



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE MEDICINA

ANÁLISIS DE CASO CLÍNICO SOBRE:
"FASCITIS NECROTIZANTE POR EPISIOTOMÍA INFECTADA "

Requisito previo para optar por el Título de Médico.

Autora: Naranjo Guffanti, Diana Carolina.

Tutora: Dra. León Baquero, Érica Fernanda.

Ambato – Ecuador

Enero, 2016

APROBACIÓN DEL TUTOR

En mi calidad de Tutor del Trabajo de Investigación sobre el tema: “**FASCITIS NECROTIZANTE POR EPISIOTOMÍA INFECTADA**” de Naranjo Guffanti Diana Carolina, estudiante de la Carrera de Medicina, considero que reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a evaluación del jurado examinador designado por el H. Consejo Directivo de Facultad de Ciencias de la Salud.

Ambato, Julio del 2015.

LA TUTORA

.....
Dra. León Baquero, Érica Fernanda

AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO

Los criterios emitidos en el Trabajo de Investigación: **“FASCITIS NECROTIZANTE POR EPISIOTOMÍA INFECTADA”**, como también los contenidos, ideas, análisis, conclusiones y propuestas son de mi exclusiva responsabilidad, de mi persona, como autora de este trabajo de grado.

Ambato, Julio del 2015.

LA AUTORA

.....
Naranjo Guffanti, Diana Carolina

DERECHOS DE AUTOR

Autorizo a la Universidad Técnica de Ambato para que haga de este Análisis de Caso Clínico, parte de un documento disponible para su lectura, consulta y proceso de investigación.
Cedo los derechos en línea patrimoniales de mi Análisis de Caso Clínico dentro de las regulaciones de la Universidad, siempre y cuando esta reproducción no suponga una ganancia económica y se realice respetando mis derechos de Autora.

Ambato, Julio del 2015.

LA AUTORA

.....
Naranjo Guffanti, Diana Carolina.

APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR

Los miembros del Tribunal Examinador aprueban el Informe de Investigación, sobre el tema **“FASCITIS NECROTIZANTE POR EPISIOTOMÍA INFECTADA”** de Diana Carolina Naranjo Guffanti estudiante de la Carrera de Medicina.

Ambato, Enero 2016

Para constancia firman

.....
1er VOCAL

.....
2do VOCAL

.....
PRESIDENTE

DEDICATORIA

Dedico este trabajo a Dios quien me brindo la vida y fuerza para poder seguir adelante con mis sueños y proyectos; a Elena mi madre, abuelitos, hermana, cuñado y sobrina, quienes fueron y son un pilar fundamental en mi formación, y siempre han estado brindándome su apoyo incondicional durante mi arduo y a la vez gratificante camino de ser médico.

En especial quiero dedicarle este trabajo a mi abuelito el señor Guillermo Guffanti, quien fue mi mentor y guía, ahora desde el cielo me seguirá orientando para seguir haciendo lo que más me gusta, con responsabilidad y amor al prójimo.

A toda mi familia, gracias por sus consejos y enseñanzas que han colaborado a fortalecer mi carácter y convertirme en una mejor persona.

A mis amigos, por ser parte de mi vida, de mis momentos tristes y alegres, aquellos a los que conocí en las aulas y que ahora nos une un lazo inquebrantable el de la “verdadera amistad”.

A todos y cada uno de usted les dedico este trabajo y esfuerzo, el cual me permite dar un paso más en mis aspiraciones y esperanzas de consolidar un mundo más humano, justo y ético.

Naranjo Guffanti, Diana Carolina

AGRADECIMIENTO

Los resultados de éste trabajo, están dedicados a todas aquellas personas que de una u otra forma, han sido parte de mi crecimiento personal y profesional.

Un infinito agradecimiento a la Universidad Técnica de Ambato, Facultad de Ciencias de la Salud, Carrera de Medicina y por su intermedio a mis queridos maestros que me acogieron y guiaron durante mi proceso de aprendizaje y formación.

Al Hospital General Puyo, que durante el año de internado fue mi segundo hogar, permitiéndome desarrollar muchas destrezas y adquirir nuevos conocimientos con la meritoria ayuda de todos los profesionales que allí laboran.

A mi Tutora, doctora Érica Fernanda León Baquero quien ha contribuido de manera significativa con sus enseñanzas y consejos para la realización de este trabajo; a mis apreciados calificadores, quienes me han acompañado en la culminación de ésta etapa de mi vida.

Naranjo Guffanti, Diana Carolina

ÍNDICE GENERAL DE CONTENIDO

Portada.....	i
Aprobación del Tutor.....	ii
Autoría del Trabajo de Grado.....	iii
Derechos de Autor.....	iv
Aprobación del Jurado Examinador.....	v
Dedicatoria.....	vi
Agradecimiento.....	vii
Índice General de Contenido.....	viii
Índice de Tablas.....	x
Resumen.....	xi
Summary.....	xii
I. INTRODUCCIÓN.....	1
II. OBJETIVO.....	2
2.1. Objetivo General.....	2
2.2. Objetivos Específicos.....	2
2.3 Recopilación de las fuentes de Información.....	3
2.3.1 Descripción de las fuentes de información.....	3
III. DESARROLLO.....	4
3.1. Descripción cronológica detallada del caso.....	4
3.1.1. Datos de identificación del paciente.....	4
3.1.2. Antecedentes patológicos personales, clínicos y quirúrgicos:.....	4
3.1.3. Antecedentes patológicos familiares:.....	4
3.1.4. Antecedentes gineco obstétricos:.....	4
3.1.5. Hábitos:.....	5
3.1.6. Enfermedad actual:.....	5
IV. DIAGNÓSTICO.....	20
4.1 Análisis del caso.....	20

V. PUNTOS CRÍTICOS	32
5.1. Identificación de puntos críticos.....	32
5.1.1.- Ruta de usuario.....	32
5.1.2. Identificación de puntos críticos.....	32
5.1.3. Descripción de los factores de riesgo	33
VI. OPORTUNIDADES DE MEJORA	36
6.1 Análisis de los factores relacionados con los servicios de salud.....	36
6.1.2. Acceso a la atención médica.....	36
6.1.3. Oportunidades en la Atención	37
6.1.4 Oportunidades en la remisión	38
6.1.5 Caracterización de las oportunidades de mejora	38
VII. DISCUSIÓN	39
7.1. Elaboración de un plan de mejora	39
VIII. CONCLUSIONES	41
IX. RECOMENDACIONES	42
X. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	43
Bibliografía.....	43
Linkografía	43
Citas bibliográficas base de datos UTA	43

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA 1. Signos vitales	8
TABLA 2. Biometría hemática	9
TABLA 3. Química sanguínea	9
TABLA 4. Electrolitos	9
TABLA 5. Gasometría	10
TABLA 6. Uroanálisis.....	10
TABLA 7. Bacteriológico	10
TABLA 8. Ecografía	11
TABLA 9. Biometría Hemática	12
TABLA 10. Biometría hemática	13
TABLA 11. Gasometría	14
TABLA 12. Cultivo flujo Vaginal.....	14
TABLA 13. Fuentes más comunes de infección en pacientes obstétricas	26
TABLA 14. Dosis de agentes utilizados como vasopresores en el shock séptico.....	29
TABLA 15. Pautas para el soporte nutricional en las pacientes sépticas.....	31
TABLA 16. Plan de mejora.....	39

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE MEDICINA
“FASCITIS NECROTIZANTE POR EPISIOTOMÍA INFECTADA”

Autora: Naranjo Guffanti, Diana Carolina

Tutora: Dra. León Baquero, Érica Fernanda

Fecha: Ambato, Julio del 2015

RESUMEN

El caso a tratar es de una paciente de 18 años quien cursa con un embarazo de 39.1 semanas de edad gestacional sin antecedentes patológicos, primigesta, con mal control prenatal, con antecedentes gineco obstétricos de infecciones vaginales no especificadas, que acude al Hospital General Puyo.

Paciente ingresa, en labor de parto, se encuentra hemodinámicamente estable. Es valorada por médico Ginecólogo y se inicia conducción y posteriormente se decide su paso a centro obstétrico. Se realiza episiotomía y se produce parto eutócico. Paciente postparto, estable a su salida de centro obstétrico, es ingresada al servicio de Ginecología donde en la tarde y noche presenta picos febriles 39.4 grados. Se le administra antitérmico, presente mejoría, en la mañana es dada de alta.

Paciente acude con diagnóstico de puerperio post parto de 4 días, presentando dolor abdominal tipo cólico de moderada intensidad, además de náusea que no llega al vómito, alza térmica no cuantificada, al examen físico hemodinámicamente inestable. Es valorada por médico tratante quien de manera urgente realiza revisión de episiotomía más laparotomía exploratoria. Se solicita apoyo e ingreso a UCI por inestabilidad hemodinámica con diagnóstico de sepsis severa más compromiso multiorgánico. Se acuerda que el manejo sea multidisciplinario. Paciente no evoluciona de forma favorable, inicia proceso infeccioso severo de canal vaginal en zona de episiotomía.

Se realiza nueva intervención quirúrgica por cuadro de gangrena. Persiste inestabilidad pese a manejo de UCI. Paciente fallece.

PALABRAS CLAVES: SEPSIS, DEHISCENCIA, EPISIOTOMÍA, COLECCIÓN
_DISECANTE.

TECHNICAL UNIVERSITY OF AMBATO

FACULTY OF HEALTH SCIENCES

MEDICAL CAREER

Author: Naranjo Guffanti, Diana Carolina

Tutor: Dra. León Baquero, Érica Fernanda

Date: Ambato, July 2015

“NECROTIZING FASCIITIS EPISIOTOMY INFECTED”

SUMMARY

The case is to treat a patient who is in 18 years with a pregnancy of 39.1 weeks' gestation without medical history, first pregnancy, with poor prenatal, obstetric history with OB unspecified vaginal infections, which goes to the General Hospital Puyo.

Patient was admitted in labor, it is hemodynamically stable. It is valued by gynecologist and driving is started and then its passage obstetrics center is decided. Episiotomy is performed and vaginal delivery occurs. Postpartum patient, steady departure of obstetrics, is entered in the service of Gynecology where in the afternoon and evening shows spiking fevers 39.4 degrees. It is given antipyretic, this improvement in the morning is discharged.

Patient presents with a diagnosis of postpartum postpartum 4 days, with crampy abdominal pain of moderate intensity, nausea plus vomiting that fails, thermal rise unquantified hemodynamically unstable physical examination. It is assessed by the treating physician who performed urgently reviewing more exploratory laparotomy episiotomy. UCI and income support is requested by hemodynamic instability diagnosed with more severe sepsis multiorgan involvement. It remembers that management is multidisciplinary. Patient evolved favorably, severe infectious process begins vaginal canal zone episiotomy.

New surgery for gangrene box is performed. Instability persists despite ICU management. Patient dies.

