

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD DE MEDICINA
POSGRADO DE ESPECIALIDADES MÉDICAS



INFORME FINAL DE LA TESIS DE GRADUACIÓN
**“CARACTERIZACIÓN CLÍNICA DE PACIENTES CON ACTIVACIÓN DEL
CÓDIGO AMARILLO EN EL HOSPITAL NACIONAL DE LA MUJER, ENERO
2017- DICIEMBRE 2018”**

Presentado Por:

Dra Vilma Aracely López Salguero

Para Optar al Título de:

ESPECIALISTA EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

Asesor de tesis:

Dra. Ingrid Hernández de Castro

SAN SALVADOR, NOVIEMBRE 2019

INDICE

1. RESUMEN.....	1
2. INTRODUCCION.....	3
3. OBJETIVOS.....	5
4. MATERIALES Y METODOS.....	6
5. RESULTADOS.....	9
6. DISCUSION DE RESULTADOS.....	29
7. CONCLUSIONES.....	32
8. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	34

I. RESUMEN

Las sepsis junto al choque séptico representan la complicación más grave de los procesos infecciosos (4), generan una condición clínica frecuente con elevadas tasas de mortalidad (2). En el embarazo los síntomas de la sepsis suelen ser inespecíficos, lo cual puede ocasionar retraso en el diagnóstico y a su vez en su tratamiento, y las consecuencias pueden ser fatales.

Una revisión realizada por la OMS en el año 2016 respecto a la incidencia de sepsis en embarazadas estimó dicha incidencia en 0.96 a 7.1 por cada 1,000 mujeres gestantes entre los 15 a 49 años, y una mortalidad de 0.01 al 28.5 por 100,000 embarazadas de 15 a 49 años (6). Para el año 2014 en El Salvador se reportaron nueve muertes por sepsis de origen obstétrico (6). Para el año 2017, se reportaron 2 muertes maternas registradas en el Hospital Nacional de Maternidad a causa de sepsis. (ESDOMED, 2017)

Ante la necesidad de catalizar una mayor acción para abordar tan importante causa de morbilidad y mortalidad materna, se creó en junio del año 2016 por parte del Ministerio de Salud, la estrategia del código amarillo, que contiene un conjunto de acciones dirigidas a identificar, manejar la sepsis en pacientes obstétricas, y evitar los resultados adversos.

Por tratarse de una estrategia relativamente nueva, son pocos los datos al respecto; surgió por tanto la necesidad de realizar estudios sobre la caracterización clínica de las pacientes en las que se activa el código.

Se realizó una revisión exhaustiva de expedientes a través de un instrumento de recolección de datos, y la obtención fue vaciada en una base de datos que posteriormente fueron analizados, a fin de evaluar el uso y resultados de éste

para mejorar los procesos de atención de las pacientes, enfocados a disminuir la morbilidad materna.

II. INTRODUCCIÓN

La sepsis es una de las cinco primeras causas de muerte materna en todo el mundo (1) y de mortalidad perinatal significativa. Es la causa más frecuente de shock en la mayoría de las unidades de cuidados intensivos, así como la principal causa de muerte en la población en general en estas unidades (3).

En una mujer en edad fértil representa una de las mayores preocupaciones de la obstetricia, tanto por las complicaciones médicas en la relación madre-feto, como por las infecciones que complican a estas pacientes, y que algunos de estos casos, provienen de una aplicación inadecuada de las medidas de bioseguridad y de prevención de infecciones en los sistemas de salud.

Afortunadamente el choque séptico en pacientes obstétricas es raro. Las mujeres embarazadas casi siempre son jóvenes y tienen menos comorbilidades asociadas. La sepsis obstétrica es, principalmente, el resultado de infecciones pélvicas debidas a corioamnionitis, endometritis, infecciones de la herida quirúrgica, aborto séptico o infección del tracto urinario (8).

Los síntomas de sepsis pueden ser inespecíficos, enmascarados por los mismos cambios adaptativos que ocurren durante la gestación; causando de esta forma, retraso en el diagnóstico y el tratamiento adecuado.

Ante la morbi-mortalidad a la que la temática conlleva es imprescindible contar con directrices que permitan orientar la atención de estas pacientes. Como plan de reforma de salud se crearon los lineamientos Técnicos para la aplicación del Código Amarillo (6), el cual contiene el conjunto de acciones orientadas a identificar y manejar la sepsis en mujeres embarazadas y puérperas.

A nivel hospitalario, como esfuerzo institucional por contribuir a la disminución de los casos sépticos, así como mejorar los resultados perinatales de las pacientes atendidas, se crearon las estrategias de reanimación en sepsis guiadas por metas, a través de un formulario de identificación y resucitación precoz de tales casos. (ESDOMED 2016).

Resultan limitados los estudios institucionales orientados a la efectividad de esta estrategia y la evaluación de sus resultados. El enfoque de este estudio, fue establecer la caracterización clínica y los resultados perinatales de las pacientes obstétricas a quienes se les activó código amarillo como manejo del cuadro séptico diagnosticado. Además, describir el perfil clínico que presentaron las pacientes, la respuesta que el personal médico y de enfermería brindaron ante la activación de cada código, así como los resultados perinatales ante la activación.

