

Notas



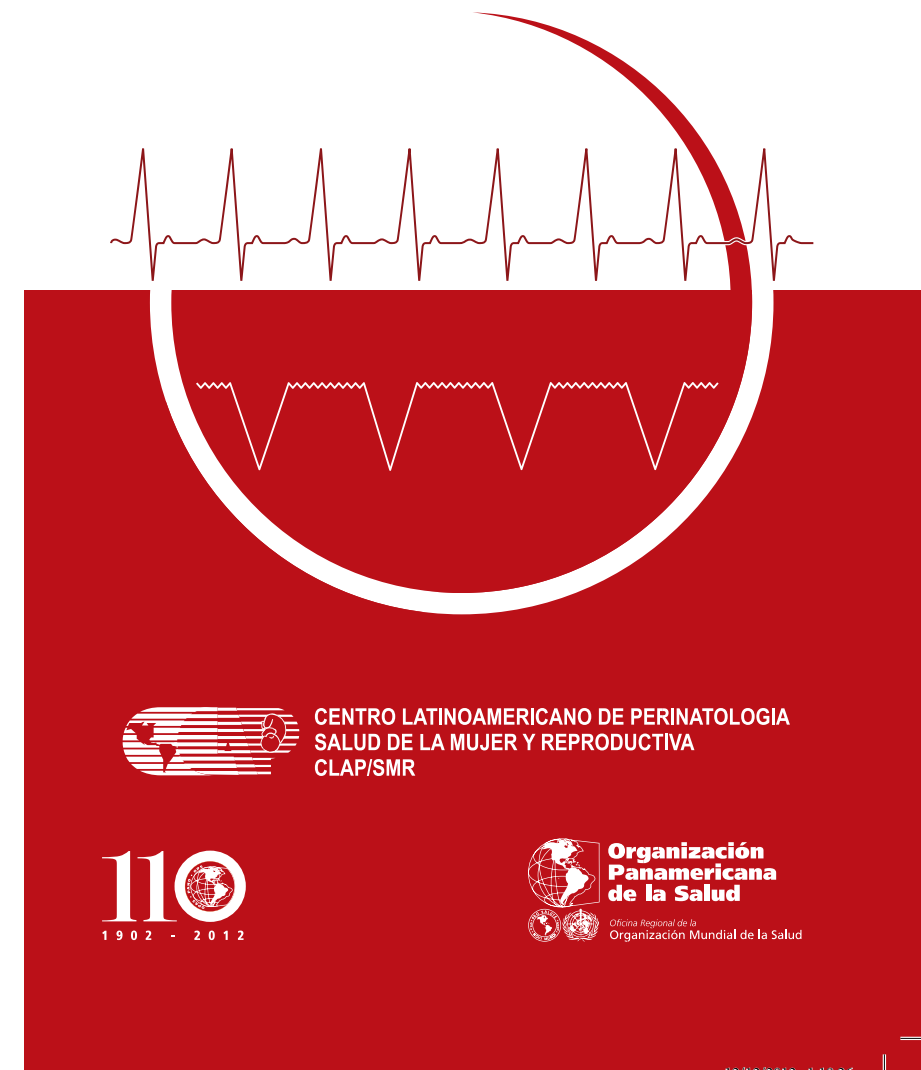
**Centro Latinoamericano de Perinatología
Salud de la Mujer y Reproductiva
CLAP/SMR**

Hospital de Clínicas, piso 16 - 11600 Montevideo, Uruguay
Dirección postal: Casilla de Correo 627 - 11000 Montevideo, Uruguay
Teléfono: +598 2487 29 29
Fax: +598 2487 25 93

www.clap.ops-oms.org
<http://perinatal.bvsalud.org/>
<http://new.paho.org/clap/>

Salud sexual y reproductiva

Infecciones Obstétricas Graves



INFECCIONES OBSTÉTRICAS GRAVES

1. ABORTO SÉPTICO

Infección del útero y/o de los anexos que se presenta después de un aborto espontáneo o inducido. La gran mayoría derivan de prácticas de "aborto no seguro", este término no es sinónimo de "ilegal" o "clandestino". En el Aborto séptico la infección inicialmente esta limitada al útero, sin embargo, rápidamente evoluciona a formas más graves por extensión a órganos vecinos o en forma hematógena.

