



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIA DE LA SALUD
ESCUELA DE OBSTÉTRICA



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

Sepsis puerperal post corioamnionitis

AUTORA

Dayana Nathaly Camacho Gaibor

TUTOR

Dra. Katterine Kariuxy Vasquez Bone

Babahoyo- Los ríos- Ecuador

2019



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIA DE LA SALUD
ESCUELA DE OBSTÉTRICA



INDICE

I. AGRADECIMIENTO	4
II. DEDICATORIA.....	5
III. TEMA	6
IV. RESUMEN	7
V. ABSTRACT	8
VI. INTRODUCCION	9
1. MARCO TEORICO	10
1.2. DEFINICION:	10
1.3. CAUSAS	13
1.4. ETIOLOGÍA	14
1.5. FISIOPATOLOGIA	15
1.6. SIGNOS Y SÍNTOMAS	16
1.7. DIAGNOSTICO	16
1.8. TRATAMIENTO	18
1.9. JUSTIFICACIÓN	20
1.10. OBJETIVOS	21
1.10.1. OBJETIVO GENERAL	21
1.10.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	21
1.11. DATOS GENERALES	22
2. METODOLOGIA DEL DIAGNOSTICO	22
2.1. ANALISIS DEL MOTIVO DE CONSULTA	22
2.2. HISTORIAL CLÍNICO DE LA PACIENTE	23



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIA DE LA SALUD
ESCUELA DE OBSTÉTRICA



2.3. ANAMNESIS	25
2.4. EXPLORACIÓN CLÍNICA	26
2.5. INFORMACIÓN DE EXÁMENES COMPLEMENTARIOS REALIZADOS. 28	
2.6. FORMULACIÓN DEL DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO, DIFERENCIAL Y DEFINITIVO	32
2.7. CONDUCTA A SEGUIR	32
2.8. ANÁLISIS Y DESCRIPCIÓN DE LAS CONDUCTAS QUE DETERMINAN EL ORIGEN DEL PROBLEMA, CONSIDERANDO VALORES NORMALES..	33
2.9. SEGUIMIENTO.	34
3. OBSERVACIONES	37
4. CONCLUSIONES	38
5. BIBLIOGRAFÍA	39
6. ANEXOS	43



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIA DE LA SALUD
ESCUELA DE OBSTÉTRICA



I. AGRADECIMIENTO

Quiero expresar mi gratitud a Dios por que sin el nada de esto hubiese sido posible, ya que desde siempre fue mi guía. A mis padres Estuardo y Melida que han sido uno de los pilares fundamentales en mi vida para alcanzar esta meta, siempre me brindaron su apoyo incondicional para no decaer cuando todo parecía complicado e imposible.

A mi compañero de vida, mi esposo George que sin duda alguna atreves de sus consejos, amor y paciencia me ayudo a concluir esta meta. A mis hermanos Nicolay y Nicol mis mellizos favoritos, los cuales son mi razón para ser mejor cada día.

A mi hija Ainhoa la pequeña que llego a dar luz a mi vida, mi motor más grande para nunca rendirme ante nada, todo es por y para ella. A mis tíos, tías, abuelitos, prim@s especialmente a Mishell gracias por todo el aliento que me brindaron en todo este proceso de mi carrera. Esto también va por ustedes.

A mi tutora Katterine Vásquez por su guía, apoyo y conocimientos brindados para lograr este proyecto. Y finalmente a mis amigos, amigas que me brindaron su apoyo y tiempo.



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIA DE LA SALUD
ESCUELA DE OBSTÉTRICA



II. DEDICATORIA

A Dios por darme salud y permitirme llegar hasta este momento tan importante de mi formación profesional, a mis padres por haberme forjado como la persona que soy en la actualidad, todos mis logros se los debo a ellos.

A mis hermanos por ser mi fuerza cuando pensaba que no podía más, a mi esposo mi gran apoyo en todo este proceso, a mi hija que es el motor más importante y mi motivación más grande para concluir con este proyecto.



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIA DE LA SALUD
ESCUELA DE OBSTÉTRICA



III. TEMA

“SEPSIS PUERPERAL POST CORIOAMNIONITIS”



IV. RESUMEN

La mortalidad materna es un importante problema de salud pública y de derechos humanos y refleja los efectos de los determinantes sociales sobre la salud de las mujeres. Las principales causales de sepsis materna son infecciones relacionadas con el embarazo tales como Pielonefritis, corioamnionitis.

Paciente de 26 años de edad FUM: 5/8/2019; G:5, P:3, C:1, A:0 PIG: 10 meses fecha de nacimiento del último hijo: 21/5/2019; Antecedentes patológicos personales: no refiere; Antecedentes patológicos familiares: no refiere; Antecedentes quirúrgicos: cup hace 10 meses; Alergias: no refiere; paciente orientada afebril, normotensa colaboradora con el interrogatorio, presenta carnet de control prenatal, se ha realizado 1 control en centro de salud, presenta ecografía 06/3/2019 29.1 sg extrapolado a la fecha 31.1 sg refiere cuadro clínico de 5 horas de evolución caracterizado por dolor tipo contráctil en hipogastrio de leve intensidad + pérdida de líquido amniótico en cantidad moderada se realiza rastreo ecográfico ila: 5 al monitoreo fetal buena variabilidad categoría 1 latido cardíaco fetal de 140 lpm, actividad de contracciones uterina 5/10/20, maniobras de Leopold producto único cefálico longitudinal izquierdo.

Todos estos fenómenos originan una Sepsis, la cual puede agravarse aún más si se considera el oligoamnios moderado con el que llega a la emergencia. Se diagnostica sobre la base de la correcta anamnesis, los hallazgos de la exploración física en relación con los resultados de pruebas de laboratorio y de imagen. Las pruebas de laboratorio pueden ayudar a identificar la causa del shock y deben efectuarse precozmente.

Palabras clave: Sepsis, oligoamnios, shock, ruptura, membranas.



V. ABSTRACT

Maternal mortality is a major public health and human rights problem and reflects the effects of social determinants on women's health. The main causes of maternal sepsis are pregnancy-related infections such as pyelonephritis, chorioamnionitis.

26-year-old FUM patient: 8/5/2019; G: 5, P: 3, C: 1, A: 0 PIG: 10 months date of birth of the last child: 5/21/2019; Personal pathological history: does not refer; Family pathological history: does not refer; Surgical history: cup 10 months ago; Allergies: does not refer; Afebrile oriented patient, normotensive collaborator with the interrogation, presents a prenatal control card, 1 control has been performed in a health center, presents ultrasound 06/3/2019 29.1 sg extrapolated to date 31.1 sg refers to a clinical picture of 5 hours of characterized evolution due to contractile pain in the hypogastrium of mild intensity + loss of amniotic fluid in moderate quantity, ultrasound scan is performed ila: 5 on fetal monitoring good variability category 1 fetal heartbeat of 140 bpm, uterine contraction activity 5/10/20, maneuvers of leopold single left longitudinal cephalic product.

All these phenomena originate a Sepsis, which can be further aggravated if the moderate oligoamnios with which it reaches the emergency is considered. It is diagnosed on the basis of the correct history, the findings of the physical examination in relation to the results of laboratory tests and imaging. Laboratory tests can help identify the cause of shock and should be done early.

Key words: Sepsis, oligoamnios, shock, rupture, membranes.



VI. INTRODUCCION

La imprecisión en los términos de bacteriemia, septicemia, sepsis y shock séptico históricamente habían reducido la capacidad para establecer un diagnóstico temprano en el proceso de la sepsis, estos se utilizan indistintamente con frecuencia, tanto en la literatura general como en la obstétrica (Instituto Mexicano del Seguro Social, 2018). La sepsis materna es una causa importante de morbilidad y mortalidad materna (The Society for Maternal-Fetal Medicine (SMFM) Publications Committee, 2019).

La infección intraamniótica complica al 10% de todos los embarazos y aproximadamente 2% de los embarazos a término, asociándose a importantes complicaciones neonatales que incluye la sepsis. La estrecha relación de esta patología con la rotura prematura de membranas, parto pre término, hace que sea considerada como un problema de salud pública. Un gran número de mujeres con clínica evidente y que pruebas histológicas de corioamnionitis no presentan infección intraamniótica (Reyna-Villasmil, Eduardo et al, 2019).

