



UNIVERSIDAD TECNICA DE BABAHOYO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA DE SALUD Y BIENESTAR

CARRERA DE ENFERMERIA

**Dimensión Practica del Examen Complexivo previo a la obtención
del grado académico de Licenciada en Enfermería.**

TEMA:

**PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN GESTANTE DE 30
SEMANAS CON INFECCION DE VIAS URINARIAS**

AUTOR:

MELISSA KARINA CORDOVA MORALES

TUTOR:

DR. AMILKAR SUAREZ PUPO

Babahoyo – Los Ríos – Ecuador

2022

INDICE

DEDICATORIA	II
AGRADECIMIENTO	VII
TITULO CASO CLINICO	VIII
RESUMEN	IX
ABSTRACT	X
INTRODUCCION	XI
I. MARCO TEÓRICO	1
1.1 INFECCION EN LAS VIAS URINARIAS EN EL EMBARAZO	1
1.1.1 SIGNOS Y SINTOMAS	1
1.1.2 CAUSAS	2
1.1.3 TIPOS DE INFECCIONES DE ORINA EN EL EMBARAZO	2
1.1.4 DIAGNOSTICO	3
1.1.5 TRATAMIENTO	5
1.1.6 CLAVES OBSTETRICAS	6
1.1.7 SCORE MAMA	6
1.1.8 EPIDEMIOLOGIA	7
1.2 JUSTIFICACION	9
1.3 OBJETIVOS	10
1.3.1 OBJETIVO GENERAL	10
1.3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS	10
DATOS GENERALES	11
II. METODOLOGIA DEL DIAGNOSTICO	12
2.1 ANALISIS DEL MOTIVO DE CONSULTA Y ANTECEDENTES	12
2.1.1 ANALISIS DEL MOTIVO DE CONSULTA	12
2.1.2 ANTECEDENTES	12

2.2 PRINCIPALES DATOS CLINICOS QUE REFIERE EL PACIENTE SOBRE LA ENFERMEDAD ACTUAL	13
Anamnesis.....	13
2.3 EXAMEN FISICO	13
2.3.1 VALORACION CEFALOCAUDAL	13
2.3.2 SIGNOS VITALES.....	14
2.3.3 MEDIDAS ANTOPOMETRICAS	14
2.3.4 VALORACION POR PATRONES FUNCIONALES (M. GORDON).....	14
2.3.5 PATRONES ALTERADOS.....	17
2.4 INFORMACION DE EXAMENES DE LABORATORIO REALIZADOS	17
2.5 DIAGNOSTICO PRESUNTIVO, DIFERENCIAL Y DEFINITIVO	17
2.6 ANALISIS Y DESCRPCION DE LAS CONDUCTAS QUE DETERMINAN EL ORIGEN DEL PROBLEMA Y DE LOS PROCEDIMIENTOS A REALIZAR. ...	18
2.7 INDICACION DE LAS RAZONES CIENTIFICAS DE LAS ACCIONES DE SALUD, CONSIDERANDO VALORES NORMALES	21
2.8 SEGUIMIENTO	21
CONCLUSIONES	22
BIBLIOGRAFÍA	23
ANEXOS 1	24
Anexo 2	24
Anexo 3	27

DEDICATORIA

A mis padres, a mis hermanos, a mi abuelita y a mi tío

Por confiar en mí y por ser parte fundamental en este proceso por creer en mis capacidades, y por siempre darme su apoyo para dar por concluida una etapa más de mi carrera que no ha sido fácil, ya que se presentaron obstáculos muy difíciles, pero gracias a ustedes pude salir adelante y jamás rendirme, por no dejarme nunca sola, por sus palabras de aliento, el amor, la dedicación que me brindaron por lo que esto formo en mi la base de responsabilidad y los deseos de superación que siempre quise obtener y cumplir con los objetivos planteados.

Melissa Karina Córdova Morales

AGRADECIMIENTO

En primer lugar agradecer a Dios por la fuerza que necesite para seguir adelante, a mis padres, mis hermanos, mi abuelita y mi tío por cada granito de fe que pusieron en mí, muchas veces pensé en rendirme pero las ganas y las promesas que me planteé desde un principio me hicieron seguir adelante , gracias a ustedes en estos momentos estoy viendo mis sueños hacerse realidad, este no es el final es el inicio de mi vida profesional y sé que con la guía de mis ángeles cumpliré metas y objetivos más que a lo largo de mi vida y carrera me he propuesto.

Agradezco también a mis queridos docentes de la Universidad Técnica de Babahoyo por sus conocimientos, por la paciencia, por su ardua labor de formar profesionales y personas de bien, gracias a ustedes en estos momentos estoy plasmando el inicio de mis sueños y objetivos propuestos a lo largo de mi carrera.

Melissa Karina Córdova Morales

TITULO CASO CLINICO

**PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN GESTANTE DE 30
SEMANAS CON INFECCION DE VIAS URINARIAS**

RESUMEN

En este caso clínico se tratará sobre las infecciones en las vías urinarias y su riesgo durante el embarazo, donde existen cambios hormonales presentando un alto porcentaje de llegada de gérmenes hacia otras partes del organismo, tales como el riñón ya que hay un aumento de la circulación sanguínea que se da en el embarazo.

Como objetivo principal tendremos que se aplicara el Proceso de Atención de enfermería, se determinaran los patrones no funcionales y se identificara los posibles riesgos y complicaciones que lleguen a presentarse durante el estado gestacional, dentro de los signos y síntomas de una infección de las vías urinarias tenemos: Dolor o ardor al orinar, orinar con frecuencia, polaquiuria, hematuria, dolor en la zona abdominal. Los signos y síntomas de una infección de los riñones pueden incluir: Fiebre, escalofríos, náuseas o vómitos. (Infeccion de vias urinarias , 2021)

En el cuadro epidemiológico según el Ministerio de Salud Pública del Ecuador en el 2013, en su Guía de Práctica Clínica sobre la Infección de Vías Urinarias en el Embarazo reportó que más del 27% de partos pretérmino se presentan con una asociación clínica con infección de vías urinarias. Se determinó que las mujeres embarazadas que reciben tratamiento antibiótico para bacteriuria asintomática, disminuyen del 9,02% al 5,28% el riesgo de tener un parto pretérmino, de igual manera disminuyen del 13,3% al 7% el riesgo de tener un recién nacido con bajo peso al nacer. (Viteri, 2018)

PALABRAS CLAVES: Infección de las vías urinarias, bacteriana, bacteriuria, cistitis, pielonefritis.

ABSTRACT

This clinical case will deal with urinary tract infections and their risk during pregnancy, where there are hormonal changes presenting a high percentage of arrival of germs to other parts of the body, such as the kidney, since there is an increase in circulation. blood that occurs in pregnancy.

