



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE OBSTETRICIA**



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE OBSTETRICIA
CARRERA DE OBSTETRICIA**

**Dimensión Práctica del Examen Complexivo previo a la obtención del
grado académico de Obstetriz**

TEMA PROPUESTO DEL CASO CLÍNICO

Conducta Obstétrica ante Corioamnionitis en primigesta de 19 años con
embarazo de 33 semanas

AUTORA

Stephanie Liseth Barrera Hurtado

TUTOR

Dr. Andrés Fernando Escudero Castro

Babahoyo - Los Ríos – Ecuador

2021



ÍNDICE

I. AGRADECIMIENTO	¡Error! Marcador no definido.
II. DEDICATORIA.....	¡Error! Marcador no definido.
III.TEMA	6
IV.RESUMEN.....	¡Error! Marcador no definido.
V. ABSTRACT	¡Error! Marcador no definido.
VI.INTRODUCCIÓN	¡Error! Marcador no definido.
1. MARCO TEÓRICO	¡Error! Marcador no definido.
1.1. DEFINICIÓN	¡Error! Marcador no definido.
1.2. CAUSAS	¡Error! Marcador no definido.
1.3. FACTORES DE RIESGO.....	1¡Error! Marcador no definido.
1.4. PATOGÉNESIS	1¡Error! Marcador no definido.
1.5. FISIOPATOLOGÍA	¡Error! Marcador no definido.
1.6. CLASIFICACIÓN DE CORIOAMNIONITIS	¡Error! Marcador no definido.
1.7. SIGNOS Y SÍNTOMAS	¡Error! Marcador no definido.
1.8. DIAGNÓSTICO	¡Error! Marcador no definido.
1.8.1 COMPLICACIONES MATERNAS Y FETALES.....	15
1.8.2 TRATAMIENTO.....	15
1.9. JUSTIFICACIÓN	¡Error! Marcador no definido.7
1.10. OBJETIVOS.....	¡Error! Marcador no definido.
1.10.1. Objetivo General	¡Error! Marcador no definido.
1.10.2. Objetivos Específicos	¡Error! Marcador no definido.
1.11. DATOS GENERALES.....	¡Error! Marcador no definido.
2. METODOLOGÍA DEL DIAGNÓSTICO	¡Error! Marcador no definido.
2.1. ANÁLISIS DEL MOTIVO DE CONSULTA.....	¡Error! Marcador no definido.
2.2. HISTORIAL CLÍNICO DE LA PACIENTE.....	¡Error! Marcador no definido.
2.3. ANAMNESIS	¡Error! Marcador no definido.
2.4. EXPLORACIÓN CLÍNICA	¡Error! Marcador no definido.
2.5. INFORMACIÓN DE EXÁMENES COMPLEMENTARIOS REALIZADOS.	¡Error! Marcador no definido.



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE OBSTETRICIA



2.6. FORMULACIÓN DEL DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO, DIFERENCIAL Y DEFINITIVO.....	¡Error! Marcador no definido.
2.7. ANÁLISIS Y DESCRIPCIÓN DE LAS CONDUCTAS QUE DETERMINAN EL ORIGEN DEL PROBLEMA, CONSIDERANDO VALORES NORMALES.....	¡Error! Marcador no definido.
2.8. SEGUIMIENTO.....	¡Error! Marcador no definido.5
3. OBSERVACIONES.....	3¡Error! Marcador no definido.
4. CONCLUSIONES.....	33
5. BIBLIOGRAFÍA.....	¡Error! Marcador no definido.
6. ANEXOS.....	¡Error! Marcador no definido.



I. AGRADECIMIENTO

No existen palabras que expresen lo cuan agradecida estoy con la vida, pero quiero en primer lugar agradecer a Dios por darme salud y vida, agradecerle por guiar cada paso que doy, él siempre ha estado conmigo llenándome de sabiduría, de inteligencia y de respeto hacia los demás, siempre cuidando y guiando mis manos para hacer el bien.

Quiero agradecer a una persona muy especial para mí, “mi madre”, quien ha sido un pilar fundamental, una mujer guerrera e incondicional, una mujer fuerte que nunca se ha rendido y nos ha sacado adelante a mi y a mi hermano, alguien que nunca dejó de creer en mis sueños, quien estuvo apoyándome, guiándome y aconsejándome en cada momento a pesar de duras situaciones, soy esta persona gracias a ella.

También quiero agradecer a mi hermano y al resto de mi familia, que siempre estuvieron conmigo, me brindaron ayuda cuando más lo necesitaba, gracias a eso siempre los voy a llevar en mi corazón.

Por último y no menos importante agradecer a todos los Doctores que hicieron parte de esta formación, gracias por toda la paciencia que me tuvieron, por compartir sus conocimientos y aprender de ellos.

Stephanie Barrera H.



II. DEDICATORIA

Este trabajo es dedicado a Dios como muestra de vocación y de un sueño que tuve desde niña, sé que has estado bendiciéndome e iluminando mi vida desde aquel momento. Dedicado también a mi madre por su esfuerzo y dedicación, por invertir todo de su tiempo en formarme, este es un logro de las dos, sin su apoyo no estaría en este momento maravilloso de mi vida. Este trabajo se lo dedico a mi hermano y al resto de mi familia quienes me han brindado palabras de aliento para no rendirme y por supuesto me lo dedico a mí misma por la mujer fuerte en la que me he convertido, para demostrarme que todo lo que me proponga lo puedo lograr, sin olvidar a mi familia y sin perder mi humildad.

Stephanie Barrera H.



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE OBSTETRICIA**



III. TEMA

CONDUCTA OBSTÉTRICA ANTE CORIOAMNIONITIS EN PRIMIGESTA DE 19 AÑOS CON EMBARAZO DE 33 SEMANAS.



IV. RESUMEN

La Corioamnionitis es una infección que se puede presentar en el embarazo, afectando la placenta, líquido amniótico y las membranas que rodean al feto.

La causa principal son las bacterias que se encuentran en la vagina y que migran hacia el útero, haciendo que esta patología se presente con mayor frecuencia cuando existe Ruptura prematura de membranas por mucho tiempo antes del nacimiento y se asocia a una mayor morbimortalidad materna y neonatal, especialmente en neonatos pretérminos.

Por tal motivo se presenta el caso clínico de una paciente primigesta de 19 años de edad, referida del primer nivel por presentar Ruptura prematura de membranas de 4 días de evolución que posteriormente evoluciona a Corioamnionitis.

En este documento se presenta el manejo y seguimiento de este caso junto con la evolución de la paciente, un trabajo realizado por los profesionales de la salud, con decisiones y medidas correctas para la Corioamnionitis y embarazo pretérmino, con el fin de preservar la salud del binomio madre- hijo.

PALABRAS CLAVE: Corioamnionitis, Ruptura Prematura de membranas, embarazo pretérmino.



V. ABSTRACT

Chorioamnionitis is an infection that can occur in pregnancy, affecting the placenta, amniotic fluid and the membranes that surround the fetus.

The main cause is the bacteria found in the vagina and that migrate to the uterus, causing this pathology to occur more frequently when there is premature rupture of membranes long before birth and is associated with greater maternal and neonatal morbidity and mortality, especially in preterm infants.

For this reason, we present the clinical case of a 19 years old primiparous patient, referred from the first level for presenting premature rupture of membranes of more or less 4 days of evolution that later evolves to Chorioamnionitis.