KEY WORDS: SEPSIS, DEHISCENCE, EPISIOTOMY, DISSECANS COLLECTION.

I. INTRODUCCIÓN

La fascitis necrotizante es una infección rápidamente progresiva de tejido subcutáneo y fascias superficiales, en ocasiones fulminante, que requiere pronta desbridación quirúrgica agresiva. En un principio la infección está limitada a las fascias superficiales o profundas y el tejido celular subcutáneo, luego daña la piel y, en ocasiones, el músculo subyacente. (Saade, 2011)

La incidencia reportada de fascitis necrotizante es de 4 casos por 100.000 personas al año, pero no hay reportes en la bibliografía acerca de tasas de fascitis necrotizante vulvar posparto; sólo existen reportes de fascitis necrotizante en el periné, posterior a episiotomía o a infecciones vulvares no asociadas con el parto. (Saade,2011)

La fascitis necrotizante está asociada con estados de inmunosupresión: diabetes mellitus, enfermedad vascular periférica, uso de drogas intravenosas, obesidad o desnutrición. En el caso comunicado no existió asociación con algún estado de inmunosupresión. Además, la fascitis necrotizante se asocia con heridas abdominales de pacientes con operación cesárea o histerectomía; las heridas mínimas provocadas durante el parto y la episiotomía facilitan la penetración de gérmenes causales de la fascitis necrotizante en la zona perineal. (Silva,2010)

La fascitis necrotizante se clasifica, de acuerdo con su localización anatómica, en periné o escroto (gangrena de Fournier), que no sólo aparece en hombres; la fascitis necrotizante de la región perineal y genital se puede extender a la pared abdominal, al espacio de Retzius, el presacro, retrovesical, perirrectal y retroperitoneo. La fascitis necrotizante con daño del periné incrementa dos veces la mortalidad. (Silva, 2010)

II. OBJETIVO

2.1. OBJETIVO GENERAL

- ✓ Identificar los factores que pueden causar fascitis necrotizante posterior a una episiotomía.

2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ✓ Identificar factores de riesgo que causaron la infección en la herida.
- ✓ Aplicar medidas terapéuticas urgentes por la gravedad de la sepsis.
- ✓ Identificar los diferentes momentos en los que debe intervenir el personal de primer nivel para la prevención de complicaciones durante el embarazo.
- ✓ Analizar acciones de prevención y promoción de salud que modifique los factores de riesgo involucrados en el padecimiento de dicha patología.

2.3 RECOPIACIÓN DE LAS FUENTES DE INFORMACIÓN

2.3.1 DESCRIPCIÓN DE LAS FUENTES DE INFORMACIÓN

Las fuentes de información utilizadas para el análisis de caso clínico de un paciente con presencia de fascitis necrotizante por episiotomía infectada deben ser fuentes bien definidas de información.

- La historia clínica fue revisada por la autor en Abril de 2015, con especial atención de la cual se obtuvieron la mayoría de datos, los cuales se detallan de manera cronológica, desde el inicio de la sintomatología, tiempos de permanecía en las diferentes unidades y servicios hospitalarios.
- Informes de anamnesis, donde se recogen los datos epidemiológicos factores de riesgo, así como los registros del seguimiento intrahospitalario y los eventos hasta el alta del paciente.
- Guías de práctica clínica, artículos de revisión actualizados que resumen y evalúan todas las evidencias encontradas con el fin de ayudar a elegir la mejor estrategia de manejo posible para el tratamiento médico individual además de protocolos estandarizados y con normas internacionales para las mejores medidas terapéuticas en este tipo de pacientes.

III. DESARROLLO

3.1. DESCRIPCIÓN CRONOLÓGICA DETALLADA DEL CASO

3.1.1. Datos de identificación de la paciente.

Paciente femenina de 18 años de edad, nacida y residente en el Pitirishca, grupo étnico Shuar, estado civil unión libre, instrucción secundaria incompleta, ama de casa, lateralidad diestra, religión católico, tipo de sangre ORH +.

3.1.2. Antecedentes patológicos personales, clínicos y quirúrgicos:

No refiere

3.1.3. Antecedentes patológicos familiares:

No refiere

3.1.4. Antecedentes gineco obstétricos:

- **Menarquia:** 12 años
- **Ciclos menstruales:** irregulares de 8 días
- **Inicio de vida sexual activa:** 14 años
- **Parejas sexuales:** 2
- **G:**1, **P:** 0, **C:**O, **A:** 0,
- **Fecha de la última menstruación:** 17/07/2014
- **Fecha probable de Parto :** 24/04/2015
- **Edad gestacional:** 39.1 semanas
- **Controles prenatal:** 3 paciente en constante migración
- **Ecosonografía :** 1
- **Paptest:** No

3.1.5. Hábitos:

- **Alimentación:** 4-5 veces al día
- **Micción:** 3 veces
- **Deposición:** 2 veces
- **Tabaco:** No
- **Alcohol:** 2 veces al año
- **Drogas:** No
- **Medicamentos:** Ninguno
- **Alergias:** Ninguna

3.1.6. Enfermedad actual:

Paciente de 18 años que cursa con un embarazo de 39.1 semanas de edad gestacional, acude al Hospital General Puyo, con dolor abdominal, tipo contracción, de moderada intensidad, de 16 horas de evolución, además refiere la salida de moco, se encuentra hemodinámicamente estable: presión arterial: 120/80, frecuencia cardiaca: 75, frecuencia respiratoria: 18 por minuto, temperatura 36.5 grados, al examen físico: se encuentra un útero gestante, altura del fondo uterino 34 centímetros, se palpa feto cefálico, longitudinal izquierdo, movimientos fetales presentes, frecuencia cardiaca fetal 144, actividad uterina 2/10/35.

Región genital se evidencia salida de tapón mucoso, al tacto vaginal: cérvix central reblandecida dilatado 7 cm, borrado 70%, se palpa membranas integra, planas, primer plano, pelvis útil.

Es valorada por médico residente del servicio de Ginecología, quien inicia conducción con el siguiente parámetro y en las siguientes horas:

17/04/2015 19:35. Paciente al momento con actividad uterina 1 en 10 de 30 segundos, FCF: 145 por minuto. Movimientos fetales presentes, se indica Oxitocina, pasar 4 gotas por minuto y valorar de nuevo a la paciente en 30 minutos.

17/04/2015 20:10. Paciente al momento con actividad uterina 1 en 10 de 40 segundos FCF: 140 por minuto. Movimientos fetales presentes, se indica Oxitocina, subir a 8 gotas por minuto y valorar de nuevo a la paciente en 30 minutos.

17/04/2015 20:45. Paciente al momento con actividad uterina 3 en 10 de 25 segundos FCF: 140 por minuto. Movimientos fetales presentes, se indica Oxitocina, mantener conducción en 8 gotas por minuto y valorar de nuevo a la paciente en 30 minutos.

17/04/2015 21:20. Paciente al momento con actividad uterina 3 en 10 de 30 segundos FCF: 140 por minuto. Movimientos fetales presentes, se indica Oxitocina mantener conducción en 16 gotas por minuto y valorar de nuevo a la paciente en 30 minutos.

17/04/2015 21:50. Paciente al momento con actividad uterina 3 en 10 de 35 segundos FCF: 140 por minuto. Movimientos fetales presentes, se indica Oxitocina, mantener conducción en 8 gotas por minuto y valorar de nuevo a la paciente en 30 minutos.

17/04/2015 22:25. Paciente al momento con actividad uterina 3 en 10 de 25 segundos FCF: 140 por minuto. Movimientos fetales presentes, se indica Oxitocina, mantener conducción en 16 gotas por minuto y valorar de nuevo a la paciente en 30 minutos.

17/04/2015 23:00. Paciente al momento con actividad uterina 3 en 10 de 25 segundos FCF: 140 por minuto. Movimientos fetales presentes, se indica Oxitocina mantener conducción en 12 gotas por minuto y valorar de nuevo a la paciente en 30 minutos.

17/04/2015 23:30. Paciente al momento con actividad uterina 3 en 10 de 30 segundos FCF: 140 por minuto. Movimientos fetales presentes, al tacto vaginal, cérvix central, dilatado 8 cm borrado 80% membranas abombadas, se le realiza amniorrexis instrumental obteniendo liquido claro, con grumos, se indica Oxitocina mantener conducción en 12 gotas por minuto y pasar a la paciente a centro obstétrico.

18/04/2015 00:05. Paciente que tiene buena evolución, se realiza nuevo tacto vaginal cérvix central dilatado 10 cm y borrado 100%, entrando en labor de parto.

18/04/2015 00:30. Bajo normas de sepsia y antisepsia, previa colocación de campos estériles, se realiza episiotomía medio lateral izquierda, se produce el parto céfalo vaginal.

18/04/2015 01:10. Se recibe recién nacido vivo, sexo femenino, Apgar 8-9 antropometría 3196 gramos, talla 56 cm, perímetro cefálico 34 cm, alumbramiento completo manejo activo a los 5 min, sangrado de más o menos 300 cc, parto sin complicaciones

18/04/2015 04:00. Paciente postparto estable en buenas condiciones a su salida de centro obstétrico, es ingresada en el servicio de Ginecología.

18/04/2015 08:00. Paciente al momento del pase de visita se encuentra consciente, orientada, afebril. Fondo uterino en O, RIG: loquios hemáticos en poca cantidad, extremidades no edemas.

Se recibe los exámenes de laboratorio con valores alterados de hemoglobina 10 g/ dl y hematocrito 30%. Paciente con diagnóstico: Puerperio post parto de 7 horas por embarazo de 39.1 semanas más anemia puerperal.

Exámenes 17/04/2015:

- ✓ Leucocitos: 7360
- ✓ Neutrófilos: 67.3
- ✓ Linfocitos: 24.4
- ✓ HGB: 11.3 mg/dl
- ✓ HCT: 34.4 %
- ✓ PLT: 28500,
- ✓ TP 12
- ✓ TTP 38.

Exámenes 18/04/2015:

- ✓ HGB: 10
- ✓ HCT: 30%

Durante la tarde 18:30 pm y madrugada 02:00 am, presenta picos febriles que oscilan entre 39 y 39.4 grados, se le administra antitérmico con lo cual paciente presente mejoría.

19/04/2015 7:30. Al momento de la visita médica se encuentra despierta, ambulatoria, afebril, al examen físico: facies pálidas, fondo uterino O -2, RIG: loquios hemáticos en escasa cantidad. Al no reportar ninguna novedad sobre su evolución, la paciente es dada de alta con diagnóstico: Puerperio post parto de 31 horas por embarazo de 39.1 semanas más anemia puerperal, se le indica hierro y analgésico, se entrega indicaciones y recomendaciones dadas por personal de enfermería y es dada de alta.