As main objective we will have to apply the Nursing Care Process, non-functional patterns will be determined and possible risks and complications that may arise during the gestational state will be identified, within the signs and symptoms of a urinary tract infection. we have: Pain or burning when urinating, frequent urination, frequency, hematuria, pain in the abdominal area. Signs and symptoms of a kidney infection may include: Fever, chills, nausea, or vomiting. (Urinary tract infection, 2021)

In the epidemiological picture according to the Ministry of Public Health of Ecuador in 2013, in its Clinical Practice Guide on Urinary Tract Infection in Pregnancy, it reported that more than 27% of preterm deliveries are presented with a clinical association with urinary tract infection urinary. It was determined that pregnant women who receive antibiotic treatment for asymptomatic bacteriuria, reduce the risk of having a preterm delivery from 9.02% to 5.28%, in the same way the risk of having a premature birth decreases from 13.3% to 7%. newborn with low birth weight. (Viteri, 2018)

KEY WORDS: Urinary tract infection, bacterial, bacteriuria, cystitis, pyelonephritis.

INTRODUCCION

La infección del tracto urinario se produce por la migración de gérmenes patógenos que se encuentran en la orina, produciendo infección en la vejiga y el riñón. Los signos y síntomas que se producen en una infección de vías urinarias, varían acorde al sitio de la infección, pero también pueden resultar asintomáticas. Se las distingue de acuerdo al lugar donde se proliferen las bacterias en: bacteriuria asintomática (orina), cistitis (vejiga), pielonefritis (riñón). (Ecuador M. D., 2013)

El diagnóstico definitivo de una infección del tracto urinario se valora por medio de un urocultivo positivo (prueba de oro); de acuerdo al método de recolección de la muestra de orina, dándonos un porcentaje de una posible infección de las vías urinarias. Talla supra púbica 100%, cateterización transuretral 95%, chorro medio (una muestra 80%; 3 muestras 95%). (Damián, 2010)

El Ministerio de Salud Pública del Ecuador en el 2013, en su Guía de Práctica Clínica sobre la Infección del Tracto Urinario en el Embarazo reportó que más del 27% de los partos pretérmino son resultado de un diagnóstico clínico de infección de vías urinarias. Se determinó que las mujeres embarazadas que reciben tratamiento antibiótico para bacteriuria asintomática, disminuyen del 9,02% al 5,28% el riesgo de tener un parto pretérmino, de igual manera disminuyen del 13,3% al 7% el riesgo de tener un recién nacido con bajo peso al nacer. (Viteri, 2018)

El control del Score MAMÁ, es indispensable en cada control de las mujeres embarazadas y puérperas, y se realiza de la siguiente manera:

Toma de todos los signos vitales anteriormente descritos, más toma de muestra para proteinuria: Frecuencia cardíaca; Presión arterial; presión arterial sistólica; presión arterial diastólica; Frecuencia respiratoria; Temperatura corporal axilar; Saturación de oxígeno; Estado de conciencia; Proteinuria. Luego se deberá registrar en los formularios.

Es por ello que el siguiente trabajo tiene como finalidad aplicar el Proceso de Atención de Enfermería bajo la taxonomía NANDA NIC Y NOC y brindar los cuidados correctos para la mejoría del paciente.

I. MARCO TEÓRICO

1.1 INFECCION EN LAS VIAS URINARIAS EN EL EMBARAZO

En la etapa del embarazo es común que aparezcan este tipo de infecciones en las vías urinarias ya durante ese proceso la mujer presenta un sin número de cambios hormonales. Existe un mayor porcentaje de llegada de gérmenes hacia otras partes del organismo, tales como el riñón ya que hay un aumento de la circulación sanguínea que se da en el embarazo. (La infección urinaria en el embarazo, s.f)

La infección del tracto urinario (ITU) es la presencia de gérmenes patógenos en la orina que pueden llegar a provocar una infección de la vejiga o el riñón. Los signos y síntomas que aparecen en una infección de las vías urinarias varían acorde al lugar de la infección, pero también pueden ser asintomáticas. Se clasifica de acuerdo al sitio de proliferación de las bacterias en: bacteriuria asintomática (orina), cistitis (vejiga), pielonefritis (riñón).

La elección del medicamento antimicrobiano debe ser dirigida a los agentes etiológicos más frecuentes y debe ser de uso seguro para la mujer y el feto. La medicación que se elige en nuestro país es la Nitrofurantoína porque tiene bajos niveles de resistencia, fosfomicina y cefalosporinas son opciones a la nitrofurantoína. Por su alta tasa de resistencia la ampicilina e inhibidores de betalactamasas son desaconsejados, son presentadas en reunión de consenso para la toma de decisiones respecto a la terapéutica de estos medicamentos. Luego de completar el tratamiento antibiótico tanto de BA como de cistitis, se debe realizar uro cultivo de control para documentar el éxito de la erradicación. (Ecuador M. D., 2013)

1.1.1 SIGNOS Y SINTOMAS

Dentro de los signos y síntomas de una infección de las vías urinarias tenemos:

- Dolor o ardor al orinar.
- Orinar con frecuencia.
- Polaquiuria.
- Hematuria.
- Dolor en la zona abdominal.

Los signos y síntomas de una infección de los riñones pueden incluir:

- Hipertermia.
- Escalofríos.
- Náuseas o vómitos. (Infeccion de vias urinarias , 2021)

1.1.2 CAUSAS

La causa más frecuente de las infecciones del tracto urinario en el periodo de gestación, tiene un aproximado de 85% de los casos, debido a la proliferación de la bacteria *Escherichia coli*, aunque también pueden deberse a otros microorganismos: enterococos, estafilococos, etc.

1.1.3 TIPOS DE INFECCIONES DE ORINA EN EL EMBARAZO

En el periodo de embarazo, existen cambios hormonales el cual se ven reflejados en la función y anatomía del sistema urinario. Por ejemplo, se visualiza por medio de ecografías el aumento de tamaño de los riñones y la compresión de los uréteres y la vejiga debido al crecimiento del útero. En esta etapa, la vejiga tiende a no vaciarse como de costumbre. La orina contiene más azúcares y no es tan acida. Todos estos factores contribuyen al riesgo de una infección urinaria.

- **Bacteriuria asintomática**

Infección silenciosa (sin síntomas) que suele ser provocada por la presencia de bacterias en el organismo de la mujer antes del embarazo. Este tipo de infección se produce en entre el 5 y 10 por ciento de las mujeres embarazadas. De no tratarse, la bacteriuria asintomática puede provocar una infección aguda de la vejiga o una infección en los riñones.

- **Uretritis aguda o cistitis**

Infección de la vejiga o la uretra que produce síntomas que incluyen dolor o ardor al orinar, micción frecuente, sensación de necesidad de orinar y fiebre.

- **Pielonefritis.**

Infección renal (riñones). Los síntomas de la pielonefritis pueden incluir los de la cistitis aguda con la adición del dolor de espalda. La pielonefritis puede provocar un parto prematuro (antes de tiempo), infecciones graves y síndrome de dificultad respiratoria aguda. (Health, s.f.)