This document presents the management and follow-up of this case together with the evolution of the patient, a work carried out by health professionals, with correct decisions and measures for Chorioamnionitis and preterm pregnancy, in order to preserve the health of the patient mother-child binomial.

KEY WORDS: Chorioamnionitis, Premature rupture of membranes, preterm pregnancy.



VI. INTRODUCCION

La Corioamnionitis representa una causa importante de morbimortalidad materna y neonatal, presentando complicaciones tanto para la madre como el feto.

Su incidencia es mayor en embarazos pretérminos a comparación de embarazos a término. La Corioamnionitis es una infección que se puede presentar acompañada de Ruptura prematura de membranas o con el saco amniótico íntegro.

Representa una de las tres principales causas de conclusión del embarazo antes de término. Por esta razón es importante estudiar y evaluar la evolución de una paciente con Corioamnionitis y embarazo de 33 semanas de gestación, caso que se presentó en el Hospital Alfredo Noboa Montenegro.

En este documento se estudiará sobre como la Ruptura prematura de membranas, puede ocasionar grandes complicaciones. Se presenta el caso de una primigesta, referida del Centro de Salud por presentar Ruptura prematura de membranas de 4 días de evolución, que posteriormente se le diagnostica Corioamnionitis.

La misma que fue atendida por emergencia, necesitando referencia a Hospital de tercer nivel, sin embargo al no ser recibida, fue atendida en el mismo Hospital, recibiendo vigilancia por Ginecología, antibioticoterapia y conclusión de su embarazo.



1. MARCO TEORICO

1.1 DEFINICION

La (Guia de Practica Clinica, 2015) menciona que la Corioamnionitis es la infección de la placenta y líquido amniótico, la misma que puede ser definida clínica e histológicamente, se caracteriza por presencia de fiebre de origen útero placentario asociado a sensibilidad uterina, leucorrea turbia o fétida, leucocitosis, taquicardia fetal y materna.

La corioamnionitis es una infección que se presenta con mayor probabilidad en gestantes con Ruptura Prematura de membranas ocasionando infección ascendente a la cavidad amniótica, por ende también se la conoce como infección intraamniótica.

1.2 CAUSAS

La causa principal de Corioamnionitis es de etiología polimicrobiana, que ascienden al útero desde la vagina u ocasionalmente desde el colon. (Tita, 2018)

Las bacterias que frecuentemente encontramos aisladas en el líquido amniótico, en gestantes con parto prematuro en presencia o no de ruptura prematura de membranas son:

- Ureaplasma

Anaerobios:

- Mycoplasma Hominis
- Gardenella Vaginalis
- Bacteroides

Aerobios:

- Estreptococo del grupo B



- Ercherichia Coli
- Listeria Monocytogenes (Guía de Referencia Rápida, 2012)

1.3. FACTORES DE RIESGO

En la siguiente tabla 1 se menciona los Factores de Riesgo que pueden desencadenar Corioamnionitis.

Tabla 1. Factores de Riesgo de Corioamnionitis	
Ruptura prematura de membranas pretérmino (>12 horas)	Infecciones vaginales o Enfermedades de transmisión sexual
Trabajo de parto prematuro	Cérvix corto
Trabajo de parto prolongado	Infección por Estreptococo del grupo B
Nuliparidad	Obesidad
Exámenes vaginales múltiples	Líquido amniótico teñido de meconio
Anestesia Epidural	Múltiples tactos vaginales (realizados después de la Ruptura de membranas)
Estado inmunodeprimido	Tabaquismo, Alcoholismo o Drogadicción

Elaborado por: Estudiante egresada de Obstetricia Stephanie Barrera H.

Fuente: (Tita, 2018)

1.4 PATOGÉNESIS

Existen muchas vías por donde las bacterias pueden ingresar a la cavidad amniótica, de las cuales tenemos:

1. Vía ascendente



La más frecuente, consiste en la migración de bacterias de la vagina al cérvix, esto puede ser al iniciarse el trabajo de parto o producirse la Ruptura prematura de membranas.

2. Vía hematógica

Diseminación transplacentaria

3. Vía retrógrada

A través de la cavidad peritoneal

4. Complicación de procedimientos Invasivos

Esto puede ocurrir en amniocentesis, biopsia de vellosidades coriales, cordocentesis, fetoscopías. (Guía de Referencia Rápida, 2012)

1.5 FISIOPATOLOGÍA

Una vez que los microorganismos ascienden al útero, llegan a localizarse inicialmente en la decidua y consecutivamente al corion, ocasionando infección en el amnios y en la cavidad amniótica, produciendo una respuesta inflamatoria tanto materna como fetal.

En la madre se produce liberación de citoquinas proinflamatorias entre ellas las interleucinas 1, 2, 6, 8 y 16 que incitan el desplazamiento de leucocitos, la infección produce efectos bacterianos, permitiendo la síntesis de prostaglandinas y metaloproteasas por decidua, corion y amnios, ocasionando así la iniciación de contracciones uterinas, dilatación y maduración del cuello uterino, debilitamiento o ruptura de las membranas y parto a término o pretérmino. (Hurtado, Alkourdi, & Revelles, 2017)

Las bacterias ingresan al feto por medio de aspiración o deglución, el feto produce liberación de citoquinas proinflamatorias en su circulación, aparte de ocasionar riesgo de infección e incluso sepsis, puede originar síndrome de respuesta inflamatoria y posteriormente desarrollar una serie de secuelas.



El Síndrome de respuesta inflamatoria fetal empieza como un proceso multifocal, haciendo que la edad gestacional y el compromiso de la placenta determinen el pronóstico del feto.

Este proceso ocasionará funisitis debido a la infección del cordón umbilical, que compromete el flujo de oxígeno y nutrientes, se desarrolla una activación endotelial produciendo una lesión multiorgánica comprometiendo el sistema hematopoyético, adrenales, corazón, cerebro, sistema respiratorio y piel del feto.

1.6 CLASIFICACION DE CORIOAMNIONITIS

La Corioamnionitis se clasifica en:

- **Clínica:** existe infiltración de leucocitos polimorfonucleares en las membranas fetales con presencia de sintomatología.
- **Subclínica:** existe infiltración de leucocitos polimorfonucleares en las membranas fetales, en ausencia de sintomatología.
- **Con Ruptura prematura de membranas**
- **Sin Ruptura prematura de membranas**

1.7 SIGNOS Y SINTOMAS

Los síntomas de la Corioamnionitis pueden ser inespecíficos debido a que pueden parecerse a otros problemas de salud. En la siguiente tabla 2 se menciona los principales síntomas:

Tabla 2. Principales manifestaciones clínicas de la Corioamnionitis
Fiebre materna igual o mayor de 38 °C
Hipersensibilidad uterina (dolor a la palpación uterina y dinámica)
Taquicardia materna (superior a 100 latidos por minuto)
Taquicardia fetal (superior a 160 latidos por minuto)
Líquido amniótico purulento o fétido
Leucorrea vaginal fétida o purulenta

Elaborada por: Estudiante egresada de Obstetricia Stephanie Barrera H.