DIAGNÓSTICO

- ▶ Temperatura > a 37,5°C, malestar general, astenia, adinamia, escalofríos y mialgias.
- ▶ Metrorragia fétida y/o restos ovulares con fetidez.
- ▶ Útero doloroso a la palpación y reblandecido.
- ▶ Dolor a la movilización lateral del cuello.
- ▶ El cuello generalmente se encuentra entreabierto y es posible evidenciar laceraciones, cuerpos extraños o restos ovulares.

La diseminación de la infección lleva a cuadros más graves en donde se agrega:

- ▶ Dolor a la palpación de las regiones anexas (salpingitis).
- ▶ Aparición de tumoraciones o colecciones a nivel parauterino, (absceso tubo-ovárico).
- ▶ Dolor a la palpación del hemiabdomen inferior (peritonitis)

TRATAMIENTO

- ▶ Reposo.
- ▶ Suspender la vía oral.
- ▶ Evacuación por legrado aspirativo o instrumental si persisten restos ovulares.
- ▶ Controles de parámetros vitales:
- ▶ Realice 1 vía venosa periférica de grueso calibre (catéter calibre 16 o 18).
Aporte de cristaloides: Suero Ringer – Lactato o fisiológico a razón de 1 litro cada 4 horas. Mantener la presión arterial, la perfusión periférica y la diuresis a más de 30 ml/h.
- ▶ Comuníquese inmediatamente al hospital de referencia, para coordinar el traslado y recepción de la paciente.
- ▶ El traslado debe realizarse en ambulancia especializada en traslados críticos con profesional entrenado en el manejo de estas complicaciones.
- ▶ Analgesia: Ketoprofeno 100 mgr IV cada 8 a 12 hrs. En caso de dolor intenso derivados opiáceos (tramadol 50 a 100 mg IV cada 4 a 6 horas sin sobrepasar los 400 mg diarios, demerol 50 a 150 mg IV cada 3 a 4 horas).
- ▶ Antibioticoterapia. Inicio inmediato. Uso asociado de dos antibióticos. Se recomienda tener al menos una cobertura antibiótica de 1 hora previa al legrado y mantener por 48 horas desde el último pico febril, pudiendo continuar el plan por vía oral hasta completar 7 a 10 días.
 - Ampicilina 1 gr IV cada 6 hrs o Cefazolina 1 gr IV cada 6 hrs más Metronidazol 500 mg IV cada 8 hrs.
 - Clindamicina 600 mg IV cada 6 horas o Metronidazol 500 mg IV cada 8 horas más Gentamicina 80 mg IV cada 8 hrs o Amikacina 1 g IV cada día.
Evitar en pacientes con nefropatía
 - Ampicilina/sulbactam 1,5 a 3,0 g IV cada 6 horas más Clindamicina 600 mg IV cada 6 horas.
 - Ceftriaxona 1 gramo IV cada 12 horas más Metronidazol 500 mg IV cada 8 horas
- ▶ Antitérmicos: Si la temperatura supera los 37,5° C administrar: dipirona 1 gr. IV cada 8 horas.

CONDUCTA OBSTÉTRICA

- **Infección localizada en el útero:** evacuación uterina para la remoción de los restos ovulares. En las primeras 6 horas luego del ingreso.

En los abortos con edad gestacional:

- < 12 semanas, realizar aspiración manual (AMEU), aspiración instrumental con vacío o curetaje instrumental.
- > 12 semanas, provocar la expulsión de restos mediante prostaglandinas u oxitocina y luego legrado instrumental.

Uteroconstrictores post-legrado para contraer el útero y minimizar el sangrado. Se puede utilizar ocitocina, metilergonovina, carbetocina o prostaglandinas.

