



BOLIVARIANO
INSTITUTO SUPERIOR
UNIVERSITARIO

INSTITUTO SUPERIOR UNIVERSITARIO BOLIVARIANO

TEMA:

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTE GESTANTE CON SHOCK SÉPTICO

TÉCNICO SUPERIOR EN ENFERMERÍA

P R E S E N T A :

- Magaly del Cisne Fernández Cuenca
- Maria Eudomilia Jiménez Gaona
- Gabriela Verenise Medina Tacuri

D O C E N T E R E S P O N S A B L E :

- Msg. María Pogo Guamán
- Msg. Herminia Piedad Hurtado

PERIODO OCTUBRE 2023-MARZO 2024

INDICE

1. Introducción	4
2. Justificación	6
3. Resumen caso	8
3.1 Motivo de consulta	8
3.2 Enfermedad actual	8
3.3 Exámenes de ingreso:	9
3.4 Diagnóstico médico cie10	10
4. Definición de la patología	11
5. Fisiopatología	12
6. Etiología	15
6.1 Cuadro clínico	16
6.2 Métodos de diagnóstico	17
7. Tratamiento farmacológico	18
<i>Ampicilina sólido parenteral 1000mg</i>	18
<i>Clindamicina</i>	19
<i>Furosemida líquida parenteral 10mg</i>	20
<i>Ceftriaxona sólido parenteral 1000mg(1amp)</i>	21
<i>Cloruro de sodio al 0.9%</i>	22

<i>Gentamicina liquida parenteral 160mg</i>	23
<i>Metronidazol liquido parenteral 5mg</i>	24
<i>Ranitidina liquido parenteral 25mg/ml</i>	25
<i>Paracetamol liquido parenteral 10mg</i>	26
8. Procedimientos a realizar	27
8.1 Clave amarilla (manejo de shock séptico)	27
9. Proceso de atención de enfermería	29
10. Resultados	32
11. Discusión	33
12. Conclusiones	34
13. Referencias bibliográficas	35

1. Introducción

La sepsis es una enfermedad mortal y común, en donde el profesional sanitario al conocer su epidemiología ha podido detectar los pacientes que tienen mayor riesgo de presentarla.

Algunos factores que aumentan su incidencia, corresponden a la edad, uso de agentes inmunosupresores, procedimientos invasivos y microorganismos resistentes. Se considera que la tasa de sepsis en la población mundial se mantiene entre el 20 al 30%, a pesar del soporte vital avanzado y el empleo de agentes antimicrobianos potentes (Nares, 2019).

Según la Organización Mundial de la Salud: “la sepsis materna es una afección potencialmente mortal definida como una disfunción orgánica como resultado de una infección durante el embarazo, el parto, el posaborto o el periodo posparto”. La infección que con mayor frecuencia se asocia a sepsis materna es la de foco urinario. Se considera la principal causa de enfermedades críticas en los países potencialmente desarrollados y la principal causa de muerte materna en el mundo (OMS, 2021).

A nivel mundial el shock séptico se encuentra dentro de las 10 primeras causas de muerte entre la población general y se considera que la mortalidad durante el embarazo ha sido subestimada y se reporta la presencia de 5 millones de casos a nivel mundial. Sin embargo, existe una incidencia entre 240 y 300 casos por cada 100 000 habitantes, con más de 750 000 anuales (Bañuelos, 2019).

Según la (OPS, 2018) en América Latina y el Caribe la prevalencia e incidencia de la muerte materna por shock séptico gestacional son de las más altas del mundo, superando a la media mundial. De acuerdo a los datos del Banco de Información Técnica de la OPS, existe una tasa de mortalidad materna de 86 muertes por cada 100.000 nacimientos vivos.

En Ecuador, según datos del Instituto Ecuatoriano de Estadística y Censos, la sepsis es considerada como la cuarta causa de muerte materna y es responsable de un número considerable de las mismas. El Ministerio de Salud Pública informó que, en 2019 la mortalidad materna alcanzó las 53,3 muertes por 100.000 nacidos vivos. El shock séptico ocurre dentro de un 40% de los pacientes con sepsis, en el cual existen alteraciones circulatorias y metabólicas, las cuales incrementan el riesgo de muerte materna al nivel nacional (MSP, 2019).

La presente revisión bibliográfica que aborda el shock séptico en paciente gestante investigada no existen datos estadísticos de investigación científica en el área de la salud a nivel local, por lo cual es importante el desarrollo en la investigación en las intervenciones de enfermería y de esta manera sustentar información, en base al procedimiento de atención de enfermería del tema tratado, debido a que existe desactualización en la información en relación al tema estudiado.

2. Justificación

El shock séptico generalmente en el embarazo, plantea desafíos únicos que requieren una atención especializada, la gestación conlleva cambios fisiológicos y hormonales que pueden afectar la respuesta inmunitaria, aumentando la vulnerabilidad a infecciones. Al abordar este tema, no solo estamos mejorando la calidad de la atención individual para la paciente gestante con shock séptico, sino también estamos contribuyendo a la reducción de las estadísticas alarmantes de mortalidad materna a nivel global.

La sepsis es una enfermedad mortal y común, en donde el profesional sanitario al conocer su epidemiología ha podido detectar los pacientes que tienen mayor riesgo de presentarla. El impacto social de la muerte materna por shock séptico no sólo afecta a las familias, sino también a la comunidad en general. La pérdida de una madre puede desestabilizar el núcleo familiar y con ello las dinámicas sociales y emocionales. En algunos casos, los niños se ven afectados en su desarrollo social, académico y psicológico.

A nivel económico es importante evitar la muerte materna porque se trata de problema prevenible y tratable desde los servicios de salud de primer nivel. La muerte por shock séptico tiene muchas implicaciones económicas, ya que afecta a los sistemas de salud pública por los costos elevados para mantener una paciente ingresada a nivel hospitalario en dichas circunstancias, las mismas que amerita el cuadro clínico para su recuperación, sino también a las familias de las mismas, quienes tienen que lidiar con gastos médicos y funerarios posteriormente.

Por otro lado, en el campo político conlleva a cambios positivos en este ámbito porque destaca la importancia de mejorar los servicios de salud para las mujeres embarazadas, así como

la necesidad de mejorar la calidad de los servicios de prevención y diagnóstico del shock séptico gestacional.

En este contexto, el objetivo principal del presente trabajo es poner en práctica los conocimientos adquiridos en el ISUB durante nuestra formación como futuros Técnicos de Enfermería buscamos destacarnos en el ámbito laboral con mayor eficiencia y proporcionar una atención de calidad y calidez, el papel de la enfermera se centra en la promoción y prevención de la salud y el bienestar del paciente mediante la aplicación del proceso de atención de enfermería fundamentados en los 11 patrones de Marjory Gordon anexados a los diagnósticos de enfermería y taxonomías de NANDA, NIC y NOC.

