kg cada 8horas mg.

Esquema 3: Ceftriaxona 1 g IV cada 12 horas + Metronidazol 500 mg IV cada 8 horas o Clindamicina 600 mg IV cada 6 horas.

Esquema 4: Piperacilina/tazobactam 4.5 g IV cada 6 horas.

### **1.3 JUSTIFICACION**

En el año 2015 la Organización de las Naciones Unidas (ONU) estableció dentro de los objetivos del Desarrollo Sostenible y la agenda 2030 (ODS), el objetivo 3 (salud y bienestar) tiene como meta “Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades”. Este objetivo es la base de todos los demás porque para alcanzar el resto de objetivos del desarrollo sostenible es necesario que se garantice y promueva la salud y el bienestar. Todavía queda mucho trabajo por hacer porque las tasas de mortalidad materna y neonatal son muy altas, se propagan enfermedades infecciosas y existe una mala salud reproductiva.

Entre otras acciones, para cumplir este objetivo, será necesario impulsar iniciativas que erradiquen determinadas enfermedades, financiar los sistemas de salud, mejorar el saneamiento y aumentar el acceso a los servicios médicos.

Para el 2030, se busca reducir la tasa mundial de mortalidad materna a menos de 70, por cada 100.000 nacidos vivos, de la misma manera se busca garantizar el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva, incluyendo planificación familiar, integración de la salud reproductiva, información en las estrategias.

En la misma fecha, el propósito se enfoca en ya no únicamente reducir, sino que radicar las muertes evitables de recién nacidos, de tal manera que sea posible lograr

que todos los países intenten reducir la mortalidad neonatal hasta 12 por cada 1.000 nacidos vivos.

En ese sentido, el presente trabajo está enfocado en analizar las causas principales de la pielonefritis y sepsis en el embarazo. De la misma manera esta investigación es justificada dado que ambas patologías están relacionadas a una alta tasa de morbimortalidad.

Por lo tanto, es de gran importancia que se conozca las reales causas que conllevan a este tipo de problemas y reconocer los factores de riesgo antes de que esta patología conlleve a consecuencias mayores, para de esta manera inhibir efectos en la morbimortalidad materna que puede producir tanto la pielonefritis y sepsis.

Una vez que se concluya este trabajo, la información que se exponga quedará disponible para que de una u otra manera contribuya a la detección de estos tipos de enfermedades en la etapa de la gestación.

## **1.4 OBJETIVOS**

### **1.4.1 Objetivo general**

- Analizar la conducta obstétrica en paciente de 29 años con embarazo de 24 semanas con pielonefritis y sepsis

### **1.4.2 Objetivos específicos**

- Determinar los factores de riesgos de la pielonefritis en la gestante.
- Identificar el factor principal de riesgo que influyen en la gestante con sepsis.
- Nombrar las características clínicas que presenta la pielonefritis en la mujer gestante.

### 1.5 DATOS GENERALES

Nombres completos: XXXXX	Nivel de estudio: BACHILLER
Sexo: Femenino	Raza: Mestiza
Cedula de identificación: 1205475385	Dirección: RCTO María Cristina
Edad: 29	Religión: -
Fecha de nacimiento: 3/5/1991	Nivel sociocultural/económico: bajo
Estado civil: unión libre	Hospital: HGMI
Nacionalidad: Ecuatoriana	Fecha de ingreso: 09/02/2021
Ocupación: ama de casa	FUM: 17/8/2020

**Fuente:** Historia clínica de la paciente

**Elaborado por:** MARIA DEL CARMEN CALAPIÑA LOPEZ

### METODOLOGIA DEL DIAGNOSTICO

#### 2.1 ANALISIS DEL MOTIVO DE CONSULTA Y ANTECEDENTES

Paciente de 29 años de edad que cruza embarazo de 24 semanas de gestación, FUM 17/08/20, acude referida del Centro de Salud Mata de Cacao por presentar cuadro clínico de +/- 3 días de evolución más dolor pélvico con gran intensidad que le irradia en la región del lumbosacro.

<b>Antecedentes patológicos personales</b>	No refiere
--	------------

<b>Antecedentes patológicos familiares</b>	No refiere
<b>Antecedentes quirúrgicos</b>	No refiere
<b>Alergias</b>	No refiere
<b>Hábitos</b>	Ninguno
<b>Antecedentes Gineco-Obstétricos</b>	
<b>Menarquia</b>	15 AÑOS
<b>Ciclos menstruales:</b>	28X1
<b>Inicio de vida sexual:</b>	
<b>Planificación familiar:</b>	Ninguna
<b>Parejas sexuales:</b>	1
<b>Gestas:</b>	4
<b>Partos:</b>	4
<b>Cesáreas:</b>	0
<b>Abortos:</b>	0
<b>Periodo intergenesico :</b>	4 años
<b>FUM:</b>	17/08/2020
<b>Controles prenatales del embarazo actual:</b>	#5 ( SCS MATA DE CACAO)
<b>Ecografías:</b>	1
<b>Edad gestacional</b>	+/- 24 semanas
<b>Papanicolaou:</b>	Ninguno