1.1.4 DIAGNOSTICO

El diagnóstico definitivo de una infección urinaria se establece a través de un urocultivo positivo (prueba de oro); según el método de recolección de la muestra de orina, nos proporcionará un porcentaje de probabilidad de infección. Talla supra púbrica 100%, cateterización transuretral 95%, chorro medio (una muestra 80%; 3 muestras 95%).

El criterio de positividad del urocultivo es el desarrollo de 100 mil unidades formadoras de colonias por mililitro de orina (UFC/mL) de un microorganismo único. En pacientes con sintomatología urinaria una cuenta colonial de 10,000 UFC/mL son suficientes para hacer el diagnóstico.

En los casos de infección por *Staphylococcus saprophyticus* y *Enterococcus faecalis* una cuenta bacteriana de 10² UFC/mL es diagnóstica. En el caso de un aislamiento de más de un microorganismo se considera contaminación, debiéndose repetir la prueba con especial cuidado en el método de obtención de la muestra.

El Examen General De Orina

Es una prueba básica de rutina que debe ser tomada a todo paciente que ingresa a una institución de salud; en el caso de una embarazada, se recomienda al menos una vez por trimestre; es una prueba de escrutinio que identifica a la bacteriuria asintomática, diagnostica a las que presentan sintomatología y permite, previa toma del urocultivo, iniciar el tratamiento antibiótico mientras se tiene identificado al agente causal.

El procesamiento pronto y expedito de las muestras de orina resulta ser de suma importancia para un buen diagnóstico microbiológico. Se recomienda, en caso de que la muestra no puede ser trabajada de manera rápida, refrigerar, para evitar el crecimiento bacteriano.

Los parámetros a investigar en el examen general de orina para el diagnóstico de IVU son:

- a) pH de 6 o más.

- b) Densidad: 1,020 o más.
- c) **Leucocituria.** Presencia de más de 8 leucocitos/ mm³ de orina, observados con un microscopio de luz con objetivo de inmersión. La sensibilidad de esta prueba es superior al 70%, la especificidad se encuentra alrededor del 80%.
Bacteriuria. Presencia de bacterias en orina (no debe de haber) se reporta cualitativa o cuantitativamente.

El Uroanálisis

Es un método de pruebas rápidas, en una tira plástica, que contiene zonas reactivas útiles para el diagnóstico de IVU.

- a) **Esterasa leucocitaria.** Enzima que poseen los leucocitos; la detección inicia a partir de 10 leucocitos. La sensibilidad es de 83% y la especificidad del 78%.
- b) **Prueba de nitritos.** La reducción de nitratos a nitritos realizada por las entero bacterias tiene una sensibilidad de 53% y una especificidad de 98%. La suma de las dos pruebas para el diagnóstico de IVU: esterasa leucocitaria más nitritos, alcanza una sensibilidad del 93% y una especificidad del 72%.
- c) **El pH** cubre los límites de acidez y alcalinidad en la orina 5.0 a 8.5; la gama de colores que van del naranja al amarillo y del verde al azul, gracias al rojo de metilo y azul de bromo timol que contiene la zona reactiva (6.0 o más) indican parámetro alterado.

Cuando la evolución del cuadro clínico lo amerite, se podrá recurrir a estudios de gabinete. Así mismo, se podrá realizar urografía excretora en aquellos pacientes que presenten infecciones recurrentes tanto en mujeres como en niños y en casos de pielonefritis con evolución tórpida, el ultrasonido renal es de utilidad para el diagnóstico de complicaciones como el absceso renal, y representa una alternativa en pacientes a quienes no se puede realizar una urografía.

Otros estudios especiales son: la gamma grama renal con galio, que en la pielonefritis proporciona una captación visual aumentada. La tomografía axial

computarizada resulta ser el estudio más sensible para identificar anomalías del parénquima renal, malformaciones, litiasis y colecciones. (Damián, 2010)

1.1.5 TRATAMIENTO

- Los agentes antibacterianos tales como la cefalexina, la nitrofurantoína y la combinación trimetoprima/sulfametoxazol (TMP/SMX)
- Cultivos pos tratamiento y, a veces, tratamiento supresor

El tratamiento que se brinda en la infección del tracto urinario sintomática no cambia por el estado de gestación de la mujer, excepto que no se usa los medicamentos que pueden hacer daño al feto. Como la bacteriuria asintomática una pielonefritis, debe tener un tratamiento con antibióticos como si fuera una infección en las vías urinarias.

La selección del medicamento antibacteriano es acorde a la susceptibilidad individual y local y los patrones de resistencia, pero una buena elección inicial empírica incluye:

- Cefalexina
- Nitrofurantoína
- Trimetoprima/sulfametoxazol

La **nitrofurantoína** es prohibida para mujeres en estado de gestación de término, Durante el trabajo de parto y el parto, o cuando ya se ha dado inicio al parto, porque existe la posibilidad que se desarrolle una anemia hemolítica en el bebé. Las mujeres gestantes con deficiencia de G6PD (glucosa-6-fosfato deshidrogenasa) no tienen que tomar nitrofurantoína.

Cuando las mujeres embarazadas toman nitrofurantoína durante el último periodo del embarazo hay la probabilidad que se produzca en el bebé ictericia neonatal, esta debe usarse durante el primer trimestre, siempre y cuando no haya más alternativas en medicación.

La **trimetoprima/sulfametoxazol** (TMP/SMX) esta llega a provocar malformaciones congénitas (p. ej., defectos del tubo neural) y encefalopatía hiperbilirrubinémica (kernícterus) en el neonato. El suplemento de ácido fólico ayuda a que se disminuya el riesgo de algunas malformaciones congénitas. La

TMP/SMX solo se debe usar en el primer trimestre solo cuando no haya otras alternativas disponibles.

- Después del tratamiento, la mujer gestante deberá realizarse un cultivo para confirmar la curación.
- Las mujeres con pielonefritis o que han pasado más de un episodio de infección del tracto urinario pueden requerir terapia supresiva, en general con trimetoprima/sulfametoxazol (TMP/SMX) (antes de las 34 semanas) o nitrofurantoína, por el resto del embarazo.
- En las mujeres con bacteriuria, con o sin infección del tracto urinario o pielonefritis, la orina debe ser cultivada mensualmente. (MD, 2021)

1.1.6 CLAVES OBSTETRICAS

De acuerdo a la Guía Práctica de score mamá y claves obstétricas son un sistema de respuesta inmediata, en la cual el personal de salud está capacitado para realizar una acción coordinada con el fin de evitar la muerte materna. Según la guía tenemos tres claves obstétricas, en función de las tres principales causas de mortalidad materna en nuestro país, y estas son: Clave Roja relacionada con el manejo de la hemorragia obstétrica, Clave Azul en referencia al manejo de la hipertensión materna, y la Clave Amarilla para el manejo de la sepsis o choque séptico durante el embarazo.