Fuente: (Guía de Referencia Rápida, 2012)



1.8 DIAGNOSTICO

El diagnóstico Clínico de la Corioamnionitis se determina por los criterios de Gibbs:

- Temperatura corporal materna >38 °C acompañada de 1 o más de las siguientes manifestaciones.
- Taquicardia materna mayor a 100 latidos por minuto
- Taquicardia fetal mayor a 160 latidos por minuto
- Sensibilidad uterina anormal
- Líquido amniótico meconiado
- Leucorrea vaginal fétida
- Aumento de la contractibilidad uterina
- Dolor pélvico al movimiento

Pruebas complementarias

- Biometría Hemática Completa (Leucocitos > 15.000 mm³)
- Velocidad de sedimentación globular
- Incremento de proteína C-reactiva
- Hemocultivo
- Cultivo de líquido amniótico
- Tinción de Gram (bacterias en sangre >6 por campo)
- Nivel de glucosa <15 mg/dl
- IL-6 (>7.9 ng/ml)
- MMP positivo
- Leucocitos esterasa (positivo en tiras reactivas) (Mendoza & Briceño, 2013)

Vigilancia materno-fetal

Ecografía



Cardiotocografías: presenta trazo no reactivo, taquicardia fetal y contracciones uterinas que no ceden a tocolíticos.

Perfil Biofísico: es un elemento predictivo de Sepsis neonatal, cuando la puntuación es menor o igual a 7 en las primeras 24 horas previas a la finalización del embarazo. (Guía de Referencia Rápida, 2012)

1. 8.1 COMPLICACIONES MATERNO- FETALES

Complicaciones maternas

Alto riesgo de cesárea, atonía uterina o hemorragia posparto, infección del sitio quirúrgico, absceso pélvico, endometritis puerperal, tromboembolismo y en algunos casos puede ocasionar sepsis, shock séptico, síndrome de distress respiratorio del adulto, coagulación diseminada y disfunción orgánica múltiple. (Muller, 2014)

Complicaciones fetales

Asfisia, prematurez, bajo peso, hipotensión arterial, síndrome de dificultad respiratoria o neumonía, sepsis neonatal, shock séptico, bronco displasia pulmonar, hemorragia interventricular, leucomalasia periventricular, parálisis cerebral, APGAR bajo, funitis y muerte perinatal.

1. 8.2 TRATAMIENTO

a) Medidas generales

Hospitalización de la paciente, reposo absoluto y monitorización del bienestar materno-fetal

b) Antitérmico

Paracetamol 1gr IV STAT y luego C/8 horas

c) No se realiza tocólisis

d) Antibioticoterapia



De manera inmediata, duración de 7 a 10 días

- Ampicilina 2gr IV C/6 horas + Gentamicina 3-5 mg/kg/día una dosis diaria
- Penicilina cristalina 5 millones C/6 horas IV (en caso de alergia, Eritromicina 0,5- 1 gr VO C/6 a 8 horas) + Gentamicina 3-5 mg/kg/día una dosis diaria
- Ampicilina sulbactam 2 gr IV C/8 horas + Clindamicina 600-900 mg IV C/8 horas
- Ceftriaxona 1 gr C/12 horas + Clindamicina 600-900 mg IV C/8 horas
- Metronidazol en dosis de carga de 15 mg/kg, seguido de 7,5 mg/kg + Ampicilina sulbactam 2 gr C/8 horas

e) En embarazo a término

Inducir el trabajo de parto dentro de las 6 primeras horas del diagnóstico, realizar el menor número de tactos vaginales.

f) En embarazo pretérmino

- Se realiza maduración pulmonar con Betametasona 12 mg IM C/día por 2 dosis o Dexametasona 6mg IM C/12 horas por 4 dosis.
- Reservar UCI neonatal

g) Finalización del embarazo

Se lo realiza independientemente de la edad gestacional, la vía de parto depende de la estática fetal y evolución del parto. La Corioamnionitis no es indicación de cesárea, corre riesgo de infección abdominal, pero en caso de ser necesario, se deben tener cuidados máximos de asepsia. (Torres & Rivadeneira, 2010)



1.9 JUSTIFICACION

La Corioamnionitis es una patología obstétrica relacionada con numerosas complicaciones perinatales adversas que implica desde prematuridad hasta sepsis materna o neonatal, incluso la muerte.

El diagnóstico oportuno nos permite establecer aspectos clínicos y subclínicos pertinentes para la evaluación de las pacientes y así disminuir la tasa de morbilidad materna o neonatal.

El desarrollo de este trabajo se lleva a cabo a través de un proceso investigativo que tiene como objetivo detallar el desencadenamiento de Corioamnionitis debido a Ruptura prematura de membranas, se pretende conocer dichos resultados con el fin de beneficiar al conocimiento propio y obtener una mayor resolución de problemas.

En la actualidad la Corioamnionitis es una patología de gran importancia por lo que es necesario conocer las principales complicaciones perinatales y el uso de antibioticoterapia.



1.10 OBJETIVOS

1. 10.1 OBJETIVO GENERAL

- Analizar la Conducta Obstétrica ante Corioamnionitis en primigesta de 19 años con embarazo de 33 semanas.

1. 10.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Describir el desencadenamiento de la Corioamnionitis por Ruptura prematura de membranas
- Identificar factores predisponentes que desencadenen Corioamnionitis
- Detallar el tratamiento aplicado en un embarazo pretérmino con Corioamnionitis



1.11 DATOS GENERALES

Código: LUTANALI	Género: Femenino
Edad: 19 años	Fecha de nacimiento: 12/05/2001
Nacionalidad: Ecuatoriana	Ocupación: Estudiante
Nivel de estudio: Bachillerato	Raza: Indígena
Religión: Católica	Nivel socioeconómico: bajo
Domicilio: Guaranda- Vinchoa	Hospital: Alfredo Noboa Montenegro

Elaborado por: Estudiante egresada de Obstetricia Stephanie Barrera H.

2. METODOLOGÍA DEL DIAGNÓSTICO

2.1 ANÁLISIS DEL MOTIVO DE CONSULTA

Paciente cursando con embarazo de 33 semanas de gestación, acompañada de personal médico es referida del Centro de Salud Vinchoa por presentar pérdida de líquido amniótico de aproximadamente 4 días de evolución, al momento paciente refiere malestar general, alza térmica no cuantificada, paciente niega automedicarse.

2.2 HISTORIAL CLINICO DE LA PACIENTE



Antecedentes patológicos personales	No refiere
Antecedentes patológicos familiares	No refiere
Antecedentes quirúrgicos	No refiere
Antecedentes alérgicos	No refiere
Antecedentes Gineco-Obstétricos	
Menarquia:	13 años
Ciclos Menstruales:	Regulares, duración de 5 días
Dismenorrea:	No
Inicio de vida sexual:	15 años
Planificación Familiar:	No usaba
Parejas sexuales:	1
Gestas:	0
Fecha de última menstruación:	05/06/2020
Fecha probable de parto:	12/03/2021
Controles Prenatales:	3
Edad Gestacional:	35 semanas de gestación por FUM no confiable
Ecografías:	2
Antitetánica:	2 dosis
Paptest:	No se realiza

Elaborado por: Estudiante egresada de Obstetricia Stephanie Barrera H.

Preparación

Peso: 52,2 kg	Talla: 145.8 m
Tensión Arterial:	90/60 mm/Hg (0)
Frecuencia Cardiaca:	92 /min (0)
Frecuencia respiratoria:	20 /min (0)
Temperatura:	38,4 °C (1)
Saturación de Oxígeno:	99 % (0)



Estado de Conciencia:	Alerta (0)
Proteinuria:	+++ (1)
Score Mama:	2

Elaborado por: Estudiante egresada de Obstetricia Stephanie Barrera H.

