

V. Concurso de Trabajos de investigación básica o clínica
“Carlos Espinosa Flores”

Sepsis materna: sobre un caso clínico

Dra. Frida Michelle Salazar Mendoza
 Residente de Segundo año de la Especialidad de Ginecología y Obstetricia, Universidad de Guanajuato

Introducción:

Esta es una de las principales causas de muerte en países desarrollados, como no desarrollados, especialmente aquellos que no han sido tratados de forma adecuada o en los cuales su detección se ha retardado, al igual está fuertemente asociada con enfermedad y un mayor riesgo de muerte prematura.

Caso:

Secundigesta de 23 años, acude a urgencias con embarazo de 32.1 semanas refiriendo dolor lumbar tipo cólico que irradia a hipogastrio en intensidad 8/10 intermitente, escalofríos, vomito en una ocasión de contenido gastroalimentario y fiebre no cuantificada durante el día previo. Presentando actividad uterina irregular, dinámica fetal presente, sin pérdidas transvaginales, ni datos de vasoespasmo, ni de cervicovaginitis. Padecimientos de interés hemotipo A negativo, patología pulmonar desde el nacimiento descociendo diagnóstico y sin manejo farmacológico, quirúrgicos cesárea en 2016 por riesgo de pérdida de bienestar fetal. Se ingresa en unidad obstétrica crítica con los diagnósticos de urosepsis secundario a pielonefritis aguda, anemia grado III, microcítica, hipocrómica, oligohidramnios severo, lesión renal aguda KDIGO 1, trombocitopenia, desequilibrio electrolítico: hipokalemia, hipomagnesemia, estenosis traqueal.

En la exploración física, se encuentra como elemento destacable giordano positivo, saturación de 85% e índice de choque de 0.9, QSOFA modificado para obstetricia de 1 punto y SOFA obstetrico de 6 puntos; por ultrasonido se observó dilatación renal pielocalicial bilateral por lo cual se decide su ingreso a la Unidad de Obstetricia Crítica, recibiendo con tensión arterial 76/35 mmHg, TAM 50 mmHg; se realiza colocación de catéter venoso central por presentar TAM por debajo de 65 mmHg para manejo con amins vasoactivas, por choque séptico.

Posterior presenta estado fetal no tranquilizante a expensas de bradicardia fetal se informa a ginecología y se decide la interrupción del embarazo vía abdominal. En postquirúrgico inmediato se decide transfundir concentrado eritrocitario. Cursa puerperio postquirúrgico con adecuada evolución con ascenso de las plaquetas desde su ingreso, se decide transfundir concentrado para cumplir meta para sepsis de hematocrito >30%; por lo que se decide su egreso de terapia obstétrica.

Discusión:

El embarazo conduce a diferentes cambios hemodinámicos que son fisiológicos los cuales afectan la respuesta y presentación clínica de la sepsis; tiendo un impacto adverso en la hemodinamia materna a la infección por lo cual es indispensable conocerlos. 1, 2, 3, 4

Cuando la respuesta inmunitaria del huésped contra la infección no logra contenerla localmente, la infección incontrolada produce una respuesta inflamatoria sistémica inadecuada, que si no se trata y controla a tiempo progresa a daño orgánico irreversible, falla multiorgánica y muerte. 1, 5

Manejo en sepsis durante el embarazo

| | | | |
|-----------------------------------|-----------------------|--|--|
| | Reconocimiento | Escala qSOFA >2, SOFA obstétrico, The Sepsis in Obstetrics Score SOS | |
| Primera hora | Resucitación | Mantener oxigenación Antibióticos de amplio espectro Cultivos Fluidoterapia (TAM > 65 mmHg, sino emplear amins vasoactivas) | Aumento en la mortalidad de 7.6% por cada hora que se retrase el tratamiento |
| Vigilancia fetal | | Monitorización bienestar fetal, prueba sin estrés, corticoides (madurez pulmonar fetal) | |
| Unidad Obstetricia Crítica | | Control glucémico, tromboprolifaxis, manejo de choque séptico y en caso necesario shock refractario | |
| 6, 7, 8, 9, 10 | | | |

Conclusiones:

Para llevar a cabo un adecuado tratamiento de la sepsis materna es indispensable lograr el reconocimiento de la misma en la primera hora, de esta manera se pueden reducir gran parte de los costos socioeconómicos de los sistemas sanitarios y comunidades que la morbi-mortalidad materno-fetal causa.

Bibliografía

- Pierrakos, C., Velissaris, D., Bidzorf, M., Marshall, J. C., & Vincent, J.-L. (2020). Biomarkers of septic time for a reappraisal. *Critical Care*, 24(1). doi:10.1186/s13054-020-02993-5
- Frankling, C. C., Finfer, S., Lissauer, D., Perner, A., Patel, J. M., & Gao, F. (2018). The dark ages of maternal sepsis: time to be enlightened. *British Journal of Anaesthesia*, 120(4), 626–628. doi:10.1016/j.bja.2017.12.032
- Abir G, Bauer ME. Maternal sepsis update. *Curr Opin Anaesthesiol*. 2021 Jun 1;34(3):254–259. doi: 10.1097/ACO.0000000000000997. PMID: 33927129
- Huang, M., Cai, S., & Su, J. (2019). The Pathogenesis of Sepsis and Potential Therapeutic Targets. *International Journal of Molecular Sciences*, 20(21), 5376. doi:10.3390/ijms20215376
- Escobar, M. F., Echararria, M. P., Zambrano, M. A., Ramos, I., & Kusumotic, J. P. (2020). MATERNAL SEPSIS. *American Journal of Obstetrics & Gynecology* MFM, 100149. doi:10.1016/j.ajogmf.2020.100149
- INFORME SEMANAL DE NOTIFICACIÓN INMEDIATA DE MUERTE MATERNA Semana Epidemiológica 29 de 2022, n.d.
- Turner, M. J. (2019). Maternal sepsis is an evolving challenge. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*. doi:10.1002/ijgo.12833
- Baptiste, L., Carrillon, R., Javelier, S., Guyotat, J., Desgranges, F.-P., Lehot, J., & Lukaszewicz, A. (2019). Pulse Pressure Variations and Plethysmographic Variability Index Measured at Ear Are Able to Predict Fluid Responsiveness in the Sitting Position for Neurosurgery. *Journal of Neurosurgical Anesthesiology*, 32(3), 263–267. doi:10.1097/ana.0000000000000587
- Bridwell, R., Caruso, B., Long, B., Oliver, J., & Schnitz, G. (2019). Sepsis in Pregnancy: Recognition and Resuscitation. *Western Journal of Emergency Medicine*, 20(5). doi:10.5811/westjem.2019.6.43369
- Bowyer, L., Robinson, H. L., Barrett, H., Crozier, T. M., Giles, M., Idd, L., ... Makris, A. (2017). SOMANZ guidelines for the investigation and management sepsis in pregnancy. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 57(5), 540–551. doi:10.1111/ajo.12646