Al alta

1. Dieta general
2. Control de signos vitales
3. Control de sangrado más altura de fondo uterino

4. Paracetamol 500 miligramos vía oral cada 8 horas
5. Hierro 200 miligramos vía oral cada día
6. Levonogestrel 0.003 miligramos vía oral cada día
7. Ambulatorio
8. Ante cualquier signo de alarma acudir a Hospital Básico

Paciente quien acude al Hospital General Puyo el 22/04/2015 a las 7:00. A los 4 días posteriores al alta con un diagnóstico de puerperio post parto de 4 días, al momento presenta dolor abdominal tipo cólico de moderada intensidad a nivel de hipogastrio, acompaña de náusea que no llega al vómito, además alza térmica no cuantificada, es valorada y mantenida en observación recibiendo hidratación con solución salina 1000 mililitros pasar a 300 mililitros en bolo y luego 125 mililitros hora , analgesia con cloruro de sodio 0.9% 1000 cc más Tramadol 100 miligramos más Metoclopramida 10 miligramos intravenoso pasar a 20 gotas por minuto cada 8 horas y protector gástrico Ranitidina 50 miligramos intravenoso en ese momento. Al momento paciente álgica, hipotensa e irritable, se interconsulta al servicio de Ginecología por posible cuadro de endometritis.

Al examen físico

Paciente consciente orientada en tiempo y persona, con facies pálida.

TABLA 1. Signos vitales

Tensión arterial	77/43
Frecuencia cardiaca	153
Frecuencia respiratoria	22
SatO2	95%
Temperatura	38.5

Fuente: Historia clínica de Hospital General Puyo

Elaborado por: Diana Carolina Naranjo

Cabeza: normocefálica se observa facies pálida, escleras: ictéricas, boca: mucosas orales semihumedas, tórax: simétrico, corazón: taquicárdico, pulmonar: normal, abdomen: suave, depresible, doloroso a la palpación superficial y profunda, altura de fondo uterino: no palpable, defensa muscular a la palpación, región perineal: se evidencia episiorrafia abierta con presencia de líquido purulento de muy mal olor, útero, extremidades simétricas, no edemas.

Se solicita exámenes complementarios los mismos que reportan lo siguiente:

TABLA 2. Biometría hemática

Leucocitos	5.250
Neutrófilos	91,3%
Linfocitos	5,9%
Eosinófilos	2.8%
Hemoglobina	7,3%
Hematocrito	22%
Plaquetas	92
TP	12
TTP	36

Fuente: Historia clínica de Hospital General Puyo

Elaborado por: Diana Carolina Naranjo

TABLA 3. Química sanguínea

Glucosa	82 mg /dl
TGO	25,5 U/L
TGP	29,8 U/L
Urea	39,7 MG/DL
Creatinina	1,24 MG /DL
Fosfatasa Alcalina	629 U/L
Bilirrubina Total	0.6 MG/DL
Bilirrubina Directa	0.5 MG /DL
SGOT	46.1
SGPT	20.8

Fuente: Historia clínica de Hospital General Puyo

Elaborado por: Diana Carolina Naranjo

TABLA 4. Electrolitos

Sodio	138,6
Potasio	3,0
Calcio	0.90

Fuente: Historia clínica de Hospital General Puyo

Elaborado por: Diana Carolina Naranjo

TABLA 5. Gasometría

PH	7.41
PCO2	18
PO2	69.2
SO2%	93.9
Na	136.6
K	357
Ca	0.99
HCO3	11.6

Fuente: Historia clínica de Hospital General Puyo

Elaborado por: Diana Carolina Naranjo

TABLA 6. Uroanálisis

Color	Amarillo
Aspecto	Turbio
Densidad	1000
PH	6.0
Proteínas	30
Células epiteliales	4-6 x/c
Piocytes	7-9 x/c
Hematíes	2-3 x/c
Bacterias	++
Uratos amorfos	++
Observaciones	Cilindros granulosos 7-9 x/c

Fuente: Historia clínica de Hospital General Puyo

Elaborado por: Diana Carolina Naranjo

TABLA 7. Bacteriológico**Secreción vaginal**

Células pavimentosas	10-12 x/c
Piocytes	20-25 x/c
Bacterias	+++
Células redondas	4-6 x/c
Leucocitos	14-16 x/c
Hematíes	2-3 x/c
Flora bacilar de Doderlein	Disminuida

Fuente: Historia clínica de Hospital General Puyo

Elaborado por: Diana Carolina Naranjo

TABLA 8. Ecografía

Presencia de líquido libre en poca cantidad en Douglas. Útero anteverso mide 127*63 mm.
Miométrio congestivo. Endometrio ecogénico, fino lineal
Endocérvix presencia de colección líquida en 5 cc de volumen aproximadamente.

Fuente: Historia clínica de Hospital General Puyo

Elaborado por: Diana Carolina Naranjo

Se solicita valoración por parte de médicos tratantes de los servicios de Ginecología y Cirugía a las 11:00 am.

Médico tratante acude a las 15h 32 min, realiza valoración, y encuentra una paciente con dolor abdominal tipo cólico de moderada intensidad en hipogastrio acompañada de náusea que no llega al vómito, al examen físico: paciente consiente, orientada, pálida, tensión arterial 50/39, frecuencia cardiaca 153, frecuencia respiratoria 22, satO2 95%, temperatura 38.5. Abdomen: suave depresible doloroso a la palpación, altura de fondo uterino O, defensa muscular a la palpación, región perineal: presencia de líquido purulento de muy mal olor, útero doloroso a la palpación, extremidades simétricas no edemas. Se valora también los exámenes y se decide el pase a quirófano.

Paciente quien es llevada a quirófano el 22/04/2015 a las 16:15 min, con un diagnóstico de puerperio post parto tardío más colección pélvica.

Bajo anestesia general se realiza laparotomía exploratoria más revisión de episiotomía más drenaje de colección por absceso retroperitoneal más shock séptico, hallazgos:

1. Dehiscencia de la episiotomía.
2. Líquido purulento en episiotomía.
3. Colección disecante desde herida de episiotomía hacia retroperitoneo.
4. Líquido purulento en cavidad abdominal
5. Edema de la pared del recto.

Procedimiento operatorio retiro de suturas de episiotomía, limpieza y drenaje de colección de episiotomía. Lavado con 1000 cc de solución salina, colocación de mecha con alcohol yodado, diéresis descrita.

Con esos antecedentes, se solicita apoyo por parte de la unidad de cuidados intensivos, por inestabilidad hemodinámica y se decide su ingreso esta área, con diagnóstico de sepsis severa más compromiso multiorgánico.

Al ingreso, se encuentra bajo efecto de sedoanalgesia, pupilas isocóricas, normoreactivas a la luz y a la acomodación, ruidos cardiacos rítmicos, taquicárdicos, no soplos, frecuencia cardiaca: 120 lpm, tensión arterial: 90/35, sat O2:93%, conjuntivas pálidas, mucosas orales secas, corazón: taquicárdico R1-R2 rítmico, pulmones: murmullo vesicular conservado, no ruidos sobreañadidos, abdomen: plano, suave, depresible, con vendaje seco en sitio quirúrgico, RHA disminuidos, región perineal: presencia de pañal manchado con sangre en poca cantidad, de mal olor, deshincencia de episiotomía con salida de secreción purulenta, en moderada cantidad fétida, renal: diuresis a través de sonda vesical colúrica, extremidades: no edema, pulsos distales presentes disminuidos, no se descarta la opción de una nueva intervención quirúrgica según evolución de paciente.

Se le realiza exámenes de control posterior al procedimiento con los siguientes valores:

TABLA 9. Biometría Hemática

Leucocitos	4.340
Neutrófilos	87.7%
Linfocitos	6.8%
Eosinófilos	1.8%
Hemoglobina	9%
Hematocrito	27%
Plaquetas	145

Fuente: Historia clínica de Hospital General Puyo

Elaborado por: Diana Carolina Naranjo

RX de tórax: no infiltrados en campos pulmonares. Se inicia antibiótico terapia de forma empírica y se seguirá acorde al resultado de los cultivos de secreción vaginal además de hemocultivos.

Se comunica a esposo sobre el estado crítico de la paciente y las posibles complicaciones asociadas a cuadro infeccioso. Condición crítica. Pronóstico reservado: Apache II: 19

(mortalidad 32.2%), SAPS II: 34 (mortalidad 15.3%), SOFA: 5 (neurológico 3, coagulación 1, respiratorio 1).

En su primer día en UCI se destaca la presencia de un proceso infeccioso severo del canal vaginal, en zona de episiotomía, se observa tejido de características necróticas, con eliminación de material purulento de mal olor y edematoso, es valorada por médico tratante del área Ginecología e indica una nueva limpieza quirúrgica.

En la noche paciente presenta, respuesta inflamatoria dada por alza térmica de 38.4 y un máximo de 39.5 grados, que no cede con medios físicos, ni antitérmicos además de taquicardia de 160 lpm

Se solicita exámenes de control:

TABLA 10. Biometría hemática

Leucocitos	9.22
Neutrófilos	91.8%
Linfocitos	1.4%
Eosinófilos	1.8%
Hemoglobina	13%
Hematocrito	39%
Plaquetas	141
TP	14
TTP	36

Fuente: Historia clínica de Hospital General Puyo

Elaborado por: Diana Carolina Naranjo

Presenta leucocitos de 9220 pero con neutrofilia de 91.8%. Se transfundió 1 paquete globular, por el reporte de Hgb: 7 g/dl en una paciente con choque.

Hoy:

- Hgb: 13 g/dl. (antes 9%)
- Hct: 39% (antes 27%)
- Plaquetas 141000 (antes 92000)

- TP: 14 (antes 12)
- TTP: 36 (antes 38).

TABLA 11. Gasometría

PH	7.069
PCO2	43.5
PO2	81.7
SO2%	89.9
Na	137.8
K	4.49
Ca	6.9
HCO3	12.7

Fuente: Historia clínica de Hospital General Puyo

Elaborado por: Diana Carolina Naranjo

Los valores de la gasometría refleja que existe una acidosis metabólica severa.

La cobertura antibiótica es empírica en base a Ceftriaxona y Clindamicina, se agrega aminoglucósido en busca de una mejor respuesta.

En la tarde llega el resultado de cultivo de secreción vaginal el que reporta:

TABLA 12. Cultivo flujo vaginal

Germen aislado: Echericha Coli

Antibiograma

Ampicilina + Sulbactam	Resistente
Ampicilina	Resistente
Cefalexina	Resistente
Ceftriaxona	Sensible
Cefuroxime	Sensible
Ciprofloxacina	Sensible
Gentamicina	Sensible
Pip. Tazobactam	Sensible
Sulfato de trimetropin	Sensible

Germen aislado: Enterococo SPP

Ampicilina	Sensible
Ciprofloxacina	Sensible
Clindamicina	Sensible
Eritromicina	Sensible
Gentamicina	Sensible
Penicilina	Sensible
Streptomycin	Sensible

Fuente: Historia clínica de Hospital General Puyo

Elaborado por: Diana Carolina Naranjo

Se realizara escalamiento de antibiótico en las próximas horas, dependiendo de la evolución clínica y los hallazgos en la nueva limpieza quirúrgica. Al examen físico: abdomen se observa levemente distendido pero suave a la palpación, paciente bajo seguimiento multidisciplinario ante la posibilidad de complicaciones intrabdominales.