3. Resumen caso

Paciente de 28 años de edad, nacida en la provincia de Loja, reside en el cantón Paltas , estado civil casada , instrucción escolar bachillerato y ocupación ama de casa, no refiere alergias, antecedentes personales: infección de vías urinarias e infecciones vaginales durante el segundo trimestre de embarazo tratadas con antibioticoterapia, antecedentes familiares: padres con hipertensión arterial en tratamiento, antecedentes quirúrgicos: presencia de clavo de kirchhner intramedular en miembro inferior derecho, antecedentes gineco- obstétricos: menarquia: 10 años, ciclos menstruales regulares con duración de 4 días, Gestas: 5 Partos:0 Cesáreas:1 Abortos:4 inicio de vida sexual: 15 años, número de parejas sexuales:3, Papanicolaou: 1 hace aproximadamente 1 año con reporte normal.

3.1 Motivo de consulta

Eliminación de líquido transvaginal, presencia de secreción vaginal y temperatura alta.

3.2 Enfermedad actual

Paciente multigesta con antecedente de 4 abortos en un periodo de 8 años, cursa con gestación de 23,4 semanas por FUM, con cerclaje cervical a las 17 semanas y tratamiento para infección genital, refiere haber presentado hidrorrea de aspecto claro desde hace 48 horas aproximadamente, por lo cual acude a casa de salud particular donde se realiza una cristalografía con resultado positivo, se reporta en ecografía embarazo único de 24,4 semanas por eco y se emite el alta, al momento paciente acude a esta casa de salud por presentar alza térmica no cuantificada, persistencia de eliminación de líquido y secreción amarilla de mal olor en moderada cantidad en área genital.

Paciente al no tener mejoría en casa de salud particular, es ingresada en el Hospital Isidro Ayora

en el servicio de ginecología ampliamente valorada por especialidad debido a sus antecedentes, al momento cursa un embarazo de 23.6 semanas por fecha de última menstruación, con ruptura de membranas de 64 horas recibiendo antibioticoterapia, se realiza una ecografía documentada con reporte de embarazo de 25.1 semanas, oligohidramnios severo sin peso fetal, permanece monitoreada debido a la inmadurez fetal.

Al momento del ingreso registra las siguientes constantes vitales TA: 100/ 55 mmHg FC: 125 lpm FR:21rpm T: 38,9 °C STO2: 95%. Score mama:5.

En la inspección general paciente álgida, febril, intranquila e irritable al manejo; escala de Glasgow: 14/15. Al examen físico: Piel caliente, cabeza normocefálica, ojos: pupilas isocóricas foto reactivas, mucosas orales semihúmedas, cuello móvil, sin adenopatía, tórax: simétrico, pulmones: murmullo alveolar conservado, corazón taquicárdico, no soplos audibles, mamas: aumentadas de volumen, areolas oscuras, abdomen: globoso ocupado por útero gestante con producto único vivo, cefálico dorso izquierdo, frecuencia cardiaca fetal (FC) 140 lpm, región genital: presencia de secreción amarilla verdosa de mal olor en abundante cantidad, al tacto vaginal cérvix blando, dilatación:2 cm borramiento:20%, membranas rotas. Dentro de los resultados de laboratorio se reporta un valor de glóbulos blancos (GB) superior a los 14.000 mm³.

3.3 Exámenes de ingreso:

HB: 12.8 HCTO: 39.0 GB: 14.000mm³ PCR: 6.3 PLAQUETAS: 279.0 NEUTRÓFILOS: 85.8

GRUPO SANGUÍNEO: ORH+

Cristalografía: positiva

EXAMEN DE SECRECIÓN VAGINAL

- Células epiteliales: abundantes
- pH: 5
- Bacterias: +++
- Leucocitos: 8/campo
- Parásitos: negativo
- Test de aminas: negativo

3.4 Diagnóstico médico cie10

- Shock séptico en paciente gestante 008.0
- Ruptura prematura de membranas 042
- Infecciones del tracto genital 023.5
- Oligohidramnios 041.0

4. Definición de la patología

El shock séptico es una disfunción multiorgánica que pone en peligro la vida de la paciente, causando una respuesta inflamatoria del organismo siendo este muy grave, acompañado además de hipotensión arterial persistente el cuál se produce como consecuencia de una perfusión inadecuada de los tejidos (Forrester, 2023).

Es una afección potencialmente letal definida como una disfunción orgánica resultante de una infección durante el embarazo debido a una infección urinaria, a un shock séptico en el parto a raíz de una inflamación del útero, período posparto esto ocurre como consecuencia de la infección del cuello del útero (Narez, 2013).

Es un síndrome caracterizado por un riego sanguíneo inadecuado para los órganos vitales y la incapacidad por parte de las células corporales para metabolizar normalmente las sustancias nutritivas de la paciente gestante (Martínez, 2010).

5. Fisiopatología

El shock séptico es un síndrome que aparece debido a la proliferación de microorganismos gram negativos y gram positivos, en el primero de los casos el factor predominante es una endotoxina compuesta por lipopolisacáridos que se adhieren a la pared celular de la bacteria Gram negativa, entre los principales gérmenes se encuentran la *Escherichia Coli*, *Klebsiella Pneumoniae*, *Enterobacter*, *Proteus* y en menor frecuencia la *Pseudomona Aeruginosa*. En segundo lugar, el shock séptico resulta de la acción de una exotoxina producida por el *Clostridium Welchii* que actúa de manera anaeróbica. La paciente gestante tiene una mayor predisposición para el shock séptico evidenciándose con mayor frecuencia en pacientes que cursan con aborto séptico, infección puerperal, pielonefritis, ruptura prematura de membranas, entre otros. (Yancha, 2018).

En general, la fisiopatología del shock séptico es compleja y está determinada no sólo por la virulencia del organismo ofensor, sino también por un número de factores del huésped, incluyendo la edad, los factores genéticos y el sitio de la infección. Existen adaptaciones fisiológicas que ocurren durante el embarazo en los sistemas del organismo materno, ya que estas deben ser comprendidas para poder realizar un manejo adecuado de la paciente obstétrica con sepsis, estas son:

- El sistema inmune: El embarazo está asociado a un estado de debilidad inmunológica, y por lo tanto de susceptibilidad incrementada a las enfermedades infecciosas. Una característica fundamental del sistema inmunológico es proteger al huésped de patógenos. Durante el embarazo normal la decidua humana contiene un número elevado de células inmunológicas como los macrófagos, células asesinas naturales (NK) y células T reguladoras (Treg). En consecuencia, la presencia de células

inmunológicas en el sitio de implantación, no está asociada a una respuesta de “cuerpo extraño” (el feto), por el contrario, han sido atraídas para facilitar y proteger el embarazo. Por lo tanto, el sistema inmune en el sitio de implantación no está suprimido, está activo, funcional y cuidadosamente controlado.

- Sistema cardiovascular: Es probablemente uno de los sistemas, en el cual ocurren los cambios fisiológicos más profundos en el embarazo. La sepsis puede simular los cambios cardiovasculares fisiológicos que ocurren en el embarazo, manifestados inicialmente por vasodilatación periférica, incremento de la frecuencia cardíaca y del gasto cardíaco.