**Elaborado por:** MARIA DEL CARMEN CALAPIÑA LOPEZ

## **2.2 ANAMNESIS**

Paciente de 29 años de edad con FUM 17/08/2020, con 4 gestas, presenta embarazo de 24 semanas, no presenta antecedentes patológicos ni personales ni familiares, acude referida del SCS de Mata de Cacao por presentar fiebre no cuantificada que se acompaña de escalofríos y malestar general de 72 horas y dolor en la zona lumbosacro. Recibió tratamiento ambulatorio, pero persiste la sintomatología. Aun así, orientada en tiempo y espacio. FC 118 por min, FR 22 por min, abdomen gestante con producto único vivo transverso, FCF 172 por min. Al tacto vaginal, cérvix cerrado leucorrea fétida, diuresis 100cc.

## **2.3 EXAMEN FISICO**

**Cabeza:** normocéfalo, vías aéreas libres, zona auditiva sin anomalía

**Cuello:** sin adenopatías

**Tórax:** campos pulmonares ventilados, simétricos, y presencia de ruidos cardiacos rítmicos

**Mamas:** simétricas, aumentadas de volumen, sin dolor

**Abdomen:** globuloso

**Maniobras de Leopold:** presentación longitudinal cefálico,

**Región genital:** tacto vaginal cérvix cerrado

**Extremidades:** simétricas sin edema

Al ingresar la paciente presenta un score mama 6

CLASIFICACION SCORE MAMA	VALORES DE LA PACIENTE
SISTOLE	121 mmHG
DIASTOLE	64 mmHG
FRECUENCIA CARDIACA	118
FRECUENCIA RESPIRATORIA	22 por minuto
TEMPERATURA	39.2 ° C
SATURACION DE OXIGENO	97
ESTADO DE CONCIENCIA	ALERTA
PROTEINURIA	(+)
SCORE MAMA	6

**Elaborado por:** MARIA DEL CARMEN CALAPIÑA LOPEZ

#### 2.4 INFORMACION DE EXAMENES COMPLEMENTARIOS REALIZADOS.

EXAMENES DE LABORATORIO	
GLOBULOS BLANCOS	11.83
GLOBULOS ROJOS	3.41
HEMOGLOBINA	10.8
HEMATOCRITO	31.6
PLAQUETAS	153
GRUPO SANGUINEO	O
FACTOR RH	+

TIEMPO DE PROTROMBINA	11.7
ACIDO URICO	6.50
UREA	28.5
CREATININA	0.75
TRANSAMINASA PIRUVICA (ALT)	21
TRANSAMINASA OXALACETICA (AST)	28
PRUEBA CUALITATIVA PARA SIFILIS	NEGATIVO
HIV-PRUEVA RAPIDA	NO REACTIVO
TIEMPO DE TROMBOPLASTINA	30.7
INTERLEUKINA	178.9
DIMERO – D	0.97
PCR-CUANTITATIVO	39.93
UROANALISIS	
PH	6
PROTEINAS	2+
LEUCOCITOS	>900.00/UL
HEMATIES	31.68/UL
HEMOGLOBINA	3+
BACTERIAS	2+

**Elaborado por:** MARIA DEL CARMEN CALAPIÑA LOPEZ

### **1.6 FORMULACION DEL DIAGNOSTICO PRESUNTIVO, DIFERENCIAL Y DEFINITIVO**

Diagnostico presuntivo	Embarazo de +/- 24 semanas+ pielonefritis+ sepsis
Diagnostico diferencial	Pielonefritis y sepsis de origen urinario



Diagnostico definitivo	Embarazo de 24 semanas con presencia de pielonefritis y sepsis
------------------------	--

### **1.7 ANALISIS Y DESCRIPCION DE LAS CONDUCTAS QUE DETERMINA EL ORIGEN DEL PROBLEMA Y DE LOS PROCEDIMIENTOS A REALIZAR**

**Origen del problema:** según lo analizado en el cuadro clínico que presentó la paciente al servicio e indagando, se pudo constatar que una infección de vías urinarias mal tratada antes del embarazo puede provocar la pielonefritis, y de esto generarse sepsis.