23/04/2015 15:10. Se le realiza una nueva limpieza quirúrgica en la que se encuentra lo siguiente:

- Tejido con signos de necrosis.
- Colecciones purulentas en fosa isquio rectal derecha.
- Líquido purulento en más o menos 40 centímetros cúbicos.

Lavado de herida con 1000 centímetros cúbicos de solución salina y agua oxigenada, se le coloca una compresa con yodopovidona en fosa isquio rectal derecha.

Paciente hemodinamicamente inestable, con soporte de noradrenalina a dosis altas 0.82 ug/kg/min, pese a ello se mantiene con presiones arteriales limítrofes, con una TAM DE 65 mmhg, mantiene taquicardia entre 130-150 lpm, ritmo sinusal no soplos audibles, EKG: taquicardia sinusal. Por lo que se decide tomar la siguiente actitud frente al cuadro ya mencionado, colocar Noradrenalina dosis respuesta. Iniciar adrenalina. Saturación venosa central, y monitoreo continuo. Respiratorio con ventilación mecánica invasiva en modo PCMV mantiene saturación mayor 90%, presencia de escasa secreción blanquecina por tubo endotraqueal.

Al examen físico presencia de murmullo vesicular conservado y presencia de rales en ambos campos pulmonares.

RX estándar de tórax no se evidencia infiltrados, punta de catéter venoso central en adecuada posición.

Gasometría arterial, PH: 7.26, PCO₂: 25.3, PO₂: 1014.1 SO₂: 97.1, HCO₃: 11.6. RENAL con gasto urinario 1.5cc/kg/h, con apoyo de diurético a baja dosis, balance hídrico: +4971 cc, azoados control Urea 44.5 (antes 37.2), Creatinina: 1.18 mg/dl (antes 0.70), electrolitos: Sodio: 238.3, Potasio: 4.3, Cloro: 1.00 mol/l.

El día 24/04/2015 a las 2:45 am la paciente presenta taquicardia paroxística supraventricular, donde la frecuencia cardiaca llega hasta 261 latidos por minuto, se administra 150 miligramos de amiodarona e inmediatamente la paciente degenera en fibrilación ventricular, se realiza descarga con 150 joule por dos ocasiones la paciente cae en asistolia, por lo que se inicia de forma inmediata reanimación cardio-pulmonar básica y avanzada, administrándose de forma secuencial atropina y adrenalina combinado con el masaje cardiaco externo, se administra bicarbonato de sodio 16 ampollas (128 miliequivalentes) se continúa con reanimación por aproximadamente una hora sin obtención de ritmo cardiaco, se observa durante la reanimación liquido sanguinolento a través del tubo endotraqueal, lo que hace pensar en disfunción ventricular izquierda y edema agudo de pulmón por lo que siendo las 4: 00 am del 23/04/2015 se decide interrumpir las maniobras de reanimación observándose los signos clínicos de la muerte: asistolia, midriasis pupilar paralítica bilateral, ausencia de reflejos corneales y de tronco encefálico, lividez cadavérica, por lo que se declara el fallecimiento. Se realiza trazado electrocardiográfico, documentándose la asistolia.

Siendo la causa directa de la muerte falla multiorgánica y como eventos que antecedieron a la falla: infección de herida de episiotomía con colección retroperitoneal llevando a la paciente al choque séptico

Tratamiento:

Ingreso emergencia

1. Observación.
2. Nada por vía oral.

3. Control de signos vitales.
4. Curva térmica.
5. Solución salina 0.9% 1000 mililitros pasar a 300 mililitros en bolo y luego 125 mililitros hora.
6. Ranitidina 50 miligramos intravenosos en este momento.
7. Exámenes: Biometría hemática, Química sanguínea, grupo sanguíneo, TP, TTP, Bilirrubinas, TGP, TGP, Amilasa, Lipasa.

En piso de ginecología:

1. Pase a quirófano.
2. Parte operatorio.
3. Comunicar a familiares.
4. Consentimiento informado.
5. Novedades.

En quirófano sala de recuperación

1. Nada por vía oral por 4 horas.
2. Control de signos vitales.
3. Ceftriaxona 1 gramo intravenoso cada 12 horas.
4. Clindamicina 600 miligramos intravenoso cada 6 horas.
5. Solución salina 0.9% 200 centímetros cúbicos más 200 miligramos de Tramadol pasar 8 centímetros cúbicos hora.

Indicaciones de la Unidad de Cuidados Intensivos

Medidas generales:

1. Monitoreo contínuo de signos vitales: tensión arterial, tensión arterial media, frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria, saturación de oxígeno, temperatura y electrocardiograma.
2. Control ingesta / excreta.
3. Diuresis horaria.
4. Posición semifowler 30 grados.
5. Vigilancia neurológica, escala de Glasgow y diámetro pupilar horario.
6. Cuidado de vías de abordaje.

7. Mantener normotermia con medios físicos.
8. Glicemia capilar cada 6 horas.
9. Medir presión venosa central cada 6 horas

Nutrición

1. Nada por vía oral.
2. Sonda nasogástrica a caída libre.

Ventilación

1. Halminton G5. PCMV: PC: 13 FR: 20 PEEP: 7 FIO2: 40%
2. Atrovent nebulizador 3 puff cada 6 horas.
3. Aspiración cuidadosa de secreciones de tubo endotraqueal por razones necesarias

Hidratación/Infusiones

1. Solución salina 0.9% 1000 mililitros+ cloruro de potasio 20 miliequivalentes (10 mililitros) pasar endovenoso a 100 mililitros hora.
2. Midazolam 100 miligramos + solución salina 0.9% 80 mililitros pasar endovenoso a 5 mililitros hora.
3. Fentanilo 1000 microgramos+ solución salina 0.9% 80 mililitros pasar endovenoso a 5 mililitros hora.
4. Hidrocortisona 200 miligramos + solución salina 0.9% 100 mililitros pasar endovenoso a 4 mililitros por hora.
5. Norepinefrina 8 miligramos + dextrosa al 5% 92 mililitros pasar endovenoso a 25 mililitros por hora dosis, respuesta.
6. Adrenalina 10 miligramos + solución salina 0.9% 90 mililitros pasar intravenoso a 15 mililitros por hora dosis respuesta.

Medicación

1. Ceftriaxona 2 gramos endovenoso cada 12 horas.
2. Metronidazol 500 miligramos intravenoso cada 6 horas.
3. Amikacina 800 miligramos intravenoso cada día.
4. Ranitidina 50 miligramos endovenoso cada 12 horas.
5. Lagrimas artificiales + protección ocular cada 2 horas.
6. Enoxaparina 40 miligramos subcutáneo cada día.

7. Metamizol 2 gramos endovenoso por razones necesarias.
8. Furosemida 2.5 miligramos intravenoso por razones necesarias.
9. Bromuro de rocuronio 25 miligramos intravenoso cada 6 horas.
10. Suspender clindamicina

Exámenes y procedimientos

1. Biometría hemática, química sanguínea, electrolitos, pruebas de función hepática diario y por razones necesarias.
2. Gasometría arterial diario y por razones necesarias.
3. Radiografía de tórax diario y por razones necesarias.
4. Electrocardiograma por razones necesarias.
5. Seguimiento por Ginecología y Cirugía.

IV. DIAGNÓSTICO

4.1 ANÁLISIS DEL CASO

La fascitis necrotizante es una infección rápidamente progresiva y fulminante del tejido subcutáneo y la fascia subyacente, que requiere desbridamiento quirúrgico temprano y agresivo para controlar la diseminación de la infección. Las pacientes que padecen esta enfermedad, por lo general también tienen uno o más factores predisponentes, como diabetes mellitus, enfermedad vascular periférica, trombosis venosa, consumo de drogas intravenosas, estados de inmunosupresión u otras alteraciones de la función inmunológica. Se reportan tasas de mortalidad de 50% en mujeres sin antecedentes de otras enfermedades y de 13 a 76% posterior al parto. La fascitis necrotizante se reporta con poca frecuencia después de la cesárea. En relación con el parto se reporta que la mortalidad es de 88% en el puerperio inmediato, en comparación con 54% en el puerperio tardío.⁶ La fascitis necrotizante con daño del periné incrementa dos veces la mortalidad.

La sepsis, la sepsis severa, y el shock séptico son fases de la respuesta sistémica a la infección. La paciente obstétrica es particularmente vulnerable a la sepsis debido a la asociación que existe entre el embarazo y las complicaciones infecciosas como la pielonefritis corioamnionitis, endometritis, infección de la herida, fascitis necrotizante y colecistitis. (Khamnuan, 2015)

La relación entre la bacteriemia y la sepsis también depende de otros factores contribuyentes tales como la supresión inmune, y las condiciones médicas asociadas. En general los bacilos aeróbicos gram – negativos eran los organismos predominantes asociados con la sepsis. Sin embargo ha aumentado la incidencia de infección con organismos gram-positivos en pacientes con sepsis y puede ser igual que las infecciones por gram-negativos. (Saade, 2011)

Las pacientes con fascitis necrotizante suelen tener uno o más factores predisponentes de alteraciones en la función inmunológica. (Tabares, 2014)

Epidemiología

Las pacientes que padecen esta enfermedad fascitis necrotizante, por lo general también tienen uno o más factores predisponentes.

Se reportan tasas de mortalidad de 50% en mujeres sin antecedentes de otras enfermedades y de 13 a 76% posterior al parto. La fascitis necrotizante se reporta con poca frecuencia después de la cesárea. En relación con el parto se reporta que la mortalidad es de 88% en el puerperio inmediato, en comparación con 54% en el puerperio tardío. La fascitis necrotizante con daño del periné incrementa dos veces la mortalidad.

La incidencia reportada de fascitis necrotizante es de 0.04 casos por 1000 personas al año, pero no hay reportes en la bibliografía acerca de tasas de fascitis necrotizante vulvar posparto; sólo existen reportes de fascitis necrotizante en el periné, posterior a episiotomía o a infecciones vulvares no asociadas con el parto. (Khamnuan, 2015)

Mecanismo de Infección

La fascitis necrotizante está asociada con estados de inmunosupresión: diabetes mellitus, enfermedad vascular periférica, uso de drogas intravenosas, obesidad o desnutrición. En el caso comunicado no existió asociación con algún estado de inmunosupresión. Además, la fascitis necrotizante se asocia con heridas abdominales de pacientes con operación cesárea o histerectomía; las heridas mínimas provocadas durante el parto y la episiotomía facilitan la penetración de gérmenes causales de la fascitis necrotizante en la zona perineal. (Tabares, 2014)

Fisiopatología

La fisiopatología de esta enfermedad juega un papel importante toxinas bacterianas que son un complejo de polisacáridos y mucopéptidos asociado a varias enzimas que producen la destrucción tisular; hialuronidas y colagenasas. Las colágenas producen destrucción del colágeno que constituye parte importante de las barreras mecánicas fundamentales para que las bacterias no invadan sitios más profundos.