- Sistema hematológico: En el embarazo el sistema hematológico cambia, con el objetivo de cumplir las demandas del feto en desarrollo y la placenta. Varios cambios hematológicos deben ser tomados en cuenta cuando se evalúa a la paciente embarazada críticamente enferma. La trombocitopenia y la coagulopatía de consumo, se asocian comúnmente a la sepsis severa. Estos cambios pueden promover la formación de fibrina intravascular durante la sepsis y contribuir a la patogénesis de la coagulación intravascular diseminada y al síndrome de disfunción orgánica múltiple

- Sistema respiratorio: El tracto respiratorio experimenta muchos cambios, mediados inicialmente por el sistema endocrino y más tarde por el útero en crecimiento. La sepsis en el embarazo puede inducir lesión pulmonar aguda. La presión y la permeabilidad incrementada en la microvasculatura pulmonar, y la liberación de mediadores inflamatorios, pueden promover la acumulación de agua extravascular en los pulmones durante la sepsis.

- Sistema urinario: Experimenta cambios funcionales y estructurales. Los riñones aumentan su longitud, como resultado del incremento en el volumen sanguíneo, de la misma manera las pélvices renales, los cálices y los uréteres aumentan su tamaño en respuesta a los crecientes niveles de progesterona. El útero en crecimiento contribuye a la hidronefrosis leve a moderada que se observa durante el embarazo y que ocasiona éxtasis urinaria y predisposición a las infecciones urinaria y predisposición a las infecciones (Mejía, 2013).

El shock séptico corresponde a un tipo de choque en el cual una mala distribución del flujo sanguíneo es el mecanismo primario de la falla circulatoria; en esta situación, algunos tejidos del organismo pueden estar perfundidas en exceso mientras que otros están deprivados del flujo sanguíneo. Los cambios hemodinámicos iniciales en la sepsis consisten en una disminución de la resistencia vascular periférica y del retorno venoso, cambios que conducen a un atrapamiento de sangre en el lecho capilar y a la salida de plasma. El gasto cardiaco puede estar reducido inicialmente por el atrapamiento de sangre a nivel periférico, pero el aporte de líquidos parenterales rápidamente corrige esta disminución, siendo el gasto posteriormente normal o incluso aumentado.

Estos efectos celulares culminan en falla orgánica múltiple, muerte materna o término del embarazo, se deben a la respuesta inmune de la mujer embarazada, la cual tolera los aloantígenos fetales para prevenir el rechazo al feto, pero dicho mecanismo se rompe debido a los mediadores proinflamatorios, los cuales conducen a una respuesta inflamatoria sistémica y posteriormente a la pérdida del embarazo (Joseph, 2009).

6. Etiología

SEGÚN EL TEXTO

Según se considera como factores de riesgo como primer desencadenante a la sepsis obstétrica a:

- Corioamnionitis
- Endometritis
- infecciones de la herida quirúrgica
- Aborto séptico o infección del tracto urinario
- Ruptura prolongada de membranas
- Embarazos múltiples
- Cesárea
- Cerclaje vesical
- (MSP, 2016).

EN EL PACIENTE

Antecedentes personales:

Infección de vías urinarias e infecciones vaginales durante el segundo trimestre de embarazo, tratadas con antibioticoterapia

- *Antecedentes gineco-obstétricos:*

Menarquia: 10 años, Gestas: 5 Partos:0,

Cesáreas:1

- Abortos:4

- Hijos vivos:0, Hijos muertos :1

- Inicio de vida sexual: 15 años

- Número de parejas sexuales:3

- Papanicolaou: 1 hace aproximadamente 1 año con reporte normal.

6.1 Cuadro clínico

<i>SEGÚN EL TEXTO</i>	<i>EN EL PACIENTE</i>
<p>El shock séptico inicia cuando una infección provoca una hipotensión arterial peligrosa, esta afección puede producirse por cualquier tipo de bacteria. El cuerpo de la mujer gestante responde de manera inflamatoria a las toxinas, lo que puede provocar daño multifactorial de los órganos) (Torres, 2012).</p>	<p>En la paciente se pudo identificar el cuadro clínico de la patología descrita que hace referencia una infección generalizada.</p>
<p>SIGNOS Y SINTOMAS</p> <ul style="list-style-type: none">- Fiebre (superior a 38.0°C).- Taquicardia a superior a 110 latidos/min.- Diaforesis- Náuseas y vómitos- Hipotensión- Anuria u oliguria- Dolor- Estado mental alterado (confusión, disminución del estado de alerta).<ul style="list-style-type: none">▪ (Moreno, 2023)	<ul style="list-style-type: none">- Paciente se encuentra álgica y se puede observar las siguientes constantes vitales: TA: 100/55 mmHg FC: 125 lpm FR:21rpm T: 38.9 °C Scoremama:5.- Eliminación de líquido transvaginal, presencia de secreción vaginal e hipertermia.- Además, su estado mental intranquila e irritable al manejo, al momento de ser evaluada en el examen físico.

6.2 Métodos de diagnóstico

SEGÚN EL TEXTO

EN EL PACIENTE

Biometría hemática

Se analiza los componentes de la sangre como glóbulos rojos, glóbulos blancos, plaquetas, hemoglobina y hematocritos

- Hemograma: leucopenia, neutropenia y trombopenia son hallazgos de mal pronóstico.
- Bioquímica: glucemia (hipo e hiperglucemia son indicadores de mal pronóstico), iones, función renal, bilirrubina total y transaminasas
- PCR, PCT.
- EAB: lo más habitual acidosis metabólica.
- Lactato sérico: > 4 mmol/l es un indicador de progresión a disfunción orgánica.
- Pruebas microbiológicas:
- HEMOCULTIVO

Orina:

- Tira, sistemático
- Pruebas microbiológicas:
- UROCULTIVO, antigenuria neumococo, legionella

(Estrada, 2013)

Química sanguínea

- Hb: 12.8
- Hto: 39.0
- Gb: 14.000 mm³.
- Gr: 4,3
- PCR: 6.3
- Plaquetas: 279.0
- Neutrófilos: 85.8
-

Examen de Secreción Vaginal:

- Células epiteliales: abundantes
- Ph: 5
- Bacterias: +++
- Leucocitos: 8/campo
- Parásitos: negativo
- Test de aminas: negativo
- Cristalografía: Positiva