#### **Procedimientos a realizar:**

##### **Indicaciones**

- Control de signos vitales
- Ecografía pélvica
- Exámenes de laboratorio
- Valorar Score mama
- Medicación
- Sonda vesical
- Balance hídrico
- Activación de clave amarilla y llamada a red

##### **Tratamiento**

- Lactato de Ringer 1000 cc pasar bolo de 300cc luego 420 cc
- Ampicilina + Sulbactam 3g IV c/ 6 horas
- Paracetamol 1g IV c/ 8 horas
- Gentamicina 160MI IV c/día
- Clindamicina 900 mg IU C/8H
- Betametasona 12 mg IM
- Interconsulta medicina interna

### **1.8 INDICACIÓN DE LAS RAZONES CIENTIFICAS DE LAS ACCIONES DE SALUD, CONSIDERANDO VALORES NORMALES**

Tanto la sepsis como la pielonefritis en obstetricia son creadas por la presencia de una infección que pueden ser causadas por la ruptura de membranas, por

infecciones de vías urinarias altas, procesos invasivos; mismos que ponen en riesgo la gestación generando trastornos de salud que repercuten no solo en la madre, sino que también en el feto, siendo causante en algunos de casos de la mortalidad materno- infantil.

Como ejemplo se tuvo este caso donde los resultados de los exámenes confirmaron el diagnóstico de sepsis y pielonefritis, donde se intervino inmediatamente aplicando el tratamiento esquematizado por la guía del Ministerio de Salud Pública del Ecuador.

## **1.9 SEGUIMIENTO**

**09/02/2021 17h00**

Paciente de sexo femenino, de 29 años de edad, multípara que viene referida del SCS de Mata de Cacao en ambulancia de cuerpo de Bomberos por presentar fiebre no cuantificada que se acompaña de escalofríos y malestar general de +/- 72 horas de evolución, se activa clave amarilla. Se realiza diagnóstico, presenta embarazo de 24 semanas de gestación con pielonefritis mas sepsis, se procede a tomar signos vitales, presión arterial 121/64 mmHg; pulso 118 por min; respiración 22 por min; temperatura 39.2 °C, saturación de oxígeno 97%, se coloca dos vías endovenosas, se administra primera dosis de medicación, se envía orden de exámenes de laboratorio, se coloca sonda vesical, con interconsulta para medicina interna.

**09/02/2021 17h30**

Presión arterial: 132/77mmhg, Frecuencia cardiaca:114 por minuto, Frecuencia respiratoria: 20 por minuto, Temperatura: 38.9°C, Saturación de oxígeno:97%, Estado de conciencia: alerta, Proteína: +. score mama:6. Diuresis 100cc, latido cardiaco fetal 170 x minuto, se realiza ecografía como resultado embarazo de 23 semanas, placenta anterior fundica I/III. Índice de líquido amniótico 14 cm, peso 548 gramos. Indicaciones: control de signos vitales cada 30 minutos y control de diuresis.

Q sofá:

Alerta

Frecuencia respiratoria:20 por minuto

Presión arterial sistólica:132 por minuto

Puntuacion:0

Latidos cardiacos fetales 170 por minuto

**09/02/2021 18h00**

Presión arterial:124/74 mmhg, Frecuencia cardiaca: 125 por minuto,  
Frecuencia respiratoria:18 por minuto, Temperatura:39.1 °C, saturación de oxígeno:  
100%, Estado de conciencia: alerta, proteína: +. Score mama:7. Diuresis 100cc.  
Indicaciones: control de signos vitales cada 30 minutos.

Q sofá:

Alerta

Frecuencia respiratoria:18 por minuto

Presión arterial sistólica:124 por minuto

Escala de sepsis obstétrica:

Temperatura: 39.1°C. 3

Presión arterial sistólica:124 -

Frecuencia cardiaca: 125 1

Frecuencia respiratoria:18

Saturación de oxígeno:100%

**09/02/2021 18h30**

Presión arterial:130/78 mmhg, Frecuencia cardiaca: 117 por minuto,  
Frecuencia respiratoria:29 por minuto, Temperatura:38.5 °C, saturación de oxígeno:  
97%, Estado de conciencia: alerta, proteína: +. Score mama:8.

Q sofá:

Alerta

Frecuencia respiratoria:29 por minuto

Presión arterial sistólica:130 por minuto

Puntuación: 1

Indicaciones: control de signos vitales cada 30 minutos.

**09/02/2021 19h00**

Presión arterial:125/73 mmhg, Frecuencia cardiaca: 117 por minuto,  
Frecuencia respiratoria:20 por minuto, Temperatura:38.3 °C, saturación de oxígeno:  
99%, Estado de conciencia: alerta, proteína: +. Score mama:6.

Q sofá:

Alerta

Frecuencia respiratoria:20 por minuto

Presión arterial sistólica:125 por minuto

Puntuación: 0

Diuresis 250cc

Indicaciones: control de signos vitales cada 30 minutos.

**09/02/2021 19h30**

Presión arterial:125/83 mmhg, Frecuencia cardiaca: 136 por minuto,

Frecuencia respiratoria:30 por minuto, Temperatura:39.3 °C, saturación de oxígeno: 98%, Estado de conciencia: alerta, proteína: +. Score mama:10.