En este documento se estudiará como después de una corioamnionitis se puede producir sepsis puerperal. Se presenta el caso de paciente de 26 años de edad que refirió cuadro clínico de 5 horas de evolución caracterizado por dolor tipo contráctil en hipogastrio de leve intensidad más pérdida de líquido amniótico en cantidad moderada, se realizó rastreo ecográfico ila: 5 al monitoreo fetal buena variabilidad categoría 1, latido cardiaco fetal de 140 lpm, actividad de contracciones uterina 5/10, maniobras de leopold producto único cefálico longitudinal izquierdo.



1. MARCO TEORICO

1.2. DEFINICION:

La (organizacion panamericana de la salud, 2018) menciona que la sepsis es una urgencia médica y si no se diagnostica y trata de forma temprana, puede ocasionar daño irreversible a los tejidos, y poner en riesgo la vida de la puérpera en estos casos. En 2016, las Definiciones del Tercer Consenso Interno para Sepsis y Shock Séptico del grupo de trabajo (task force) definió la sepsis como "disfunción orgánica que amenaza la vida causada por una respuesta desregulada del huésped a la infección. (The Society for Maternal-Fetal Medicine (SMFM) Publications Committee, 2019)

La etimología griega de las palabras corion y amnios membrana fetal media, y SIIT inflamación medios. (Fowler & Simon, 2020); Corioamnionitis es la inflamación o infección de la placenta y de las membranas fetales. Se puede acompañar de la infección del feto, cordón umbilical o líquido amniótico por lo que también se emplea el término infección intraamniótica y se define como la presencia de gérmenes patógenos en líquido amniótico, que determinan manifestaciones clínico analíticas en la madre y/o el feto (Hurtado Sánchez, Ma. Francisca et al, 2018).

La sepsis con insuficiencia de uno o más órganos terminales se denomina sepsis grave y la inestabilidad hemodinámica a pesar de la repleción de volumen intravascular se denomina choque séptico (Chakraborty & Burns, 2020).



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIA DE LA SALUD
ESCUELA DE OBSTÉTRICA



La carga de la sepsis es mayor en los países de ingresos bajos y medios, donde representa una causa importante de morbilidad y mortalidad materna y neonatal. Sin embargo, la estimación de la carga epidemiológica global precisa de la sepsis es difícil, debido a las limitaciones en el diagnóstico y la notificación.

- **Cada año, aproximadamente**, 31 millones de personas sufren un episodio de sepsis. De estos, unos 6 millones de personas fallecen a causa de la sepsis. En los países de bajos y medianos ingresos la carga de la sepsis es más elevada y representa una de las causas principales de muerte materna y neonatal. Pese a ello, resulta muy difícil hacer una valoración de la carga de enfermedad a nivel mundial debido a las limitaciones en el diagnóstico y la notificación.
- **Diferentes factores**, de interacción compleja, como son la inmunidad del huésped, el agente patógeno causal, el diagnóstico oportuno, y el acceso a la atención de calidad determinan la aparición, la frecuencia y la letalidad de la sepsis. La mayoría de casos de sepsis ocurren como resultado de una complicación de algunas de las infecciones adquiridas en la comunidad. Pero la sepsis con frecuencia es también resultado de infecciones contraídas en el entorno de la atención de la salud, particularmente en pacientes inmunodeprimidos. Las infecciones asociadas a la atención de la salud imponen un desafío, ya que estas son frecuentemente resistentes a los antibióticos y se asocian a malos resultados para el paciente y con un mayor coste económico.



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIA DE LA SALUD
ESCUELA DE OBSTÉTRICA



- **La sepsis**, con frecuencia, pasa inadvertida o es diagnosticada incorrectamente en sus primeras manifestaciones cuando aún podría ser tratada de forma eficaz. Por eso, una mayor concientización sobre sus manifestaciones clínicas en la comunidad, la mejora de las capacidades de detección temprana, así como con el manejo apropiado y la notificación oportuna son los desafíos más importantes en la prevención y tratamiento de la sepsis.

La OPS trabaja para incluir la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de la septicemia en las políticas y procesos de fortalecimiento de los sistemas de salud, en la comunidad y en los entornos de atención de salud con arreglo a directrices internacionales de la OMS, a reforzar las estrategias existentes o a elaborar nuevas estrategias que tengan por objeto programas más sólidos de prevención y control de las infecciones, en particular mediante el refuerzo de la infraestructura para la higiene, y otras prácticas óptimas de prevención y control de las infecciones, prácticas limpias durante los partos, prácticas de prevención de las infecciones en cirugía, mejoras en el saneamiento, la nutrición y el suministro de agua limpia, acceso a programas de vacunación, suministro de equipo de protección personal eficaz a los profesionales de la salud y control de las infecciones en los entornos de atención de salud (OPS, 2018).



1.3. CAUSAS

La OMS definió la sepsis puerperal en 1992 como una infección del tracto genital que ocurre en cualquier momento entre la rotura de membranas o el parto y el día 42 del posparto (Buddeberg & Aveling, 2015)

Causas Obstétricas: Infección intraamniótica, corioamnionitis, aborto séptico, procedimientos invasivos para diagnóstico prenatal, cerclaje, endometritis postparto, infección de sitio quirúrgico, fascitis necrotizante, mastitis, TORCH, síndrome tricolor de Mondor (Clostridium Perfringens: Palidez por la anemia/azul por hipoperfusión/amarillo por la ictericia).

Incidentales obstétricas: Pielonefritis, tromboflebitis pélvica séptica, abscesos por apendicitis, colecistitis, Neumonía, Peritonitis, Hepatitis, Malaria, paludismo, Chagas, dengue, influenza, HIV, neumonía asociada servicios sanitarios e infección de vías urinarias post cateterización (Rodríguez-Chávez, J. L; et al, 2016).

Gérmenes asociados:

- Bacilos Gram negativos: E. coli, Klebsiella, Enterobacter Proteus, Pseudomona Aueruginosa Haemophilus Influenzae, Bacteroides.
- Cocos Gran Positivos: Estreptococo Grupo A B y D, Neumococos, Estafilococos, Lysteria Monocytogenes.
- Anaerobios: Clostridium perfringens, Bacteroides, fusobacterium, peptoestreptococos, Peptococos
- Misceláneos: Chlamydia Trachomatis, Myoplasma hominis, Uroplasma urealyticum
- Germen Asociados a Sepsis (Rodríguez-Chávez, J. L; et al, 2016)



1.4. ETIOLOGÍA

La fuente o etiología de la sepsis puede ser: pelviana y no pelviana. (The Society for Maternal-Fetal Medicine (SMFM) Publications Committee, 2019). La sepsis es un síndrome clínico de disfunción de órganos potencialmente letal causada por una respuesta desregulada a la infección, son causados por bacilos gramnegativos o cocos grampositivos intrahospitalarios con mayor frecuencia a en pacientes inmunodeprimidos. (Maggio , 2018)

La literatura define la corioamnionitis como un proceso inflamatorio e infeccioso. La infección puede deberse a un agente bacteriano, fúngico o viral. Los agentes bacterianos en la corioamnionitis pueden variar según la ubicación geográfica y la población.

