

GUÍA CLÍNICA PARA EL DIAGNÓSTICO Y MANEJO DE LA SEPSIS OBSTÉTRICA

Dr. Fabián RODRÍGUEZ, Dr. Mario PÉREZ, Dr. Leonel BRIOZZO
Clínicas Ginecotológicas "A" "B" y "C" de la Universidad de la República
Clínica Ginecológica "B" de Salud Pública
Montevideo – Uruguay 2003

Esta guía no pretende ser norma ni pauta. Fue pensada simplemente como un conjunto de ideas y conceptos que orientan a enfrentarse a esta temible enfermedad. Dada la gravedad y singularidad de esta patología, la mayoría de los procedimientos relatados no están avalados por estudios clínicos aleatorizados, surgen de la experiencia de expertos en el tema. En aquellos casos que no se disponga de los procedimientos que se aconsejan, los colegas deberán corregir esta situación según su experiencia, conocimiento, y posibilidades.

La mortalidad materna se define como aquella causada directa o indirecta por condiciones vinculadas al embarazo parto o puerperio, y constituye un grave problema de salud pública siendo un indicador sanitario de gran jerarquía. Según esta definición, en el mundo se producen en forma diaria la muerte de 1600 mujeres por causas vinculadas al embarazo, la mayoría de las cuales suceden en los países denominados "del tercer mundo".

En nuestro país en los últimos diez años la mortalidad materna ha oscilado entre valores de 15 y 30/100000 recién nacidos vivos. Las principales causas de muerte materna son las complicaciones hemorrágicas, las hipertensivas, y las

infecciosas. En Uruguay como en la mayoría de los países del tercer mundo predominan las infecciosas. Precisamente la principal causa de muerte materna en el país es la sepsis obstétrica (SOB), entendiéndola como aquella en que el foco infeccioso que la origina se ha desarrollado dentro del útero grávido o recién evacuado. La etiología más frecuente de SOB es la sepsis secundaria al aborto provocado en condiciones de riesgo. En el quinquenio 1995-1999 hubo en Uruguay 62 muertes maternas de las cuales 17 (27.4%) fueron por sepsis post aborto provocado en condiciones de riesgo. Este índice es el mayor registrado a nivel mundial, ya que la mortalidad media en el mundo por aborto provocado es de 13% (en países con legalización del aborto es menor del 1%, en América Latina de 21%, y en Sudamérica de 24%). Los números son más preocupantes en el Hospital Pereira Rossell. En el quinquenio 1997-2001 hubo 15 muertes maternas, de las cuales 7 (47.7%) correspondieron a sepsis post aborto provocado en condiciones de riesgo. En el año 2003 en los primeros ocho meses del año sucedieron 8 muertes maternas, 4 fueron por esta causa.

Dadas estas cifras, al discutir el tratamiento de la SOB estamos, por tanto, insistiendo en el tratamiento de la sepsis secundaria al aborto provocado en condiciones de riesgo en nuestro país.

Paciente en grupo de riesgo para sepsis obstétrica: es preciso tener presente que toda paciente cursando aborto y fiebre (en ausencia de otro foco que lo justifique) o aborto provocado en condiciones de riesgo, se encuentra en el grupo de riesgo para desarrollar SOB. Debe recordarse que debido a condicionantes psicológicas, emocionales, legales y culturales, es frecuente que una paciente no reconozca haberse realizado maniobras abortivas. Dada las implicancias que esta situación puede presentar se aconseja sospecharlas.

ABORTO PROVOCADO Y FEBRIL

Medidas generales: internar en sala que presente personal médico y de enfermería permanente. Reposo en cama semisentada. Suspender vía oral (VO). Vía Venosa Periférica (VVP). Sonda vesical a colector.