7. Tratamiento farmacológico

Fármacos utilizados en el tratamiento del paciente

Ampicilina sólido parenteral 1000mg



AMPICILINA SOLIDO PARENTERAL 1000MG

Nombre Genérico	– Ampicilina
Nombre Comercial	– Gobemicina
Presentación y dilución	– Tabletas, cápsulas, suspensión oral, inyecciones para uso intramuscular (I.M.) o intravenoso (I.V.). – La ampicilina se diluye en 5 ml/kg de cloruro de sodio al 0,9% o de glucosa al 5%
Grupo	– Penicilinas
Mecanismo de acción	– Actúa inhibiendo la síntesis de la pared celular bacteriana. Posee un amplio espectro antimicrobiano frente a bacterias grampositivas, gramnegativas (Villa L, 2020).
Vía de administración	– Vía intramuscular e intravenosa.
Dosis	– Adultos 500 mg cada 6 horas.
Indicaciones	– Infecciones del tracto respiratorio superior y ORL: faringitis bacteriana y sinusitis. – Endocarditis bacteriana. – Infecciones del tracto genitourinario, incluyendo gonorrea.
Contraindicaciones	– Pacientes alérgicos a las penicilinas o cefalosporinas – En pacientes con antecedentes de enfermedades alérgicas (asma, eccema, fiebre del heno).
Efectos adversos	– Frecuentes: náusea, vómito, diarrea
Metabolismo	– La ampicilina cruza la barrera placentaria. Se metabolizan en forma parcial en el hígado y se eliminan en la orina.
Cuidados de enfermería	– Debe administrarse de inmediato tras su reconstitución con el diluyente. – Posee baja toxicidad, se aconseja que durante los tratamientos prolongados se evalúe periódicamente las funciones renales hepáticas. (Goodman, 2015).

Clindamicina



CLINDAMICINA

Nombre Genérico	– Clindamicina
Nombre Comercial	– Dalacin
Presentación y dilución	– La presentación de la clindamicina es en cápsula y solución (líquido). Se diluye en 5 ml/kg de cloruro de sodio al 0,9% o de glucosa al 5%
Grupo	– Antibióticos de lincomicina.
Mecanismo de acción	– Inhibe la síntesis proteica bacteriana a nivel de la subunidad 50S ribosomal y evita formación de uniones peptídicas. (Vidal Vademecum, 2018)
Vía de administración	– Intramuscular, Intravenosa, Vía oral, Vía tópica
Dosis	– La dosis recomendada en adultos es de 600 a 1.800 mg al día divididos en 2, 3 o 4 dosis iguales en función de la gravedad, del lugar de la infección y de la sensibilidad del microorganismo.
Indicaciones	– Vaginosis bacteriana. – Enfermedad inflamatoria pélvica. – Encefalitis toxoplásmica en pacientes con infección por VIH.
Contraindicaciones	– La clindamicina está contraindicada en pacientes que han padecido reacciones alérgicas a ella, y debe usarse con precaución en aquellos que tienen antecedentes de enteritis regional, no utilizar en meningitis
Efectos adversos	– Diarrea, anorexia, náuseas, vómitos, flatulencia, distensión abdominal, trastorno del gusto.
Metabolismo	– Clindamicina sufre un metabolismo significativo mayoritariamente en el hígado. Aproximadamente el 10% - 20% del fármaco activo se excreta en orina y aproximadamente, el 4% se excreta en heces (Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios, 2021).
Cuidados de enfermería	– No aplicar más de 600 mg en un solo sitio IM y no más de 1.2 g en una sola infusión de 1 h. – La velocidad de infusión IV no debe exceder 30 mg/min.

(Goodman, 2015)

Furosemida líquida parenteral 10mg



FUROSEMIDA LIQUIDA PARENTERAL 10MG

Nombre Genérico	– Furosemida
Nombre Comercial	– Seguril
Presentación y dilución	– Pastillas de 20 mg forma líquida – su dilución en un volumen de entre 50 a 250 ml de suero fisiológico o glucosado al 5%.
Grupo	– Grupo de las sulfonamidas.
Mecanismo de acción	– Bloquea el sistema de transporte $\text{Na}^+ \text{K}^+ \text{Cl}^-$ en la rama ascendente del asa de Henle, aumentando la excreción de Na, K, Ca y Mg. (IQB, 2010)
Vía de administración	– Vía oral IV e IM
Dosis	– 1 mg/kg de peso corporal hasta una dosis diaria máxima de 20 mg de furosemida
Indicaciones	– La furosemida se utiliza para tratar el edema causado por varios problemas médicos, incluyendo el corazón, el riñón y enfermedades del hígado.
Contraindicaciones	– Está contraindicada cuando existe un desequilibrio electrolítico tales como hiponatremia, hipocalcemia e hipocloremia.
Efectos adversos	– Micción frecuente – Visión borrosa – Dolor de cabeza – Estreñimiento
Metabolismo	– Se metaboliza en el hígado eliminándose mediante la orina (IQB,2010)
Cuidados de enfermería	– Administrar el medicamento con alientos – Proteger de la luz si se administra sin diluir. – La administración lenta previene la ototoxicidad. (Goodman, 2015).

Ceftriaxona solido parenteral 1000mg(1amp)

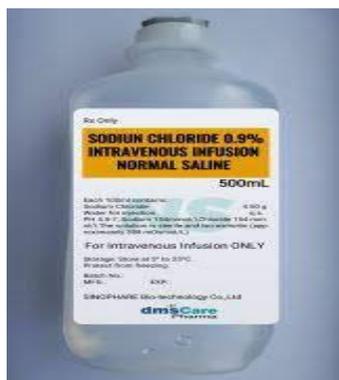


CEFTRIAXONA SOLIDO PARENTERAL 1000MG(1amp)

Nombre Genérico	– Ceftriaxona
Nombre Comercial	– Cefaxona
Presentación y dilución	– Frasco ampolla – Para la administración intravenosa se disuelve el contenido del vial en 10 ml de disolvente de la ampolla que lo acompaña (10 ml de agua para preparaciones inyectables).
Grupo	– Cefalosporinas
Mecanismo de acción	– La ceftriaxona inhibe la síntesis de la pared celular bacteriana tras su unión a las proteínas fijadoras de penicilina.
Vía de administración	Via intramuscular e intravenoso
Dosis	– Adultos y niños mayores de 12 años y niños de ≥ 50 kg: 1-2 g de ceftriaxona administrados una sola vez al día (cada 24 horas). En casos graves o en infecciones causadas por microorganismos moderadamente sensibles, la dosis puede incrementarse hasta un máximo de 4 g una sola vez al día.
Indicaciones	– Infecciones complicadas del tracto urinario (incluyendo pielonefritis) – Infecciones del tracto genital (incluyendo la enfermedad gonocócica) – Meningitis bacteriana
Contraindicaciones	– Recién nacidos a término (hasta 28 días de edad). – Recién nacidos prematuros hasta la edad corregida de 41 semanas (semanas de gestación + semanas de vida).
Efectos adversos	– En recién nacidos a término (edad < 28 días) que habían sido tratados con ceftriaxona intravenosa y calcio. Se han observado precipitados de sales de ceftriaxona-calcio post-mortem en pulmones y riñones.
Metabolismo	– Ceftriaxona no se metaboliza sistemáticamente, únicamente la flora intestinal la transforma en metabolitos inactivos.(Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios 2023).
Cuidados de enfermería	– No mezclar o administrar ceftriaxona con soluciones que contienen calcio incluso por diferentes vías de infusión. – Limpiar la vía de forma meticulosa si se usa secuencialmente.