2.3 ANAMNESIS

Paciente femenina de 19 años de edad cursando con embarazo de 33 semanas de gestación por altura uterina, acompañada de personal médico es referida del Centro de Salud de Vinchoa, paciente orientada en tiempo, espacio y persona, refiere pérdida de líquido amniótico de más o menos 4 días de evolución, acompañada de alza térmica no cuantificada y malestar general.

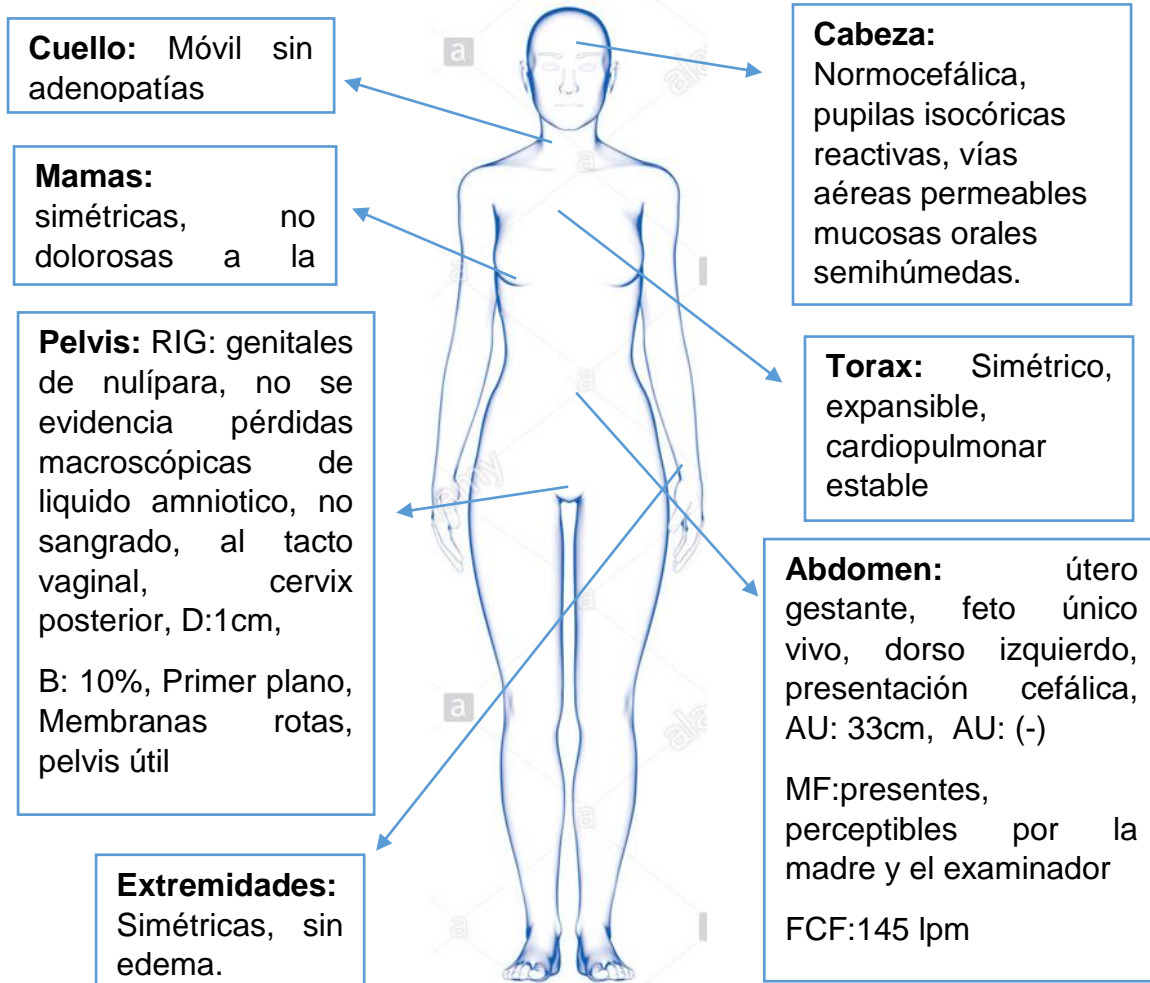
Paciente niega automedicarse y refiere acudir a Centro de Salud Vinchoa debido a la sintomatología presentada, manifestando que anteriormente no ha podido ir a su control prenatal ni en presencia de signo de alarma (pérdida de líquido amniótico) debido a sus estudios y por malestar general.

Paciente es traída a Hospital Alfredo Noboa Montenegro de manera inmediata sin hidratación, sin antibioticoterapia, ni maduración pulmonar, paciente con score mama de 2, se realizan exámenes de laboratorio y ecografía obstétrica.

2.4 EXPLORACION FISICA

En la siguiente figura 1 se detalla la exploración física de la paciente:

General: Paciente orientada en tiempo, espacio y persona, Glasgow 15/15



Elaborado por: Estudiante egresada de Obstetricia Stephanie Barrera H.

Fuente: Figura 1 (Alamy Foto destock ikonacolor, 2017)

2.5 EXAMENES COMPLEMENTARIOS REALIZADOS

Ecografía Obstétrica realizada el (05/02/2021)
Feto único vivo presentación cefálica, dorso izquierdo, cerebro sin alteraciones, corazón con cuatro cavidades, FCF: 148 latidos x min, peso aproximado 1850 gramos, sexo masculino, Líquido amniótico disminuido de volumen, la medición de los cuatro cuadrantes da 4.04 ml. Placenta fúndica anterior grado II / III de maduración. No previa.
Conclusión: Embarazo de 33 semanas +/- 1 semana de amenorrea- marcado



Oligohidramnios.

Resultados de Exámenes de laboratorio al momento del ingreso

1. HEMATOLÓGICO	
Hemoglobina	13 g/dl
Hematocrito	39 %
Leucocitos	15.500 10/uL
Segmentados	88
Grupo Sanguíneo / Factor RH	O RH positivo
Tiempo de Protrombina (TP)	13.0 segundos
Tiempo parcial de tromboplastina (TTP)	26.2 segundos
2. UROANÁLISIS	
Densidad	1.005
pH	5
Proteína	++
Piocytes	Numerosos
Eritrocitos	2-4
Bacterias	++
Células	Epiteliales
3. QUÍMICA SANGUÍNEA	
Glucosa	77 mg/dl
Urea	47,9
Creatinina	1,02
ALT (TGP)	65
AST (TGO)	77,9
4. OTROS	
Sars-Cov 2 IGG	Negativo
Sars-Cov 2 IGM	Negativo



MEDIDAS GENERALES Y TERAPÉUTICAS

1. Nada por Vía Oral
2. Reposo Absoluto
3. Score Mama C/hora
4. Control Obstétrico C/4 horas
5. Monitoreo fetal STAT y C/4 horas
6. Exámenes de Laboratorio
7. Ecografía Obstétrica
8. Interconsulta a Neonatología
9. Cloruro de Sodio al 0,9% 1000 ml pasar IV a 28 gotas x min
10. Paracetamol 1 gr IV STAT
11. Betametasona 12 mg IM C/24 horas (1/2)
12. Ceftriaxona 2gr IV STAT y luego C/12 horas
13. Clindamicina 900 mg IV STAT y luego C/8horas
14. Referencia a tercer nivel de Salud

2.6 FORMULACIÓN DEL DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO, DIFERENCIAL Y DEFINITIVO

Diagnóstico Presuntivo

Ruptura Prematura de Membranas y embarazo pretérmino

Diagnóstico Diferencial

Ante un cuadro clínico de fiebre se debe diferenciar en:

- Fiebre aislada sin foco aparente, como la analgesia epidural, temperatura ambiente elevada, uso de prostaglandinas para inducción de parto.
- Fiebre secundaria a otro foco como pielonefritis, infecciones respiratorias.