Como consecuencia de ello, la bacteria invade rápidamente los tejidos y los órganos adyacentes, su avance es muy rápido, en horas puede invadir grandes extensiones de tejido con su otro mecanismo invasivo: la microtrombosis, esto produce una área isquémica, la isquemia produce necrosis, cambio del potencial redox e invasión por bacterias anaeróbicas, mayor multiplicación del estreptococo, mayor daño tisular, mayor isquemia y así sucesivamente.

La trombosis de la microcirculación agrega su tercer mecanismo invasivo: la dificultad de la llegada de antibióticos al foco séptico. En otras palabras primero destruye las barreras defensivas, luego se pavimenta su propio camino avanzando por microtrombosis progresiva y finalmente le cierra las puertas a la llegada de antibióticos. (Silva, 2010)

Clasificación

La fascitis necrotizante se clasifica, de acuerdo con su localización anatómica, en periné o escroto (gangrena de Fournier), que no sólo aparece en hombres; la fascitis necrotizante de la región perineal y genital se puede extender a la pared abdominal, al espacio de Retzius, el presacro, retrovesical, perirrectal y retroperitoneo.

También, la fascitis necrotizante puede clasificarse según la profundidad de la infección (adipositis, fascitis y mioscitis), en donde clínicamente se observa edema extenso de la piel, eritema con áreas de anestesia cutánea por la necrosis, ampollas y bulas con olor fétido, sobre todo asociado con anaerobios, acompañado de crepitación de la herida y tejido celular subcutáneo que se despega con facilidad de la fascia subyacente.

La tercera clasificación se realiza de acuerdo con la microbiología y que puede ser:

- Tipo I: polimicrobiana.
- Tipo II: monomicrobiana (*Staphylococcus*, *Streptococcus*, *Clostridium*).
- Tipo III: *Vibrio*.
- Tipo IV: *Fungi*.⁹

Son más comunes en el área ginecológica las de tipo I y tipo II. Al asociar los datos clínicos con los agentes causales de la fascitis necrotizante se encontró que el edema aparece, principalmente, en infecciones por estreptococo hemolítico del grupo A,

La fascitis necrotizante más común es la tipo I (polimicrobiana), en la que los microorganismos causales incluyen incluso cuatro diferentes bacterias grampositivas o gramnegativas, responsables de 70 a 80% de los casos. Son tres microorganismos causales: Estreptococo hemolítico del grupo A y *Escherichia coli*, en tejido necrótico vulvar, y *Staphylococcus coagulasa* negativo en el líquido de la cavidad abdominal.

Las infecciones de tipo II son monomicrobianas y aparecen con menor frecuencia que las tipo I; son causadas principalmente por *Streptococcus pyogenes*, ya sea solo o junto con *Staphylococcus aureus*.

La asociación entre los datos clínicos y los microorganismos causales es importante porque proporciona una visión de los agentes causales y facilita la elección de la terapia antibiótica temprana. (Khamnuan, 2015)

Clínica

Muchos pacientes, son mal diagnosticados inicialmente con celulitis, retrasar la gestión adecuada y el aumento de la morbilidad y mortalidad. A pesar de algunas similitudes en la presentación clínica de celulitis, es muy importante identificar correctamente los síntomas y los signos que permite el diagnóstico correcto.

El más crítico síntomas distintivos, es un nivel desproporcionado de dolor en comparación con los hallazgos físicos. A diferencia de la celulitis, donde la infección comienza en el cruce entre la dermis y la fascia superficial, en, la infección comienza en el nivel de grasa subcutánea y la fascia profunda. Es porque de esta preservación de las capas epidérmicas y dérmicas en el temprano etapas de la enfermedad que el eritema y el edema de la piel no son obvios, y así la extensión de la infección clínicamente no está clara.

La linfangitis es rara en Fascitis Necrotizante. Blister o formación de bulla es un importante pero característico de finales de la fascitis necrotizante. Las ampollas son el resultado de la isquemia como los vasos penetrantes que perfunden la piel son en gran parte trombosada debido al proceso inflamatorio. Por el contrario, la formación de ampollas y bullas son hallazgos raros en la celulitis.

La tasa de progresión de Fascitis Necrotizante puede variar desde varios días a partir de presentación a, en contraste, una rápida disminución y la muerte dentro de horas de presentación. Los pacientes con Fascitis Necrotizante en las etapas posteriores de la enfermedad a menudo muestran síntomas y signos de shock séptico, tóxicos.

El síndrome de shock e insuficiencia multiorganica:

- Taquicardia
- Taquipnea
- Fiebre o hipotermia
- Hipotensión
- Arritmias cardíacas
- Confusión
- Acidosis metabólica
- Función renal y hepática anormal
- Coagulopatía y se puede producir trombocitopenia.

Estos pacientes tienen una alta tasa de mortalidad.

Características dermatológicas clínicas de Fascitis Necrotizante se pueden clasificar en tres etapas en las que se van observando características de cada etapa:

Etapas 1: se define con signos tales como eritema, sensibilidad más allá del eritema, hinchazón, y la piel caliente.

Etapas 2: se define por la formación de ampollas de la piel, ampolla, y la piel fluctuante.

Etapas 3: se manifiesta con ampollas hemorrágicas, crepitación, necrosis de la piel, y gangrena. (Davoudian, 2012)

Conforme la infección se extiende, por lo general 1-2 días después de la manifestación inicial, aparecen signos tardíos. Las características comunes incluyen decoloración de la piel a un color rojizo-púrpura, erupción, bulas, toxicidad sistémica y anestesia de la herida. Estos hallazgos son el resultado de la isquemia tisular y manifestaciones sistémicas que conducen a la denervación y posterior trombosis.

Los hallazgos observados superficialmente (piel) no siempre reflejan el grado de afectación y necrosis subcutánea. Por lo tanto, el tratamiento quirúrgico tiene por objetivo reseccionar todo el tejido desvitalizado que no sangra al realizar una incisión. El signo patognomónico de la necrosis del tejido subcutáneo es un líquido como agua sucia, color gris-marrón, que se observa también en la exploración quirúrgica. La hipotensión y el choque pueden aparecer en cualquier momento, pero son más comúnmente signos tardíos y se deben a un tercer espacio

masivo; la crepitación se observa en 37 a 57% y puede considerarse patognomónica (Tabares, 2014)

Diagnóstico

Las etapas iniciales, la fascitis necrotizante se puede presentar inmediatamente después de la cesárea o el parto o en forma más tardía, cuando la paciente ya está de alta. Aparece fiebre y en la herida operatoria en vez de ir regresando el dolor, este se va incrementando progresivamente, la paciente lo comienza a experimentar con mayor intensidad, de carácter urente o quemadura con hipersensibilidad a la palpación de los bordes, los cuales comienzan a indurarse y enrojecerse.

A veces aparecen en la piel bulas con líquido serohemático turbio. Puede haber también crepitación por presencia de gas en los tejidos. El gas es producido por *Echerichia coli*, *Streptococcus microaerofili*, *Bacteroides*, y está constituido por hidrogeno, nitrógeno, óxido nitroso y ácido sulfhídrico.

No siempre hay la salida de pus por la herida e incluso puede haber escasa secreción serohemática, lo que de ninguna manera descartar el diagnostico. Luego la superficie de la piel se torna hipoestética, adquiriendo un color oscuro violáceo. En este momento el estado general se compromete, pudiendo agregarse shock séptico, el cual, una vez instalado, es generalmente irreversible. (Silva, 2010)

Manejo

El diagnóstico se realiza, principalmente, con el cuadro clínico; están indicadas la tomografía axial computada y la resonancia magnética para identificar abscesos, engrosamiento de fascias o edema muscular. La extensión de la infección es suficiente para indicar el tratamiento quirúrgico inmediato. (Tabares, 2014)

El diagnostico de infección yace en la sospecha clínica y en la búsqueda de un agente infeccioso, las colecciones identificadas mediante radiología o ecografía deben ser aspirados y drenados bajo guía y la muestra debe ser invadida por tinción gram y nicótica además del cultivo.

Las heridas purulentas y en aquellas donde exista difusión de una celulitis deben ser hisopadas para realizar cultivos, siempre que se sospeche de una infección en heridas abdominales contaminadas o sucias, debe asumirse que son infecciones anaeróbicas independientemente de los resultados del cultivo. Deben obtenerse cultivos sanguíneos tan pronto como sea posible después del inicio de la fiebre o los escalofríos. (Saade, 2011)

Exámenes complementarios

Podemos encontrar valores alterados en la química sanguínea tales como:

- Leucocitosis importante con desviación a la izquierda
- Alteración enzimática hepática leve.
- En etapas posteriores puede haber hipoalbuminemia cuando se a realizado aseo quirúrgico y los tejidos al quedar expuestos pierden proteínas en el exudado y transudado que se produce.

Durante la evolución inicial la búsqueda de la fuente de infección debe ser guiada por las fuentes más comunes en una mujer embarazada o postparto:

TABLA 13. Fuentes más comunes de infección en pacientes obstétricas

Fuentes más comunes de infección en pacientes obstétricas
Tracto reproductivo
Urinario
Infección de la herida
Corioamnionitis
Colecistitis
Respiratoria

El diagnóstico de infección yace en la sospecha clínica y en la búsqueda de un agente infeccioso. (Saade, 2011)

Si se decide tomar cultivo, deberán obtenerse por medio de trozos de tejido en vez de tómulas y sembrar en medios aeróbicos selectivos que impidan el desarrollo de otras bacterias que pudieran inhibir el desarrollo de los verdaderos agentes etiológicos. (Davoudian, 2012)

Las colecciones identificadas mediante radiología deben aspiradas bajo guía y la muestra debe ser enviada para tinción gram y micótica además de cultivo. Las heridas purulentas y en

aquellas donde exista difusión de una celulitis deben ser hisopadas para realizar cultivos. Siempre que se sospeche de una infección en heridas abdominales contaminadas o sucias, debe asumirse que son infecciones anaeróbicas independientemente de los resultados del cultivo. Deben obtenerse cultivos sanguíneos tan pronto como sea posible después del inicio de la fiebre y los escalofríos.

En los pacientes críticamente enfermas, la fuente de sepsis es frecuentemente iatrogénica como aquella causada por un catéter urinario permanente o ventilador. Debe seguirse las técnicas y procedimientos específicos para obtener e interpretar los cultivos provenientes de estas fuentes.