Los agentes bacterianos comunes que se encuentran en la Sepsis como en la corioamnionitis incluyen: estreptococos del grupo B, *Mycoplasma pneumoniae*, *Ureaplasma*, *Gardnerella vaginalis*, *Escherichia coli* y *Bacteroides*. Las especies de *Candidas* (Fowler & Simon, 2020), pueden incluir bacterias de transmisión sexual, bacterias de la microbiota endógena de la paciente o asociaciones de ambas. Entre las bacterias de transmisión sexual destacan *Chlamydia trachomatis*, *Neisseria gono-rrhoeae* y con menor frecuencia *Mycoplasma hominis* y *Mycoplasma genitalium*. Entre las bacterias de la microbiota endógeno destacan las enterobacterias, los cocos grampo-sitivos, como *Streptococcus spp*, y *Entero-coccus faecalis*, y las bacterias anaerobias estrictas. Estas infecciones usualmente son polimicrobianas (López & Müller, 2016)

La corioamnionitis se origina por el paso de microorganismos a la cavidad amniótica y al feto. Este acceso se produce por cualquiera de las siguientes vías:



- 1) Ascendente: A través de la vagina y el cuello del útero.
- 2) Por diseminación hematológica. Debida a gérmenes provenientes de otro foco infeccioso o por sepsis materna, en la que la infección alcanza el feto a través de las vellosidades coriales. Característico de la infección por *Listeria Monocytogenes*.
- 3) Vía canalicular tubárica (por contigüidad): En caso de una peritonitis.
- 4) Vía retrógrada. Desde la cavidad peritoneal a través de las trompas de Falopio.
- 5) Iatrógena: Por contaminación tras un procedimiento invasivo como la amniocentesis, cordocentesis, fetoscopia, y también se origina por el paso de microorganismos a la cavidad amniótica y al feto.

1.5. FISIOPATOLOGIA

La sepsis que progresa a choque séptico e insuficiencia multiorgánica es el resultado de un empeoramiento de la insuficiencia circulatoria caracterizada por hipovolemia, depresión miocárdica, aumento de las demandas metabólicas y anomalías de la perfusión vasorreguladora. (Bullock & Benham, 2020)

La respuesta inflamatoria excesiva que se produce con la sepsis incluye extravasación de albúmina y líquido, con la resultante hipovolemia intravascular, liberando citoquinas que conduce a una disminución de la vascularización sistémica, resistencia y aumento del gasto cardíaco, aunque hasta el 60% de los pacientes con sepsis tienen una fracción de eyección inferior al 45% (disfunción sistólica).

La miocardiopatía séptica también puede manifestarse con disfunción diastólica debido a edema cardíaco y compliance (propiedad de sufrir deformación elástica



o cambio de volumen cuando es sometido a una fuerza) disminuida. Por ello el ventrículo izquierdo sufrirá un menor llenado diastólico y menor volumen de movimiento, aumentando el riesgo de edema pulmonar.

La isquemia tisular y su disfunción son resultado no solo de la hipotensión, sino también secundarias a la oclusión de la microvasculatura por microtrombos debido a coagulación intravascular diseminada. (The Society for Maternal-Fetal Medicine (SMFM) Publications Committee, 2019)

Corioamnionitis es una infección ascendente, que se origina en el tracto genitourinario inferior y migra hacia la cavidad amniótica. La infección suele originarse en la zona cervical y vaginal. La transmisión vertical se ha documentado en infecciones bacterianas y virales transmitidas al feto (Fowler & Simon, 2020).

1.6. SIGNOS Y SÍNTOMAS

Los síntomas y signos de sepsis pueden ser sutiles y a menudo se confunden fácilmente con las manifestaciones de otros trastornos (p. ej., delirio, disfunción cardíaca primaria, embolia pulmonar), en especial en pacientes posoperatorios. En la sepsis, el paciente presenta: fiebre, taquicardia, sudoración y taquipnea; la tensión arterial es normal. Puede haber otros signos de la infección causal. (Maggio , 2018).

1.7. DIAGNOSTICO

La historia clínica y el examen físico son los principales medios para llegar a un posible diagnóstico Orientadas a evaluar los factores de riesgo asociados con una



mayor mortalidad o una mayor incidencia de sepsis, así como a indagar sobre posibles fuentes de infección.

Conociendo estos datos, nos basamos en tres grupos de datos clínicos y de laboratorio, a saber, manifestaciones sistémicas generales, manifestaciones de disfunción / insuficiencia de órganos y, finalmente, documentación microbiológica.

- Hemograma completo (CBC) con diferencial
- Perfil metabólico integral (CMP)
- Lactato (Valor crítico superior a 2 mmol / L)
- Radiografía de tórax y análisis de orina
- Se puede ordenar a cualquiera que investigue posibles fuentes de infección.
- Cultivos de sangre con o sin otros cultivos de origen potencial
- Se recomiendan al menos 2 hemocultivos, antes de administrar antibióticos

Diagnóstico opcional de beneficio incierto

- Procalcitonina
- Proteína C-reactiva
- Lipasa
- Gasometría venosa
- Panel DIC (fibrinógeno, dímero D, productos de degradación de fibrina)
- TSH
- Gripe rápida, panel de virus respiratorios
- Cabeza de TC con o sin punción lumbar
- TC tórax / abdomen / pelvis
- Resonancia magnética cervical / torácica / lumbar (absceso epidural)
(Bullock & Benham, 2020)



1.8. TRATAMIENTO

La terapia dirigida por metas basadas en la perfusión sistémica.

Las bases generales para el tratamiento de la sepsis grave son:

1. Reconocimiento precoz del cuadro séptico
 2. Soporte vital oportuno y adecuado
 3. Drenaje del foco séptico de ser factible
 4. Tratamiento antibiótico efectivo.
- ✚ La sepsis se debe sospechar ante la presencia de 2 o más de los siguientes signos:
- Temperatura mayor a 38°C
 - Frecuencia Cardíaca >110 LPM
 - Frecuencia Respiratoria >20 RPM
 - Leucocitosis mayor a 12000/mm³ o menor a 4000/mm³
 - Alteración del estado de conciencia
 - Falla de órganos, pudiendo ocurrir alteraciones de la coagulación o de la función hepática, renal, respiratoria o neurológica.

SEPSIS: iniciar tratamiento la primera hora

- Mantener SO₂ >94%
- Hemocultivo
- Anibioticoterapia inmediata
- Reto Hídrico 500-100ml bolo de cristaloides
- Unidad de cuidados intensivos
- Evaluar sepsis severa



Iniciar administración de antibiótico de amplio espectro en la primera hora de atención.

Esquema 1: Penicilina 5 ´000.000 IV cada 4 horas + Metronidazol 500 mg IV c/8h + Gentamicina 80 mg IV cada 8 horas.

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.

Si a pesar de la administración adecuada de líquidos la hipotensión persiste (PAS menos de 90 mmHg), se deberá considerar la administración de vasopresores.

- Dopamina para infusión, iniciar a dosis de 10 mcg/kg/min, 400 mg (2 ampollas) + 250 ml Dextrosa 5% en agua o solución salina 0.9 % (Dilución equivalente: 1600 mcg/ml).
- 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 (MSP, 2017)



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIA DE LA SALUD
ESCUELA DE OBSTÉTRICA



1.9. JUSTIFICACIÓN

El desarrollo de la investigación del presente caso clínico tiene como objetivo Garantizar una vida saludable y promover el bienestar para todos y todas en todas las edades. Sin embargo, se necesitan más esfuerzos para erradicar por completo una gran variedad de enfermedades y abordar un gran número de problemas de salud, tanto constante como emergente, así como también reducir la tasa mundial de mortalidad materna a menos de 70 por cada 100.000 nacidos vivos (ONU, 2015).

Los beneficios para el personal de salud, es que se verá disminuido el índice de patologías Gineco- obstétrica que provocan complicaciones por sepsis, debido a que aún existe temor al tratar a este tipo de pacientes pues está documentado que estos casos terminan en muertes maternas y fetales.



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIA DE LA SALUD
ESCUELA DE OBSTÉTRICA



1.10. OBJETIVOS

1.10.1. OBJETIVO GENERAL

- Analizar el manejo terapéutico de la sepsis puerperal post corioamnionitis en este caso clínico.

1.10.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Fundamentar un marco teórico conceptual sobre sepsis puerperal por corioamnionitis.
- Determinar los factores que inciden en la sepsis puerperal.