III. OBJETIVOS

General:

- Establecer caracterización clínica de pacientes obstétricas con activación de código amarillo en el Hospital Nacional de la Mujer enero 2017-diciembre 2018

Específicos:

- Describir perfil clínico de la paciente con activación de código amarillo.
- Identificar los criterios clínicos de activación del código.
- Evaluar tiempo activación-respuesta del personal de salud ante una activación de código.
- Determinar las principales complicaciones maternas asociadas.
- Enumerar las principales complicaciones fetales asociadas al evento séptico.

IV. MATERIALES Y METODOS

- **Tipo de estudio:** El tipo de investigación realizado fue de tipo descriptivo y de tipo transversal.
- **Área de estudio:** Hospital Nacional de la Mujer María Isabel Rodríguez
- **Periodo de investigación:** Meses de Enero 2017 a Diciembre de 2018
- **Universo y muestra:**

Universo: Pacientes obstétricas del Hospital Nacional de la Mujer

Muestra: Se tomó la totalidad de pacientes a quienes se les activó código amarillo durante el período de estudio establecido, consistente en 52 casos.

- **Fuentes de información utilizadas:**

Secundaria:

- Expedientes clínicos, registros escritos procedentes del contacto con la práctica, que ya han sido recogidos y procesados en el Hospital Nacional de la Mujer
- Revisión de base de datos del Ministerio de Salud

- Revisión de auditoría de los códigos amarillos activados en el período de tiempo establecido.

- **Criterios de inclusión y exclusión**

Criterios de inclusión para las pacientes a quienes se les activó código amarillo en el Hospital Nacional de la Mujer que se incorporaron al estudio.

- Código amarillo activado en la Institución y debidamente documentado en el expediente clínico.
- Pacientes obstétricas en cualquier trimestre del embarazo o que se encuentran en el puerperio.

- **Criterios de exclusión**

- Pacientes a quienes no se les activó el código amarillo en este Centro Hospitalario.
- Casos clínicos con activación de código amarillo con expediente incompletos o fichas de código amarillo incompletas.

- Plan de tabulación y análisis de los resultados

Se realizó revisión exhaustiva de expedientes clínicos, en base al instrumento de recolección de datos, el cual fue vaciado en una base de datos con número correlativo, para su posterior procesamiento y los datos obtenidos fueron presentados en tablas a través del software Microsoft Office Excel 2010 con sus respectivos gráficos.

El análisis aplicado a la información obtenida dió respuesta a cada uno de los objetivos específicos planteados en la investigación. Para el análisis de la información, se utilizó el programa de dominio público Epi Info versión 7.1.5.2; y fueron analizados a través de medidas de tendencia central como la moda, mediana, con el fin de llegar a conclusiones obtenidos.

- Mecanismos de resguardo y confidencialidad:

A fin de asegurar la confidencialidad y el resguardo de la información recibida, se creó y solicitó previamente un permiso por escrito, dirigido a la dirección del Hospital, para permitir la revisión de expedientes clínicos; puesto que el estudio requería evaluar manejo médico aplicado, sin que ello tuviese repercusión en el personal médico involucrado en cada caso atendido.

El perfil de investigación fue presentado a consideración al Comité de Ética de Investigación institucional el cual avaló y aprobó el desarrollo del estudio.

Los datos fueron manejados por el investigador solamente; y éstos, serán almacenados por un periodo de 5 años y posteriormente eliminados.

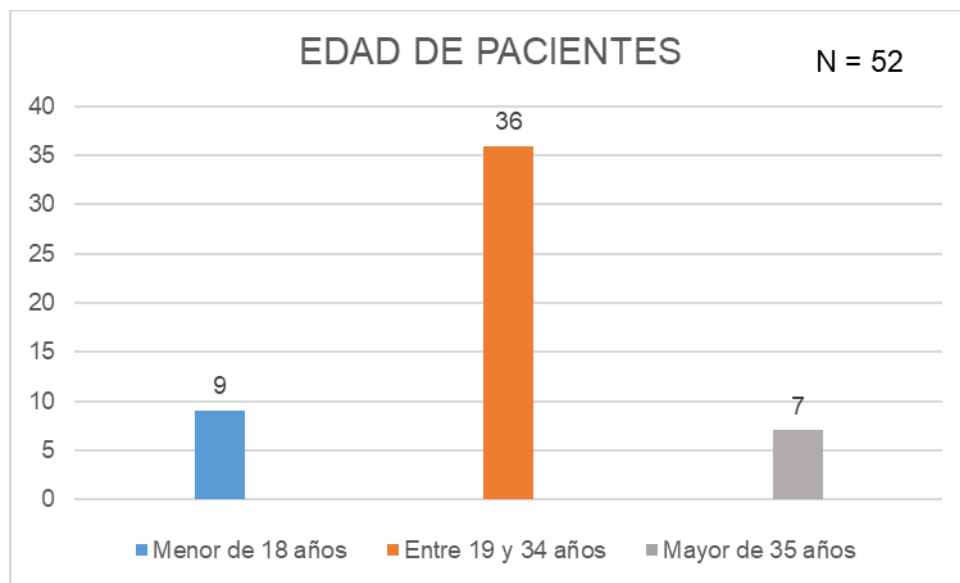
V. RESULTADOS

CARACTERIZACIÓN CLÍNICA DE PACIENTES CON ACTIVACIÓN DEL CÓDIGO AMARILLO EN EL HOSPITAL NACIONAL DE LA MUJER, ENERO 2017- DICIEMBRE 2018