El diagnóstico de infección yace en la sospecha clínica y en la búsqueda de un agente infeccioso. Las colecciones identificadas mediante radiología deben aspiradas bajo guía y la muestra debe ser enviada para tinción gram y micótica además de cultivo. Las heridas purulentas y en aquellas donde exista difusión de una celulitis deben ser hisopadas para realizar cultivos. Siempre que se sospeche de una infección en heridas abdominales contaminadas o sucias, debe asumirse que son infecciones anaeróbicas independientemente de los resultados del cultivo. Deben obtenerse cultivos sanguíneos tan pronto como sea posible después del inicio de la fiebre y los escalofríos.

Debe seguirse las técnicas y procedimientos específicos para obtener e interpretar los cultivos provenientes de estas fuentes. En los pacientes críticamente enfermas, la fuente de sepsis es frecuentemente iatrogénica como aquella causada por un catéter urinario permanente o ventilador.

Las pruebas deben incluir rayos X de tórax para excluir una neumonía, una exploración de TC o IRM abdominopelvica para descartar abscesos, necrosis miometrial y piometra, así como la amniocentesis para excluir la presencia de una infección intraamniótica. Puede detectarse gas por medio de una placa radiográfica simple o por medio de una TAC. El gas puede estar en el tejido celular o profundamente en el celular de la pelvis que rodea al útero. . (Saade, 2011)

Tratamiento

La administración precoz de antibióticos reduce la mortalidad y morbilidad en pacientes sépticas. La paciente debe ser iniciada empíricamente con antibióticos de amplio espectro

para las infecciones relacionadas con el embarazo, una combinación de penicilina, aminoglucosido y clindamicina o metronidazol para los anaerobios deberá cubrir a la mayoría de los organismos posibles. Alternativamente, puede usarse carbapenem o una cefalosporina de tercera o cuarta generación en las pacientes neutropénicas. La Vancomicina debe utilizarse cuando se sospecha de una infección por *Sthaphylococcus* resistente a la meticilina (infección relacionada con el catéter, o centros donde predomine el estafilococo resistente a la meticilina). Los agentes antifúngicos no deben utilizarse como una terapia empírica de rutina. En situaciones donde exista supresión inmune u otras condiciones que conduzcan a la infección micótica, que haya contribuido al evento disparador inicial, debe considerarse la cobertura con anfotericina B o antimicrobianos equivalentes. El Fluconazol es tan efectivo como la anfotericina B, y menos tóxico en pacientes neutropénicas. Sin embargo, la anfotericina B debe utilizarse como terapia de primera línea en pacientes sépticas neutropénicas hasta que haya determinado la identidad y la susceptibilidad. La elección subsecuente inicial de los antimicrobianos, debe siempre ser guiada por los antecedentes alérgicos, la función renal y hepática el resultado del cultivo y las pruebas específicas de sensibilidad microbiana para el hospital o la comunidad.

También es importante recordar que los cultivos pueden ser falsamente negativos o arrojar información incompleta ya que algunos organismos pueden no ser detectados. Esto es especialmente en las infecciones relacionadas con obstetricia que tienden a ser polimicrobianas.

El soporte hemodinámico en caso de sepsis es uno de los componentes centrales del manejo. El objetivo es restaurar la perfusión tisular y normalizar el metabolismo celular. El reemplazo volumétrico, la mayoría las veces solamente con fluidos es algunas veces insuficiente para revertir la hipotensión restaurar la estabilidad hemodinámica y mejorar el suministro de oxígeno. El reemplazo de volumen debe titularse de acuerdo a la presión sanguínea (mantener una presión sanguínea sistólica por lo menos de 90 mmHg o una presión arterial media de 60 a 65 mmHg), la frecuencia cardíaca y el gasto urinario (mayor o igual a 0.5 ml/kg/h). se recomiendan bolos de 250 a 1000 ml de cristaloides durante 5 a 15 min. La presión oncótica disminuye en el embarazo con mayor disminución en las mujeres desnutridas o preeclámpicas. Combinado con la propensión para la fuga capilar en el caso de sepsis, la disminución gestacional en la presión oncótica predispone a la mujer embarazada o postparto a un edema pulmonar. Los bolos iniciales de líquidos pueden guiarse por la evolución

subjetiva general del estatus de volumen intravascular (estatus nutricional, condiciones que disminuyen la presión oncótica) y las mediciones clínicas de la función pulmonar (saturación de oxígeno, auscultación). Si la hipotensión persiste a pesar de los intentos iniciales, la mayor expansión de volumen debe guiarse por la presión venosa central (mantener en 8 a 12 mmHg) o la presión en cuña capilar pulmonar (debe mantenerse a 12 a 16 mmHg) siendo esta última apropiada que la primera en los casos donde la presión venosa central pudiera no reflejar las presiones diastólicas finales del ventrículo derecho (por ejemplo preeclampsia) o cuando la presión venosa central se encuentre elevada. Si el monitoreo central de esta indicado, entonces el uso de un catéter con capacidad para medir la saturación venosa de la oxihemoglobina puede ser muy útil para guiar el tratamiento ulterior. El suministro de oxígeno depende del gasto cardíaco y de la capacidad portadora de oxígeno de la sangre.

Los incrementos del gasto cardíaco pueden ser proporcionales al grado de expansión del volumen intravascular, mientras que los aumentos de capacidad portadora de oxígeno pueden lograrse aumentando la hemoglobina. La concentración de hemoglobina recomendada en pacientes con shock séptico es de 9 a 10 mg/dl. Los vasopresores son requeridos cuando el reemplazo de líquidos y de eritrocitos fracasa a la hora de restaurar la perfusión adecuada de los órganos.

TABLA 14. Dosis de agentes utilizados como vasopresores en el shock séptico

Dopamina	10-25 ug/kg/min
Norepinefrina	1-50 ug/min
Epinefrina	1-10 ug/min
Fenilefrina	40-180 ug/min
Vasopresina	0.01-0.04 U/ min

La elección entre los diferentes vasopresores depende del balance o equilibrio entre los efectos vasculares cardíacos y periféricos. La dopamina y la epinefrina probablemente incrementarían más la frecuencia cardíaca que la norepinefrina y fenilefrina. La dopamina y norepinefrina elevarían la presión sanguínea y el índice cardíaco.

En general la data reciente sugiere que la norepinefrina es la mejor elección como vasopresor debido a la menor taquicardia a la nula interferencia con el eje hipotalámico- pituitario y a la ventaja probable en cuanto a la supervivencia sobre los otros vasopresores. En caso de shock séptico, la norepinefrina constituye un vasopresor más potente que la dopamina e incrementa

el gasto cardiaco, flujo sanguíneo renal y gasto urinario. A pesar del efecto negativo de la sepsis sobre la función cardiaca, la mayoría de las pacientes tienen un aumento del gasto cardiaco especialmente después de la expansión del volumen intravascular con o sin epinefrina. Si el gasto cardiaco permanece bajo-normal o disminuido, entonces requiere del soporte inotrópico, siendo la dobutamina la elección más apropiada (empezar en 2.5 ug/kg/min y aumentar a 2.5 ug/kg/min cada 30 minutos hasta lograr un índice cardiaco de 3 o más). En la presencia de hipotensión, la dobutamina debe utilizarse en combinación con un vasopresor preferiblemente la norepinefrina. Finalmente puede agregarse la vasopresina si la perfusión orgánica sigue siendo anormal a pesar de usar dosis elevadas de vasopresores e inotrópicos. Las dosis deben limitarse al 0.01 a 0.04 U/ min de tal manera de prevenir la isquemia de la arteria coronaria y esplácnica, así como también la disminución del gasto cardiaco. La terapia intravenosa de rutina con bicarbonato para la acidosis de ventana aniónica y el suministro supranormal de oxígeno (incremento del suministro de oxígeno hasta llegar a los niveles mayores de lo normal) ya no se recomiendan más. Es crucial el reconocimiento precoz del shock séptico en pacientes con infecciones de tal manera de iniciar el manejo cardiovascular agresivo y programado, debido a que la respuesta en las pocas horas iniciales tiene un tremendo impacto sobre el resultado.

La fuente de infección debe eliminarse tan pronto o como la condición de la paciente lo permita. El desbridamiento del tejido infectado y desvitalizado está indicado en caso de una infección de a herida o fascitis. La evolución ultrasonográfica de la cavidad endometrial puede utilizarse para determinar la presencia de productos retenidos y la necesidad de un curetaje. Los abscesos intraabdominales o pélvicos bien definidos y accesibles que son detectados en la exploración de TC o IRM pueden ser manejados inicialmente mediante drenaje percutáneo, ya sea que este sea el tratamiento definitivo o solo sea una medida temporizadora mientras se optimiza la condición de la paciente en preparación para la laparotomía. La laparotomía debe reservarse para colecciones no bien definidas, presencia de tejido muerto que requiera desbridamiento o fracaso al intentar un drenaje percutáneo inicial. En pacientes postparto, debe alertarse al radiólogo de la posibilidad de necrosis miometrial, que puede detectarse en la exploración de TC o IRM y que requiere de histerectomía.

De acuerdo con las recomendaciones del International Sepsis Forum, debe utilizarse la intubación endotraqueal precoz y la ventilación mecánica en caso de sepsis severa o shock séptico. Debe evitarse la ventilación no invasiva a presión positiva. Las indicaciones para la

ventilación mecánica incluyen a la taquipnea severa (frecuencia respiratoria mayor a 40 rpm), fracaso de la musculatura respiratoria (uso de los músculos accesorios), estatus mental alterado e hipoxemia severa a pesar de usar oxígeno suplementario. La hipercapnia permisiva mediante una reducción del volumen corriente (6 ml/kg de peso corporal ideal para mantener las presiones de meseta inspiratorias terminales en menos de 30 cm Hg) y el posicionamiento prono constituyen unas pocas estrategias que pueden utilizarse en casos complicados. El manejo respiratorio de las pacientes con síndrome de distrés respiratorio pulmonar agudo/ lesión pulmonar aguda (complica al 18% a 40% de los casos).

Existen varias terapias que caen dentro de la categoría de apoyo en las pacientes de cuidados críticos en general y en las pacientes obstétricas en particular. Ejemplos de tales terapias incluyen la profilaxis para tromboembolismo, soporte nutricional, profilaxis de las úlceras de estrés y la hemofiltración para la insuficiencia renal. La sepsis y el embarazo son factores predisponentes para el tromboembolismo y se recomienda la profilaxis de la trombosis venosa profunda. Puede utilizarse ya sea heparina no fraccionada a bajas dosis (5000 unidades tres veces al día) a la heparina de bajo peso molecular. Si la paciente tiene contraindicación para la heparina, (coagulopatía, sangrado activo, alergia), entonces puede sustituirse por un dispositivo mecánico. Se recomienda el soporte nutricional en las pacientes sépticas.