1.11. DATOS GENERALES

Nombres completos: XXX	Sexo: Femenino
Cedula de identificación: 0804322618	Edad: 26 a
Fecha de nacimiento: 07/12/1993	Estado civil: soltera
Nacionalidad: Ecuatoriana	Ocupación: Ama De Casa
Nivel de estudio: Primaria	Raza: Mestiza
Dirección: CDLA, los chirijos	Religión: Católica
Nivel sociocultural/económico: bajo	Hospital: Hospital General "Dr. Leon Becerra Camacho"
Fecha de ingreso: 2020-03-21	FUM: 5/8/2019

Elaborado por: Estudiante egresada de obstétrica

2. METODOLOGIA DEL DIAGNOSTICO

2.1. ANALISIS DEL MOTIVO DE CONSULTA

Paciente de 26 años de edad Fum: 5/8/2019 refirió cuadro clínico de 5 horas de evolución caracterizado por dolor tipo contráctil en hipogastrio de leve intensidad más pérdida de líquido amniótico en cantidad moderada se realizó rastreo ecográfico ila: 5 al monitoreo fetal buena variabilidad categoría 1 latido cardiaco



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIA DE LA SALUD
ESCUELA DE OBSTÉTRICA



fetal de 140 lpm, actividad de contracciones uterina 5/10/20 maniobras de Leopold producto único cefálico longitudinal izquierdo, ecografía 06/3/2019 29.1 sg extrapolado a la fecha 31.1 semanas de gestación.

2.2. HISTORIAL CLÍNICO DE LA PACIENTE

Antecedentes patológicos personales	No refirió
Antecedentes patológicos familiares	No refirió
Antecedentes quirúrgicos	No refirió
Alergias	No refirió
Hábitos	Ninguno
Antecedentes Gineco-Obstétricos	
Menarquia	11 años
Ciclos Menstruales:	Irregulares 3 días
Inicio de vida sexual:	13 años
Planificación Familiar:	Ninguna
Parejas sexuales:	1
Gestas: 5	abortos: 0
Partos : 3	cesáreas: 1
Fecha de la última menstruación:	5/8/2019



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIA DE LA SALUD
ESCUELA DE OBSTÉTRICA



Controles prenatales del embarazo actual:	1
Ecografías:	1
Edad gestacional:	30 semanas por FUM y 31.1 por eco
Papanicolaou:	Ninguno

Elaborado por: Estudiante egresada de obstétrica



2.3. ANAMNESIS

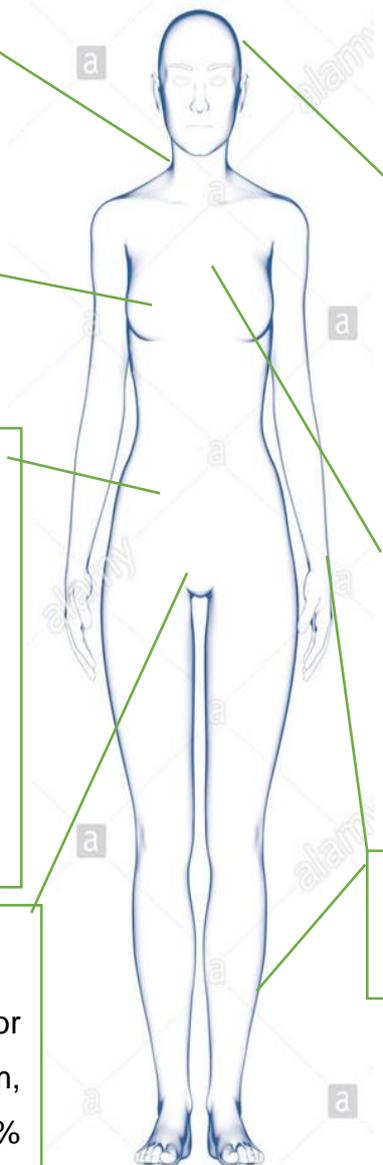
Paciente de 26 años de edad FUM: 5/8/2019 G: 5, P: 3, C: 1, A: 0 PIG: 10 meses fecha de nacimiento del último hijo: 21/5/2019 Antecedentes patológicos personales: no refirió; Antecedentes patológicos familiares: no refirió; Antecedentes quirúrgicos: cup hace 10 meses; Alergias: no refirió, paciente se encontraba orientada afebril, normotensa, colaboradora con el interrogatorio, refirió 1 control prenatal en centro de salud, ecografía 06/3/2019 29.1 semanas de gestación extrapolado a la fecha 31.1 semanas de gestación, refirió cuadro clínico de 5 horas de evolución caracterizado por dolor tipo contráctil en hipogastrio de leve intensidad más pérdida de líquido amniótico en moderada cantidad.

Se le realizó rastreo ecográfico ila: 5, monitoreo fetal buena variabilidad categoría 1 latido cardíaco fetal de 140 lpm, actividad uterina 5/10/ de contracciones en 20 minutos, maniobras de Leopold producto único cefálico longitudinal izquierdo.

2.4. EXPLORACIÓN CLÍNICA

Se detalla de la exploración de la paciente en la siguiente figura: Figura 2.

General: Consciente, orientada



<p>Cuello: sin adenopatías</p>	<p>Cabeza: norma cefálica, conjuntivas normales, vías aéreas permeables, pabellón auditivo sin patología, mucosas orales húmedas</p>
<p>Mamas: simétricas, no dolorosas al palpar tanner III.</p>	<p>Tórax: simétrico expansible, cardiopulmonar normal</p>
<p>Abdomen: abdomen globuloso gestante, Presentación: cefálica posición: dorso derecho situación: longitudinal FCF: 140 actividad uterina: 5/10/30 movimientos Fetales: presentes</p>	<p>Extremidades: sin patología aparente,</p>
<p>RIG. Tanner III,</p> <p>Tv: cérvix anterior DILATACION: 2 cm, borramiento 20% membranas rotas líquido amniótico claro plano alto</p>	

Elaborado por: Estudiante egresada de obstétrica Fuente: Figura 2 (Alamy Foto destock ikonacolor /, 2017)



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIA DE LA SALUD
ESCUELA DE OBSTÉTRICA



Al ingreso se reporta **SCORE MAMA: 0**

CLASIFICACION DEL SCORE MAMA	PARAMETROS DE PACIENTE
SISTOLE	90 MMHG
DIASTOLE	70 MMHG
FRECUENCIA CARDIACA	82 LPM
FRECUENCIA RESPIRATORIA	20 RPM
TEMPERATURA	36.5 °C
SATURACION	99%
ESTADO DE CONCIENCIA	ALERTA
PROTEINURIA	NEGATIVO

Elaborado por: Estudiante egresada de obstétrica

SCORE MAMÁ

Parámetro	Puntaje							Parámetro	Puntaje parcial
	3	2	1	0	1	2	3		
FC ^(***)	≤ 50	—	51-59	60-100	101-110	111-119	≥ 120	FC ^(***)	1
Sistólica	≤ 70	71-89	—	90-139	—	140-159	≥ 160	Sistólica	2
Diastólica	≤ 50	51-59	—	60-85	86-89	90-109	≥ 110	Diastólica	0
FR ^(***)	≤ 11	—	—	12-22	—	23-29	≥ 30	FR ^(***)	0
T (°C) (°)	—	≤ 35.5	—	35.6-37.5	37.6-38.4	—	≥ 38.5	T (°C) (°)	0
Sat O ₂	≤ 85	86-89	90-93 ^(**)	94-100	—	—	—	Sat O ₂	0
Estado de Conciencia	—	confusa / agitada	—	Alerta	responde a la voz / somnolienta	responde al dolor / estuporosa	no responde	Estado de Conciencia	0
Proteinuria ^(**)	—	—	—	Negativo	Positivo	—	—	Proteinuria ^(**)	0

Fuente: Figura 3 Valores de referencia de score mama. (DRA MARITZA ALEJANDRA QUESADA CEVALLOS, 2017).



2.5. INFORMACIÓN DE EXÁMENES COMPLEMENTARIOS REALIZADOS.

Rastreo ecográfico obstétrica:
ILA: 5
ID: oligohidramnios
Registro cardiotocográfico
buena variabilidad categoría 1 latido cardiaco fetal de 140 lpm, actividad uterina 5/10/ de contracciones en 20 minutos,

Resultados de exámenes de laboratorio al momento del ingreso:

EXÁMENES DE LABORATORIO

Leucocitos	11.45
Neutrófilos	81.2
Linfocitos	14.7
HGB:	11.80
HCTO	36.4
PLT	269
BIOQUIMICA SANGUINEA	
Glucosa:	67.7



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIA DE LA SALUD
ESCUELA DE OBSTÉTRICA



Factor RH	Positivo
Grupo Sanguíneo	A
EMO (Uroanálisis)	
Aspecto	Lig Turbio
Color	Amarillo
Cetona	+++
Proteínas	+
Bacterias	++
Serología	
VIH	no reactivo
VDRL	negativo
PCR	+

Exámenes, del 25 de marzo del 2020.