OBJETIVO 1

DESCRIBIR PERFIL CLÍNICO DE LA PACIENTE CON ACTIVACIÓN DE CÓDIGO AMARILLO.

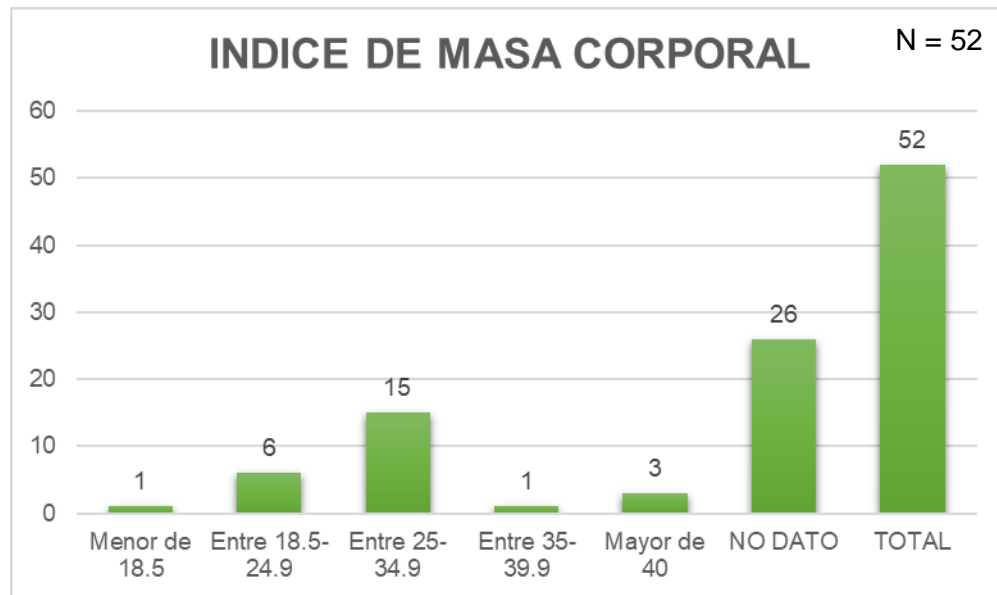
GRAFICO 1.1 Rangos de edad de las pacientes con activación del código amarillo en el Hospital Nacional de la Mujer, enero 2017-diciembre 2018.



Fuente: ESDOMED, Hospital Nacional de la Mujer, Enero 2017-Diciembre 2018.

Las edades de mayor incidencia fueron pacientes entre los 19 y 34 años. Las pacientes en riesgo por extremos de edad se muestran con menor incidencia.

GRAFICO 1.2 Índice de Masa Corporal de las pacientes con activación del código amarillo en el Hospital Nacional de la Mujer, enero 2017- diciembre 2018



Fuente: ESDOMED, Hospital Nacional de la Mujer, Enero 2017-Diciembre 2018.

En cuanto al índice de masa corporal el 28% de pacientes se encontraron en sobrepeso. Se registra 1 paciente con obesidad mórbida y tan solo 1 caso de una paciente que presentó desnutrición.

Cabe destacar que en el 50% de los casos estudiados, no fue posible consignar el índice de masa corporal en el expediente clínico, lo que dificultó la evaluación de este acápite.

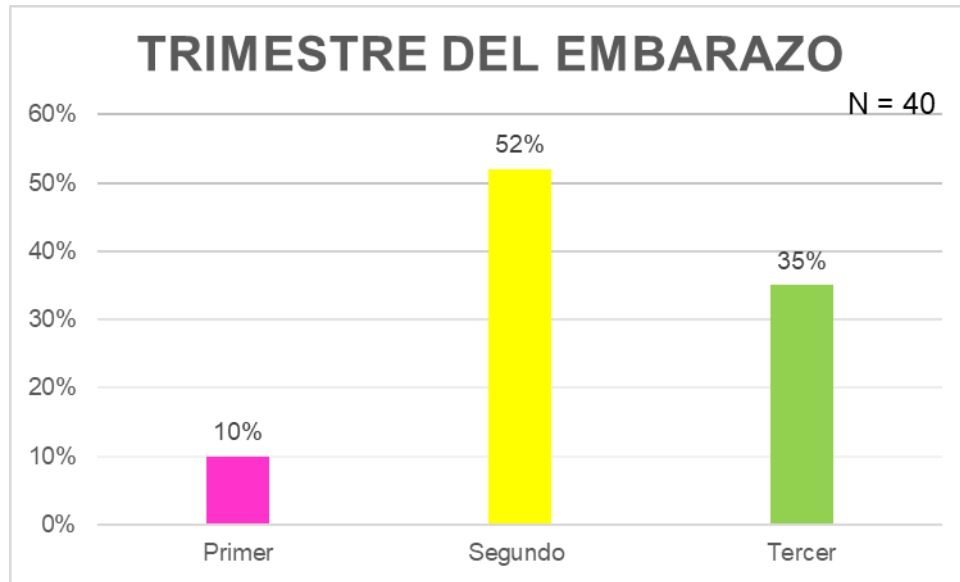
TABLA 1.1 Momento en el que se diagnosticó el código amarillo en el Hospital Nacional de la Mujer, enero 2017- diciembre 2018