- Fiebre secundaria a Corioamnionitis o triple I

Diagnóstico Definitivo

Corioamnionitis y embarazo pretérmino

2.7 ANÁLISIS Y DESCRIPCIÓN DE LAS CONDUCTAS QUE DETERMINAN EL ORIGEN DEL PROBLEMA Y DE LOS PROCEDIMIENTOS A REALIZAR

En gestantes la Corioamnionitis se desarrolla de manera secundaria a infecciones del aparato genital ocasionando grandes complicaciones tanto para la madre como el feto, por esta razón la falta de seguimiento, falta de vigilancia y asesoramiento, así como la falta de interés, falta de colaboración y de concientización de la gestante puede conllevar a estos problemas.

En este caso al recaudar información por medio de la entrevista, se logra identificar la falta de interés de la paciente hacia su sintomatología y signos de alarma.

Cabe recalcar que el embarazo es de atención primordial en el área de salud, especialmente en Ginecología y Obstetricia, por ende si mejoramos la atención de primer nivel, que incluya correcto asesoramiento, seguimiento a pacientes con visitas domiciliarias, se reduciría la incidencia de estos casos. Logrando así que el embarazo sea un estado de tranquilidad y plenitud, alcanzando un parto satisfactorio y preservando el binomio madre-hijo.

2.8 SEGUIMIENTO

DIA 2 DE INGRESO HOSPITALARIO (06/02/2021)	
Paciente femenina de 19 años de edad con Dg. Embarazo pretérmino + Ruptura prematura de membranas +	Medidas generales y terapéuticas 1. Score mamá C/4 horas 2. Control Obstétrico C/4 horas



<p>Oligohidramnios</p> <p>Paciente refiere sentir contracciones</p> <p>Paciente consciente, orientada en tiempo, espacio y persona</p> <p>TA: 110/60 mm/Hg</p> <p>FC: 85 lpm</p> <p>FR: 21 rpm</p> <p>T: 36.3 °C</p> <p>SPO2: 94%</p> <p>Alerta</p> <p>Proteinuria: (++)</p> <p>SCORE MAMA: (1)</p> <p>Al examen físico</p> <p>Cabeza: Normocefálica, pupilas isocóricas reactivas a la luz, orofaringe no congestiva</p> <p>Cuello: móvil, sin adenopatías</p> <p>Tórax: simétrico, cardiopulmonar normal</p> <p>Mamas: suaves, depresibles, no dolorosas a la palpación</p> <p>Abdomen: gestante, ocupado por feto único vivo, AU: 1/10/25” FCF: 131 lpm, MF: presentes perceptibles por la madre</p> <p>RIG: no se evidencia salida de líquido amniótico, al tacto vaginal, cérvix posterior blando, D:1 cm, B: 60%, cefálico, plano I, Bishop 6</p> <p>Extremidades: simétricas, sin edema</p> <p>Se decide terminar el embarazo y se</p>	<ol style="list-style-type: none">3. Monitoreo fetal C/8 horas4. Valoración en 4 horas5. Misoprostol 25 mcg SL STAT6. Ceftriaxona 1gr IV C/12 horas7. Clindamicina 900 mg IV C/8 horas8. Betametasona 12 mg IM QD (2/2)9. Cloruro de Sodio al 0,9% 1000 ml pasar IV a 28 gotas x min10. Novedades <p>EXAMENES DE LABORATORIO</p> <p>HCTO: 39 %</p> <p>HB: 13</p> <p>PLT: 300.000</p> <p>LEUC: 9.750</p> <p>SEG: 86</p> <p>GLUCOSA: 87,8</p> <p>UREA: 48,6</p> <p>CREAT: 0,95</p> <p>TGO: 44.6</p> <p>TGP: 50,9</p>
---	--



<p>comunica a familiares, quienes aceptan culminación de embarazo por vía vaginal.</p> <p>Plan: maduración cervical</p> <p>NOTA: Referencia a tercer nivel por indicación de neonatología por falta de espacio físico, sin ventilación mecánica y CPAP, sin embargo hasta el momento no hay respuesta.</p>	
---	--

DIA 3 DE INGRESO HOSPITALARIO (07/02/2021)	
<p>Paciente femenina de 19 años de edad con Dg. Embarazo pretérmino + + Ruptura prematura de membranas + Oligohidramnios.</p> <p>Paciente recibe hasta 2 dosis de Misoprostol vía sublingual valoradas cada una en 4 horas, sin embargo no hay modificación cervical, Bishop de 6.</p> <p>Paciente refiere ausencia de movimientos fetales</p> <p>Paciente consciente, orientada en tiempo, espacio y persona</p> <p>TA: 110/70 mm/Hg</p> <p>FC: 83 lpm</p> <p>FR: 20 rpm</p> <p>T: 36.6 °C</p> <p>SPO2: 94%</p> <p>Alerta</p> <p>Proteinuria: (++)</p>	<p>Medidas generales y terapéuticas</p> <ol style="list-style-type: none">1. Nada por vía oral2. Parte Operatorio3. Consentimiento informado4. Cloruro de Sodio al 0,9% 1000 ml pasar IV a 30 gotas x min5. Mantener antibioticoterapia6. Vendaje de miembros inferiores7. Comunicar a neonatología8. Comunicar a Anestesiología <p>EXAMENES DE LABORATORIO</p> <p>HCTO: 39 %</p> <p>HB: 13,3</p> <p>PLT: 298.000</p> <p>LEUC: 8. 800</p> <p>SEG: 83</p>



<p>SCORE MAMA: (1)</p> <p>Al examen físico</p> <p>Cabeza: Normocefálica, pupilas isocóricas reactivas a la luz, orofaringe no congestiva</p> <p>Cuello: móvil, sin adenopatías</p> <p>Tórax: simétrico, cardiopulmonar normal</p> <p>Mamas: suaves, depresibles, no dolorosas a la palpación</p> <p>Abdomen: gestante, ocupado por feto único vivo, AU: negativa, FCF: 114 - 117 lpm, MF: ausentes, no perceptibles por la madre</p> <p>RIG: no pérdidas transvaginales.</p> <p>Extremidades: simétricas, sin edema</p> <p>NOTA: Hasta el momento no se obtiene referencia a tercer nivel, se explica riesgos maternos y neonatales.</p> <p>Plan: Cesárea, (Inducción fallida, Compromiso de bienestar fetal).</p>	
---	--

NOTA POSTCESAREA	
Bajo normas de asepsia y antisepsia, previa colocación de campos estériles se realiza cesárea de	Medidas generales y terapéuticas 1. NPO x 4 horas y luego dieta blanda