EXÁMENES DE LABORATORIO

Leucocitos	4.59
Neutrófilos	*91.6
Linfocitos	*2.6
HGB:	*6.5



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIA DE LA SALUD
ESCUELA DE OBSTÉTRICA



HCTO	*19.4
PLT	*89
VOLUMEN PLAQUETARIO MEDIO	*10.8
BIOQUIMICA SANGUINEA	
Glucosa:	*63.2
Urea:	17.3
BUN:	0.53
HEMOSTASIA	
TPT	*38.30
TP	18.5
RIN	1.68

Elaborado por: Estudiante egresada de obstétrica.

- Exámenes, del 25 de marzo del 2020.

EXÁMENES DE LABORATORIO

Leucocitos	*25.49
Neutrófilos	*93.7
Linfocitos	*3.3



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIA DE LA SALUD
ESCUELA DE OBSTÉTRICA



Hematíes *3.8

HGB: 9.5

HCTO *29.0

PLT *137

VOLUMEN PLAQUETARIO MEDIO 10.4

SEROLOGIA

PCR Positivo

BIOQUIMICA

GLUCOSA 95.6

UREA 26.3

CREATININA 0.83

HEMOSTASIA

TPT 31.6

TP 15.7

RIN 1.43

Elaborado por: Estudiante egresada de obstétrica.



2.6. FORMULACIÓN DEL DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO, DIFERENCIAL Y DEFINITIVO

Por la sintomatología, que presento la paciente se da un diagnóstico presuntivo, y se tramita traslado a tercer nivel, porque requería de mayor capacidad resolutive del caso.

- PRESUNTIVO: sepsis puerperal.
- DIFERENCIAL: Mastitis, infección de vías urinarias, infección de herida quirúrgica.
- DEFINITIVO: sepsis puerperal post corioamnionitis.

2.7. CONDUCTA A SEGUIR

Paciente de 26 años de edad FUM: 5/8/2019 G: 5, P: 3, C: 1, A: 0 PIG: 10 meses fecha de nacimiento del último hijo: 21/5/2019; Antecedentes patológicos personales: no refirió, Antecedentes patológicos familiares: no refirió; Antecedentes quirúrgicos: cup hace 10 meses alergias: no refirió paciente orientada afebril normotensa colaboro con el interrogatorio, presenta carnet de control prenatal, se ha realizado 1 Control en centro de salud presenta ecografía 06/3/2019 29.1 semanas de gestación extrapolado a la fecha 31.1 semanas de gestación, refirió cuadro clínico de 5 horas de evolución caracterizado por dolor tipo contráctil en hipogastrio de leve intensidad + pérdida de líquido amniótico en cantidad moderada.

Se realizó rastreo ecográfico ila: 5 cm, al monitoreo fetal buena variabilidad, Categoría 1 latido cardíaco fetal de 140 lpm, actividad de contracciones uterina 5/10/20 maniobras de Leopold, producto único cefálico longitudinal izquierdo.



Indicaciones:

- Control de signos vitales
- Cuidados de enfermería
- Monitoreo fetal
- Exámenes de laboratorio
- Ecografía obstétrica
- Maduración pulmonar
- Referencia a hospital de mayor complejidad.

Tratamiento:

- Cloruro de sodio 0.9% 1000 cc iv pasar a 40 gotas
- Dexametasona 6 mg im cada 12 horas por 48 horas (1era dosis)
- Nifedipino 20 mg vo cada 20 minutos 3 dosis
- Nifedipino 10 mg vo cada 8 horas
- Ampicilina 2 g iv stat
- Ampicilina 1 g iv cada 6 horas
- Eritromicina 250 mg vo cada 8 horas

2.8. ANÁLISIS Y DESCRIPCIÓN DE LAS CONDUCTAS QUE DETERMINAN EL ORIGEN DEL PROBLEMA, CONSIDERANDO VALORES NORMALES

La Organización Mundial de la Salud, reporta la presencia de 5.2 millones de casos por sepsis puerperal a nivel mundial, lo que posiciona a esta patología como la tercera entre las causas de muerte materna en el mundo, representando el 11-13% del total, es decir aproximadamente 55,000 mujeres mueren al año a causa de esta condición durante el embarazo o puerperio. Contribuyendo



significativamente en el aumento de la morbilidad materna (Instituto Mexicano del Seguro Social, 2018).

Cabe destacar que en la atención Gineco-Obstétrica en todos los niveles, las gestantes son lo primordial, un adecuado seguimiento y control y asesoramiento, contribuye en gran medida a la disminución de la morbilidad.

El diagnóstico oportuno de esta patología, requiere de una atención y seguimiento interdisciplinario.

2.9. SEGUIMIENTO.

Paciente 4to día de Hospitalización:

<p><u>En su evolución destacamos:</u></p> <p>Neurológico: Glasgow 15/15</p> <p>Cardiovascular: Presión arterial 90/60 mmhg Frecuencia cardiaca 80 por minuto</p> <p>Saturación de oxígeno 98 % proteína negativo score 0</p> <p>Respiratorio: frecuencia respiratoria 18 por minuto temperatura 37 c</p> <p>Infecioso: a febril al momento, acidosis metabólica compensada,</p>	<p>PRESCRIPCIÓN</p> <p>Medidas generales</p> <p>Dieta general</p> <p>Control de signos vitales</p> <p>Control de sangrado transvaginal</p> <p>Aseo perineal</p> <p>Comunicar novedades</p> <p>Cuidados de enfermería</p> <p>Medicación:</p> <p>Cloruro de sodio 0.9% 1000 cc iv pasar a 40 gotas</p> <p>Nifedipino 10 mg vo cada 8 horas</p> <p>Ampicilina 1 g iv cada 6 horas</p> <p>Eritromicina 250 mg vo cada 6</p>
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------



	horas Progesterona 100 mg vo cada 8 horas
--	-------------------------------------------------

VALORACIÓN POR GINECOLOGÍA:

Paciente de 26 años cursa cuarto día de hospitalización presento alza térmica de 40.6 grados centígrados, se administró 1 gramo de paracetamol y se usaron medios físicos para controlar alza térmica a pesar de ello, fiebre persiste, por lo que se informó a ginecólogo de guardia e indico pase a sala de quirófano.

VALORACIÓN POR GINECOLOGÍA EN AREA DE PREPARTO:

Paciente fue revalorada al llegar al área de parto, presento alza térmica cuantificada de 39 grados centígrados presión arterial de 90/ 65 mmhg frecuencia cardiaca 105 por minuto frecuencia respiratoria de 26 por minuto alerta saturación de oxígeno 98% proteinuria negativa score mama de 6.

Se realizó monitoreo fetal 112 latidos por minuto luego paciente presento desvanecimiento con impacto directo a nivel de abdomen, fue valorada nuevamente presentando FC: 110 por minuto; FR: 26 por minuto; PA: 90/50 mmhg letargo; SO₂: 95%; Proteinuria: negativo; se activó código amarillo y se decidió pasar cirugía inmediatamente. Se realizó cesárea segmentaria útero gestante con presencia de alza térmica se extrajo producto obitado masculino peso 1590 gramos; talla 42 cm; Perímetro cefálico: 28 cm; presencia de maceración y piel ampollosa descamativa, herida en arco ciliar izquierdo pre transquirurgico y post quirúrgico paciente presento hipotensión 70/45 mmhg se solicitó gasometría, Pcr, procalcitonina, biometría, schock séptico, interleukina 6.



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIA DE LA SALUD
ESCUELA DE OBSTÉTRICA



Anexo a hallazgos quirúrgico presencia líquido purulento de mal olor aproximadamente 100 cc.

Se solicitó referencia a unidad de tercer nivel.