Q sofá:

Alerta

Frecuencia respiratoria:30 por minuto

Presión arterial sistólica:125 por minuto

Puntuación: 1

Indicaciones: control de signos vitales cada 30 minutos, insistir en referencia a tercer nivel (UCI).

**09/02/2021 20h00**

Presión arterial:120/62 mmhg, Frecuencia cardiaca: 132 por minuto,

Frecuencia respiratoria:26 por minuto, Temperatura:40 °C, saturación de oxígeno: 98%, Estado de conciencia: alerta, proteína: +. Score mama:9.

Q sofá:

Alerta

Frecuencia respiratoria:26 por minuto

Presión arterial sistólica:120 por minuto

Puntuación: 1

Diuresis 100cc

Indicaciones: se decide enviar como código rojo, paciente no mejora score mama.

**09/02/2021 20h30**

Presión arterial:119/69 mmhg, Frecuencia cardiaca: 126 por minuto,

Frecuencia respiratoria:25 por minuto, Temperatura:39.8 °C, saturación de oxígeno: 99%, Estado de conciencia: alerta, proteína: +. Score mama:9.

Q sofá:

Alerta

Frecuencia respiratoria:25 por minuto

Presión arterial sistólica:119 por minuto

Puntuación: 1

Plan: sacar como código rojo

Indicaciones: pasar bolo de 500cc de lactato de ringer, control de signos vitales cada 30 minutos.

**09/02/2021 21h00**

Presión arterial:112/61 mmhg, Frecuencia cardiaca: 121 por minuto,  
Frecuencia respiratoria:24 por minuto, Temperatura:39.4 °C, saturación de oxígeno:  
98%, Estado de conciencia: alerta, proteína: +. Score mama:9.

Q sofá:

Alerta

Frecuencia respiratoria:24 por minuto

Presión arterial sistólica:112 por minuto

Puntuación: 1

Indicaciones: RX torax, control de signos vitales cada 30 minutos.

**09/02/2021 21h30**

Presión arterial:122/60 mmhg, Frecuencia cardiaca: 127 por minuto,  
Frecuencia respiratoria:21 por minuto, Temperatura:39.2 °C, saturación de oxígeno:  
98%, Estado de conciencia: alerta, proteína: +. Score mama:7.

Q sofá:

Alerta

Frecuencia respiratoria:21 por minuto

Presión arterial sistólica:122por minuto

Puntuación: 0

Indicaciones: metronidazol 1 ampolla stat, control de signos vitales cada 30 minutos.

**09/02/2021 22h00**

Presión arterial:105/60 mmhg, Frecuencia cardiaca: 122 por minuto,  
Frecuencia respiratoria:28 por minuto, Temperatura:38.8 °C, saturación de oxígeno:  
97%, Estado de conciencia: alerta, proteína: +. Score mama:9.

Q sofá:

Alerta

Frecuencia respiratoria:28 por minuto

Presión arterial sistólica:105por minuto

Puntuación: 1

Diuresis: 100cc

Indicaciones: insistir en cupo a tercer nivel, control signos vitales cada 30 minutos.

**09/02/2021 22h30**

Presión arterial:105/55 mmhg, Frecuencia cardiaca: 117 por minuto,  
Frecuencia respiratoria:30 por minuto, Temperatura:38.2 °C, saturación de oxígeno:  
98%, Estado de conciencia: alerta, proteína: +. Score mama:9.

Q sofá:

Alerta

Frecuencia respiratoria:30 por minuto

Presión arterial sistólica:105por minuto

Puntuación: 1

Diuresis: 100cc

Indicaciones: control de signos vitales cada 30 minutos.

**09/02/2021 23h00**

Presión arterial:106/60 mmhg, Frecuencia cardiaca: 116 por minuto,  
Frecuencia respiratoria:21 por minuto, Temperatura:38°C, saturación de oxígeno:  
99%, Estado de conciencia: alerta, proteína: +. Score mama:4.

Q sofá:

Alerta

Frecuencia respiratoria:21 por minuto

Presión arterial sistólica:106por minuto

Puntuación: 0

Diuresis: 100cc

Indicaciones: control de signos vitales cada hora.

**10/02/2021 00h00**

Presión arterial: 97/52 mmhg, Frecuencia cardiaca: 102 por minuto,  
Frecuencia respiratoria:21 por minuto, Temperatura:36.4°C, saturación de oxígeno:  
99%, Estado de conciencia: alerta, proteína: +. Score mama:3.

Q sofá:

Alerta

Frecuencia respiratoria:21 por minuto

Presión arterial sistólica:97 por minuto

Puntuación: 1

Diuresis: 100cc

Indicaciones: pasar un bolo de 500cc control de signos vitales cada hora.