TABLA 15. Pautas para el soporte nutricional en las pacientes sépticas

Ingesta calórica diaria: 25-30 kcal/kg peso corporal usual
Proteínas 1.3-2.0 g/kg/d
Glucosa 30%-70% del total de calorías no-proteicas, para mantener glucosa sérica menor 225 mg/dl
Lípidos 15%-30% del total de calorías no proteicas (con reducción en ácidos grasos poliinsaturados)
Establecidas por el American College of Chest Physicians y el American Society of Parental and Enteral Nutrition consensus conferences

La nutrición enteral es el método preferido, siendo la nutrición parenteral una segunda opción. (Saade, 2011)

Diagnóstico definitivo:

- Fascitis necrotizante por episiotomía infectada

V. PUNTOS CRÍTICOS

5.1- IDENTIFICACIÓN DE PUNTOS CRÍTICOS

5.1.1.- Ruta de usuario

- Paciente no se realiza ningún control en el Hospital Básico, debido a la sintomatología que presenta.
- Paciente acude a médico de comunidad quien administra medicina tradicional que no refiere con lo que el cuadro no mejora.
- Paciente tras presentar 4 días de fiebre acude al Hospital General Puyo en malas condiciones generales.

5.1.2. Identificación de puntos críticos

En este caso clínico se identificaron varios puntos críticos los cuales se describen.

- Medidas de higiene escasas junto con ausencia de servicios básico como agua potable.
- La despreocupación propia del paciente al no optar por el tratamiento brindado por esta casa de salud.
- Vivir en zona tropical, asociadas con ausencia de medidas higiénico dietéticas, a la par con las falta de servicios básicos de saneamiento adecuados.
- Vivir en asinamiento.
- Falta de conocimiento del Médico del Hospital Básico, para brindar cuidados a la paciente durante el embarazo y posterior al mismo
- No se valora signos vitales en el pase de visita por parte de médicos, ni es comunicado por parte de licenciada de turno.
- No se indica a la paciente el tiempo de abstinencia sexual luego del parto.
- Demora en el tiempo de atención en la sala de Emergencia.

5.1.3. Descripción de los factores de riesgo

Es importante el análisis de casos clínicos en medicina, porque permite seguir un modelo que nos encamina a ir más allá del análisis de las causas médicas de las complicaciones y posibles muertes consignadas en la historia clínica, sino que analiza factores sociales, culturales, económicos determinantes importantes en la salud individual y colectiva de una población. (Vivas, 2014).

Los factores de riesgo, son toda circunstancia o situación que condicionan la probabilidad de presentar una enfermedad determinada. Dichos factores pueden estar presentes en población sana y aumentan el riesgo de tener una enfermedad. La identificación de los factores de riesgo es imprescindible para la prevención primaria de salud. (OMS, s.f.)

El análisis del caso clínico trasciende las causas médicas y ubica la muerte en su contexto epidemiológico y social. Entonces la mortalidad deja de ser un simple dato demográfico y se convierte en hecho abordable desde el punto de vista prevenibles o reducibles.

En epidemiología, los factores de riesgo son aquellas características y atributos (variables) que se presentan asociados diversamente con la enfermedad o el evento estudiado.

Los factores de riesgo no son necesariamente las causas, pero sucede que están asociadas con el evento que constituyen una probabilidad medible, tienen valor predictivo y pueden usarse con ventajas tanto en prevención individual como en la comunidad.

En la investigación de este análisis surgen preguntas que delinearán la investigación y permitirán identificar los puntos críticos

1. **Residencia en zona tropical.** La presencia de varios factores de riesgo como el poco conocimiento de cómo llevar un embarazo bien controlado. Cada día mueren unas 800 mujeres por causas prevenibles relacionadas con el embarazo y el parto. Un 99% de la mortalidad materna corresponde a los países en desarrollo. La mortalidad materna es mayor en las zonas rurales y en las comunidades más pobres. En comparación con las mujeres de más edad, las jóvenes adolescentes corren mayor riesgo de complicaciones y muerte a consecuencia del embarazo. La atención especializada antes, durante y después del parto puede salvarles la vida a las embarazadas y a los recién nacidos. La

mortalidad materna mundial se ha reducido en casi la mitad entre 1990 y 2013. (OMS, s.f.).

2. **Vivir en asinamiento y en una zona de difícil acceso.** Este factor es importante ya que dentro de su residencia pose animales intradomiciliarios además de que en una habitación viven 8 personas lo que provoca que aumenten los factores de riesgo de padecer una enfermedad de tipo viral o bacteriana. El lugar donde se ubica su residencia es de difícil acceso lo que provoca mayor dificultad para que la paciente pueda acudir a un subcentro de salud. Las mujeres pobres de zonas remotas son las que tienen menos probabilidades de recibir una atención sanitaria adecuada. Esto es especialmente cierto en regiones con pocos profesionales sanitarios cualificados, como el África subsahariana y Asia Meridional. Aunque la atención prenatal ha aumentado en muchas partes del mundo durante el último decenio, solo el 46% de las mujeres de los países de ingresos bajos se benefician de una atención especializada durante el parto. Esto significa que millones de partos no son asistidos por un médico, una matrona o una enfermera diplomada. En los países de ingresos elevados, prácticamente todas las mujeres realizan como mínimo cuatro consultas prenatales, son atendidas durante el parto por profesionales sanitarios capacitados y reciben atención posnatal. En los países de ingresos bajos, poco más de un tercio de las embarazadas realizan las cuatro consultas prenatales recomendadas. Otros factores que impiden que las mujeres reciban o busquen atención durante el embarazo y el parto son: la pobreza, la distancia, la falta de información, la inexistencia de servicios adecuados, las prácticas culturales. Para mejorar la salud materna hay que identificar y eliminar los obstáculos al acceso a servicios de salud materna de calidad en todos los niveles del sistema sanitario. (OMS, s.f.)

3. **Llevar un embarazo bien controlado.** Es muy importante ya que eso previene complicaciones, las mismas que pueden poner en riesgo la vida de la paciente ya sea durante el embarazo o en el postparto. Muchas mujeres mueren de complicaciones que se producen durante el embarazo y el parto o después de ellos. La mayoría de esas complicaciones aparecen durante la gestación; otras pueden estar presentes desde antes del embarazo, pero se agravan con la gestación. Las principales complicaciones, causantes del 80% de las muertes maternas, son: las hemorragias graves (en su mayoría tras el parto), las infecciones (generalmente tras el parto), la hipertensión

gestacional (preeclampsia y eclampsia), los abortos peligrosos. Las demás son asociadas a enfermedades como el paludismo, o la infección por VIH en el embarazo. La salud materna y del recién nacido están íntimamente relacionadas. Cada año mueren cerca de 3 millones de recién nacidos, y otros 2,6 millones mueren antes de nacer. (OMS, s.f.)

4. **No optar por tratamiento antibiótico ante la presencia de sintomatología.** Debido a que la paciente presentó mucho dolor posterior a la salida de esta casa de salud pero ella no acudió a ningún subcentro de salud, hasta cuando ya presento todas las complicaciones ya mencionadas durante largo tiempo.
5. **Mantener relaciones sexuales posteriores a la realización de una episiotomía, ya que al no estar cicatrizada la herida se convirtió en un foco de infección.** La cicatrización de una herida es un proceso muy complejo, dinámico e interactivo que compromete mediadores solubles, células sanguíneas, matriz extracelular y células de la epidermis. Toda herida es susceptible de infectarse y alterar todos estos mecanismos de cicatrización que se ponen en juego una vez que se realiza la incisión. (Saade, 2011)
6. **Falta en el control de atención primaria se salud.** Lo más importante es que nos permitirá tomar medidas de promoción y prevención de una manera oportuna que permitan modificar y disminuir los factores de riesgo. (Zuleta, 2010).

VI. OPORTUNIDADES DE MEJORA

6.1 ANÁLISIS DE LOS FACTORES RELACIONADOS CON LOS SERVICIOS DE SALUD

Se identifica que el tiempo transcurrido entre el diagnóstico exacto de la infección y el contacto con el personal de salud, se puede identificar que existió un retardo debido a que la paciente tenía una actitud pasiva, desinteresada en su control.

La paciente no acude al Hospital Básico, para ser tratada.

6.1.2. Acceso a la atención médica

El presente trabajo, toma como apoyo legal a la Constitución del Ecuador; en el Título II, correspondiente a los derechos, en su capítulo segundo, relacionado a los derechos del buen vivir, en la sección séptima, en salud se enuncia:

Art. 32. La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir. El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional.

En el capítulo tercero, referente a los derechos de las personas y grupos de atención prioritaria, se enuncia:

Art. 35. Las personas adultas mayores, niñas, niños y adolescentes, mujeres embarazadas, personas con discapacidad, personas privadas de libertad y quienes adolezcan de

enfermedades catastróficas o de alta complejidad, recibirán atención prioritaria y especializada en los ámbitos público y privado.

La misma atención prioritaria recibirán las personas en situación de riesgo, las víctimas de violencia doméstica y sexual, maltrato infantil, desastres naturales o antropogénicos. El Estado prestará especial protección a las personas en condición de doble vulnerabilidad.

Art. 362. La atención de salud como servicio público se prestará a través de las entidades estatales, privadas, autónomas, comunitarias y aquellas que ejerzan las medicinas ancestrales alternativas y complementarias. Los servicios de salud serán seguros, de calidad y calidez, y garantizarán el consentimiento informado, el acceso a la información y la confidencialidad de la información de los pacientes.

El paciente es de condiciones socioeconómicas malas, se encuentra asignada su atención primaria a los servicio de salud del Ministerio de Salud, los mismos que no dan un seguimiento adecuado durante el embarazo y posterior al mismo, interviniendo así de forma óptima ya que la paciente tiene varios factores de riesgo que pudieron provocar la infección aparte de la falta de conocimiento sobre el tiempo de abstinencia sexual en el postparto.

6.1.3. Oportunidades en la Atención

Tuvo acceso a primer nivel y segundo nivel de salud, pero no se realizó el seguimiento de una manera adecuada, no se detectó su estado de migración constante, pues llevaba un control prenatal de manera irregular, lo que hace que la atención no haya sido la mejor.

La paciente fue manejada de una manera inadecuada ya que refería padecer esta sintomatología desde hace 4 días, y acude a médico de su comunidad que da medicación que no recuerda.

La paciente vive en la comunidad de Pitirishca y refiere que existe un Hospital Básico a un kilómetro de su lugar de residencia, se evidencia dificultades geográficas ya que no existen vías adecuadas.

6.1.4 Oportunidades en la remisión

La paciente al tener la sintomatología ya antes descrita debía acudir a cualquier Hospital Básico en la comunidad de Pitirishca para ser transferida a Hospital de segundo nivel , pero la paciente acude al cuarto día no dando oportunidad a la referencia de la misma de forma.