Paciente 5to día de hospitalización - Postquirúrgico

<p><u>En su evolución destacamos:</u></p> <p>Neurológico Glasgow 15/15</p> <p>Cardiovascular: presión arterial: 85/40 mmhg. Frecuencia cardiaca: 116 lpm. Frecuencia respiratoria: 28 rpm.</p> <p>Temperatura 36.6 °C. Proteinuria negativa. Score mama 12 PTS</p> <p>Respiratorio: Saturación de o₂: 90 % agitada, campos pulmonares, con</p> <p>Estertores crepitantes en ápice y vértice de campos pulmonares bilateral.</p> <p>Infecioso: a febril al momento.</p>	<p>PRESCRIPCIÓN</p> <p>Medidas generales</p> <p>Transferencia a hospital de mayor complejidad.</p> <p>Exámenes de control.</p> <p>Score mama cada 30 min.</p> <p>Medicación:</p> <p>Lactato ringer 1000 ml pasar iv a 40 gts por min</p> <p>Lactato de ringer 1000 cc iv a 30 gotas</p> <p>Cefazolina 1 gramo iv cada 8 horas</p> <p>Clindamicina 900 mg iv cada 6 horas</p> <p>Ranitidina 50 mg iv cada 12 horas</p> <p>Ketorolaco 60 mg iv cada 8 horas</p> <p>Paracetamol 1 gramo iv stat</p>
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIA DE LA SALUD
ESCUELA DE OBSTÉTRICA



3. OBSERVACIONES

La revisión de varias fuentes bibliográficas citadas en este trabajo ha permitido, resaltar la correcta forma de abordar, dar seguimiento y tratamiento adecuado de esta complicación obstétrica.

En este caso puntual podemos observar que una de las tres demoras mencionadas en la Revista Panamericana de Salud Pública de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS). (Karolinski, A, et al, 2015)

A pesar de los esfuerzos del personal de salud por realizar el traslado a una unidad de mayor complejidad, la paciente presentó la complicación de entrar el shock séptico.

Evidenciando que la mortalidad materna es un importante problema de salud pública, reflejando los efectos de los determinantes sociales sobre la salud de las mujeres.



4. CONCLUSIONES

De la presente investigación se concluye que:

- El reconocimiento precoz y un buen manejo terapéutico en pacientes con esta complicación obstétrica ayudaran a reducir la tasa de morbimortalidad materna y fetal.
- En sepsis puerperal cuando no hay mejoría con el primer esquema antibiótico o se presentan complicaciones, es importante realizar cultivos para conocer los microorganismos causantes de la infección y poder optimizar el manejo antibiótico.
- Dentro de los factores de riesgo más relevantes que se desencadenaron en una sepsis puerperal en la paciente fue la ruptura prematura de membranas ya que posterior a esto ocurrió la infección de la placenta y membranas fetales ocasionando una complicación más grave como es la sepsis puerperal.



5. BIBLIOGRAFÍA

Fowler, J., & Simon, L. (Enero de 2020). *Corioamnionitis*. Obtenido de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK532251/>

Alamy Foto destock ikonacolor /. (2017). *la forma del cuerpo humano femenino*. <https://www.alamy.es/foto-la-forma-del-cuerpo-humano-femenino-163863195.html>.

Biblioteca Nacional de Medicina. (2019). *Shock séptico*. estados unidos: mediline plus.

Buddeberg, B., & Aveling, W. (2015). La sepsis puerperal en el siglo XXI: avances, nuevos desafíos y la situación mundial. *Postgrad Med J*.

Bullock, B., & Benham, M. (Enero de 2020). *Sepsis bacteriana*. Obtenido de StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK537054/>

Chakraborty , R., & Burns, B. (Enero de 2020). *Síndrome de respuesta inflamatoria sistémica*. Obtenido de StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK547669/>



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIA DE LA SALUD
ESCUELA DE OBSTÉTRICA



DRA MARITZA ALEJANDRA QUESADA CEVALLOS. (2017). *PROTOCOLO DE SCORE MAMA Y CLAVES OBSTETRICAS INCIDE*. ambato.

Hurtado Sánchez, Ma. Francisca et al. (2018). Criterios actuales en el diagnóstico y manejo de la Corioamnionitis. *Rev. Latin. Perinat.*

Instituto Mexicano del Seguro Social. (2018). Diagnostico y tratamiento de la sepsis puerperal. *Guia Practica Clinica*. Obtenido de <http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/272GER.pdf>

Isidoro Narbona Arias. (s.f.). *SEPSIS Y SHOCK SÉPTICO EN OBSTETRICIA*. Servicio de Ginecología1.

Karolinski, A, et al. (2015). Modelo para abordar integralmente la mortalidad materna y la morbilidad materna grave. *Rev Panam Salud Publica*.

López, J., & Müller, E. (2016). CASO CLÍNICO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA SEPSIS PUERPERAL TARDÍA. *Case Report*, 2(1).

Maggio , P. (febrero de 2018). *Manual MSD*. Obtenido de Manual MSD versión para profesionales: <https://www.msdmanuals.com/es-ec/professional/cuidados-cr%C3%ADticos/sepsis-y-shock-s%C3%A9ptico/sepsis-y-shock-s%C3%A9ptico?query=sepsis%20bacteriana>

Miguel A. Nares-Torices, *. J.-P.-A. (2013). Manejo de sepsis y choque séptico en el embarazo. *PERINATOLOGÍA Y REPRODUCCION HUMANA*, 27.



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIA DE LA SALUD
ESCUELA DE OBSTÉTRICA



MSP. (2017). *Score MAMÁ y claves obstetricas*. Obtenido de Protocolo de manejo, clave amarilla:
[http://186.42.188.158:8090/guias/SCORE%20MAMA%20Y%20CLAVES%20OBS TETRICAS.pdf](http://186.42.188.158:8090/guias/SCORE%20MAMA%20Y%20CLAVES%20OBS%20TETRICAS.pdf)

ONU. (2015). *Objetivos de desarrollo sostenible*. Obtenido de <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/>

OPS. (2018). Obtenido de <https://www.paho.org/es/temas/sepsis>

organizacion panamericana de la salud. (2018). *sepsis*. washington dc:
https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_topics&view=article&id=437&Itemid=72234&lang=es.

Praktyczna, M. (2019). Sepsis y shock séptico. *empendium*, 9.

Reyna-Villasmil, Eduardo et al. (2019). Infeccion intraamniotica y corioamnionitis. *Revista latinoamericana de perinatología: órgano oficial de la Federación Latinoamericana de Asociaciones de Medicina*.

Rodríguez-Chávez, J. L; et al. (2016). Sepsis en medicina materno fetal. *Revista Salud Jalisco*(3). Obtenido de <https://www.medigraphic.com/pdfs/saljalisco/sj-2016/sj163h.pdf>



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIA DE LA SALUD
ESCUELA DE OBSTÉTRICA



The Society for Maternal-Fetal Medicine (SMFM) Publications Committee. (2019). Sepsis durante el embarazo y el puerperio. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*.