**10/02/2021 01h00**

Presión arterial: 94/55 mmhg, Frecuencia cardiaca: 98 por minuto,

Frecuencia respiratoria:20 por minuto, Temperatura:36.6°C, saturación de oxígeno: 98%, Estado de conciencia: alerta, proteína: +. Score mama:3.

Q sofá:

Alerta

Frecuencia respiratoria:20 por minuto

Presión arterial sistólica:94 por minuto

Puntuación: 1

Diuresis: 90cc

Indicaciones: control de signos vitales cada hora.

**10/02/2021 02h00**

Presión arterial: 100/60 mmhg, Frecuencia cardiaca: 78 por minuto,

Frecuencia respiratoria:20 por minuto, Temperatura:35 °C, saturación de oxígeno: 99%, Estado de conciencia: alerta, proteína: +. Score mama:2.

Q sofá:

Alerta

Frecuencia respiratoria:20 por minuto

Presión arterial sistólica:100 por minuto

Puntuación: 0

Diuresis: 100cc

Indicaciones: control de signos vitales cada hora.

**10/02/2021 03h00**

Presión arterial: 101/63mmhg, Frecuencia cardiaca: 75 por minuto,

Frecuencia respiratoria: 15 por minuto, Temperatura:35.5°C, saturación de oxígeno: 99%, Estado de conciencia: alerta, proteína: +. Score mama:2.

Q sofá:

Alerta

Frecuencia respiratoria:15 por minuto

Presión arterial sistólica:101 por minuto

Puntuación:0

Diuresis: 100cc

Indicaciones: control de signos vitales cada hora.

**10/02/2021 04h00**

Presión arterial: 101/63mmhg, Frecuencia cardiaca: 75 por minuto,

Frecuencia respiratoria: 17 por minuto, Temperatura:36.1°C, saturación de oxígeno: 99%, Estado de conciencia: alerta, proteína: +. Score mama:1.

Q sofá:

Alerta

Frecuencia respiratoria:17 por minuto

Presión arterial sistólica:101 por minuto

Puntuación:0

Diuresis: 100cc

Indicaciones: control de signos vitales cada hora.

**10/02/2021 05h00**

Presión arterial: 98/63mmhg, Frecuencia cardiaca: 81 por minuto,

Frecuencia respiratoria: 17 por minuto, Temperatura:36 °C, saturación de oxígeno: 96%, Estado de conciencia: alerta, proteína: +. Score mama:1.

Q sofá:

Alerta

Frecuencia respiratoria:17 por minuto

Presión arterial sistólica:98 por minuto

Puntuación:1

Diuresis: 100cc

Indicaciones: control de signos vitales cada hora.

**10/02/2021 06h00**

Presión arterial: 103/70 mmhg, Frecuencia cardiaca: 79 por minuto,

Frecuencia respiratoria: 20 por minuto, Temperatura:36°C, saturación de oxígeno: 97%, Estado de conciencia: alerta, proteína: +. Score mama:1.

Q sofá:

Alerta

Frecuencia respiratoria:20 por minuto

Presión arterial sistólica:103 por minuto

Puntuación:0

Diuresis: 100cc

Indicaciones: control de latidos cardiacos fetales y signos vitales cada hora.

**10/02/2021 07h00**

Paciente de 29 años cursa 14 horas de hospitalización con diagnóstico de embarazo de 24 semanas con pielonefritis y sepsis. Al momento estable y afebril, orientada en



tiempo y espacio, cardiorrespiratorio normal. Frecuencia respiratoria: 18 por minuto, frecuencia cardiaca:89, presión arterial: 110/71 mmhg, temperatura:36°C, estado de conciencia: alerta, proteína: +. Score mama:1.

Abdomen útero gestante, latidos cardiacos fetales y movimientos fetales presentes.

Q sofá alerta

Frecuencia respiratoria:18 por minuto

Presión arterial sistólica:110 por minuto

Indicaciones: actualizar exámenes de laboratorio, control de signos vitales, interconsulta con medicina interna.

**10/02/2021 08h00**

Presión arterial: 106/67 mmhg, Frecuencia cardiaca: 89 por minuto,

Frecuencia respiratoria: 20 por minuto, Temperatura:35.6°C, saturación de oxígeno: 96%, Estado de conciencia: alerta, proteína: +. Score mama:1.

Q sofá:

Alerta

Frecuencia respiratoria:20 por minuto

Presión arterial sistólica:106 por minuto

Puntuación:0

Diuresis: 200cc

Indicaciones: control de signos vitales cada hora.

**10/02/2021 14h35**

Paciente estable que fue valorada por medico clínico el cual indicó continuar con medicación, signos vitales, Presión arterial :100/70 mmhg, Frecuencia cardiaca: 78 por minuto, Frecuencia respiratoria: 14 por minuto, Temperatura: 36.1 °C, proteína: + Score mama (1).