Paciente acude al Hospital General Puyo 4 días posterior al alta, llega hemodinámicamente inestable, con diagnóstico de puerperio post parto de 4 días más sepsis severa, compromiso multiorgánico. Por dicha razón la paciente tuvo que ser intervenida de forma inmediata, limitando de esta forma su transferencia a un Hospital de tercer nivel

6.1.5 Caracterización de las oportunidades de mejora

- Diseñar estrategias para difundir entre la comunidad la importancia de la campaña para los cuidados durante el embarazo.
- Fomentar el autocuidado y medidas higiénico dietéticas a las pacientes embarazadas.
- Capacitación al personal de salud en el diagnóstico y manejo de Fascitis Necrotizante.
- Sociabilizar este análisis con las personas involucradas en el proceso de atención del paciente.
- Sensibilizar y educar al personal administrativo de las instituciones de salud sobre su papel en el proceso de atención a los pacientes y la prioridad para la referencia.
- Mejorar el sistema de referencia y contrareferencia para que sea más ágil y los pacientes sean transferidos al nivel hospitalario que les corresponda de acuerdo a su gravedad.
- Promover la creación de guías clínicas y protocolos de manejo en nuestro País en donde se describa el manejo adecuado pacientes desde el inicio de su embarazo y posterior al mismo, sobre todo si las mismas han sido realizadas un procedimiento tan delicado como es una episiotomía.

VII. DISCUSIÓN

7.1. Elaboración de un plan de mejora

Después del análisis de caso es conveniente establecer un plan de mejoramiento, que consiste en proponer actividades tendientes a controlar las condiciones médicas y no médicas que contribuyeron al proceso de evolución de la enfermedad, y evitar que se repitan en situaciones futuras.

TABLA 16. Plan de mejora

Oportunidades de Mejora	Acciones de Mejora	Fecha Cumplimiento	Responsable	Forma Acompañamiento
Control periódico dentro de los Hospitales Básicos	Búsqueda activa de pacientes en atención primaria. Visitas domiciliarias	Inmediata	Ministerio de Salud Publica	Autoridades y comisión propias del centro de salud
Cooperación Institucional	Mejoramiento en los mecanismos de referencia a instituciones de mayor nivel.	Inmediata	Ministerio de Salud Publica Director médico de los hospitales	Director de la Unidad de Salud
Reducción en el tiempo de demora y cantidad de trámites a realizar	Establecer prioridades de atención de acuerdo al estado y diagnóstico del paciente dentro de los diferentes Hospitales Básicos	Inmediata	Director médico del hospital Trabajo Social	Jefe del departamento de Trabajo Social
Implementar guías de manejo	Establecer guías y/o protocolos	Inmediata	Hospital Puyo	Juntas Médicas en los diferentes

propias para nuestro medio para el control del embarazo y de heridas en el postparto	relacionados a la atención, tiempos y manejo dentro de cada servicio del Hospital General Puyo		.	niveles de salud
Correcto diagnóstico y manejo de heridas infectadas sobre todo en episiotomías por el personal de salud	Capacitaciones a los miembros de los servicios de Ginecología, Emergencia y Cirugía.	Inmediata	Comités científicos hospitalarios	Médicos, personal de enfermería, internos rotativos de medicina
Implementar guías higiénico dietéticas y medidas de auto control	Capacitar a las personas para concientizar sobre los hábitos higiénicos y medidas alimentarias	Inmediata	Hospitales Básicos	Personal que labora en dichas instituciones
Medidas de saneamiento adecuadas	Mejoramiento en el manejo y tratamiento de aguas servidas, junto con la implementación de agua potable	Inmediata	Municipio	Autoridades de municipios y prefecturas

Elaborado por: Diana Carolina Naranjo

VIII. CONCLUSIONES

- ✓ La presencia de un inadecuado control durante el embarazo puede traer varias complicaciones en el futuro, debido a que en el momento que entra a la casa de salud no se conoce nada de la paciente.
- ✓ La falta de control en los signos vitales de la paciente antes de su alta, es un factor importante ya que estos nos pueden ayudar como un signo de alarma para indicar que existe un proceso infeccioso en el organismo de la paciente.
- ✓ El asinamiento de la paciente es un factor de riesgo importante ya que, los factores sanitarios son muy importantes en la evolución de la misma, además que la paciente no tenía conocimiento a que tiempo postparto podía tener relaciones sexuales, sin ninguna complicación.
- ✓ Falta de conocimiento por parte del Hospital Básico, sobre la paciente y posterior a la misma, el no haber transferido de manera inmediata después de que la paciente acudió a esta casa de salud.

IX. RECOMENDACIONES

1. Valorar adecuadamente a los pacientes para un correcto diagnóstico y tratamiento y así evitar futuras complicaciones.
2. Verificar la evolución del paciente y actuar rápidamente frente a complicaciones o descompensaciones.
3. Solicitar con prontitud los exámenes complementarios (laboratorio e imagen) para un mejor y rápido diagnóstico.

X. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BIBLIOGRAFÍA

1. Calvin, J . (2011). Ginecología y Obstetricia de Hacker y Moore, pag 91-138. Manual Moderno
2. Niebyl, G. (2004). Obstetricia, pag 139-144. Marban.
3. Saade, G. (2011). Cuidados intensivos en obstetricia; tercera edición;Pag 111-115 . Medellín-Colombia : AMOLCA.
4. Silva, S. (2010).Infecciones en ginecología y obstetricia; Pag 118-141. Chile: Mediterraneo.

LINKOGRAFÍA

- 5.- Ferrer Y; Oquendo P; Asin L; Morejón Y; Diagnóstico y tratamiento de la fascitinecrosante. Medisur [revista en Internet]. 2014 [citado 2014 Jun 18]; 12(2): [aprox. 11 p.]. Disponible en: <http://medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/2504>

CITAS BIBLIOGRÁFICAS BASE DE DATOS UTA

- 6.- **EBSCO:** Nordqvist G; Wallden A; Brorson H; Tham J; “Ten years of treating necrotizing fasciitis”. Scandinavian Journal of Infectious Diseases. 2015, Vol. 47 Issue 5, p319-325. 7p. Disponible en: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/detail/detail?vid=1&sid=ab7afda1-c551-40ef-9d51-95d5f352233e%40sessionmgr4003&hid=4101&bdata=Jmxhbmc9ZXMmc210ZT1laG9zdC1saXZl#AN=102124145&db=a9h>
- 7.- **EBSCO:** Harrington H; Lenahan M; Sanders M “A practitioner's guide to necrotizing fasciitis”. Nurse Practitioner. Apr2015, Vol. 40 Issue 4, p49-54. 6p.

Disponibile en: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/detail/detail?sid=ab7afda1-c551-40ef-9d51-95d5f352233e%40sessionmgr4003&vid=5&hid=4101&bdata=Jmxhbmc9ZXMmc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#AN=101864677&db=a9h>

8.- EBSCO: Kiralj I; Janjić Z; Nikolić J; Markov B; Marinković M “A 5-year retrospective analysis of necrotizing fasciitis, A single center experiences”. *Vojnosanitetski Pregled: Military Medical & Pharmaceutical Journal of Serbia & Montenegro*. Mar2015, Vol. 72 Issue 3, p258-264. 7p.

Disponibile en: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/detail/detail?sid=ab7afda1-c551-40ef-9d51-95d5f352233e%40sessionmgr4003&vid=10&hid=4101&bdata=Jmxhbmc9ZXMmc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#AN=101618590&db=a9h>

9.- EBSCO: Proud D; Brusino F; Holden D; Eldho P; Capstick R; Khoo A “Are we getting necrotizing soft tissue infections right? A 10-year review”. *ANZ Journal of Surgery*. Jun2014, Vol. 84 Issue 6, p468-472. 5p.

Disponibile en: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/detail/detail?sid=ab7afda1-c551-40ef-9d51-95d5f352233e%40sessionmgr4003&vid=17&hid=4101&bdata=Jmxhbmc9ZXMmc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#AN=96324798&db=a9h>

10.- EBSCO: Felipe H; Javier C; Pablo C; Carlos Z; Andrés B; “Early diagnosis and management of Fournier's gangrene”. *Revista Chilena de Cirugia*. abr2015, Vol. 67 Issue 2, p181-184. 4p.

Disponibile en: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/detail/detail?vid=3&sid=b4754255-d32b-43c6-b754-aa11724b6f6e%40sessionmgr4002&hid=4206&bdata=Jmxhbmc9ZXMmc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#AN=102857689&db=a9h>

11.-EBSCO: Tabares M; Gorbea V; Nava A; Rodríguez S; “Postpartum vulvar necrotizing fascitis” *Medicina Interna de Mexico*. Jan2014, Vol. 82 Issue 1, p54-63. 10p.

Disponibile en: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/detail/detail?vid=10&sid=b4754255-d32b-43c6-b754-aa11724b6f6e%40sessionmgr4002&hid=4206&bdata=Jmxhbmc9ZXMmc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#db=a9h&AN=94866706>

12.-EBSCO: Guzmán M; “Marcadores bioquímicos de riesgo para mortalidad por fascitis necrotizante”. Revista Médica del IMSS. nov/dic2008, Vol. 46 Issue 6, p583-590. 8p. 3 Charts.

Disponibile en: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/detail/detail?sid=b4754255-d32b-43c6-b754-aa11724b6f6e%40sessionmgr4002&vid=11&hid=4206&bdata=Jmxhbmc9ZXMMmc210ZT11aG9zdC1saXZl#db=a9h&AN=37020116>

13.-SCOPUS: Khamnuan P; Chongruksut W; Jearwattanakanok, K; Patumanond, J; Tantraworasin A; “Clinical predictors for severe sepsis in patients with necrotizing fasciitis: An observational cohort study in northern Thailand” Infection and Drug Resistance Volume 8, 16 July 2015, Pages 207-216

Disponibile en: <http://www.scopus.com/record/display.url?eid=2-s2.0-84938255922&origin=resultslist&sort=plf-f&src=s&st1=necrotizing+fasciitis&st2=&sid=389A5B17C67AC6F52B121EF6DD7BEA44.fM4vPBipdL1BpirDq5Cw%3a10&sot=b&sdt=b&rr=30&sl=36&s=TITLE-ABS-KEY%28necrotizing+fasciitis%29&relpos=2&relpos=2&citeCnt=0&searchTerm=TITLE-ABS-KEY%28necrotizing+fasciitis%29+AND+RECENT%2830%29#>

14.-SCOPUS: Chennamsetty A;Khourdaji I; Burks F; Killinger K; “Contemporary diagnosis and management of Fournier's gangrene” Therapeutic Advances in Urology Volume 7, Issue 4, 21 August 2015, Pages 203-215

Disponibile en: <http://www.scopus.com/record/display.url?eid=2-s2.0-84937410939&origin=resultslist&sort=plf-f&src=s&st1=necrotizing+fasciitis&nlo=&nlr=&nls=&sid=389A5B17C67AC6F52B121EF6DD7BEA44.fM4vPBipdL1BpirDq5Cw%3a10&sot=b&sdt=b&rr=30&sl=36&s=TITLE-ABS-KEY%28necrotizing+fasciitis%29&relpos=21&relpos=1&citeCnt=0&searchTerm=TITLE-ABS-KEY%28necrotizing+fasciitis%29+AND+RECENT%2830%29>