<p>emergencia por embarazo pretérmino + Ruptura prematura de Membranas+ Compromiso de bienestar fetal (Bradicardia fetal) + Oligohidramnios</p> <p>Hallazgos:</p> <ul style="list-style-type: none">• Útero aumentado de tamaño• Líquido amniótico escaso teñido de meconio• RN vivo, sexo masculino, APGAR 6/8, Peso: 2210 gramos, Capurro: 34,2 semanas• Placenta fúndica posterior• Cavidad uterina caliente• Anexos macroscópicos normales• Sangrado aproximado 400ml• Sin complicaciones	<ol style="list-style-type: none">2. Score mama C/4 horas3. Control de signos vitales C/15 min x 2 horas4. Ceftriaxona 1gr IV C/12 horas5. Clindamicina 900 mg IV C/8 horas6. Gentamicina 80mg IV STAT Y Luego C/8 horas7. Ketorolaco 60mg IV C/8 horas8. Paracetamol 1gr IV C/8 horas9. Tramadol 100 mg IV PRN10. Ranitidina 50 mg IV C/8 horas11. Biometría Hemática en 8 horas
---	--

DIA 4 DE INGRESO HOSPITALARIO (08/02/2021)	
<p>Paciente femenina de 19 años de edad con Dg. Puerperio quirúrgico de 18 horas de evolución por embarazo pretérmino + compromiso de bienestar fetal + Ruptura prematura de membranas + Oligohidramnios + Corioamnionitis.</p> <p>Paciente refiere dolor a nivel de sitio quirúrgico.</p> <p>Paciente consciente, orientada en tiempo, espacio y persona</p>	<p>Medidas generales y terapéuticas</p> <ol style="list-style-type: none">1. Dieta blanda + líquidos2. Ambulatoria asistida3. Score mama C/4horas4. Cloruro de sodio al 0,9% 1000 ml pasar IV a 28 gotas x min5. Ceftriaxona 1gr IV C/12 horas (2)6. Clindamicina 900 mg IV C/8 horas (1)7. Gentamicina 160mg IV QD (1)



<p>TA: 120/80 mm/Hg FC: 85 lpm FR: 21 rpm T: 38,3 °C SPO2: 93% Alerta Proteinuria: (-) SCORE MAMA: (1) Al examen físico Cabeza: Normocefálica, pupilas isocóricas reactivas a la luz, orofaringe no congestiva Cuello: móvil, sin adenopatías Tórax: simétrico, cardiopulmonar normal Mamas: suaves, depresibles, no dolorosas a la palpación, secretantes Abdomen: suave, depresible, muy doloroso a la palpación a nivel de sitio quirúrgico, herida quirúrgica cubierta por vendaje y esparadrapo, AFU: O RIG: se encuentra con sonda vesical, se evidencia loquios hemáticos en escasa cantidad. Extremidades: simétricas, sin edema Extremidades inferiores con vendas elásticas. Paciente al momento estable evolucionando favorablemente.</p>	<p>8. Ketorolaco 60mg IV C/8 horas 9. Paracetamol 500mg VO C/8 horas 10. Retirar sonda vesical 11. Novedades</p> <p>EXAMENES DE LABORATORIO HCTO: 37 % HB: 12,3 PLT: 301.000 LEUC: 5. 400 SEG: 63 TGO: 30,9 TGP: 15.5</p>
--	---



DIA 5 DE INGRESO (09/02/202)

Paciente femenina de 19 años de edad con Dg. Puerperio quirúrgico de 42 horas de evolución por embarazo pretérmino + compromiso de bienestar fetal + Ruptura prematura de membranas + Oligohidramnios + Corioamnionitis.

Paciente refiere leve dolor en hipogastrio.

Paciente consciente, orientada en tiempo, espacio y persona

TA: 110/70 mm/Hg

FC: 80 lpm

FR: 21 rpm

T: 37°C

SPO2: 96%

Alerta

Proteinuria: (+)

SCORE MAMA: (1)

Al examen físico

Cabeza: Normocefálica, pupilas isocóricas reactivas a la luz, orofaringe no congestiva

Cuello: móvil, sin adenopatías

Tórax: simétrico, cardiopulmonar normal

Mamas: suaves, depresibles, no dolorosas a la palpación, secretantes

Abdomen: suave, depresible, poco doloroso a la palpación en hipogastrio, herida quirúrgica sin

Medidas generales y terapéuticas

1. Dieta blanda + líquidos
2. Ambulatoria asistida
3. Score mama C/4 horas
4. DISH + cuidados
5. Ceftriaxona 1gr IV C/12 horas (3)
6. Clindamicina 900 mg IV C/8 horas (2)
7. Gentamicina 160mg IV QD
8. Ketorolaco 60mg IV C/8 horas
9. Paracetamol 500mg VO C/8 horas
10. Novedades



<p>signos de inflamación, AFU: O</p> <p>RIG: se evidencia loquios hemáticos en escasa cantidad.</p> <p>Extremidades: simétricas, sin edema</p> <p>Paciente al momento estable.</p>	
--	--

ALTA HOSPITALARIA (10/02/2021)

<p>Paciente femenina de 19 años de edad con Dg. Puerperio quirúrgico de 66 horas de evolución por embarazo pretérmino + compromiso de bienestar fetal + Ruptura prematura de membranas + Oligohidramnios + Corioamnionitis.</p> <p>Paciente refiere dolor a nivel de sitio quirúrgico.</p> <p>Paciente consciente, orientada en tiempo, espacio y persona</p> <p>TA: 120/80 mm/Hg</p> <p>FC: 73 lpm</p> <p>FR: 20 rpm</p> <p>T: 37 °C</p> <p>SPO2: 96%</p> <p>Alerta</p> <p>Proteinuria: (+)</p> <p>SCORE MAMA: (1)</p> <p>Al examen físico</p> <p>Cabeza: Normocefálica, pupilas isocóricas reactivas a la luz, vías aéreas permeables, mucosas orales</p>	<p>Medidas generales y terapéuticas</p> <ol style="list-style-type: none">1. Alta + Indicaciones2. Acudir por emergencia ante signos de alarma3. Consejería en lactancia materna4. Consejería en planificación familiar5. Clindamicina 300mg VO C/8 horas x 4 días6. Gentamicina 160 mg IV STAT7. Paracetamol 500 mg VO C/8 horas x 3 días8. Ibuprofeno 400 mg VO C/8 horas x 3 días9. Levonorgestrel 0,03 mcg BLISTER 110. Contrareferencia a Centro de Salud Vinchoa
---	--



<p>húmedas.</p> <p>Cuello: móvil, sin adenopatías</p> <p>Tórax: simétrico, cardiopulmonar estable</p> <p>Mamas: suaves, depresibles, no dolorosas a la palpación, secretantes</p> <p>Abdomen: suave, depresible, doloroso a la palpación a nivel de sitio quirúrgico, herida quirúrgica sin signos de inflamación, AFU: O-2</p> <p>RIG: Se evidencia loquios hemáticos en escasa cantidad.</p> <p>Extremidades: simétricas, sin edema</p> <p>Paciente al momento estable.</p>	
---	--

3. OBSERVACIONES

Paciente con controles prenatales insuficientes.

Pérdida de Líquido Amniótico de más de 4 días de evolución.

Paciente con nivel socioeconómico bajo.

Durante su hospitalización se siguió detalladamente la evolución, las medidas generales y terapéuticas aplicadas a la paciente, las mismas que sirvieron para terminar de forma satisfactoria el embarazo.

Se fundamentó la aplicación correcta de todas las medidas realizadas por profesionales, a través de diferentes fuentes bibliográficas y criterios proporcionados por otros profesionales, con el fin de fortalecer y respaldar el correcto manejo de Corioamnionitis.