- **Infección más allá del útero:** Laparotomía exploradora, con incisión mediana. Histerectomía con o sin anexectomía; en pacientes con absceso tubo-ovárico esta indicado su extracción y drenaje quirúrgico.

En caso de evolución tórpida, reoperar en búsqueda de abscesos pélvicos o trombosis del pedículo ovárico.

2. SEPSIS OBSTÉTRICA y SHOCK SÉPTICO

Sospechar sepsis ante la existencia de 2 o más de los siguientes signos:

- ▶ Temperatura > a 38° C o < a 36° C
- ▶ Pulso > 90 latidos/minuto
- ▶ Frecuencia respiratoria > a 20/min o la existencia de una PaCO₂ < a 32 mmHg
- ▶ Recuento leucocitario > a 12000/mm³ o < a 4000/mm³ (o más de un 10% de formas leucocitarias inmaduras)
- ▶ Falla de órganos cuya sintomatología depende de los órganos afectados.

La presencia de hipotensión arterial (sistólica menor de 90 mmHg o caída de 40 mmHg de su nivel previo), cianosis, hipo-perfusión periférica, oliguria y alteración del estado de conciencia (agitación, obnubilación) debe hacer plantear la existencia de un **shock séptico** de alta mortalidad.

TRATAMIENTO

Ingresar a la paciente a una unidad de cuidados intensivos de un hospital con disponibilidad de sala de operaciones para remover los focos sépticos, esta decisión no debe ser demorada, muchas veces en pacientes graves retardar la histerectomía lleva a la imposibilidad de revertir el shock séptico. En estos casos estará indicada la histerectomía total con revisión de los pedículos ováricos para detectar trombosis de esos vasos.

- ▶ Oxigenación con máscara o catéter nasal. Eventualmente asistencia ventilatoria. Monitorizar la saturación de O₂ con oxímetro de pulso manteniendo la misma por encima de 92 a 94%.
- ▶ Realice 2 vías venosas periféricas de grueso calibre (catéter calibre 16 o 18).
- ▶ Mantener una adecuada volemia mediante la reposición con cristaloides: Suero Ringer – Lactato o fisiológico a razón de 1 l/4 horas. Mantener la presión arterial sistólica > 90 mmHg y una perfusión periférica normal y la diuresis en más de 30 ml/h.
- ▶ Medición de la presión venosa central. En caso de edema pulmonar puede estar indicado el uso de diuréticos (Furosemida de 20 a 60 mgs. IV).
- ▶ Mejorar la función cardíaca con el uso de inotrópicos con Dopamina 3 - 10 µg/kg/min en infusión IV continua, si no mejora la presión arterial por depresión miocárdica administrar Dobutamina 2 - 20 µg/kg/min en infusión IV continua; si la presión sigue sin mejorar debido a vasodilatación administrar Norepinefrina 2 a 8 µg/kg/min en infusión IV continua.
- ▶ Corrección de las alteraciones del medio interno: acidosis, hiperglucemia, etc.
- ▶ Inicio de un plan antibiótico intenso y de amplio espectro.
- ▶ En caso de coagulopatía se debe valorar el uso de anticoagulantes. Heparina de alto peso molecular IV o SC 5.000 UI, seguida de 700 a 2000 UI por hora o Enoxaparina 20 a 40 mgs. sub cutáneo cada 24 horas (en ambos casos se controlará con Tiempo Parcial de Tromboplastina Activado (TTPA) cada 4 hs hasta elevarlo en 1,5 a 2 veces de su valor medio, luego controles diarios.
- ▶ Reposición de sangre, plasma, factores de la coagulación y plaquetas

PARO CARDIO-RESPIRATORIO EN LA EMBARAZADA

Manejo del paro cardio-respiratorio en la embarazada

Pedir ayuda

Posición de la paciente

- Coloque la paciente inclinada lateralmente en un ángulo entre 15 y 30 grados o en posición supina sobre una superficie rígida o en el suelo.
- Desplace el útero lateralmente para liberar la presión sobre la vena cava inferior

Circulación

- Iniciar compresiones torácicas con una relación estándar (15 compresiones torácicas cada 2 ventilaciones). Realizar las compresiones torácicas 3 cm más arriba del punto esternal tradicional (dado los cambios en la posición cardíaca por el embarazo)
- Realice 2 vías venosas de grueso calibre. No utilizar venas de extremidades inferiores ya que el retorno venoso está afectado por la compresión del útero grávido.