El presente caso clínico hace referencia a la clave amarilla de acuerdo a la guía la cual nos indica el accionar del personal de salud en relación a la gravedad de la infección y la transferencia de la paciente al nivel de atención correspondiente. (Guía Práctica Clínica Score Mamá y claves obstetricas , 2017) **Visualizar anexo 2**

1.1.7 SCORE MAMA

El control y registro del Score MAMÁ, es de carácter obligatorio en cada consulta médica de las embarazadas y puérperas, y se debe realizar de la siguiente manera:

1. Toma de todas las constantes vitales, más toma de muestra para proteinuria:
 - Frecuencia cardiaca (FC)

- Presión arterial (PA): presión arterial sistólica (PAS) y presión arterial diastólica (PAD)
- Frecuencia respiratoria (FR)
- Temperatura corporal axilar (T0 C)
- Saturación de oxígeno (Sat O2)
- Estado de conciencia
- Proteinuria

2. Registro indispensable de los signos vitales y del Score MAMA, en los siguientes formularios:

- SNS-MSP / HCU-form.005 / 2008 (evolución y prescripciones)
- SNS-MSP / HCU-form.006 / 2008 (epicrisis)
- SNS-MSP / HCU-form.008 / 2008 (emergencia)
- MSP / HCU-form.051 / 2008 (historia clínica materno perinatal- MSP)
- SNS-MSP / HCU-form.053 / 2008 (referencia/ contra referencia)

3. Asignar la puntuación 0 a 3 que corresponda a cada constante vital en la casilla de la izquierda del Score MAMÁ.

4. Realizar la sumatoria del puntaje 5. Dependiendo de la puntuación obtenida, realizar la acción correspondiente. (Ecuador M. d., 2017) **Visualizar en Anexo 3**

1.1.8 EPIDEMIOLOGIA

Las ITU son la infección bacteriana más frecuente durante el embarazo. Un 5-10% de las mujeres embarazadas presentan al menos un episodio de ITU durante la gestación. La bacteriuria asintomática tiene una prevalencia entre 2-10%, similar a la de pacientes no embarazadas, sin embargo, tienen una tasa de recurrencia más alta. La prevalencia de cistitis aguda es de 1-4% y la de pielonefritis entre 0.5 y 2%, y el riesgo de recurrencia en el embarazo o en el postparto inmediato puede ser de hasta un 25%.

Una bacteriuria asintomática no tratada puede evolucionar a cistitis e incluso pielonefritis aguda hasta en un 30-40% de los casos. No obstante, este riesgo se reduce hasta en un 80% si se erradica a su debido tiempo. Es más común el hallazgo de bacteriurias asintomáticas durante el primer trimestre del

embarazo, a diferencia de la cistitis y la pielonefritis que ocurren más frecuentemente durante el segundo y tercer trimestre. Juntas estas entidades constituyen hasta un 5-10% de los ingresos hospitalarios de mujeres gestantes. (Dra. Marcela Viquez, 2020)

Se estima que globalmente ocurren al menos 150 millones de casos de ITU por año.

El Ministerio de Salud Pública del Ecuador en el 2013, en su Guía de Práctica Clínica sobre la Infección de Vías Urinarias en el Embarazo reportó que más del 27% de partos pretérmino se presentan con una asociación clínica con infección de vías urinarias. Se determinó que las mujeres embarazadas que reciben tratamiento antibiótico para bacteriuria asintomática, disminuyen del 9,02% al 5,28% el riesgo de tener un parto pretérmino, de igual manera disminuyen del 13,3% al 7% el riesgo de tener un recién nacido con bajo peso al nacer (Viteri, 2018)

En la ciudad de Guayaquil una investigación realizada en el Hospital Enrique Sotomayor de un total de ingresos de 3,257 gestantes al área de Gineco obstetricia, el 8 % de pacientes presentaron infección de vías urinarias de los cuales se identificó un alto índice en pacientes adolescentes embarazadas con infección de vías urinarias que corresponden al 21 % (ELIZABETH, 2018)

1.2 JUSTIFICACION

Las infecciones de vías urinarias comprenden un cuadro clínico de gran variedad, las bacterias se aíslan en el tracto urinario, provocando en algunos casos síntomas que pueden ayudar a prevenir a que esta patología avance produciendo deterioro de la función renal y evitar complicaciones graves para la gestante y su bebe.

Según la Guía Práctica Clínica sobre la Infección del Tracto Urinario en el Embarazo del Ministerio de Salud Pública, nos indica que más del 27% de los partos pretérmino son el resultado de infección de vías urinarias recurrentes. De acuerdo a la guía las mujeres gestantes que recibieron tratamiento antibiótico para bacteriuria asintomática redujeron del 9,02% al 5,28% el riesgo de tener partos pretérmino, así también disminuyeron del 13,3% al 7% el riesgo de tener un neonato con bajo peso al nacer. (Viteri, 2018)

Es por ello que la realización de este caso clínico es identificar a tiempo los signos de alarma que indique esta patología, explicar a la paciente los riesgos que puede ocasionar para así concientizar estilos de vida saludable que eviten poner en riesgo la vida de la paciente y su bebe.

1.3 OBJETIVOS

1.3.1 OBJETIVO GENERAL

- ✓ Aplicar el Proceso de Atención de Enfermería en paciente gestante de 30 semanas con diagnóstico médico de Infección de vías urinarias en el Hospital Alfredo Noboa Montenegro de la ciudad de Guaranda.

1.3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- ✓ Determinar cuáles son las necesidades del paciente a través de la valoración por patrones funcionales de Marjory Gordon.
- ✓ Identificar las posibles complicaciones que pueden ocasionarse por la infección de las vías urinarias para preservar la salud del bebe.
- ✓ Realizar educación continua a la paciente y familiares acorde a su patología.

DATOS GENERALES

NOMBRE: NN

APELLIDO: NN

SEXO: Femenino

RAZA: Mestizo

EDAD: 26 años

LUGAR DE NACIMIENTO: Guaranda

ESTADO CIVIL: casada

RELIGION: católica

GRUPO SANGUINEO: 0+

CEDULA: 02022647**

FECHA DE INGRESO: 11/07/2021

II. METODOLOGIA DEL DIAGNOSTICO

2.1 ANALISIS DEL MOTIVO DE CONSULTA Y ANTECEDENTES

2.1.1 ANALISIS DEL MOTIVO DE CONSULTA

Se recibe a paciente gestante de 30 semanas de acuerdo a F.U.M., de sexo femenino de 26 años de edad que ingresa a esta casa de salud por medio del personal del ECU 911, familiares refieren que encontraron a la paciente con episodios de convulsiones y luego estaba inconsciente, después de haber recibido una fuerte impresión, se realiza la valoración médica y de enfermería, paciente con signos vitales estables, consiente, Score mama 2, Glasgow 14/15, refiere no recordar lo sucedido.