Cabe destacar el trabajo en conjunto de los profesionales de la salud para la adecuada valoración, manejo y seguimiento de pacientes con Corioamnionitis y



a su vez cabe recalcar que es una paciente joven, sin experiencia ante el embarazo por esta razón se le hizo seguimiento en el Centro de Salud de Vinchoa.

4. CONCLUSIONES

La selección y el desarrollo del caso se fundamentaron con toda la información prescrita en la historia clínica, todas las medidas que se llevaron a cabo en el manejo de este caso fueron esenciales en la finalización del embarazo y reducción de complicaciones. Sin embargo analizando la conducta obstétrica nos damos cuenta que la finalización del embarazo debió ser de manera inmediata, aunque se inició inducción del trabajo de parto, este no se dio de manera favorable, como resultado se obtuvo falla de la inducción y compromiso de bienestar fetal.

La causa principal de Corioamnionitis son los gérmenes patógenos presentes en la vagina y que ingresan a la cavidad uterina, en este caso clínico la Corioamnionitis se originó por vía ascendente debido a la Ruptura prematura de membranas, haciendo que para las bacterias sea mucho más fácil localizarse en amnios y corion, ocasionando así infección en la cavidad amniótica y posteriormente produciendo respuesta inflamatoria en la madre y en el feto.

Los factores predisponentes en este caso son: la Ruptura prematura de membranas de más de 4 días de evolución, paciente en trabajo de parto prematuro, nulípara, tactos vaginales realizados después de la ruptura y líquido amniótico meconiado.

Asociando estos factores y tomando en cuenta los criterios de Gibbs como la fiebre materna $>38^{\circ}\text{C}$, leucocitos mayores de 15.000, líquido amniótico meconial y como hallazgo de cesárea cavidad caliente se realiza el diagnóstico de Corioamnionitis.

El tiempo de inicio del tratamiento en este caso clínico se vio influenciado por la falta de interés de la gestante a acudir a sus respectivos controles prenatales y por el desconocimiento de los signos de alarma, sin embargo una vez



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE OBSTETRICIA**



establecido el diagnóstico se realizó el debido manejo evitando futuras complicaciones, que incluye:

1. Medidas generales como ingreso, reposo absoluto, hidratación y monitorización materna fetal
2. Antitérmico: Paracetamol 1gr IV STAT y C/8horas
12. Antibioticoterapia: Ceftriaxona 1gr IV C/12 horas + Clindamicina 900 mg IV C/8 horas
3. Maduración pulmonar: Betametasona 12 mg IM C/24horas x 2 dosis
4. Finalización del embarazo: cesárea



5. BIBLIOGRAFIA

- Alamy Foto destock ikonacolor. (2017). La forma del cuerpo femenino. Obtenido de <https://www.alamy.es/foto-la-forma-del-cuerpo-humano-femenin-163863195.html>
- Arguilagos, G., Arañó , J., Perez, M., Morando, D., & Hierrezuelo, G. (2012). Impacto perinatal de la Corioamnionitis. Obtenido de SciELO: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192012000100007
- Bernal, P. (2016). Resultados Perinatales en gestantes con Corioamnionitis en el Hospital Nacional de Maternidad. El Salvador.
- Cifuentes, R. (2009). Ginecología y Obstetricia basadas en las nuevas evidencias. Colombia: Distribuna.
- Diaz, M., & Martinez, Y. (2018). Corioamnionitis como causa Pretérmino. Lima-Perú.
- Goya, D., Ladines, N., Vaca, D., & Carrillo, J. (2010). Incidencia de Corioamnionitis en mujeres con embarazo pretérmino mas Ruptura prematura de membranas. Ecuador.
- Guía de Práctica Clínica. (2015). Ruptura Prematura de Membranas. Quito: Ministerio de Salud Pública.
- Guía de Referencia Rápida. (2012). Prevención, Diagnóstico y tratamiento de Coriamnionitis en los tres niveles de atención. México.
- Hernandez, W. (2011). Correlación Clínica- Patológica de Corioamnionitis en pacientes que ingresan al servicio de ginecología 2009 en Hospital Universitario Clinica San Rafael.
- Hurtado, M., Alkourdi, A., & Revelles, L. (2017). Criterios actuales en el diagnostico y manejo de la Corioamnionitis. Revista Latin Perinatal, 11-17.
- Mendoza, O. E., & Briceño, F. (2013). Corioamnionitis. Repertorio Médico y Cirugía, 248-256.



Muller, E. A. (2014). Corioamnionitis. En A. Bracho, Obstetricia Integral Siglo XXI (págs. 148-160).

Publica, M. d. (2015). Guia de Practica Clinica (GPC). Obtenido de Ruptura prematura de membranas : <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2016/09/GPC-RPMP-FINAL-08-10-15.pdf>

Reyna, E., Bolivar, J., & Briceño, C. (2015). Infeccion Intraamniótica y Corioamnionitis. Revista Latina Perinatal, 219-225.

Romero, S., Ortega, M., & Galván, R. (octubre-diciembre de 2013). Riesgo de sepsis neonatal temprana en recién nacidos de madre con Corioamnionitis. Estudio de casos y controles. Obtenido de Perinatología y Reproducción Humana:http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0187-53372013000400003&script=sci_arttext

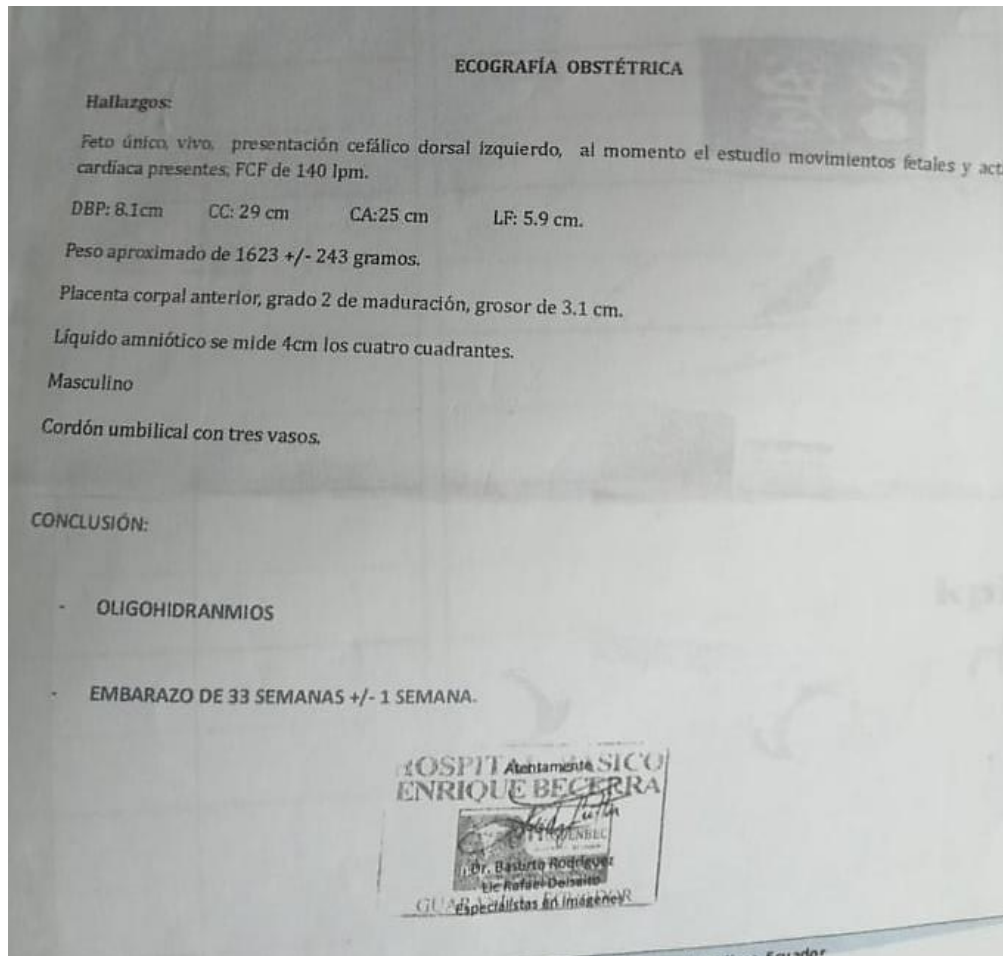
Rueda, C., Ferrero, S., & Palacio, M. (2020). Protocolo Corioamnionitis o Triple I. Barcelona.