(Goodman, 2015).

Cloruro de sodio al 0.9%



CLORURO DE SODIO AL 0.9%	
Nombre Genérico	– Sodio cloruro
Nombre Comercial	– Cloruro de sodio al 0.9%
Presentación y dilución	– Solución para infusión IV – Frasco de PP con 500 mL.
Grupo	– Soluciones electrolíticas
Mecanismo de acción	– Controla la distribución del agua en el organismo y mantiene el equilibrio de líquidos (Medicamentos y Productos Sanitarios, 2019).
Vía de administración	– Vía intravenosa.
Dosis	– Se recomienda la administración gota a gota de 120- 180 ml/hora, a una velocidad de 40-60 gotas/minuto.
Indicaciones	– Está indicada para el reemplazo de líquidos extracelulares. – En el mantenimiento de la alcalosis metabólica en presencia de la pérdida de fluidos y de sodio. – Para el tratamiento inicial en cualquier hipovolemia.
Contraindicaciones	– Hipernatremia o retención de líquido. – Insuficiencia renal severa. – Hipertensión intracraneana. – Enfermedad cardiopulmonar – Insuficiencia cardiaca congestiva – Cirrosis hepática.
Efectos adversos	– Sed, reducción de la salivación, lagrimeo, fiebre, taquicardia, hipertensión, cefalea, mareos, agitación, irritabilidad y debilidad.
Metabolismo	– Se excreta principalmente por el riñón y se elimina en pequeñas cantidades a través de las heces y el sudor. La glucosa facilita la absorción del sodio en el aparato digestivo (Eyzaguirre, F. & de Castro, F., 2010).
Cuidado de enfermería	– Terapia de rehidratación en casos de diarrea aguda. – Reposición de electrolitos (sodio y cloruro). (Goodman, 2015).

Gentamicina líquida parenteral 160mg



GENTAMICINA LIQUIDA PARENTERAL 160MG

Nombre Genérico	– Gentamicina
Nombre Comercial	– Genta Gobens.
Presentación y dilución	– Inyección se diluye en 5 ml/kg de cloruro de sodio al 0,9% o de glucosa al 5%.
Grupo	– Antibióticos Aminoglucósidos.
Mecanismo de acción	– Bactericida. Penetra en la bacteria y se une a las subunidades ribosomales 30S y 50S inhibiendo la síntesis proteica.
Vía de administración	– Via IM e IV
Dosis	– Adultos: 3 mg/kg/día en 2 o 3 inyecciones
Indicaciones	– Septicemia (incluyendo bacteriemia y sepsis neonatal); infecciones de la piel y tejidos blandos (incluyendo quemaduras); infecciones de las vías respiratorias incluyendo pacientes con fibrosis quística
Contraindicaciones	– Hipersensibilidad a aminoglucósidos. No debe administrarse simultáneamente con productos neuro o nefrotóxicos ni con potentes diuréticos.
Efectos adversos	– Mareos, ataxia, vértigo, tinnitus, zumbido de oídos; neurotoxicidad-bloqueo neuromuscular: parálisis muscular aguda y apnea, entumecimiento, hormigueo.
Metabolismo	– La transformación metabólica en el hígado es mínima o nula, el medicamento se excreta principalmente por filtración glomerular (IQB,2010).
Cuidado de enfermería	– Observar la dosis prescrita – Diluir adecuadamente para evitar flebitis (Goodman, 2015).

Metronidazol liquido parenteral 5mg



<i>METRONIDAZOL LIQUIDO PARENTERAL 5MG</i>	
Nombre Genérico	– Metronidazol
Nombre Comercial	– Flagyl
Presentación y dilución	– Tableta, cápsula y solución inyectable puede diluirse antes de su administración, añadiendo el medicamento a una solución .
Grupo	– Antibacterianos
Mecanismo de acción	– Actúa alterando el ADN e impidiendo su síntesis. METRONIDAZOL actúa tanto sobre células en reposo como en su división. (UNAM, s.f.)
Vía de administración	– Vía intravenoso
Dosis	– 7.5 mg/kg I.V., administrados durante una hora cada 6 horas.
Indicaciones	<ul style="list-style-type: none"> – Infecciones en el tracto gastrointestinal y el área abdominal. – Infecciones ginecológicas (como endometritis después de una histerectomía o cesárea, infección puerperal, aborto séptico)
Contraindicaciones	– El metronidazol está contraindicado en pacientes con hipersensibilidad conocida a este antibiótico o a otros derivados nitroimidazólicos, así como a cualquiera de los excipientes.
Efectos adversos	– Náuseas, sensaciones anormales del gusto y riesgo de neuropatía en caso de tratamiento a largo plazo.
Metabolismo	– El metronidazol se metaboliza en el hígado. (MPS A. E., s.f.).
Cuidado de enfermería	<ul style="list-style-type: none"> – IV: se administras por infusión intravenosa, a razón de 5 ml/min. – Sensible a la luz: el metronidazol es sensible a la luz , solo se extraerá la sobreenvoltura de la bolsa inmediatamente antes de su administracion. La bolsa interior mantiene la esterilidad de la solución.

(Goodman, 2015).

Ranitidina liquido parenteral 25mg/ml



RANITIDINA LIQUIDO PARENTERAL 25MG/ML

Nombre Genérico	– Ranitidina
Nombre Comercial	– Zantac
Presentación y dilución	– Solución inyectable, diluir con suero fisiológico al 0,9% o suero glucosado al 5% a una concentración de 0,5 mg/ml, máximo 2,5 mg/ml.
Grupo	– Antiulcerosos: antagonistas del receptor H ₂ ,
Mecanismo de acción	– Antagoniza los receptores H ₂ de la histamina de las células parietales del estómago. – https://accessmedicina.mhmedical.com › data › Vidal
Vía de administración	– Intravenosa
Dosis	– Dosis de 25 mg. Vía intravenosa: Inyección intravenosa lenta (por lo menos 2 minutos) cada 6 - 8 horas, o infusión intravenosa a razón de 25 mg/hora durante 2 horas
Indicaciones	– En el preoperatorio, en pacientes con riesgo de síndrome de aspiración ácida (Síndrome de Mendelson), especialmente pacientes obstétricas durante el parto.
Contraindicaciones	– Hipersensibilidad al principio activo o a alguno de los excipientes.
Efectos adversos	– Cambios en el recuento sanguíneo como leucopenia y trombocitopenia (normalmente reversibles).
Metabolismo	– La Ranitidina se metaboliza en el hígado dando lugar a 3 metabolitos. (Ranitidina en vademecum, s.f.)
Cuidados de enfermería	– Evaluar las reacciones adversas, especialmente la hipotension y las arritmias. – Vigilar periódicamente las pruebas de laboratorio, como el hemograma completo y los estudios renales y hepáticos