Vía Aérea

- Hiperextienda el cuello si no hay trauma cervical
- Desplace la mandíbula hacia abajo
- Aspire las secreciones
- Retire dentaduras postizas y otros elementos de la boca
- Inserte un tubo orofaríngeo

Respiración

- Comience ventilación con presión positiva intermitente (boca a boca, de boca a nariz o de boca a tubo orofaríngeo)
- Cuando disponga de bolsa autoinflable y una máscara administre oxígeno al 100%.
- Presione el cricoides hasta que la vía aérea haya sido protegida con un tubo traqueal adecuado (reduce riesgo de aspiración)
- Introduzca un tubo oro - traqueal, para ello coloque una almohada para elevar y extender el cuello.
 - Realice una adecuada pre oxigenación (con máscara, durante 30-60 segundos, con oxígeno al 100 % y flujo de 12 l/min). Esto permite llenar los alvéolos con oxígeno al 100% y ayuda a tolerar más tiempo la apnea mientras se realiza la laringoscopia.
 - La maniobra la debe realizar el personal más adiestrado posible. Luego proporcione soporte ventilatorio para producir oxigenación y ventilación efectivas
 - Comprobar la excursión torácica simétrica y la ventilación pulmonar.
 - Fije el tubo y proporcione O₂ al 100 %.

Desfibrilación

- Colocar una paleta sobre el esternón y la otra en la cara lateral izquierda del tórax (una descarga de 200 Joules) y se reinician inmediatamente las compresiones torácicas (en caso de ser necesario continuar con dos descargas una de 300 y la siguiente de 360 Joules).
- Los choques de desfibrilación no transfieren corrientes significativas al feto. Desconecte monitores materno y fetales antes de proceder

De ser posible realice control electrónico de parámetros vitales: Frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, ECG, oximetría pulso y CO₂.

Evaluar posible causa y actuar en consecuencia:

- Hipovolemia: reposición inmediata
- Hipoxia: ventilación
- Alteraciones medio interno: corrección acidosis, niveles K o Ca
- Hipertermia
- Neumotórax
- Accidente coronario
- Embolia pulmonar (trombótica o de líquido amniótico)
- Intoxicación por:
 - sulfato de magnesio: administración de glucomato de calcio.
 - bupivacaína, proceda a cardioversión eléctrica, uso de bretilio o lidocaina.
 - sobredosis drogas o envenenamiento (tratamiento según agente específico)

Recordar

Las drogas vaso activas (adrenalina, noradrenalina, dopamina, dobutamina, etc) pueden afectar la circulación útero placentaria, pero su uso durante la reanimación cardiopulmonar, a las dosis recomendadas se justifica ante la necesidad de mejorar condición hemodinámica y mantener con vida a la madre

La mejor manera de reanimar con éxito al feto es la reanimación efectiva de la madre. Recuerde la bioseguridad durante la reanimación. Utilice máscara y guantes. Maneje con cuidado el material corto-punzante

Conducta obstétrica

Frente a un paro de causa rápidamente reversible (reacción a drogas, producto de la anestesia, hipoxia por broncoespasmo) la cesárea puede no estar indicada; en cambio si la causa es irreversible se debe proceder a la cesárea de emergencia si está el feto vivo y viable y la extracción se hace en los primeros 5 minutos. La cesárea en pacientes en paro cardio-respiratorio no requiere anestesia y debe priorizar la rápida extracción fetal. Esto implica el abordaje por incisión mediana, una rápida apertura de la pared, incisión uterina vertical y la rápida extracción fetal con clampeo inmediato del cordón