Tita, A. (Agosto de 2018). UptoDate. Obtenido de Infeccion Intraamniótica (Coriamnionitis Clinica o Triple I): <https://www.uptodate.com/contents/intraamniotic-infection-clinical-chorioamnionitis-or-triple-i>

Tito, A. (2014). Proteína C reactiva como predictor de Corioamnionitis Histológica en Ruptura Prematura de Membranas pretérmino en el Hospital Almenara 2009. Perú.

Torres, N., & Rivadeneira, J. (2010). Eficacia de la Ampicilina mas Gentamicina vs Ampicilina mas Gentamicina y Clindamicina en el tratamiento de la Corioamnionitis. Quito.

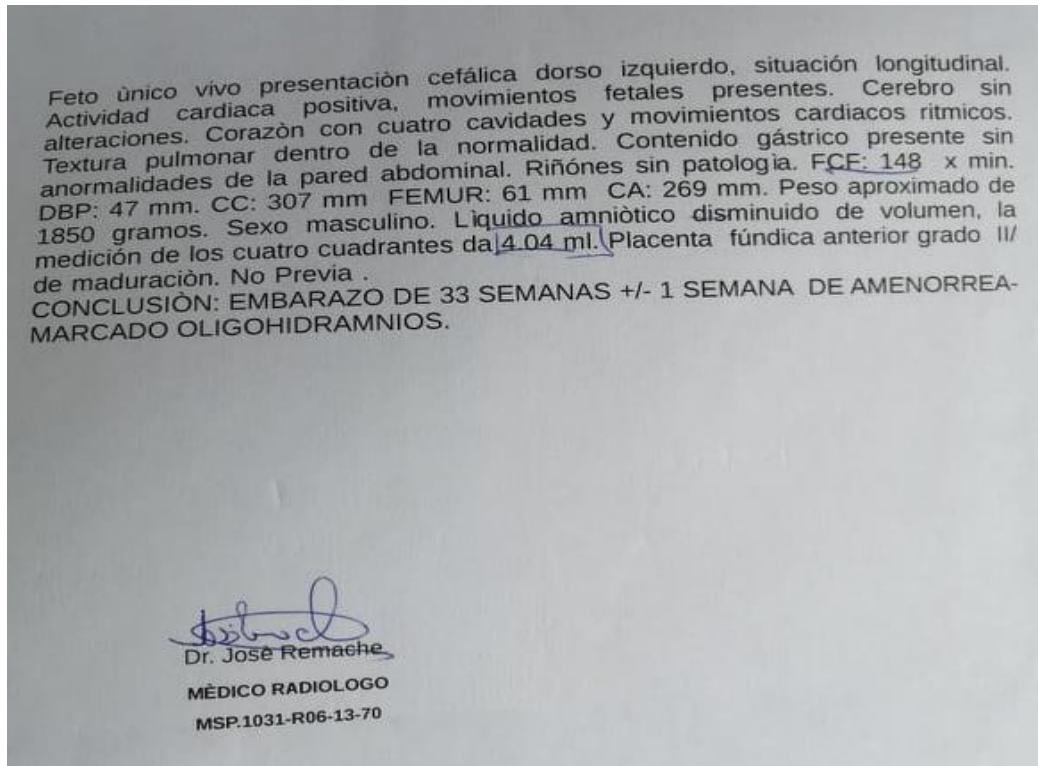
6. ANEXOS



Anexo 1. Ecografía Obstétrica realizada en el primer nivel de atención



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE OBSTETRICIA



Anexo 2. Ecografía Obstétrica realizada en el Hospital Alfredo Noboa Montenegro



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE OBSTETRICIA



FORMULARIO		1	2	3	4
FECHA DE TRANSCRIPCIÓN		05/02/2021	06/02/2021	07/02/2021	07/02/2021
RESPONSABLE DE LA TRANSCRIPCIÓN		IRM Herrera	IRM Herrera	José Espinoza	José Molina
FECHA DEL REPORTE		05/02/2021	06/02/2021	07/02/2021	07/02/2021
1. HEMATOLOGICO	HEMATOCRITO / HEMOGLOBINA	41 / 13.6	39 / 11	39 / 13.3	37.1 / 12.3
	SEDIMENTACIÓN				
	PLAQUETAS	304.000	300.000	298.000	301.000
	LEUCOCITOS	13.500	9750	8.800	3.400
	FORMULA LEUCOCITARIA	CAY BAS SEG 26 MON	CAY BAS SEG 88 MON	CAY BAS SEG 93 MON	CAY BAS SEG 73 MON
	HCM / CMHC	EOS 9 LIN 12	EOS LIN 12	EOS LIN 14	EOS LIN 27
	GRUPO SANGUINEO / FACTOR RH	GRH positivo			
	T. PROTROMBINA / TTP	130 / 26.2			
T. COAGULACIÓN / T. SANGRIA					
2. URONALISIS	DENSIDAD / pH	1.005 / 5			
	PROTEINA / GLUCOSA	++			
	CETONA / HEMOGLOBINA				
	BILIRRUBINA / UROBILINOGENO				
	NITRITO / LEUCOCITOS				
	PIOCITOS / ERITROCITOS	Numeros / 2-4			
	BACTERIAS / Color	++ / Amarillo Asprob Celulas			
3. COPROLOGICO	PLUMORFOS / CRISTALES				
	MOCO / GRASA				
	PARÁSITOS				
	SANGRE OCULTA				
4. QUIMICA SANGUINEA	GLUCOSA AYUNAS / GLUCOSA 2 HORAS	77	87.8		
	UREA / CREATININA	47.9 / 1.02	48.6 / 0.95		
	BILIRRUBINA TOTAL / DIRECTA				
	ACIDO URICO / PROTEINA TOTAL				
	ALBUMINA / GLOBULINA				
	ALT (TGP) / AST (TGO)	65 / 77.9	50.9 / 44.6		45.5 / 30.9
	FOSFATASA ALC / FOSFATASA ACIDA				
	COLESTEROL TOTAL / HDL				
	COLESTEROL LDL / TRIGLICÉRIDOS				
	HIERRO SÉRICO / AMILASA				
5. SEROLOGIA	LATEX / ASTO				
	VDRL / VISA	No reactivo			
	AGLUTINACIONES FEBRILES				
6. BACTERIOLOGIA					
TROS	Ses. Coe 2 Tg6				
	Ses. Coe TgM	Negativo	Negativo		

Anexo 3. Resultado de exámenes de laboratorio transcritos a la hoja de concentrados de laboratorio