Paracetamol liquido parenteral 10mg



PARACETAMOL LIQUIDO PARENTERAL 10MG

Nombre Genérico	- Paracetamol
Nombre Comercial	- Tylenol
Presentación y dilución	- Solución para perfusión - Puede diluirse en una solución de cloruro sódico 9 mg/ml (0,9%)
Grupo	- Analgésicos y Antipiréticos.
Mecanismo de acción	- Inhibe la síntesis de prostaglandinas en el SNC y bloquea la generación del impulso doloroso a nivel periférico. Actúa sobre el centro hipotalámico regulador de la temperatura (Vademecum, V., 2022)
Vía de administración	- IV
Dosis	- IV (perfus. de 15 min): dosis según peso del paciente:
Indicaciones	- IV: dolor moderado y fiebre, a corto plazo, cuando existe necesidad urgente o no son posibles otras vías.
Contraindicaciones	- Hipersensibilidad a paracetamol
Efectos adversos	- Hipotensión, hepatotoxicidad, erupción cutánea
Metabolismo	- Se metaboliza principalmente en el hígado (MPS A. E., s.f.) - Tener cuidado con la dosis para evitar intoxicación.
Cuidado de enfermería	- Verificar el historial clínico del paciente, antecedentes de enfermedad hepática y renal.

(Goodman, 2015).

8. Procedimientos a realizar

Según el Ministerio de Salud Pública, las claves obstétricas son un sistema de “roles y funciones” que permiten la comunicación efectiva y el trabajo coordinado. El sistema de respuesta rápida o claves obstétricas, están conformados por profesionales de la salud capacitados en estas claves que buscan prevenir la muerte materna. Se conocen 3 claves obstétricas, en función de las 3 principales causas de mortalidad materna en el Ecuador y a nivel Internacional.

8.1 Clave amarilla (manejo de shock séptico)

8.1.1. Monitorización de signos vitales

Nos permite medir y monitorizar de manera continua y en tiempo real una serie de signos vitales como: frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, temperatura corporal, presión arterial y la saturación de oxígeno en la sangre.

8.1.2. Valoración del Score Mama

Es una herramienta de puntuación que nos sirve para evaluar y analizar los factores de riesgo, bienestar materno-fetal y signos de alarma.

8.1.3. Evaluar estado de conciencia según la escala de Glasgow

La escala de Glasgow nos sirve para evaluar el estado de conciencia de la paciente en el cual se valora tres parámetros: verbal, ocular y motora.

8.1.4. Canalización de 2 vía venosas periféricas con catéter N° 16 o N°18.

Una se utiliza para la administración de líquidos y medicamentos, y la segunda para la transfusión sanguínea.

8.1.5 Toma de muestras sanguíneas para análisis de laboratorio (usar tubo tapa roja, lila y celeste)

- Biometría hemática (tubo tapa lila) es una prueba que mide la composición de la sangre: Glóbulos Rojos, Glóbulos Blancos y Plaquetas

-Química sanguínea(tapa roja) examinar los elementos como la glucosa, urea, creatinina.

-Tiempos de coagulación sanguínea (tapa celeste) evalúa tiempo parcial de tromboplastina

8.1.6 Oxigenoterapia con mascarilla a 5 litros/minuto

Proporciona la mayor concentración de oxígeno dentro de los sistemas de bajo flujo.

8.1.7 Colocación de sonda vesical

Sirve para ayudar a drenar la vejiga y expulsar la orina que se almacena en ella

8.1.8 Administración de medicamentos prescritos

Iniciar tratamiento empírico de 1 o más antibióticos que tengan efectividad contra todos los patógenos, bacterias, hongos y virus acorde al protocolo de sepsis tomando en cuenta:

8.1.9 Antibiótico de amplio espectro

- Ampicilina/sulbactam 1,5 a 3,0 gr. IV cada 6 horas + Clindamicina 600 mg IV cada 6 horas.
- Ceftriaxona 1 gr IV cada 12 horas + Metronidazol 500 mg IV cada 8 horas
- Piperacilina Tazobactam 4.5 g IV cada 6 horas.
- Gentamicina 3-5 mg/kg

9. Proceso de atención de enfermería

Tabla 13

<i>DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE</i>		
Nombres y Apellidos:	NN	Nº de cama: 10
Edad:	28 años	Sexo: Femenino
Lugar de procedencia:	LOJA/PALTAS/CATACocha	Escolaridad: Bachillerato
<u>Datos de enfermedad actual</u>		
Fecha de ingreso:	2023//17 Eliminación de líquido transvaginal	
Motivo de Ingreso:		
<i>Diagnóstico médico:</i>		
-Shock séptico en paciente gestante O08.0		
-Ruptura prematura de membranas O42		
-Infecciones del tracto genital O23.5		
-Oligohidramnios O41.0		
Constantes vitales: TA: 100/ 55 mmHg FC: 125 lpm FR:21rpm T: 38,9 °C STO2: 95%. Score mama:5.		
<u>Antecedentes de salud</u>		
Enfermedades Previas: infección de vías urinarias e infecciones vaginales a repetición durante el segundo trimestre de embarazo.		
Intervenciones Quirúrgicas previas: Presencia de clavo de kirchhner intramedular en miembro inferior derecho.		
Alergias: No refiere		
Medicación en domicilio: No refiere		
Antecedentes familiares: Padre y madre con hipertensión arterial en tratamiento.		

VALORACIÓN DE ENFERMERÍA DE ACUERDO A LOS PATRONES ALTERADOS

Dominio 1: Promoción de la salud

- Determinar las percepciones sobre la salud, el manejo y las acciones que realiza para mantener la salud
 - Alergias: No refiere
 - Antecedentes patológicos personales: Cursa embarazo con infección de vías urinarias en el segundo trimestre e infección vaginal con tratamiento.
 - Antecedentes quirúrgicos: Presencia de clavo en miembro inferior derecho
 - Antecedentes Familiares: Padre y madre con hipertensión arterial en tratamiento.
-

Patrón 6: Cognitivo-Perceptivo

- Nivel de consciencia y orientación.
 - Si tiene alteraciones de la conducta, irritabilidad, intranquilidad o agitación.
 - Al momento de la inspección general se observa paciente algica, intranquila e irritable.
-

Patrón 9: Sexualidad y Reproducción

- Se valora menarquía y todo lo relacionado con ciclo menstrual.
 - Embarazos, abortos, problemas relacionados con la reproducción.
 - Existen problemas en la etapa reproductiva de la mujer.
 - Menarquia: 10 años, ciclos menstruales regulares con duración de 4 días.
 - Gestas: 5 Partos:0 Cesáreas:1,
 - Abortos:4. , Hijos vivos:0, Hijos muertos :1;
 - Inicio de vida sexual: 15 años
 - Número de parejas sexuales:3.
 - Alteraciones hormonales y orgánicas que impiden la evolución satisfactoria del embarazo.
-