PACIENTES	RESULTADO
Embarazo	40
Puerperio	12
TOTAL	52

Fuente: ESDOMED, Hospital Nacional de la Mujer, Enero 2017-Diciembre 2018.

Del total de expedientes revisados se encontró que el 80% de los casos de activación de código, corresponden a pacientes obstétricas, seguido del 20% de pacientes que se encontraron en el puerperio.

GRAFICO 1.3 Trimestre del embarazo en el que se diagnosticó el código amarillo en el Hospital Nacional de la Mujer, enero 2017- diciembre 2018



Fuente: ESDOMED, Hospital Nacional de la Mujer, Enero 2017-Diciembre 2018.

El 52 % de los casos de código amarillo se diagnosticaron en el segundo trimestre del embarazo, seguido del 35% de los casos en el tercer trimestre y en un menor porcentaje (10%) en el primer trimestre del embarazo.

TABLA 1.2, Controles prenatales de las pacientes con activación del código amarillo en el Hospital Nacional de la Mujer, enero 2017- diciembre 2018

CONTROLES PRENATALES	RESULTADO
Si	41
No	11
TOTAL	52

Fuente: ESDOMED, Hospital Nacional de la Mujer, Enero 2017-Diciembre 2018.

En las pacientes incluidas en el estudio el 79% de los casos contaban con al menos 2 controles prenatales según la edad gestacional en cuestión, contrario al 21% de los casos restantes, no llevó ningún control prenatal.

OBJETIVO 2

IDENTIFICAR LOS CRITERIOS CLÍNICOS DE ACTIVACIÓN DEL CÓDIGO.

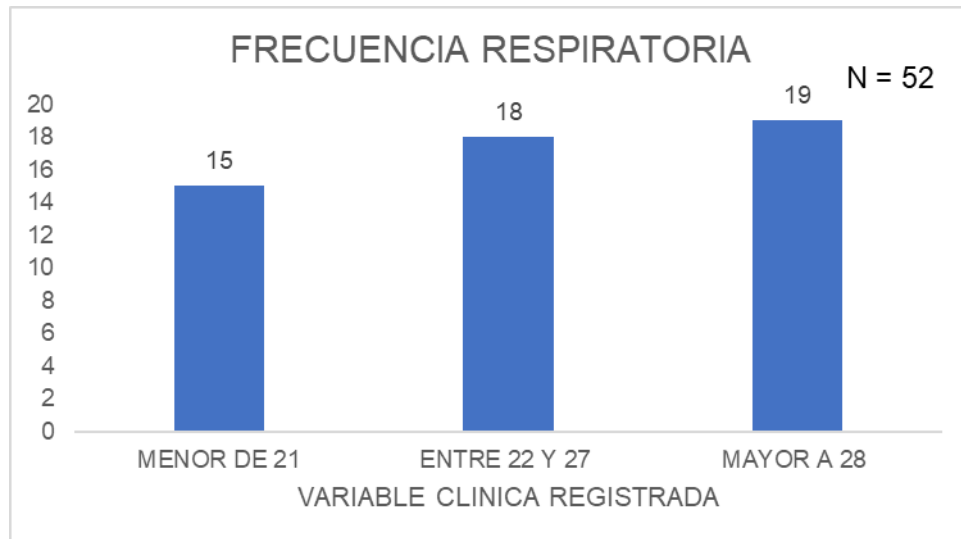
TABLA 1.1, Tensión arterial registrada en las pacientes con activación del código amarillo en el Hospital Nacional de la Mujer, enero 2017-diciembre 2018

PRESION ARTERIAL	RESULTADO
Menor de 100/60	23
Mayor de 100/60	29
TOTAL	52

Fuente: ESDOMED, Hospital Nacional de la Mujer, Enero 2017-Diciembre 2018.

Dentro de los parámetros clínicos evaluados para la activación del código amarillo, se evalúa la cifra de tensión arterial. El 56% de las pacientes del estudio se encontraron con cifras sistólicas mayores a 100 mmHg, el grafico muestra la relación estrecha entre ambas cifras, puesto en el 44% de los casos, se registraron tensiones arteriales sistólicas menores a 100, cumpliendo así, con 1 punto positivo al quick sofa.