Indicaciones: pasa a sala de maternidad, reportar novedades.

**11/02/2021 09h20**

Paciente de 29 años de edad orientada en tiempo y espacio que cursa 40 horas de hospitalización con diagnóstico de sepsis, al momento estable, afebril, con buen patrón respiratorio. Abdomen gestante compatible con embarazo de 24 semanas, producto único vivo longitudinal, Frecuencia cardiaca fetal: 143x'. No modificaciones cervicales, fecha de ultima menstruación: 17/08/2020, gestas 4, partos 4. Diagnostico embarazo de 24 semanas con pielonefritis y sepsis.

Presión arterial: 110/70mmhg, frecuencia cardiaca: 86 por minuto, frecuencia respiratorio:20 por minuto, temperatura: 36.2°C, estado de conciencia: alerta, proteína: +. Score mama: 1

Q sofá:

alerta

Presión arterial sistólica: 110 por minuto

Frecuencia respiratoria: 20 por minuto

Puntaje:0

Indicaciones: insistir en referencia a tercer nivel, control de signos vitales,

lactato de ringer 1000cc 40gotas por minuto

ampicilina + sulbactam 1.5 gr cada 8 horas

clindamicina 600mg cada 8 horas

paracetamol 1gr IV cada 8 horas

biometría hemática de control, pcr, alfafetoproteina y uro análisis.

**12/02/2021 09h50**

Paciente estable, afebril, al momento refiere mejoría. Abdomen compatible con embarazo de 24 semanas, frecuencia cardiaca fetal: 138 por minuto, no sangrado transvaginal. Producto ya maduro.

Presión arterial: 110/70mmhg, frecuencia cardiaca:70 por minuto, frecuencia respiratoria:22 por minuto, temperatura:36.4°C, estado de conciencia: alerta, proteína: +. Score mama: 1.

Resultados de laboratorio:

Leucocitos: 16.98

PCR: 87.87

Hematocrito:31

Hemoglobina: 10.7

Plpaquetas:203

Diagnostico embarazo de 24 semanas con pielonefritis y sepsis, amenaza de parto inmaduro, anemia.

Indicaciones: control de signos vitales

Lactato de ringer 1000cc 30 gotas por minuto

Interconsulta con urología y medicina interna

Ampicilina + sulbactam 1.5 gr IV cada 8 horas

Clindamicina 600mg cada 8 horas

Paracetamol 1g vía oral

Paciente solicita alta petición.

**15/03/2021 18h35**

Paciente de 29 años de edad regresa al establecimiento de salud auto referida del csc mata de cacao por presentar dolor en hipogastrio tipo cólico + perdida de líquido amniótico de más o menos 16 horas de evolución, producto único vivo cefálico, frecuencia cardiaca fetal 148 por minuto. Ecografía feto vivo de más o menos 27 semanas, peso 1043 gramos. A la especuloscopia se evidencia perdida de líquido amniótico, fétido.

Plan: parto vaginal y referencia a tercer nivel de atención.

Presión arterial: 120/85mmhg, frecuencia cardiaca:90 por minuto, frecuencia respiratoria:20 por minuto, temperatura: 36°C, estado de conciencia: alerta, proteína: -. Score mama:0.

Indicaciones: control de signos vitales, monitoreo fetal, ecografía, exámenes de laboratorio,

lactato ringer 1000cc 30gotas por minuto

ampicilina + sulbactam 1.5 ml IV cada 8 horas

se comunica a pediatría, se oferta ESAMYN.

Diagnóstico: embarazo de 27 semanas, trabajo de parto prematuro, ruptura prematura de membranas, multiparidad.

**15/03/2021 19H30**

Frecuencia cardiaca fetal 130 por minuto, actividad uterina 5/10/50, tacto vaginal: dilatación 10cm, borramiento 100%, membranas rotas, plano IV.

Indicaciones: pasa a sala de parto, comunicar pediatría, paciente decide parto litótomo.

Diagnóstico: embarazo de 27 semanas, trabajo de parto prematuro, ruptura prematura de membranas, multiparidad.

**15/03/2021 19h50**

Previa sepsia y antisepsia se obtiene producto único vivo sexo masculino,

Apgar 8 al minuto, peso 1220 gramos, talla 36 cm, perímetro cefálico: 26cm, perímetro toraxico:24 cm, perímetro abdominal: 23 cm.se realiza pinzamiento oportuno del cordón umbilical.

Se aplica una ampolla de oxitocina de 10 U.I intramuscular stat, para el manejo activo del tercer periodo del trabajo de parto, se produce alumbramiento completo, perdida hemática cuantificada en funda retrocecal 50cc.