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIA DE LA SALUD
ESCUELA DE OBSTÉTRICA



6. ANEXOS

Examen	Resultado	Unidad	Rangos Ref.
HEMOGRAMA:			
LEUCOCITOS	* 11.45	$\times 10^9/\mu\text{L}$	4 - 10
BASOFILOS#	0.05	$10^3/\mu\text{L}$	-
BASOFILOS %	0.4	%	HASTA - 2
NEUTROFILOS#	9.29	$10^3/\mu\text{L}$	-
NEUTROFILOS %	* 81.2	%	40 - 70
EOSINOFILOS#	0.12	$10^3/\mu\text{L}$	-
EOSINOFILOS %	1.0	%	HASTA - 5
LINFOCITOS#	1.68	$10^3/\mu\text{L}$	-
LINFOCITOS %	* 14.7	%	25 - 50
MONOCITOS#	0.31	$10^3/\mu\text{L}$	-
MONOCITOS	2.7	%	HASTA - 12
HEMATIES	3.90	$\text{mm}^3/\mu\text{L}$	3.5 - 5.5
HEMOGLOBINA	11.80	g/dl	9.5 - 16
HEMATOCRITO	36.4	%	36 - 47
MCV	93.4	fL	80 - 98
MCH	30.3	pg	27 - 32
MCHC	32.4	%	31 - 36
RDW - CV	12.7	%	11.5 - 14.5
RDW - SD	50.7	fL	-
PLAQUETAS	269	$\text{mm}^3/\mu\text{L}$	150 - 450
VOLUMEN PLAQUETARIO MEDIO	9.3	fL	7.4 - 10.4
PDW	17.30	-	-
PCT	0.25	-	-

Usuario Valida: VICENTE EDUARDO JARA*
Fecha Valida: 21-03-2020 21:51:37



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIA DE LA SALUD
ESCUELA DE OBSTÉTRICA



Hospital General León Becerra Camacho

Paciente: CUERO VALENCIA SILVIA CAROLINA Cédula: 0804322618 Edad: 0 años

Fecha Orden: 21/03/2020 Turno: 11200321051 Género: MUJER

Médico: ZAMBRANO ALARCON HECTOR EDUARDO Unidad Médica: HOSPITAL GENERAL DR. LEON BECERRA

Hematología Hemostasia Serología Bioquímica Orina

Hemostasia

Examen Consultar Ordenes

TIEMPOS	Resultado	Unidad	Rangos Ref.
TPT	* 20.00	Seg CentSeg	22.7 - 32
TP	12.9	Seg CentSeg	10 - 14
RIN	1.17	--	-

TIPO DE SANGRE

GRUPO SANGUINEO A -- -

FACTOR RH POSITIVO -- -

Usuario Valida: VICENTE EDUARDO JARAMILLO BUSTOS
Fecha Valida: 21-03-2020 21:51:47

X Cerrar

Hospital General León Becerra Camacho

Paciente: CUERO VALENCIA SILVIA CAROLINA Cédula: 0804322618 Edad: 0 años

Fecha Orden: 21/03/2020 Turno: 11200321051 Género: MUJER

Médico: ZAMBRANO ALARCON HECTOR EDUARDO Unidad Médica: HOSPITAL GENERAL DR. LEON BECERRA

Hematología Hemostasia Serología Bioquímica Orina

Bioquímica Resultados de Bioquímica

Consultar Ordenes

BIOQUIMICA	Resultado	Unidad	Rangos Ref.
GLUCOSA	* 67.7	mg/dl	70 - 110

Usuario Valida: VICENTE EDUARDO JARAMILLO BUSTOS
Fecha Valida: 21-03-2020 21:52:00

X Cerrar



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIA DE LA SALUD
ESCUELA DE OBSTÉTRICA



FISICO			
ASPECTO	LIG. TURBIO	--	--
COLOR	AMARILLO	--	--
QUIMICO			
BILIRRUBINA	+ (1mg/dl)	--	--
UROBILINOGENO	NORMAL (Normal)	--	--
CETONA	+++ (300mg/dl)	--	--
ACIDO ASCORBICO	+ (20mg/dl)	--	--
GLUCOSA	NORMAL (Normal)	--	--
PROTEINAS	- (30mg/dl)	--	--
SANGRE	++ (50Ery/7l)	--	--
NITRITOS	NEGATIVO (Negativo)	--	--
PH	6 (6)	--	--
LEUCOCITOS	+ (25Leu/7l)	--	--
DENSIDAD	1.025 (1.025)	--	--
SEDIMENTO Consultar Ordenes			
HEMATIES	+ (1.80 p/ul)	--	0 .. 5 (P/UL)
LEUCOCITOS	+ (8.00 p/ul)	--	0 .. 9 (P/UL)
CRISTALES	NEGATIVO (0.20 p/ul)	--	0 .. 6 (P/UL)
CRY	NEGATIVO (0.20 p/ul)	--	0 .. 6 (P/UL)
CaOxm	NEGATIVO (0.00 p/ul)	--	0 .. 6 (P/UL)
CaOxd	NEGATIVO (0.00 p/ul)	--	0 .. 6 (P/UL)
CILINDROS HIALINOS	NEGATIVO (0.20 p/ul)	--	0 .. 2 (P/UL)
CILINDROS PATOLOGICOS	NEGATIVO (0.20 p/ul)	--	0 .. 1.5 (P/UL)
CELULAS NEC	NEGATIVO (0.30 p/ul)	--	0 .. 2 (P/UL)
CELULAS EPI	NEGATIVO (0.90 p/ul)	--	0 .. 5 (P/UL)
MOCO	+++ (266.50 p/ul)	--	0 .. 264 (P/UL)
BACTERIAS	++ (133.60 p/ul)	--	0 .. 130 (P/UL)
LEVADURAS	NEGATIVO (0.00 p/ul)	--	0 .. 3 (P/UL)

Usuario Valida: VICENTE EDUARDO JAF...
Fecha Valida: 21-03-2020 23:43:57

Hospital General Leon Becerra Camacho

Paciente:	CUERO VALENCIA SILVIA CAROLINA	Cédula:	0804322618	Edad:	0 años
Fecha Orden:	21/03/2020	Turno:	11200321051	Género:	MUJER
Médico:	ZAMBRANO ALARCON HECTOR EDUARDO	Unidad Médica:	HOSPITAL GENERAL Dr. LEON BECERRA		

Hematologia Hemostasia **Serologia** Bioquimica Orina

Serologia Consultar Ordenes			
SEROLOGIA:	Resultado	Unidad	Rangos Ref.
VDRL	NO REACTIVO	--	--
HIV 1+2	NO REACTIVO	--	--

Usuario Valida: VICENTE EDUARDO JARAMILLO BUSTOS
Fecha Valida: 21-03-2020 21:51:56

Cerrar



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIA DE LA SALUD
ESCUELA DE OBSTÉTRICA



Hospital General Leon Becerra Camacho

Paciente: CUERO VALENCIA SILVIA CAROLINA Cédula: 0804322618 Edad: 0 años

Fecha Orden: 25/03/2020 Turno: 11200325030 Género: MUJER

Médico: ZAMBRANO ALARCON HECTOR EDUARDO Unidad Médica: HOSPITAL GENERAL Dr. LEÓN BECERRA

Hematología **Serología**

Serología

Consultar Ordenes

SEROLOGIA:	Resultado	Unidad	Rangos Ref.
PCR	+	mg/l	-

Usuario Valida: LCDA SARA ELIZABETH MOROCHO SAGUAY
Fecha Valida: 25-03-2020 18:23:42

X Cerrar

Hematología Hemostasia Bioquímica

Hematología

Examen	Resultado	Unidad	Rangos Ref.
HEMOGRAMA:			
LEUCOCITOS	4.59	$\times 10^9/\mu\text{L}$	4 - 10
BASOFILOS#	0.01	$10^3/\mu\text{L}$	-
BASOFILOS %	0.2	%	HASTA - 2
NEUTROFILOS#	4.20	$10^3/\mu\text{L}$	-
NEUTROFILOS %	* 91.5	%	40 - 70
EOSINOFILOS#	0.01	$10^3/\mu\text{L}$	-
EOSINOFILOS %	0.2	%	HASTA - 5
LINFOCITOS#	0.31	$10^3/\mu\text{L}$	-
LINFOCITOS %	* 6.7	%	25 - 50
MONOCITOS#	0.06	$10^3/\mu\text{L}$	-
MONOCITOS %	1.3	%	HASTA - 12
HEMATIES	* 7.06	$\text{mm}^3/\mu\text{L}$	3.5 - 5.5
HEMOGLOBINA	* 6.50	g/dl	8.5 - 16
HEMATOCRITO	* 19.4	%	36 - 47
MCV	94.5	fL	80 - 98
MCH	31.6	pg	27 - 32
MCHC	33.5	%	31 - 36
RDW - CV	12.4	%	11.5 - 14.5
RDW - SD	41.3	fL	-
PLAQUETAS	* 89	$\text{mm}^3/\mu\text{L}$	150 - 450
VOLUMEN PLAQUETARIO MEDIO	* 10.8	fL	7.4 - 10.4
PDW	16.70	-	-
PCT	0.10	-	-