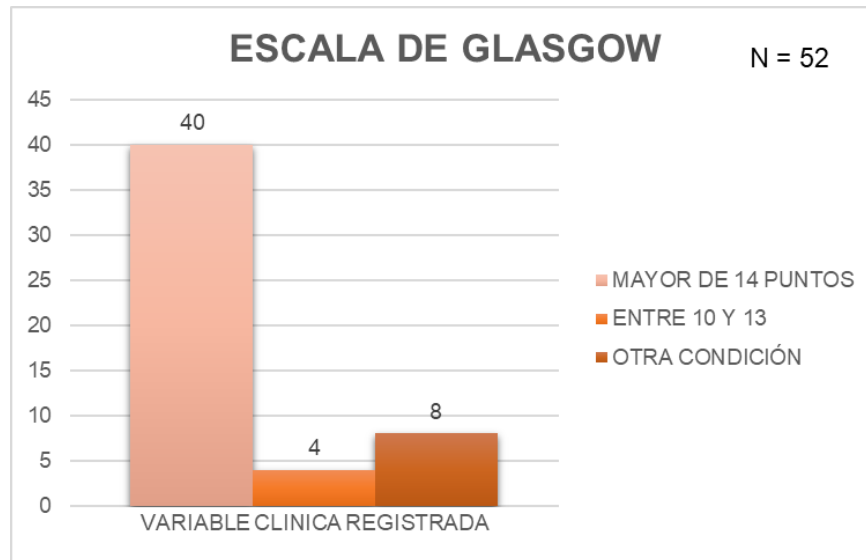
GRAFICO 2.1, Frecuencia respiratoria registrada en las pacientes con activación del código amarillo en el Hospital Nacional de la Mujer, enero 2017- diciembre 2018



Fuente: ESDOMED, Hospital Nacional de la Mujer, Enero 2017-Diciembre 2018.

Otra de las variables clínicas incluidas en la evaluación del quick sofa, es la frecuencia respiratoria mayor a 22 respiraciones por minuto. El grafico refleja que el 70% de las pacientes se encontraron con taquipnea durante la evaluación clínica inicial.

GRAFICO 2.2, Evaluación del estado de conciencia en las pacientes con activación del código amarillo en el Hospital Nacional de la Mujer, enero 2017- diciembre 2018



Fuente: ESDOMED, Hospital Nacional de la Mujer, Enero 2017-Diciembre 2018.

La evaluación de la escala de Glasgow representa otra variable del quick sofa. En el 76% de pacientes evaluadas, el puntaje descrito fue mayor a 14 puntos, en el 8% de los casos se obtuvo una evaluación menor a 13 puntos.

Cabe destacar que en 8 casos se presentaron otras condiciones como por ejemplo pacientes que se recibieron con ventilación mecánica, y casos en los que no se registró este parámetro clínico en el expediente.

TABLA 2.2, Aplicación de quick sofa en las pacientes con activación del código amarillo en el Hospital Nacional de la Mujer, enero 2017- diciembre 2018

APLICACIÓN DE QUICK SOFA	RESULTADO
Apropiado	31
No apropiado	21
TOTAL	52

Fuente: ESDOMED, Hospital Nacional de la Mujer, Enero 2017-Diciembre 2018.

En cuanto a la aplicación del quick sofa en la evaluación inicial de las pacientes, en el 60% de los casos (31 pacientes) del estudio, se determinó de manera apropiada y se utilizó como referencia clínica para la activación del código amarillo.

En el 40% restante no se documentó el quick sofa en la evaluación de las pacientes.

TABLA 2.3, Uso de score SOFA completo en los casos de las pacientes con activación del código amarillo en el Hospital Nacional de la Mujer, enero 2017- diciembre 2018

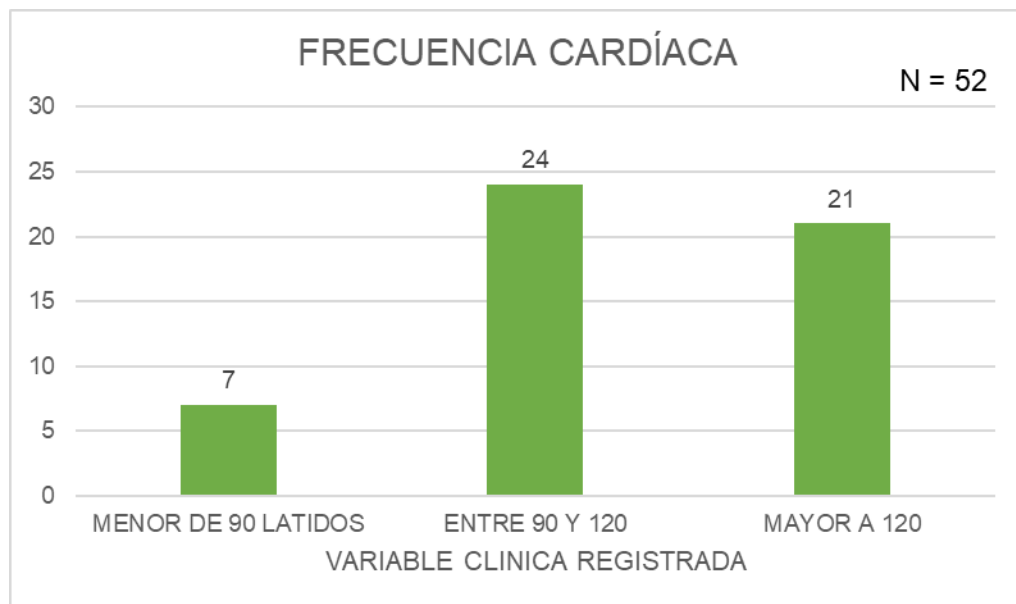
ESCALA SOFA COMPLETO	RESULTADO
SI	7
NO	45
TOTAL	52