Indicaciones: control de signos vitales, control de loquios, masajes uterinos cada 15 minutos por 2 horas, paracetamol 1g cada 8 horas, apego precoz, recién nacido pasa a cuidados de pediatría, consejería en planificación familiar, continua con medicación.

Diagnóstico: parto eutócico simple mas alumbramiento completo.

**16/03/2021 09h00**

Paciente femenina de 29 años, orientada en tiempo y espacio afebril, cardiorrespiratorio normal, abdomen blando, útero bien contraído, loquios normales o escasos.

Presión arterial: 110/70 mmhg, frecuencia cardiaca: 82, frecuencia respiratoria:20, temperatura:36.2°C, saturación de oxígeno: 99%, estado de conciencia: alerta, proteína:-. Score mama: 0

Indicaciones: control de signos vitales

paracetamol 500 mg cada 8 horas

lactato de ringer 1000cc 40 gotas por minuto

ampicilina + sulbactam 1.5 mg IV cada 8 horas

diagnóstico: puerperio fisiológico

**17/03/2021 08h40**

Paciente de 29 años estable hemodinamicamente, afebril, orientada en tiempo y espacio, patrón respiratorio normal, abdomen blando depresible, útero bien contraído, loquios escasos.

Presión arterial:130/85 mmhg, frecuencia cardiaca: 80, frecuencia respiratoria:20, temperatura:36.6°C, saturación de oxígeno: 99%, estado de conciencia: alerta, proteína: -. Score mama: 0

Indicaciones: alta medica

Paracetamol 500mg vía oral cada 8 horas por 3 días

Levonogestrel 0.03 mg diario por 30 días

## **OBSERVACIONES**

- Paciente ingresada en II nivel atención referida del centro de salud en donde realizaba controles prenatales
- La conducta obstétrica manejada fue una clave fundamental para brindarle una atención adecuada a la paciente, laborando con el equipo médico fue posible controlar la emergencia suscitada, siguiendo los protocolos que el ministerio de salud pública provee para asegurar el bienestar de la paciente.
- Aunque se solicitaba inmediatamente el traspaso a un hospital de tercer nivel para la paciente, fue posible manejar asertivamente la situación que ponía en riesgo a la paciente, hasta que se logró controlarla y estabilizarla, de tal manera que se obtenga una evolución favorable.
- Los exámenes de laboratorio, ecografías pélvicas y monitoreo fetal fueron un pilar fundamental para obtener el diagnóstico con certeza, resultando pielonefritis y sepsis, que pudieron ser controladas evitando complicaciones como por ejemplo una sepsis severa.
- Paciente solicita alta petición y tres semanas posteriores a esto paciente regresa a establecimiento referida del centro de salud de Mata de Cacao por presentar dolor en hipogastrio tipo cólico + pérdida de líquido amniótico de más o menos 16 horas de evolución, dando como resultado trabajo de parto pretermino con producto de 27 semanas de gestación.

## **CONCLUSIONES.**

- Los factores de riesgo que influyeron en la paciente del caso clínico expuesto fue la presencia de infección en las vías urinarias, y anemia, los antecedentes principales para el desarrollo de la patología fue la inadecuada alimentación y presencia de secreción que la paciente manifestó padecer por varios días.
- La educación del paciente antes, durante y después del control prenatal es fundamental para prevención de complicaciones por infección de vías urinarias.
- Por otra parte, la característica clínica que reflejó la paciente fue presentar dolor en la región lumbo sacra, también presentó fiebre, escalofríos cuando fue transferida del centro de salud donde estaba llevando su control, estas variables más la sepsis mostrada reflejó pielonefritis.
- En general, las causas que pueden provocar pielonefritis y sepsis en un embarazo están mayormente dado por la falta de control en la paciente, de la misma manera puede considerarse el desconocimiento de los signos alarma presente en una infección que puede darse durante el embarazo, sin embargo, la eficacia del equipo médico al iniciar el tratamiento para evitar complicaciones llevó a que la paciente pudiera ser controlada, disminuyendo los riesgos para ella y para el feto.
- La guía práctica clínica ayuda a tomar decisiones basadas en evidencias científicas para la prevención, diagnóstico y tratamiento de la paciente