Usuario Valida: LCDA SARA ELIZABETH M...
Fecha Valida: 25-03-2020 21:56:22



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIA DE LA SALUD
ESCUELA DE OBSTÉTRICA



EDUARDO LEON BECERRA

Hematología Serología

Hematología

Examen	Resultado	Unidad	Rangos Ref.
HEMOGRAMA:			
LEUCOCITOS	8.58	$\times 10^9/\mu\text{L}$	4 - 10
BASOFILOS#	0.01	$10^3/\mu\text{L}$	-
BASOFILOS %	0.1	%	HASTA - 2
NEUTROFILOS#	7.65	$10^3/\mu\text{L}$	-
NEUTROFILOS %	* 89.3	%	40 - 70
EOSINOFILOS#	0.01	$10^3/\mu\text{L}$	-
EOSINOFILOS %	0.1	%	HASTA - 5
LINFOCITOS#	0.86	$10^3/\mu\text{L}$	-
LINFOCITOS %	* 10.0	%	25 - 50
MONOCITOS#	0.05	$10^3/\mu\text{L}$	-
MONOCITOS %	0.5	%	HASTA - 12
HEMATIES	* 3.40	$\text{mm}^3/\mu\text{L}$	3.5 - 5.5
HEMOGLOBINA	10.30	g/dl	9.5 - 16
HEMATOCRITO	* 31.2	%	38 - 47
MCV	93.0	fL	80 - 98
MCH	31.6	pg	27 - 32
MCHC	34.0	%	31 - 36
RDW - CV	12.8	%	11.5 - 14.5
RDW - SD	41.8	fL	-
PLAQUETAS	* 137	$\text{mm}^3/\mu\text{L}$	150 - 450
VOLUMEN PLAQUETARIO MEDIO	10.4	fL	7.4 - 10.4
PDW	17.00	-	-
PCT	0.14	-	-

Usuario Valida: LCDA SARA ELIZABE*
Fecha Valida: 25-03-2020 18:28:17

Hospital General Leon Becerra Camacho

Paciente: CUERO VALENCIA SILVIA CAROLINA Cédula: 0904322618 Edad: 0 años

Fecha Orden: 25/03/2020 Turno: 11200325031 Género: MUJER

Médico: RODRIGUEZ GUERRERO LUIS ALBERTO Unidad Médica: HOSPITAL GENERAL Dr. LEON BECERRA

Hematología Hemostasia Bioquímica

Bioquímica

Examen	Resultado	Unidad	Rangos Ref.
BIOQUIMICA:			
GLUCOSA	* 63.2	mg/dl	70 - 110
UREA	17.3	mg/dl	12.9 - 42.9
CREATININA	0.53	mg/dl	0.5 - 0.9

Usuario Valida: LCDA SARA ELIZABETH MOROCHO SAGUAY
Fecha Valida: 25-03-2020 22:16:44

X Cerrar



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIA DE LA SALUD
ESCUELA DE OBSTÉTRICA



Hematología Hemostasia Serología Bioquímica

Hematología

Examen	Resultado	Unidad	Rangos Ref.
HEMOGRAMA:			
LEUCOCITOS	* 25.49	$\times 10^9/\mu\text{L}$	4 - 10
BASOFILOS#	0.04	$10^9/\mu\text{L}$	-
BASOFILOS %	0.1	%	HASTA - 2
NEUTROFILOS#	28.56	$10^9/\mu\text{L}$	-
NEUTROFILOS %	* 93.7	%	40 - 70
EOSINOFILOS#	0.03	$10^9/\mu\text{L}$	-
EOSINOFILOS %	0.1	%	HASTA - 5
LINFOCITOS#	1.02	$10^9/\mu\text{L}$	-
LINFOCITOS %	* 3.3	%	25 - 50
MONOCITOS#	0.84	$10^9/\mu\text{L}$	-
MONOCITOS %	2.8	%	HASTA - 12
HEMATIES			
HEMOGLOBINA	* 3.08	$\text{mm}^3/\mu\text{L}$	3.5 - 5.5
HEMATOCRITO	9.50	g/dl	9.5 - 16
MCV	* 29.0	fL	38 - 47
MCH	94.2	pg	80 - 98
MCHC	30.9	pg	27 - 32
RDW - CV	32.8	%	31 - 36
RDW - SD	12.7	fL	11.5 - 14.5
PLAQUETAS	42.1	$\text{mm}^3/\mu\text{L}$	-
VOLUMEN PLAQUETARIO MEDIO	* 137	fL	150 - 450
PDW	10.4	-	7.4 - 10.4
PCT	16.70	-	-
PCT	0.14	-	-

Usoario Valida: VICENTE EDUARDO JARA*
Fecha Valida: 26-03-2020 05:12:05

Hospital General Leon Becerra Camacho

Paciente: CUERO VALENCIA SILVIA CAROLINA Cédula: 0004322618 Edad: 0 años

Fecha Orden: 25/03/2020 Turno: 11200325031 Género: MUJER

Médico: RODRIGUEZ GUERRERO LUIS ALBERTO Unidad Médica: HOSPITAL GENERAL Dr. LEON BECERRA

Hematología Hemostasia Bioquímica

Hemostasia

Examen	Resultado	Unidad	Rangos Ref.
TIEMPOS			
TPT	* 38.30	Seg. CentSeg	22.7 - 32
TP	18.5	Seg. CentSeg	10 - 14
RIN	1.68	-	-

Usoario Valida: LCDA SARA ELIZABETH MOROCHO SAGUAY
Fecha Valida: 25-03-2020 22:01:47



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIA DE LA SALUD
ESCUELA DE OBSTÉTRICA



Hospital General Leon Becerra Camacho

Paciente: CUERO VALENCIA SILVIA CAROLINA Cédula: 0804322618 Edad: 0 años

Fecha Orden: 26/03/2020 Turno: 11200326016 Género: MUJER

Médico: ZAMBRANO ALARCON HECTOR EDUARDO Unidad Médica: HOSPITAL GENERAL Dr. LEON BECERRA

Hematología Hemostasia **Serología** Bioquímica

Serología

Consultar Ordenes

Resultado	Unidad	Rangos Ref.
POSITIVO	mg/l	

SEROLOGIA:
PCR

Usuario Valida: VICENTE EDUARDO JARAMILLO BUSTOS
Fecha Valida: 26-03-2020 05:19:14

X Cerrar

Hospital General Leon Becerra Camacho

Paciente: CUERO VALENCIA SILVIA CAROLINA Cédula: 0804322618 Edad: 0 años

Fecha Orden: 26/03/2020 Turno: 11200326016 Género: MUJER

Médico: ZAMBRANO ALARCON HECTOR EDUARDO Unidad Médica: HOSPITAL GENERAL Dr. LEON BECERRA

Hematología Hemostasia Serología **Bioquímica**

Bioquímica

Consultar Ordenes

Resultado	Unidad	Rangos Ref.
95.6	mg/dl	70 - 110
26.3	mg/dl	12.9 - 42.9
0.82	mg/dl	0.5 - 0.9

BIOQUIMICA:
GLUCOSA
UREA
CREATININA

Usuario Valida: VICENTE EDUARDO JARAMILLO BUSTOS
Fecha Valida: 26-03-2020 05:51:12

X Cerrar



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIA DE LA SALUD
ESCUELA DE OBSTÉTRICA



Hospital General Leon Becerra Camacho

Paciente: CUERO VALENCIA SILVIA CAROLINA Cédula: 0804322618 Edad: 0 años

Fecha Orden: 26/03/2020 Turno: 11200326016 Género: MUJER

Médico: ZAMBRANO ALARCON HECTOR EDUARDO Unidad Médica: HOSPITAL GENERAL Dr. LEON BECERRA

Hematología **Hemostasia** Serología Bioquímica

Hemostasia

Consultar Ordenes

	Resultado	Unidad	Rangos Ref.
TIEMPOS			
TPT	31.00	Seg. CentSeg	22.7 - 32
TP	15.7	Seg. CentSeg	10 - 14
RIN	1.43	-	-

Usuario Valida: VICENTE EDUARDO JARAMILLO BUSTOS
Fecha Valida: 26-03-2020 05:51:05

X Cerrar