Valoración clínica: estado de conciencia, su afectación (desde la obnubilación al coma) puede corresponder a sepsis. Curva de temperatura, con criterio evolutivo: es significativa si es mayor de 38°C, o menor de 36°C. Presión arterial (PA) y pulso: la presencia de hipotensión que no revierte con la perfusión de

fluidos endovenosos debe considerarse shock, y en este caso shock séptico. Diuresis: la oligoanuria puede ser manifestación de sepsis. Recordar que la insuficiencia renal en la SOB suele ser a diuresis conservada. En piel y mucosas debe buscarse signos de anemia (palidez) de mala perfusión (cianosis y recoloración lenta luego de la presión con el dedo) e ictericia (disfunción hepática). También signos de trastornos de la crisis como equimosis, petequias e, incluso, trombosis en los extremos de los dedos. Auscultación pulmonar y respiraciones por minuto (RPM), la polipnea puede ser signo de injuria pulmonar por sepsis o la expresión de una hiperventilación compensadora de acidosis. El foco puede ser pleuropulmonar. Auscultación cardiovascular. Hepatalgia y/o hepatomegalia, que evidencian compromiso hepático. Dolor en fosas lumbares (FFLL), la pielonefritis puede estar asociada, o ser a veces, la causa de la sepsis. En abdomen explorar en busca de signos de peritonitis generalizada o pelviana. Exploración genital/obstétrica: temperatura de la vagina, y ocupación del fondo de saco de Douglas. Dolor a la palpación y movilización uterina, y regiones parauterinas. Tamaño uterino. Cuello uterino (permeabilidad, traumatismos, y existencia de restos ovulares).

Exámenes paraclínicos (que incluyen investigación bacteriológica): Clasificación sanguínea: para eventual reposición y/o profilaxis del conflicto Rh. Hemograma: descartar anemia, leucocitosis mayor de 12000/l o leucopenia menor de 4000/l, y recuento plaquetario menor de 100000/mm³. Crisis: valorar alargamiento de tiempos, clínica, fibrinógeno, y plaquetas. Función renal: azoemia superior a 1gr/l, y creatinemia superior a 2mg/dl. Función hepática: bilirrubinas por encima de 2mg/dl a predominio de la directa, y aumento de las transaminasas por encima de 70U/l. Puede verse predominio de la indirecta en hemólisis (frecuente en infección por Clostridium y gram negativos), e intoxicaciones que pueden asociarse a las maniobras abortivas. La sospecha de hemólisis es mayor ante hemoglobinuria y LDH >600U/l. Ionograma: suelen ser pacientes deshidratadas, cursando procesos infecciosos largos. Gasometría arterial: buscar acidosis (pH <7.35) metabólica con compensación respiratoria (polipnea con PaCO₂ <32mmHg y déficit de bases >10mEq/l). Los niveles de lactato 4mg/dl son patológicos y no sólo hablan de metabolismo anaeróbico sino de falla hepática en su metabolización. Exámen simple de orina: inespecífico de función, lesión e infección. Hemocultivo y urocultivo: para encuesta bacteriológica. Radiografía de tórax: descartar edema pulmonar, derrame pleural, y signos de tromboembolismo pulmonar séptico (TEPS). Imagenología pelviana: eco-

grafía ginecológica. Los técnicos avezados pueden observar imágenes compatibles con SDOM en el hígado y riñones.

Tratamiento: comenzar antibióticoterapia: sulbactam ampicilina 1.5gr IV c/8hrs la cual continuará hasta 48hrs de apirexia y mejoría de la paciente. Antitermoanalgesia: Dipirona 1gr IV de acuerdo a necesidad. Hidratación: pueden ser pacientes deshidratadas, con procesos infecciosos de moderada o larga data por lo que en ocasiones puede ser generosa. Se sugiere comenzar con ringer lactato o suero fisiológico a razón de 1000ml c/8hrs, controlando según pulso PA y diuresis. (Evitar sueros glucosados, inclusive hay mejor evolución si la glicemia se mantiene por debajo de 1.1gr/l). Vigilar el ionograma.

Controles clínicos frecuentes: Conciencia. Auscultación pulmonar y RPM. Pulso, PA. Temperatura. Diuresis. Investigación de hepatalgia, hepatomegalia. Valorar abdomen: ¿aparición de dolor? ¿signos de peritonitis?