Fuente: ESDOMED, Hospital Nacional de la Mujer, Enero 2017-Diciembre 2018.

En los códigos amarillos activados del estudio, en el 13% de los casos se determinó el score sofa completo utilizando parámetros bioquímicos para su correcta evaluación. En el 87 % restante, no se documentó dicha evaluación.

Otras variables clínicas registradas

GRAFICO 2.3, Frecuencia cardíaca registrada en las pacientes con activación del código amarillo en el Hospital Nacional de la Mujer, enero 2017- diciembre 2018



Fuente: ESDOMED, Hospital Nacional de la Mujer, Enero 2017-Diciembre 2018.

Otra de las variables clínicas registradas, que, aunque no pertenecen a la evaluación del quick sofa, pero es de igual utilidad clínica, es la variable frecuencia cardíaca, la cual en el 86 % de los casos, se presentó con taquicardia.

TABLA 2.4, Registro de temperatura en las pacientes con activación del código amarillo en el Hospital Nacional de la Mujer, enero 2017- diciembre 2018

TEMPERATURA	RESULTADO
NO	5
SI	47
TOTAL	52

Fuente: ESDOMED, Hospital Nacional de la Mujer, Enero 2017-Diciembre 2018.

La temperatura representa una variable clínica medible, de los casos del estudio, en el 90 % de los casos, si se consignó este valor.

GRAFICO 2.5, Presentación clínica definitiva en los casos de las pacientes con activación del código amarillo en el Hospital Nacional de la Mujer, enero 2017-diciembre 2018

PRESENTACION CLINICA DEFINITIVA	RESULTADO
Sepsis	27
Choque séptico	25
TOTAL	52

Fuente: ESDOMED, Hospital Nacional de la Mujer, Enero 2017-Diciembre 2018.

De los códigos amarillos activados, el 51% de los casos correspondieron a la presentación clínica de sepsis, y un 49% restante, a casos de choque séptico como tal.

OBJETIVO 3

EVALUAR TIEMPO ACTIVACIÓN-RESPUESTA DEL PERSONAL DE SALUD ANTE UNA ACTIVACIÓN

TABLA 3.1, Tiempo de cumplimiento del primer líquido endovenoso para la reanimación hídrica en las pacientes con activación del código amarillo en el Hospital Nacional de la Mujer, enero 2017- diciembre 2018

TIEMPO DE ACTIVACION	CUMPLIMIENTO DEL LIQUIDO ENDOVENOSO
Más de una hora	2
Menos de una hora	50
TOTAL	52

Fuente: Fuente: ESDOMED, Hospital Nacional de la Mujer, Enero 2017-Diciembre 2018.

En el estudio se evaluó el tiempo que transcurrió desde que se activó la voz comando del código, hasta que se inició el primer líquido endovenoso; obteniendo que en el 96% de los casos, se realizó una pronta reanimación reflejada en menos de una hora.

TABLA 3.2, Tiempo transcurrido entre el cumplimiento de antibiótico en las pacientes con activación del código amarillo en el Hospital Nacional de la Mujer, enero 2017- diciembre 2018

TIEMPO DE ANTIBIOTICO	RESULTADO
Más de una hora	3
Menos de una hora	49
TOTAL	52

Fuente: ESDOMED, Hospital Nacional de la Mujer, Enero 2017-Diciembre 2018.

Así mismo se evaluó, el inicio de terapia antimicrobiana empírica, obteniendo similares resultados con el líquido endovenoso. En tan solo 3 casos, se inició posterior a los primeros 60 minutos de reanimación inicial del paciente.

TABLA 3.3, Tiempo transcurrido entre el diagnóstico, la toma de exámenes y cultivos en las pacientes con activación del código amarillo en el Hospital Nacional de la Mujer, enero 2017- diciembre 2018

TIEMPO DE EXAMENES	RESULTADO
Más de una hora	6
Menos de una hora	46
TOTAL	52

Fuente: ESDOMED, Hospital Nacional de la Mujer, Enero 2017-Diciembre 2018.

El tiempo transcurrido desde la activación del código a la toma de exámenes y cultivos por parte de enfermería, se observa igual tendencia, en el 88% de los casos fue realizado dentro de la primera hora de reanimación.