Tabla 14

ESTABLECIMIENTO	SERVICIO	PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA N.º 2				
ISUB	Hospitalización	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTE GESTANTE CON SHOCK SÉPTICO				
DIAGNÓSTICO ENFERMERO (NANDA)		CLASIFICACIÓN DE LOS RESULTADOS DE ENFERMERÍA (NOC)				
		RESULTADO (S):	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN INICIAL	PUNTUACIÓN ALCANZADA
OMINIO: 11 Seguridad / Protección CLASE: I Infección CÓDIGO: 00004 DEFINICIÓN: susceptible a una invasión y multiplicación de organismos patógenos que pueden comprometer la salud. DIAGNÓSTICO ENFERMERO:		DOMINIO: II Salud Fisiologica CLASE: H Respuesta Inmune CÓDIGO: 0703- Severidad de la infección DEFINICIÓN: Gravedad de los signos y síntomas de infección. RESULTADO: Mantener: a 1 Aumentar: a 4	1.- 070306 Piuria	1. desviación grave del rango normal.	1	4
			2.- 070330 Inestabilidad de la temperatura	2. desviación sustancial del rango normal	1	4
			3.- 070334 Hipersensibilidad	3. desviación moderada del rango normal	1	4
			4.- 070309 Síntomas gastrointestinales	4. desviación leve del rango normal	1	4
			5.- 070329 Hipotermia	5. sin desviación del rango normal	1	4

CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)

INTERVENCIÓN INDEPENDIENTE:

CLASE:

CAMPO

2.Fisiológico: complejo

ACTIVIDADES

FUNDAMENTO CIENTÍFICO

- Vigilar la respuesta del paciente a la medicación.
- Evaluar el nivel de consciencia.
- Monitorizar los signos vitales
- Proporcionar el nivel de supervisión/vigilancia adecuado para controlar al paciente y permitir las acciones terapéuticas, según sea necesario.
- Garantizar una manipulación aséptica de todas las vías i.v
- Asegurar una técnica de cuidados de heridas adecuada.

- Es importante vigilar la respuesta del paciente a la medicación porque la eficacia de los medicamentos puede variar dependiendo de muchos factores, incluyendo la condición del paciente, la enfermedad tratada y los demás medicamentos que está tomando. Además, la respuesta del paciente a un medicamento puede cambiar con el tiempo, por lo que es necesario hacer seguimiento y ajustar la dosis.
- Es importante evaluar el estado de conciencia de un paciente en enfermería porque es una forma de detectar un deterioro en su estado general. Si el estado de conciencia del paciente se reduce o cambia, puede ser una señal de que hay algo mal y que es necesario hacer cambios en el tratamiento o investigar más profundamente.
- La monitorización de signos vitales es importante porque:
 - Se pueden detectar cambios en el estado de salud del paciente.
 - Se va a determinar la gravedad de una condición en curso.
 - Se pueden detectar los efectos de los medicamentos .
 - Se pueden detectar posibles complicaciones.
 - Se puede determinar el progreso del paciente.
- Es importante porque permite monitorear su estado de salud y responder rápidamente si hay cambios en su condición. Además proporcionar un nivel adecuado de supervisión y vigilancia es importante para:
 - Ayudar a prevenir complicaciones potenciales.
 - Detectar síntomas tempranos y tratarlos de forma oportuna.
 - Mejorar la calidad del cuidado y la satisfacción del paciente.
 - Reducir los costos de atención médica.
- Una manipulación aséptica de las vías es importante porque: reduce la posibilidad de infección del sitio de la vía, lo que puede causar una complicación seria en el paciente, va ayudar a minimizar el dolor y la molestia para el paciente. También ayudará a asegurar un tratamiento seguro y efectivo, mejorando la recuperación del paciente.
- La técnica de cuidados de heridas adecuada es importante ya que va ayudar a prevenir la infección y el deterioro de la herida. Reduce la posibilidad de complicaciones crónicas, tales como la formación de cicatrices dolorosas o deformes y mejorar la calidad de vida del paciente y su recuperación general.

10. Resultados

La realización de esta investigación fue motivada por el número de mujeres embarazadas que presentaron shock séptico, sobre todo en pacientes multíparas, con abortos en repetición y la falta de controles prenatales. Se considera que una de las causas más relevantes es la infección del tracto urinario, que pone en peligro la vida de la paciente, causando una respuesta inflamatoria.

Estos resultados también están enfocados en establecer los cuidados necesarios para las mujeres gestantes en post parto y periodo posaborto para lo cual como personal de enfermería contribuye a la recuperación y al confort de nuestra paciente.

Y finalmente en nuestro presente estudio, se logró la estabilidad hemodinámica de nuestra paciente, gracias a los cuidados de enfermería como son la monitorización de signos vitales, administración de medicamentos de amplio espectro según el protocolo de la clave amarilla, la misma que da las pautas en orden para el manejo inmediato de shock séptico.

11. Discusión

El presente caso desde su ingreso al hospital mostró datos clínicos concordantes a los ya descritos por diversos autores como choque séptico, en un inicio tuvo disfunción termorreguladora (hipertermia), disfunción cardiovascular (taquicardia e hipotensión), disfunción respiratoria (Lomelí, 2013).

Según (Galvis, 2023) en su caso de estudio los síntomas urinarios y análisis, como leucocituria, hematuria y bacteriuria, nos indican como primera posibilidad diagnóstica sepsis de foco urinario, además de esto, dentro de los hallazgos clínicos no se logra identificar otro foco infeccioso que explique su rápido deterioro. Mientras que en nuestro estudio se puede identificar que el cuadro clínico y en los análisis de nuestra paciente fue la principal causa de infección urinaria el cual desató el shock séptico.

Según en su estudio o en su caso menciona que los principales puntos de discusión son las sepsis obstétricas que sufren las pacientes durante su etapa de embarazo, el tratamiento consiste en la oxigenoterapia, antibioticoterapia, manejo del bienestar fetal evitando los abortos y partos prematuros, en contexto el presente caso se relaciona con el nuestro ya que existe una alta similitud con respecto al tratamiento aplicado en nuestra paciente

Existe evidencia los estudios de revistas publicadas donde indica que los cambios fisiológicos estructurales e inmunológicos están relacionadas con el embarazo incrementando la vulnerabilidad de desarrollar diferentes infecciones durante la etapa de gestación dentro de ellas la infección del tracto genitourinario y otras infecciones que no son reproductivas y por ende no son recurrentes. Durante el embarazo de nuestra paciente algunas infecciones sistémicas fueron recurrentes y se produjeron con mayor frecuencia las mismas que llegaron a ser muy graves para la salud de ella y llegó a ocasionar la muerte fetal (Mera, 2022).

12. Conclusiones

En la presente investigación de nuestro caso clínico de shock séptico, constituye a una de las principales causas de mortalidad obstétrica tanto en países en vía de desarrollo como países desarrollados. La identificación de factores de riesgo en el embarazo permite optimizar su viabilidad mediante el correcto manejo de comorbilidades, por ello es indispensable promover el control prenatal adecuado, el monitoreo de asistencia regular, y la intervención oportuna de características que pongan en riesgo la salud del binomio madre e hijo.