Terapéutica instrumental sobre el foco: Si el cuadro clínico lo permite esperar el tiempo prudencial (no más de 6hrs) que permita valorar, compensar, diagnosticar, esperar el ayuno, y lograr impregnación antibiótica. Previo al legrado repetir hemograma, crisis, y gasometría. Legrado evacuador complementario (LEC) prestando atención en la identificación de soluciones de continuidad uterinas y lesiones traumáticas del cuello uterino. De evidenciarse perforación uterina y no presentar evidencia de sepsis, deberá optarse entre el LEC a cielo abierto o bajo visión laparoscópica, y la histerectomía. Previa inducción anestésica repetir dosis de antibióticos. Enviar restos a anatomía patológica. Valorar en las próximas 24hrs la evolución, en forma clínica y paraclínica según necesidad. De sospecharse maniobras abortivas, elevar informe en las primeras 48hrs al Departamento de Vigilancia Epidemiológica del MSP, 18 de julio 1892 oficina 415, teléfono 4091200, fax 4082736, sin identificar a la paciente. Anticoncepción, y consulta con psicología médica y asistente social.

SEPSIS POST ABORTO

Se define como sepsis post aborto cuando luego de esta situación la paciente presenta síntomas y signos clínicos compatibles con endomiometritis acompañado de un Síndrome de Disfunción Orgánica Múltiple (SDOM). Entendemos por SDOM al cuadro caracterizado por alteraciones (disfunciones) de los sistemas fisiológicos principales, en forma sucesiva o simultánea

luego de una injuria (en este caso el aborto), que no son consecuencia de la colonización bacteriana.

Características de las disfunciones orgánicas (pueden ser completas o parciales): Sistema nervioso central: obnubilación, confusión, soñolencia, irritabilidad, hasta el coma. Sistema respiratorio: polipnea >19RPM, hipoxemia (PaO₂ <80mmHg) que no mejora al aumentar la fracción inspirada de oxígeno (FiO₂), y al inicio hipocapnia (PaCO₂ <32mmHg). Puede haber estertores bilaterales moderados y difusos. Debe sospecharse si la relación PaO₂/FiO₂ <300. Hígado: hepatomegalia dolorosa, ictericia, coluria, bilirrubinas por encima de 2mg/dl a predominio de la directa, y aumento de las transaminasas mayor de 70U/L. Sistema circulatorio: hipotensión (PA <90/60mmHg), taquicardia, pulso fino, oliguria, hipoperfusión periférica, depresión sensorial. Si luego de la perfusión endovenosa adecuada (1-2 litros en 1-2 horas) la presión arterial sistólica (PAS) se mantiene 30mmHg por debajo de la normal y esto se acompaña de algún signo de mala perfusión periférica, se hace el diagnóstico de shock por convención. Riñón: azoemia superior a 1gr/l, y creatinemia superior a 2mg/dl. Sistema de la coagulación y hematológico: anemia (hemoglobina <11gr/dl o hematocrito <30%), plaquetopenia (<100000/mm³), o coagulación intravascular diseminada (CID) constituida (plaquetopenia, disminución del fibrinógeno, alargamiento de test de coagulación, y/o clínica de sangrados). Sistema digestivo: íleo paralítico, diarrea, y gastritis erosiva.

Clasificación: En el caso especial de la SOB y por la implicancia que esto tendrá en la terapéutica, se debe catalogar como "sepsis moderada" o "sepsis grave". La sepsis es un cuadro evolutivo en el tiempo, de observar empeoramiento de la paciente incluirla en la etapa siguiente aunque estrictamente no se encuentre.

Criterios de Sepsis grave: necesidad de ventilación mecánica invasiva por cualquier motivo vinculado al cuadro de infección por aborto, o imágenes compatibles con pulmón húmedo. Compromiso de conciencia más allá de la bradipsiquia. Hipotensión arterial que no responde al test de sobrecarga de volumen (optamos por 500ml en los primeros 10 minutos, y luego 1000ml en una hora) y que necesita aporte de adrenérgicos vasoconstrictores e inotrópicos (dopamina y/o noradrenalina) para mantener PAS = ó > 90mmHg ó PAM = ó > 70mmHg. CID definida como plaquetopenia <100000/mm³ ó progresiva, y alargamiento de test de coagulación, frecuentemente acompañada de equimo-

sis fáciles y sangrados en los sitios de punción. Insuficiencia renal que requiera diálisis. Es tan poco frecuente en la SOB que de presentarse sospechar intoxicación. Peritonitis.