TABLA 3.4, Tiempo transcurrido para el reporte de los primeros exámenes de laboratorio en las pacientes con activación del código amarillo en el Hospital Nacional de la Mujer, enero 2017- diciembre 2018

TIEMPO DE REPORTE	RESULTADO
Más de una hora	23
Menos de una hora	29
TOTAL	52

Fuente: ESDOMED, Hospital Nacional de la Mujer, Enero 2017-Diciembre 2018.

En el estudio realizado se observa que, en el 56% de los casos, los exámenes fueron reportados posterior a la primera hora establecida como límite en la reanimación, el 44% restante se reportó en la primera hora desde su obtención.

OBJETIVO 4

DETERMINAR LAS PRINCIPALES COMPLICACIONES MATERNAS ASOCIADAS

TABLA 4.1, Complicaciones Maternas identificadas en las pacientes con activación del código amarillo en el Hospital Nacional de la Mujer, enero 2017-diciembre 2018

COMPLICACIONES MATERNAS	RESULTADO
Neumonía	8
Edema agudo de pulmón	5
Muerte materna	3
Falla renal aguda	2
Hemorragia cerebral	1
Linfohistiohemofagocitosis	1
Paro cardiorespiratorio	1
Purpura fulminante	1
TOTAL	22

Fuente: ESDOMED, Hospital Nacional de la Mujer, Enero 2017-Diciembre 2018.

Las principales complicaciones maternas, evaluadas en las pacientes del estudio, son la Neumonía, el Edema agudo de pulmón y la Muerte materna respectivamente. La primera, asociada al tiempo de estancia intrahospitalaria, y la segunda al manejo medico como tal durante la reanimación.

OBJETIVO 5

ENUMERAR LAS PRINCIPALES COMPLICACIONES FETALES ASOCIADAS AL EVENTO.

TABLA 5.1, Complicaciones fetales presentadas en las pacientes con activación del código amarillo en el Hospital Nacional de la Mujer enero 2017-diciembre 2018

COMPLICACIONES FETALES	RESULTADO
Aborto	8
Prematurez	8
Muerte fetal	6
Sepsis neonatal	5
TOTAL	27

Fuente: ESDOMED, Hospital Nacional de la Mujer, Enero 2017-Diciembre 2018.

Dentro de las complicaciones fetales obtenidas, 8 casos corresponden a pérdidas gestacionales del primer trimestre. De los embarazos restantes, 8 casos fueron de prematurez, 5 neonatos desarrollaron cuadro séptico concomitante con el cuadro materno; y se registraron 6 casos de muerte fetal.

TABLA 5.2, Momento en el que ocurre muerte fetal en los casos con activación del código amarillo en el Hospital Nacional de la Mujer enero 2017- diciembre 2018

MUERTE FETAL	RESULTADO
Al ingreso	3
Durante estancia intrahospitalaria	3

Fuente: ESDOMED, Hospital Nacional de la Mujer, Enero 2017-Diciembre 2018.

La proporción de muerte fetal intra y extrahospitalaria, fue la misma para ambos casos.

VI. DISCUSION

Actualmente la sepsis es una de las cinco primeras causas de muerte materna en todo el mundo y de mortalidad perinatal significativa. (5)

La paciente con sepsis durante los periodos del embarazo y puerperio, representan un reto para el equipo terapéutico debido a múltiples factores como edad de la paciente, cambios anatómicos y fisiológicos del embarazo, patologías concomitantes.

El perfil clínico de las pacientes a quienes se les activó el código correspondieron a edades entre 19 y 34 años, sin comorbidos previos, en general con buena respuesta inmunológica. El 51% de los casos del estudio, fueron registrados en pacientes obstétricas, de estas pacientes el 52% se encontraron en el segundo trimestre del embarazo, y se trató de pacientes que llevaron controles prenatales incompletos; es decir, pacientes sin riesgo clínico aparente.

Ante la sospecha clínica de un cuadro séptico, se realizó un monitoreo de variables clínicas hemodinámicas de manera continua; utilizando parámetros clínicos de evaluación mediante el quick SOFA; con la consiguiente activación del código amarillo; obteniendo que en el 51% de estas pacientes, fue utilizada de manera apropiada. Es importante destacar que un score mayor a 2 representa, según ensayos clínicos y epidemiológicos, una mortalidad del 10%.

El choque séptico tiene baja frecuencia en las pacientes obstétricas, sin embargo, cursan con un mejor pronóstico y las razones son multifactoriales; en el estudio realizado, la presentación clínica definitiva fue de sepsis, seguido del choque séptico como tal.

Tal cual lo definen las pautas internacionales en el manejo del paciente séptico, los elementos de la reanimación deben aplicarse dentro de la primera hora desde la activación, a fin de mejorar el pronóstico de la paciente y optimizar el tratamiento; lo cual, si se cumplió en el 96% de los casos, donde se realizó una pronta reanimación reflejada en el cumplimiento del primer líquido endovenoso en menos de una hora desde la activación del código.