## REFERENCIAS

- Centers for Disease Control and Prevention [Internet]. Atlanta: Department of Health and Human Services. Sepsis: data & reports; 2016 Aug 23 [cited 2019 Sep 10]. Available from: <https://www.cdc.gov/sepsis/datareports/index.htm>
- Finnell SM, Carroll AE, Downs SM; Subcommittee on Urinary Tract Infection. Technical report-Diagnosis and management of an initial UTI in febrile infants and young children. *Pediatrics*. 2018;128:e749-70
- Jolley, J. &. (2017). Obtenido de Pielonefritis Aguda en el embarazo: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revmedcoscen/rmc-2014/rmc145g.pdf>
- Larochelle, A. (2015). Obtenido de Pielonefritis aguda : <https://www.seimc.org/contenidos/documentoscientificos/otrosdeinteres/seimcdc2013-LibroInfecciondeltractoUrinario.pdf>
- León, J. P. (2010). Obtenido de PIELONEFRITIS EN EL EMBARAZO: DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO
- <file:///C:/Users/Windows/Downloads/infecciones%20urinarias%20y%20gestacion>
- <http://186.42.188.158:8090/guias/SCORE%20MAMA%20Y%20CLAVES%20OBSTETRICAS.pdf>
- [http://www.fasgo.org.ar/images/Sepsis\\_durante\\_el\\_Embarazo\\_ESP.pdf](http://www.fasgo.org.ar/images/Sepsis_durante_el_Embarazo_ESP.pdf)
- <https://www.medigraphic.com/pdfs/revmedcoscen/rmc-2014/rmc145g.pdf>

- Medina, F., & Gonzalez, I. (2021). Manejo de la sepsis en el embarazo. . *Repertorio de Medicina y Cirugia* . Obtenido de <https://revistas.fucsalud.edu.co/index.php/repertorio/article/view/221/1186>
- n.pdf
- Nares, M. (2013). *Sepsis y choque septico* . Obtenido de [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0187-53372013000400008](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0187-53372013000400008)
- Otero, P. (2017). *Pielonefritis y el embarazo* . Obtenido de [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0212-71992007001200005](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-71992007001200005)
- Perucca, E. (2015). *La pielonefritis* . Obtenido de [https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-75262002000500007](https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262002000500007)
- Petro, G. (2014). *Guia de sepsis en osbtetricia*. Obtenido de [http://www.saludcapital.gov.co/DDS/Publicaciones/Guia%20Maternidad-Sepsis\\_baja.pdf](http://www.saludcapital.gov.co/DDS/Publicaciones/Guia%20Maternidad-Sepsis_baja.pdf)
- The Society for Maternal-Fetal Medicine . (2019). *Sepsis durante el embarazo y el puerperio* . Obtenido de [http://www.fasgo.org.ar/images/Sepsis\\_durante\\_el\\_Embarazo\\_ESP.pdf](http://www.fasgo.org.ar/images/Sepsis_durante_el_Embarazo_ESP.pdf)
- Viquez, M. (2020). *Infecciones del tracto urinario en mujeres embarazadas* . Obtenido de <https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/482/842>



# ANEXOS

## RESULTADOS DE EXAMENES

Examen	
<b>Grupo Sanguíneo</b>	
GRUPO SANGUINEO	
FACTOR RH	
<b>Hemograma</b>	
LEUCOCITOS	
HEMATIES	
HEMATOCRITO	
HEMOGLOBINA	
MCV	
MCH	
MCHC	
RDW-CV	
RDW-SD	
PLAQUETAS	
VPM	
NEUTROFILOS%	
LINFOCITOS%	
MONOCITOS%	
EOSINOFILOS%	
BASOFILOS%	
IG%	
NEUTROFILOS#	
LINFOCITOS#	
MONOCITOS#	
EOSINOFILOS#	
BASOFILOS#	

### Uroanalysis

Examen	Resultado	Unidad	Rango Referencial
<b>Uroanalysis</b>			
COLOR	Amber		
ASPECTO	Clear		
CELULAS EPITELIALES	neg		
LEUCOCITOS	3+	/uL	
PH	6		
NITRITOS	pos		
BACTERIAS	2+	/uL	
UROBILINOGENO	neg	mg/dL	
FILAMENTOS MUCOSOS	neg		
DENSIDAD	1.012		
PROTEINAS	2+	mg/dL	
LEUCOCITOS.	>900.00 /uL	/uL	
HEMATIES	31.68 /uL	/uL	
HEMOGLOBINA	3+	/uL	
CETONA	neg	mg/dL	
CRISTALES	neg		
BILIRRUBINA	neg	mg/dL	
CILINDROS	neg		
GLUCOSA	neg	mg/dL	
LEVADURAS	neg		

### Enzimas

Examen	Resultado	Unidad	Rango Referencial
TGO (AST)	28	U/L	HASTA 32
TGP (ALT)	21	U/L	HASTA 32
FOSFATASA ALCALINA	* 196.0	U/L	35 - 104
LDH	182.00	U/L	135 - 214

### Bioquímica Sanguínea

Examen	
<b>Bilirrubinas</b>	
BILIRRUBINA TOTAL	
BILIRRUBINA DIRECTA	
BILIRRUBINA INDIRECTA	
UREA	
CREATININA	
ACIDO URICO	
FERRITINA	
INTERLEUKINA 6 (IL-6)	

### Hemostasia

Examen	Resultado	Unidad	Rango Referencial
DIMERO-D	0.97	ug/ml	0.0 - 0.50