2.1.2 ANTECEDENTES

ANTECEDENTES PATOLOGICOS PERSONALES

- CLINICO: Epilepsia con tratamiento (Oxcarbazepina - levetiracetam)
- QUIRURGICO: Cesárea hace 2 años (periodo intergenesico 8-11-2018/ producto vivo)
- TRAUMATOLOGICO: no refiere
- ALERGIAS: no refiere
- GINECO OBSTETRICOS:
 - Gestas previas: 3
 - Partos: 1
 - Cesáreas: 1
 - Abortos: 1
 - Fecha de ultima Menstruación: 13 – 11 - 2020

ANTECEDENTES FAMILIARES

PADRE: Epilepsia

MADRE: persona con discapacidad física

HERMANOS: no refiere

ANTECEDENTES QUIRURGICOS

- No refiere

ANTECEDENTES ALERGICOS

- No refiere

2.2 PRINCIPALES DATOS CLINICOS QUE REFIERE EL PACIENTE SOBRE LA ENFERMEDAD ACTUAL

Anamnesis

Se recibe a paciente de sexo femenino de 26 años de edad con 30 semanas de gestación de acuerdo a FUM, la cual es traída a esta casa de salud por el personal del ECU 911, familiares refieren que encontraron a la paciente con episodios de convulsiones y luego estaba inconsciente, después de haber recibido una fuerte impresión, se realiza la valoración de enfermería, paciente con signos vitales dentro de rangos normales, consiente, Score mama 0, Glasgow 15/15, refiere no recordar lo sucedido.

2.3 EXAMEN FISICO

2.3.1 VALORACION CEFALOCAUDAL

Cabeza: Normocefálica, mucosas húmedas.

Piel y Faneras: Bien implantadas, sin lesiones al momento.

Cuello: Móvil, sin adenopatías

Tórax: Simétrico, con buena expansibilidad; ruidos cardiacos: rítmico, regulares, no soplos; campos pulmonares: ventilados, sin ruidos agregados.

Mamas: Normales turgentes y simétricas.

Abdomen: Globuloso a expensas de útero gestante, altura uterina de 32cm, producto único, sentido longitudinal, presentación cefálica, dorso lateral derecho (de acuerdo a maniobras de Leopold), patrón reactivo, LCF 148x'. Actividad uterina: 0/10'

Extremidades superiores e inferiores: tono y reflejos conservados, sin presencia de edema.

EXAMEN GINECO OBSTETRICO

PELVIS

Genitales Externos: acorde a edad y sexo.

Tacto Vaginal: cérvix endurecido y sin dilatación

Especuloscopía: No se evidencia salida de líquido amniótico, se observa secreción vaginal amarillenta (Espesa, Fétida).

2.3.2 SIGNOS VITALES

- **Presión Arterial:** 110/80
- **Frecuencia Cardíaca:** 61x'
- **Frecuencia Respiratoria:** 17x'
- **Saturación de Oxígeno:** 99%
- **Temperatura Axilar:** 36.5
- **Pupilas:** Isocóricas, reactivas a la luz
- **Reflejos:** Presentes

2.3.3 MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

- **Peso:** 60kg
- **Talla:** 156 cm

2.3.4 VALORACIÓN POR PATRONES FUNCIONALES (M. GORDON)

Patrón 1: percepción – manejo de la salud:

Paciente de sexo femenino 26 años de edad, gestante con 30 semanas, refiere tener leve dolor, con molestias abdominales y secreción vaginal

¿Cómo considera su estado de salud en general?

Estado de salud regular

¿Ha tenido ingresos hospitalarios anteriores?

Sí, por cesárea

¿Realiza controles médicos mensuales?

Sí, pero refiere que el mes anterior no pudo asistir a su consulta

¿Ha realizado prácticas perjudiciales para su salud?: ¿fumar, alcohol y drogas?

No realiza hábitos tóxicos

Patrón 2: nutricional – metabólico

¿Cuál es su ingesta típica de alimentos diariamente?

Alimentación normal.

¿Cuál es la ingesta diaria de líquidos?

Consume de 5 a 7 vasos con agua al día

¿Presento ganancia o pérdida de peso durante el embarazo?

Presento una leve pérdida de peso

¿Cómo se evidencia el estado de la piel y mucosas?

Mucosas orales húmedas, hidratadas.

Patrón 3: eliminación e intercambio

¿Realiza deposiciones diariamente?

La deposición la realiza con normalidad de 1 a 2 veces al día.

¿Realiza evacuación urinaria?

Eliminación urinaria con ardor, no frecuente.

¿Presenta alteraciones en la micción?

Sí, adoloramiento al miccionar.

¿Presenta pérdida de líquido transvaginal?

Sí, secreción amarillenta, espesa y fétida.

Patrón 4: actividad/ejercicio

¿Qué estado de independencia presenta para el autocuidado en?:

¿alimentación, baño, aseo y vestimenta, movilidad en general?

Se alimenta sola, se asea y viste sin ayuda

Estado de signos vitales:

- **Presión Arterial:** 110/80
- **Frecuencia Cardíaca:** 61x'
- **Frecuencia Respiratoria:** 17x'
- **Saturación de Oxígeno:** 99%
- **Temperatura Axilar:** 36.5

¿Qué actividades realiza en su tiempo libre?

Permanece en casa descansando

Patrón 5: sueño – descanso

¿Cuántas horas duerme diariamente?

Duerme alrededor de 8 horas, pero debido a las micciones constantes se debe levantar durante la noche varias veces.

¿Contrae bien el sueño?

Antes del embarazo sí, pero ahora le cuesta mucho dormir bien

¿Evidencia descanso o cansancio al levantarse luego del sueño?

Paciente refiere que mantiene sueños irregulares y que descansa muy poco

Patrón 6: cognitivo perceptual

¿Tiene dificultades auditivas?

Ninguna

¿Tienes dificultades visuales?

Ninguna

¿Presenta problemas de concentración o al comunicarse?

Paciente orientada en tiempo espacio y persona, muy preocupada y alerta por la situación de su embarazo

Patrón 7: autopercepción/autoconcepto

¿Tiene problemas con su estado corporal?

Si tiene problemas debido a que preferiría estar bien

¿Ha presentado problemas conductuales como ansiedad, miedo o tristeza?

Su estado actual le produce ansiedad, debido a que teme que se complique la salud de su bebe.

Patrón 8: rol – relaciones

¿Tiene una buena relación con su pareja y familiares?

Adecuada relación con su pareja e hijo

¿Mantiene visita de familiares durante su hospitalización?

Si recibe visitas de su familia.

Patrón 9: sexualidad/reproducción

¿Ha tenido embarazos previos o abortos?

Si un embarazo previo y un aborto.