Las intervenciones dependientes e independientes de enfermería realizadas dieron respuesta a las necesidades identificadas en la paciente, mediante valoración clínica basada en el análisis de los patrones funcionales de Marjorie Gordon.

13. Referencias bibliográficas

- Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (2021). Clindamicina Qualigen. Recuperado en enero 25, 2024, de https://cima.aemps.es/cima/pdfs/es/ft/81568/FT_81568.pdf
- Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (2023). Ceftriaxona NORMON. Recuperado en enero 25, 2024, de https://cima.aemps.es/cima/dochtml/ft/62635/FT_62635.html#:~:text=Ceftriaxona%20no%20se%20metaboliza%20sistem%C3%A1ticamente,bilis%2C%20tambi%C3%A9n%20forma%20inalterad
- Angarita, J. S., & Morán, A. L. (2019). Factores de riesgo y complicaciones de la infección de vías urinarias durante el embarazo. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, 42(4), 261-268.
- Arias, I. N., & Cañadas, y. F. O. (n.d.). 14.3. SEPSIS Y SHOCK SÉPTICO EN OBSTETRICIA. Hospitalregionaldemalaga.Es. Retrieved January 25, 2024, from <http://www.hospitalregionaldemalaga.es/LinkClick.aspx?fileticket=WDrwOXWafS4%3D&tabid=1116>
- Chimborazo Chimborazo, G. A. (2023). Manejo de sepsis y shock séptico en pacientes obstetricas en la unidad de cuidados intensivos (Master's thesis).
- Chiscano, L., Plata E., Ruiz J., & Ferrer, R. (2022). Fisiopatología del shock séptico. *Medicina intensiva*, 46, 1–13. <https://doi.org/10.1016/j.medin.2022.03.017>
- embarazo. *Perinatología y reproducción humana*, 27(4), 7
- Evans R, Fernández-Pérez, Salman S, Pendem S, Farmer C. Sepsis during pregnancy. *Crit Care Med*. 2005; 33: 318-25. [Links]
- Eyzaguirre, F. M., & de Castro, F. A. (2010). *Vademécum II de aguas mineromedicinales españolas*. Editorial Complutense.
- IQB (2010). FUROSEMIDA EN VADEMECUM. Recuperada en 25, 2024, de <https://www.iqb.es/cbasicas/farma/farma04/f062.htm>
- Joseph J, Sinha A, Paech M, Walters B. Sepsis in pregnancy and early goal-directed therapy. *Obstet Med*. 2009; 2: 93-9. [Links]

- Medicamentos y Productos Sanitarios, A. E. (2019). PROSPECTO CLORURO DE SODIO PHYSAN 0,9% SOLUCION PARA PERFUSION. Recuperado en 25, 2024, de https://cima.aemps.es/cima/dochtml/p/67698/P_67698.html
- Medicamentos y Productos Sanitarios, A. E. (s.f.).CIMA: ficha técnica metronidazol b.braun 5 mg/ml solución para perfusión. Aemps.es. Recuperado el 15, 2024, de https://cima.aemps.es/cima/dochtml/ft/59662/FichaTecnica_59662.html
- Mejía-Gómez, L. (2014). Fisiopatología choque hemorrágico. *Revista Mexicana Anestesiología*, 70-6.
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2016). Score Mamá, Claves y D.E.R. obstétricos. Gerencia Institucional de Implementación de Disminución Mortalidad Materna. <https://enlace.17d07.mspz9.gob.ec/biblioteca/prov/guias/guias/Score%20mam%C3%A1,%20claves%20y%20D.E.R.%20Obst%C3%A9tricos.pdf>
- Monroy A, Moreno Espinoza A, Téllez Becerril G, Turcios Mendoza E. (2012). Sepsis y Embarazo. FLASOG. <https://www.sogiba.org.ar/documentos/FLASOG.pdf>
- Nares, M., & Hernández, A. (2019). Manejo de sepsis y choque séptico en el
- Nares-Torices, Miguel A., Hernández-Pacheco, José A., Estrada-Altamirano, Ariel, Lomelí-Terán, José M., Mendoza-Calderón, Sergio A., Flores-Cortés, Mildred I., & Figueroa-Damián, Ricardo. (2013). Manejo de sepsis y choque séptico en el embarazo. *Perinatología y reproducción humana*, 27(4), 248-261. Recuperado en 25 de enero de 2024, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0187-53372013000400008&lng=es&tlng=es.
- Ramírez-Ponce, B., Cervantes-García, C., Reyes-Hernández, U., Pérez-Ortiz, M., Azamar-Cruz, E., & Reyes-Gómez, U. (2014). Shock Séptico Obstétrico Asociado a Cerclaje Cervical: Reporte de Caso. *Boletín Clínico Hospital Infantil del Estado de Sonora*, 31(2), 120-125.
- Ranitidina en *vademecum*. (s.f.). <https://www.iqb.es/cbasicas/farma/farma04/r004.htm>
- Rodríguez, J., & Bañuelos, K. (2019). Sepsis en medicina materno fetal. *Salud*
- Torres, T. (2012). Shock séptico. *Top Doctors*. Retrieved January 25, 2024, from <https://www.topdoctors.es/diccionario-medico/shock-septico>
- UNAM. (s.f.). Metronidazol. Recuperado en febrero 15, 2024, de http://www.facmed.unam.mx/bmnd/gi_2k8/prods/PRODS/123.HTM
- Vademecum, V. (2022). Paracetamol. Recuperado de <https://www.vademecum.es/principios-activos-paracetamol-n02be01>

Vidal Vademecum (2018, March 21). Clindamicina solución inyectable 600 mg/4 ml. Vademecum.

<https://www.vademecum.es/mexico/medicamento/1445797/clindamicina+solucion+inyectable+600+mg%2F4+ml>

Villa, L.(2020). Pediamecum, guía de terapia farmacológica. 25.^a edición. España: Adis;

[https://www.aeped.es/pediamecum/generatepdf/api?n=83401#:~:text=Act%C3%BAa%20inhibiendo%20la%20s%C3%ADntesis%20de,y%20algunas%20enterobacterias\)%20y%20anaerobios](https://www.aeped.es/pediamecum/generatepdf/api?n=83401#:~:text=Act%C3%BAa%20inhibiendo%20la%20s%C3%ADntesis%20de,y%20algunas%20enterobacterias)%20y%20anaerobios)

Yancha, S. (2018). Adaptación de guía de práctica clínica “diagnóstico y tratamiento de sepsis de origen obstétrico” [Post Grado, Pontificia Universidad Católica del Ecuador].

<http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/14331/TESIS%20>

[Y%20AGPC%20SEPSIS%20OSTE%CC%81TRICO.pdf?sequence=2&isAllowed=y](http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/14331/TESIS%20Y%20AGPC%20SEPSIS%20OSTE%CC%81TRICO.pdf?sequence=2&isAllowed=y)