El inicio oportuno de los antibióticos es una acción determinante para mejorar la sobrevida y el pronóstico de los pacientes con sepsis. Se ha descrito que cada hora de retraso en el suministro de antibióticos desde el inicio de la hipotensión incrementa la mortalidad en un 7,6% (3). El estudio encontró que el inicio del antibiótico se realizó en la primera hora desde el diagnóstico y activación del código, cumpliendo así con esta premisa.

Un punto clave para el manejo de la paciente séptica es la valoración de parámetros bioquímicos y de laboratorio, su reporte por tanto debe realizarse en la primera hora del diagnóstico. Se encontraron deficiencias en el reporte de exámenes donde en el 56% de los casos, fueron reportados en un tiempo mayor al estimado.

Las complicaciones maternas registradas representan baja incidencia. Para el año 2017, en el mes de septiembre, en el Hospital Nacional de la Mujer, se reportaron 2 muertes a causa de sepsis; y una tercera en el mes de noviembre. Para el año 2018, tras la aplicación de la estrategia, y el manejo multidisciplinario e individualizado de cada código amarillo; no se registra ningún caso de muerte materna por origen séptico para ese año.

Las embarazadas con sepsis se encuentran con un elevado riesgo de desencadenar trabajo de parto de forma espontánea, independientemente de la causa. Los resultados para el neonato dependen de la edad gestacional en el

momento del parto y de la presencia de infección neonatal concomitante. Las principales morbilidades fetales identificadas en el estudio fueron 8 casos de abortos, 8 nacimientos pre términos y 5 casos de sepsis neonatales. La mortalidad neonatal representada por 6 casos.

Parte de las limitantes que se presentaron en el desarrollo del estudio, son de tipo retrospectivo, expedientes clínicos con datos insuficientes que dificultaron el completo análisis de las variables.

VII. CONCLUSIONES

- El 80% de los casos de activación de código amarillo durante el periodo de estudio correspondieron a pacientes obstétricas, y el 20% restante fueron pacientes durante el puerperio. De las pacientes obstétricas, el 52% se encontraban durante el segundo trimestre; fueron pacientes sin comorbilidades previas al embarazo, y presentaron en general una mejor respuesta inmunológica al cuadro séptico.
- La aplicación del quick sofa en la evaluación inicial de las pacientes, se determinó de manera apropiada en el 60% de los casos, y se utilizó como referencia clínica para la activación del código amarillo. La presentación clínica definitiva fue sepsis y un porcentaje menor los casos de choque séptico, así, los casos clínicos están siendo identificados tempranamente y manejados de manera oportuna y eficaz.
- El manejo inicial de las pacientes con código amarillo ameritó fluidoterapia, antibioticoterapia, toma de cultivos y exámenes, estas acciones fueron efectivas en la primera hora luego de la activación. En cuanto al reporte de los exámenes, en más del 50% de los casos, fueron reportados posterior a la primera hora establecida como límite de la reanimación.
- Las complicaciones maternas registradas representaron baja incidencia, siendo las principales neumonía y edema agudo de pulmón. Al aplicar el código amarillo como estrategia de manejo se sustenta la disminución de la mortalidad por sepsis, tras no registrar muertes maternas por cuadro séptico en todo un año.

- Las principales morbilidades fetales identificadas en el estudio fueron casos de abortos del primer trimestre, nacimientos pretérminos y casos de sepsis neonatales. La mortalidad neonatal se identificó en 6 casos.

VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Miguel A. Nares Torices, José A. Hernández Pacheco. Manejo de sepsis y choque séptico en el embarazo. 2013 Volumen 27, Número 4 páginas 248-261
2. Aldo Enrique Cadena Rojas, Consuelo Peña Aponte, Martha Lucía Mora Moreno. Guía de sepsis en Obstetricia. Bogotá humana. Secretaría Distrital de Salud 2013
3. Royal College Obstetrician and Gineacologist. Bacterial Sepsis in Pregnancy. Green-top Guideline No. 64. Abril 2012.
4. Martin Arsanios D, et al. Actualización en sepsis y choque séptico: nuevas definiciones y evaluación clínica. Acta Colombia, Cuidados intensivo. 2017
5. Phillip Dellinger¹; Dr. Mitchell M.Levy. Campaña para sobrevivir a la sepsis: recomendaciones internacionales para el tratamiento de sepsis grave y choque septicémico. Febrero de 2013 • Volumen 41 • Número 2
6. Lineamientos técnicos para la aplicación del Código Amarillo en la RIISS. San Salvador, junio de 2016
7. Roberto Hernández Sampieri. Metodología de la investigación. 6ta edición

8. Manuel Mayorga espichan. Estrategia para mejorar la supervivencia de los pacientes con sepsis severa. Acta Medica Peruana, Volumen 24, numero 4, 2002

9. Lever A, Mackencie I. Sepsis: definition, epidemiology, and diagnosis. BMJ 2007; 335; 879-883

10. The Third International Consensus Definitions For Sepsis And Septic Shock. Mervyn Singer, Christopher Warren Seymour, Michael Bauer Et at. JAMA 2016