Patrón 10: adaptación/tolerancia al estrés

Refiere sentir ansiedad de que suceda algo malo con su bebe

Patrón 11: valores/creencias

Cree en Dios, se considera católica y pide todos los días por la pronta recuperación

2.3.5 PATRONES ALTERADOS

- Eliminación
- Sueño / Descanso
- Adaptación / tolerancia al estrés
- Percepción/Manejo de Salud

2.4 INFORMACION DE EXAMENES DE LABORATORIO REALIZADOS

Hemograma: Hemoglobina 10.8 g/dl Hematocrito: 30.1% Leucocitos: 14.300
Plaquetas: 188.000 El resto todo dentro de los parámetros normales.

Bioquímica Sanguínea: Glucosa 132mg/dl Urea: 32mg/dl Creatinina: 0.9mg/dl El resto dentro de los parámetros normales.

Examen de orina: PH: 8.0 Densidad: 1.025 Bacterias: (+++) Proteínas: (+)
Urobilinogeno: (+) Nitritos: (+)

Exámenes Complementarios Urocultivo: reporta E. coli >150.000UFC Depuración de creatinina de 24h: 45ml/dl Proteína en orina de 24h: 40nl/dl

2.5 DIAGNOSTICO PRESUNTIVO, DIFERENCIAL Y DEFINITIVO

➤ **DIAGNOSTICO PRESUNTIVO**

Dolor Abdominal

➤ **DIAGNOSTICO DIFERENCIAL**

Cistitis Aguda

➤ **DIAGNOSTICO DEFINITIVO**

Embarazo de 30 semanas por FUM + Infección vaginal + Amenaza de Parto Pretérmino.

2.6 ANALISIS Y DESCRPCION DE LAS CONDUCTAS QUE DETERMINAN EL ORIGEN DEL PROBLEMA Y DE LOS PROCEDIMIENTOS A REALIZAR.

Paciente con signos vitales estables, consciente, orientada en tiempo espacio y persona, se realiza control de micciones por medio de balance hídrico, la paciente refiere sentirse en un ambiente agradable, pero muestra preocupación por su bebe.

NANDA:
NOC:
NIC:

Dx: Dolor Agudo (00132)

R/C: La inflamación del tracto urinario

E/P: Dolor y ardor al miccionar

M
E
T
A
S

Dominio: Confort

Clase: Confort Físico

Etiqueta: Nivel de dolor

I
N
T
E
R
V
E
N
C
I
O
N
E

Campo: I Fisiológico Básico

Clase: Fomento de la comodidad física

Etiqueta: 1400 Manejo de dolor

ESCALA DE LIKERT

INDICADORES	1	2	3	4	5
Expresiones faciales de dolor			x		
Identifica los posibles riesgos para la salud				x	
Nauseas				x	

ACTIVIDADES

1. Control de signos vitales
2. Disminuir o eliminar los factores que precipiten o aumenten la experiencia de dolor.
3. Explorar el uso actual del paciente de métodos farmacológicos de alivio del dolor.
4. Considerar el tipo y la fuente del dolor a seleccionar una estrategia de alivio del mismo.
5. Educar al paciente

NANDA:
NOC:
NIC:

Dx: Deterioro de la eliminación urinaria (00016)

R/C: Infección del tracto urinario

E/P: Disuria, micciones frecuentes, Polaquiuria

M
E
T
A
S

Dominio: Eliminación urinaria

Clase: Eliminación

Etiqueta: Eliminación urinaria

I
N
T
E
R
V
E
N
C
I
O
N
E

Campo: Fisiológico Básico

Clase: Control de la eliminación

Etiqueta: Manejo de la eliminación urinaria

ESCALA DE LIKERT

INDICADORES	1	2	3	4	5
Patrón de eliminación	x				
Micciones frecuentes				x	
Olor de la orina	x				
Color y cantidad de la orina		x			
Ingesta de liquido				x	

ACTIVIDADES

1. Controlar periódicamente la eliminación urinaria, incluyendo la frecuencia, consistencia, olor, volumen y color.
2. Mantener la permeabilidad del catéter urinario y la sonda Foley.
3. irrigar los catéteres uretrales por turno.
4. Observar si hay signos y síntomas de retención urinaria
5. Anotar la hora de la primera y última eliminación si lo indica el médico.
6. Administrar medicación (antibióticos) si están indicados por el médico.

2.7 INDICACION DE LAS RAZONES CIENTIFICAS DE LAS ACCIONES DE SALUD, CONSIDERANDO VALORES NORMALES

En el siguiente caso clínico dimos a conocer sobre las infecciones en el tracto urinario y su prevalencia en las pacientes gestantes.

El personal de enfermería aplico sus conocimientos profesionales basándonos en la taxonomía NANDA NIC Y NOC para determinar correctos diagnósticos enfermero y poder realizar las intervenciones adecuadas para la mejoría de la paciente durante su estancia hospitalaria.

2.8 SEGUIMIENTO

Día 1:

Se recibe a paciente gestante de 30 semanas, sexo femenino de 26 años de edad que ingresa a esta casa de salud, paciente se encuentra orientada en tiempo espacio y persona, signos vitales dentro de los parámetros normales, fascia rosadas, tórax simétrico, abdomen no doloroso a la palpación, no evidencia sangrado, al examen ginecológico se evidencia secreción amarillenta, espesa y fétida, miembros inferiores normales, se canaliza vía periférica para hidratación y administración de medicamentos, pasando solución salina 0,9% 1000cc + 4 ampollas de ácido ascórbico, metronidazol 500 mg vía oral c/12h, progesterona 200mg c/día, Nifedipino 10mg c/8h, Dexametasona 6mg c/12h vía intramuscular, paciente queda estable en su unidad

Día 2:

Se recibe paciente de sexo femenino, con 30 semanas de gestación, con diagnóstico de ingreso de infección de vías urinarias + amenaza de parto pretérmino, al momento paciente se encuentra con signos vitales estables, consciente, orientada en tiempo espacio y persona, con vía periférica permeable pasando solución salina 0,9% 1000cc + 4 ampollas de ácido ascórbico, metronidazol 500mg vía oral c/12h, progesterona 200mg c/día, Nifedipino 10mg c/8h, Dexametasona 6mg c/12h vía intramuscular, al momento se encuentra asintomática, con ausencia de contracciones uterinas, no se evidencia sangrado vaginal, por lo que se encuentra en espera de alta hospitalaria.

2.9 OBSERVACIONES

Se educó a la paciente de manera óptima sobre la patología y los riesgos que puede ocasionarle a ella y a su bebe, se explicó el tratamiento que tendría durante el tiempo hospitalizada

Paciente demostró ser colaborativa con su tratamiento y logro mejorar su estado de salud, por lo que recibe el alta hospitalaria.

Se recomendó que tome abundante agua.

CONCLUSIONES

Por medio del respectivo análisis y desarrollo del caso clínico se concluye que:

- Se identificó las necesidades de la paciente, a través de la valoración por patrones funcionales de Marjory Gordon, desglosando cuales son los patrones no funcionales que alteran la salud de la paciente.
- Por medio del Proceso de Atención de Enfermería se brindaron los cuidados acordes a las necesidades de la paciente, basándonos en la taxonomía NANDA, NIC, Y NOC.