SEPSIS MODERADA:

Internar en sala que presente controles tipo cuidado intermedio. Reposo en cama semisentada. Suspender VO. VVP. Sonda vesical a colector. Oxigenoterapia con MFL 6 l/min. Mantener saturación de O₂ sobre 90%. Valorar especialmente en forma horaria todos los signos generales, los controles de rutina, y los signos de disfunciones orgánicas. Realizar los pedidos de exámenes complementarios generales, hematimétricos, gasométricos, imagenológicos, y correspondientes a cada sistema en disfunción. No olvidar los estudios bacteriológicos de hemocultivo y urocultivo. La valoración clínica y paraclinica es similar al aborto febril.

Tratamiento: Antimicrobianos a dosis plenas (antes del LEC). Sugerimos Ciprofloxacina 400mg IV c/8 horas, y Clindamicina 600mg IV c/6 horas. (La Clindamicina es de preferencia ante el Metronidazol ya que actúa sobre el Staph. Aureus sensible a la metilina que se suele ver complicando los abortos provocados). Si se sospecha Clostridium debe adicionarse Penicilina a altas dosis. Este tratamiento puede suspenderse luego de desaparecidos los síntomas sistémicos y de tres días sin fiebre. Una alternativa más barata a la Ciprofloxacina es la Amikacina a dosis de 15mg/kg/día c/8hrs, aunque presenta nefrotoxicidad. Anticoagulación (luego del LEC). Heparina de bajo peso molecular (HBPM) 1mg/kg/SC/12hrs. Como mínimo 40mg/12hrs. Contraindicado si está sangrando, controvertido si se va a realizar cirugía. Hidratación: suero fisiológico a razón de 1 litro en las primeras 4-6 horas y de acuerdo a necesidad, pudiendo ser mucho más abundante. Se titulará contra pulso, saturación de oxígeno, PA, PVC, y diuresis, con control del estado pulmonar. La diuresis merece un comentario especial, su volumen al comenzar la hidratación es un signo de perfusión sistémica. Su reaparición (1ml/kg/h) significa el buen camino, de mantenerse o disminuir indica fracaso en el intento terapéutico, agravación del paciente, y es de mal pronóstico. Valorar necesidad de transfundir sangre (mantener cifras de hemoglobina entre 7 y 8gr/dl, aproximadamente 27% de hematocrito). Cifras mayores en pacientes críticos no coinciden con mayor sobrevida. Analgesia según necesidad.

Terapéutica instrumental sobre el foco: previo al LEC repetir hemograma, crisis, gasometría, y aquella que ya estaba alterada. Repetir dosis de antibióticos previa inducción anestésica. Si la evolución lo permite, realizar LEC a las 4-6 hrs, y valorar estrictamente la evolución clínica en las próximas 24hrs. En presencia de perforación uterina se aconseja realizar histerectomía de entrada. Postoperatorio en cuidados intermedios. De empeorar durante el preoperatorio, o no mejorar en las primeras 24hrs del postoperatorio pasar a plan de sepsis grave.

SEPSIS GRAVE

Si ya no están en marcha implementar rápidamente las siguientes medidas: Oxigenar, manteniendo saturación de O₂ sobre 90%. Juzgar necesidad de ventilación mecánica mediante intubación traqueal (IOT) e implementarla si está indicada. Realizar rápidamente VVC, (PVC entre 10 y 12cm de H₂O). Restaurar el nivel de hemoglobina a 7-8gr/dl. Evaluar la reposición de fluidos (suero fisiológico). Suministrar adrenérgicos/inotrópicos: Dopamina y/o Noradrenalina. Perfusiones a ritmo suficiente para mantener PAM = ó > 70mmHg, ó PAS = ó > 90mmHg. Bicarbonato de ser necesario. Si está sangrando por plaquetopenia o si sus valores son inferiores a 30000/mm³ suministrar 10 volúmenes de concentrados plaquetarios. Siempre inmediatamente previo a la intervención, y recordando que su efecto dura 120 minutos.

Pasar a plan quirúrgico no más allá de las 4 horas: frente a sepsis grave inicial o si ha evolucionado a ella dentro de las primeras 24 horas del tratamiento de la sepsis moderada. Histerectomía abdominal total con anexectomía bilateral. Existen trabajos publicados que concluyen que ante la normalidad macroscópica de los ovarios en el intraoperatorio, estos se pueden preservar. De presentar TEPS o trombos pelvianos: histerectomía abdominal total con anexectomía bilateral, mas ligadura de vena cava inferior. Postoperatorio en cuidados intensivos. Ya la paciente se debía encontrar en cuidados intensivos o con medidas similares (intubación, ventilación, inotrópicos, perfusiones controladas, monitorización). Evaluar conveniencia de isocoagular.