BIBLIOGRAFÍA

Damián, D. R. (2010). *Infección de vías urinarias en la mujer embarazada*. Mexico. D.F.

Dra. Marcela Viquez, D. C. (2020). *Infecciones del tracto urinario en mujeres embarazadas* . *Revista medica sinergia*.

Ecuador, M. D. (2013). *Infección de vías urinarias en el embarazo, guía de práctica clínica*. Quito : Dirección Nacional de Normatización.

Ecuador, M. d. (2017). *Score MAMÁ y calves obstetricas,Protocolo* . Quito: Dirección Nacional de Normatización.

ELIZABETH, O. C. (2018). *INCIDENCIA DE INFECCION DE VIA URINARIA EN EL EMBARAZO* . Obtenido de <https://dspace.uniandes.edu.ec/bitstream/123456789/9093/1/PIUAMED033-2018.pdf>

Guia Practica Clinica Score Mamá y claves obstetricas . (2017). Quito : Dirección Nacional de Normatización.

Health, S. C. (s.f.). *Tipos de infecciones de vías urinarias en el embarazo* . Obtenido de <https://www.stanfordchildrens.org/es/topic/default?id=urinarytractandkidneyinfections-90-P05573>

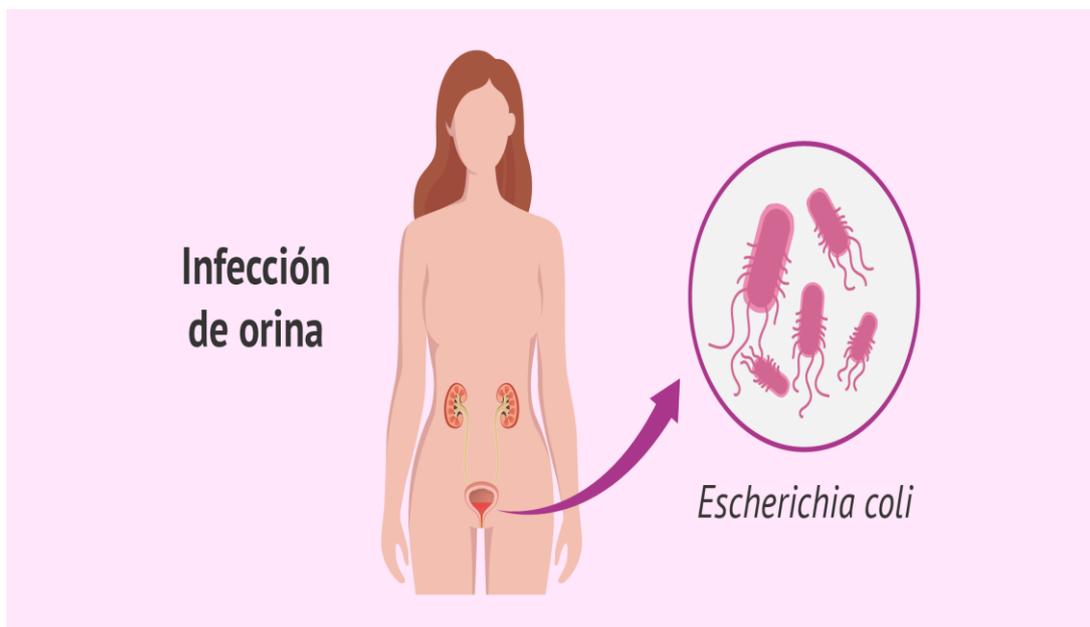
Infeccion de vias urinarias . (17 de Diciembre de 2021). Obtenido de <https://www.cdc.gov/antibiotic-use/sp/uti.html>

La infección urinaria en el embarazo. (s.f). Obtenido de <https://www.huggies.com.ec/embarazo-semana-a-semana/las-infecciones-urinarias-durante-el-embarazo>

MD, L. A. (2021). *Infecciones urinarias en el embarazo*. Texas: Manual MSD.

Viteri, M. d. (16 de Mayo de 2018). *Prevalencia de Infección de Vías Urinarias en Mujeres Embarazadas* . Obtenido de <https://repositorio.usfq.edu.ec/bitstream/23000/7374/1/138297.pdf>

ANEXOS 1



Anexo 2

Protocolo de manejo CLAVE AMARILLA			
Acciones a realizar	1er nivel	2do nivel	3er nivel
Identifique signos de Síndrome de respuesta inflamatoria sistémica (SIRS), por la presencia de 2 o más de las siguientes variables (10): <ul style="list-style-type: none"> • Temperatura mayor a 38 °C o menor a 36°C • Frecuencia cardíaca mayor a 90 lpm • Frecuencia respiratoria mayor a 20 por minuto o presión parcial de dióxido de carbono (PaCO₂) menor a 32 mmHg (costa) o menor de 28 mmHg (sierra) • Glóbulos blancos > 12.000/ul o < 4.000/ul o > 10 % de formas inmaduras 	X	X	X
Si sospecha caso de sepsis realizar (Quick SOFA por sus siglas en inglés) (10): <ul style="list-style-type: none"> • Alteración del nivel de conciencia • Frecuencia respiratoria mayor a 22 por minuto • Presión arterial sistólica menor a 100 mmHg 	X	X	X

Active la CLAVE AMARILLA y conforme el equipo de acuerdo a la disponibilidad	X	X	X
Si la paciente presenta signos de Síndrome de respuesta inflamatoria sistémica (SIRS) y un foco infeccioso demostrado o muy probable (ej: tos con expectoración amarillenta supone neumonía), entonces inicie el manejo de la sepsis.	X	X	X
Realice examen físico completo que incluya signos vitales y nivel de conciencia	X	X	X
Monitoreo continuo de signos vitales cada 15 minutos.	X	X	X
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. (ver tabla 12)	X	X	
En la paciente gestante evaluar la vitalidad fetal mediante auscultación o Doppler fetal si dispone.	X	X	X
Asegure la vía aérea: proporcione oxígeno suplementario para conseguir saturación mayor a 90 %.	X	X	X
Asegure dos accesos venosos con catéter N° 16 o N°18 o N°20	X	X	X
Coloque catéter urinario a drenaje con bolsa de recolección.	X	X	X
Una vez definido el diagnóstico de sepsis establezca las metas de la reanimación dependiendo del nivel de resolución. No retrase el traslado. Inicie la reanimación.			
Metas de reanimación hemodinámica inicial (6 horas) de acuerdo a nivel de complejidad:	X	X	X
<ul style="list-style-type: none"> • Presión arterial media \geq 65mmHg • Gasto urinario \geq 0.5 ml/kg/hora 			
<ul style="list-style-type: none"> • Saturación venosa central mixta (vena cava superior) > 65% • Presión venosa central 8 a 12 mmHg • Lactato sérico < 2 mmol 		X	X
Iniciar administración de líquidos cristaloides con un bolo inicial de 30 ml/kg en caso de hipotensión o signos de hipoperfusión (lactato >2, piel marmórea, llenado capilar lento >2", confusión) y revalorar la respuesta hemodinámica.(38)	X	X	X
Administrar protector gástrico: ranitidina 50 mg IV cada 8 horas u omeprazol 40 mg IV cada 12 horas según disponibilidad		X	X
Realizar los siguientes exámenes de laboratorio: <ul style="list-style-type: none"> • Biometría hemática completa con conteo de plaquetas • TP, TTP • Grupo sanguíneo y factor Rh • Lactato sérico • Función renal y hepática • Glucemia 		X	X

<ul style="list-style-type: none"> • Fibrinógeno • EMO, urocultivo • Hemocultivos para anaerobios y aerobios (2 tubos) • Cultivo de nasofaringe y secreción vaginal • Gasometría arterial 																																																																																														
<p>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. (9,38)</p> <p>Nota: El esquema 1 es un esquema básico que se ha establecido dentro del KIT AMARILLO. Los otros esquemas pueden ser utilizados y ser incluidos dentro del kit según el nivel de atención y según la disponibilidad del establecimiento de salud.</p>																																																																																														
<p>Esquema 1:este es el esquema básico del KIT AMARILLO</p>																																																																																														
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	X	X	X																																																																																											
<p>Esquema 2:</p>																																																																																														
Ampicilina/sulbactam 3gr IV cada 6horas + Clindamicina 900mg IV cada 8horas más + Gentamicina 1,5mg/kg IV y luego 1mg/kg cada 8horas mg		X	X																																																																																											
<p>Esquema 3:</p>																																																																																														
Ceftriaxona 1 g IV cada 12 horas + Metronidazol 500 mg IV cada 8 horas o Clindamicina 600 mg IV cada 6 horas		X	X																																																																																											
<p>Esquema 4:</p>																																																																																														
Piperacilina/tazobactam 4.5 g IV cada 6 horas.			X																																																																																											
Si a pesar de la administración adecuada de líquidos la hipotensión persiste (PAS menos de 90 mmHg), se deberá considerar la administración de vasopresores. La elección del fármaco vasopresor dependerá del nivel de atención.	Tipo C	X	X																																																																																											
Prepare dopamina para infusión, iniciar a dosis de 10 mcg/kg/min. Preparación: 400 mg (2 ampollas) + 250 ml Dextrosa 5% en agua o solución salina 0.9 % (Dilución equivalente: 1600 mcg/ml). (39)	Tipo C	X	X																																																																																											
<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Mcg/kg/min</th> <th colspan="13">Peso del paciente en kilos</th> </tr> <tr> <th>2.5</th> <th>5</th> <th>10</th> <th>20</th> <th>30</th> <th>40</th> <th>50</th> <th>60</th> <th>70</th> <th>80</th> <th>90</th> <th>100</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2 mcg</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>1.5</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> <td>5</td> <td>6</td> <td>7</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>5 mcg</td> <td>-</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>4</td> <td>6</td> <td>8</td> <td>9</td> <td>11</td> <td>13</td> <td>15</td> <td>17</td> <td>19</td> </tr> <tr> <td>10 mcg</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>4</td> <td>8</td> <td>11</td> <td>15</td> <td>19</td> <td>23</td> <td>26</td> <td>30</td> <td>34</td> <td>38</td> </tr> <tr> <td>15 mcg</td> <td>1.4</td> <td>3</td> <td>6</td> <td>11</td> <td>17</td> <td>23</td> <td>28</td> <td>34</td> <td>39</td> <td>45</td> <td>51</td> <td>56</td> </tr> <tr> <td>20 mcg</td> <td>2</td> <td>4</td> <td>8</td> <td>15</td> <td>23</td> <td>30</td> <td>38</td> <td>45</td> <td>53</td> <td>60</td> <td>68</td> <td>75</td> </tr> </tbody> </table>				Mcg/kg/min	Peso del paciente en kilos													2.5	5	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100	2 mcg	-	-	-	1.5	2	3	4	5	5	6	7	8	5 mcg	-	1	2	4	6	8	9	11	13	15	17	19	10 mcg	1	2	4	8	11	15	19	23	26	30	34	38	15 mcg	1.4	3	6	11	17	23	28	34	39	45	51	56	20 mcg	2	4	8	15	23	30	38	45	53	60	68	75
Mcg/kg/min					Peso del paciente en kilos																																																																																									
				2.5	5	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100																																																																															
2 mcg				-	-	-	1.5	2	3	4	5	5	6	7	8																																																																															
5 mcg				-	1	2	4	6	8	9	11	13	15	17	19																																																																															
10 mcg	1	2	4	8	11	15	19	23	26	30	34	38																																																																																		
15 mcg	1.4	3	6	11	17	23	28	34	39	45	51	56																																																																																		
20 mcg	2	4	8	15	23	30	38	45	53	60	68	75																																																																																		
micromg/mín o ml/h																																																																																														

Prepare norepinefrina para infusión, e inicie de manera progresiva desde la dosis más baja. Preparación: 4 mg (1 ampolla) + 250 ml Dextrosa 5% en agua o solución salina 0.9% (Dilución equivalente: 16 mcg/ml). Incremente la dosis cada 10 minutos dependiendo de la respuesta PAS mayor a 90 mmHg. (39)													X	X
Dosis en mcg/min	0.5	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11		
microgotas/min o ml/h	2	4	8	11	15	19	23	26	30	34	38	41		
Dosis en mcg/min	12	13	14	15	16	17	18	19	20	25	30			
microgotas/min o ml/h	45	49	53	56	60	64	68	71	75	94	113			
Pruebas de imagen														
Realizar exámenes de imagen de acuerdo a foco infeccioso													X	X
Manejo del feto														
Paciente crítica: se debe considerar extracción del feto si es beneficioso para la madre y el feto. La decisión sobre el tipo de procedimiento será evaluado por el ginecólogo de mayor experiencia, con la posterior consulta con la madre para la toma de decisión, dependiendo el estado materno, la edad gestacional y la viabilidad fetal.													X	X

Anexo 3

SCORE MAMÁ									
Parámetros	Puntaje							Parámetro	Puntaje parcial
	3	2	1	0	1	2	3		
FC	≤50		51-59	60-100	101-110	111-119	≥120	FC	
Sistólica	≤70	71-89		90-139		140-159	≥160	Sistólica	
Diastólica	≤50	51-59		60-85	86-89	90-109	≥110	Diastólica	
FR	≤11			12-22		23-29	≥30	FR	
Tº C		≤36.5		36.6-37.5	37.6-38.4		≥38.5	Tº C	
Sat O2	≤85	86-89	90-93	94-100				Sat O2	
Estado de Conciencia		confusa/ agitada		Alerta	responde a la voz/somnolienta	responde al dolor/estuporosa	no responde	Estado de Conciencia	
Proteinuria				Negativo	Positivo			Proteinuria +	