Cuidados en la intervención quirúrgica: previa inducción anestésica repetir dosis de antibióticos. Incisión en piel mediana infra umbilical, y apenas abierto peritoneo tomar muestra de líquido peritoneal en jeringa heparinizada para cultivo. Ligar pedículos lumboováricos (en caso de dejar los ovarios ligar ute-

roováricos) lo más alto posible y pasar rápidamente a palpar pedículos uteroováricos, lumboováricos, hipogástrica, en busca de trombos. De no haberlos, proceder a realizar la histerectomía. Tomar muestra de miometrio para cultivo. Colporrafia en surget en corona, dejarla abierta. Es opcional dejar drenaje. Cambiarse los guantes para cerrar planos superficiales.

De tener que proceder a ligar la Vena Cava inferior, esta técnica debe ser realizada por técnico de experimentado. Ampliar incisión en piel y efectuarla previo a la histerectomía y luego de ligar los pedículos lumboováricos. Según preferencia optar por la vía retroperitoneal o transperitoneal. La primera podría ser más segura ya que permite una mejor exposición. En la vía retroperitoneal hay que decolar el colon ascendente, y en la trans la tercera porción del duodeno. Como sutura se aconseja el mercilene®, una alternativa más barata puede ser pasar varios hilos de lino teniendo cuidado no desgarrar la vena al anudar. Recordar que es preciso ligar la cava inmediatamente por debajo de las venas renales.

Bibliografía Recomendada:

- Correa H, Bagnulo H. Sepsis, concepto, clasificación, diagnóstico y tratamiento, en Medicina Intensiva. H. Artucio, et al., Editores. 1987, Librería Médica: Mdeo. 301-442.
- Correa H. Sepsis. Tratamiento intensivo de las infecciones graves, H. Correa, Editor. 2003, Oficina del Libro: Mdeo. 21-32.
- Correa H. Sepsis in obstetrics, in Critical care infectious diseases textbook. Rello J, Valles J, Kollef M, Editors. 2001, Kluwer Academic Publishers: London. 787-97.
- Danforth's Obstetrics & Gynecology, J. Scott, et al., Editors. 1999, Lippincott Williams & Wilkins. Chapter 30.
- 2001 SCCM/ESICM/ACCP/ATS/SIS International Sepsis Definitions Conference. Intensive Care Med. 2003, 29:530-538.
- Briozzo L. Iniciativas sanitarias contra el aborto provocado en condiciones de riesgo. Aspectos clínicos, epidemiológicos, médico-legales, bioéticos y jurídicos. SMU Editor. 2002, Mdeo.

ANEXO 4

CURSO DE CAPACITACION. ABORTO INSEGURO: ORIENTACIONES PARA LA ATENCIÓN PRE Y POST.

La presente propuesta de capacitación surge a partir de una solicitud realizada a MYSU por el grupo Iniciativas Sanitarias contra el Aborto provocado en condiciones de riesgo. El objetivo principal es promover instancias de formación del personal de salud, en las cuales se fomente el intercambio y la reflexión crítica sobre el aborto inducido en condiciones de riesgo, reconociéndolo como un grave problema de salud pública.

La realización y evaluación de esta experiencia será importante para la proyección de un plan de capacitación de mayor alcance en este campo, así como para la difusión de las normativas de atención pre y post aborto.

Perfil de los/as participantes: Profesionales de la salud de diferentes disciplinas. Profesionales que conozcan y acuerden con las normas elaboradas por el Grupo Iniciativas Sanitarias. Profesionales con capacidad y posibilidad de incidencia dentro de los distintos establecimientos de salud o áreas de trabajo.

Convocatoria y selección de participantes: a cargo del grupo Iniciativas Sanitarias.

OBJETIVOS

1. Brindar insumos teóricos que permitan analizar de manera multidimensional y compleja (aspectos sanitarios, psicosociales, éticos, bioéticos y legales) el fenómeno del aborto inducido.