



UNIVERSIDAD TECNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE SALUD Y BIENESTAR
CARRERA DE OBSTETRICIA

Componente Practico del Examen Complexivo previo a la obtención del
grado académico de Obstetriz/Obstetra

TEMA PROPUESTO DEL CASO CLINICO

“Conducta Obstétrica en paciente multípara de 27 años de edad con
embarazo de 37 semanas más Corioamnionitis”

AUTOR

Andrea Katherine Santacruz España

TUTOR

Q.F. Maite Mazacon Mora MSC

Babahoyo– Los Ríos– Ecuador

2022



INDICE

Contenido

III. TEMA	3
V. INTRODUCCIÓN	6
I. MARCO TEORICO	7
Definición	7
Causas	7
Factores de riesgo	8
Etiología.....	8
Fisiopatología	9
Epidemiología	9
Pronóstico.....	9
Clasificación de corioamnionitis	10
Manifestaciones Clínicas de la Corioamnionitis	10
Diagnóstico.....	11
Complicaciones materno- fetales	12
Tratamientos.....	13
1.1 Justificación	15
1.2 Objetivos.....	16
1.2.1 Objetivo general.....	16
1.2.2 Objetivo específico:.....	16
1.3 Datos generales	17
II. METODOLOGÍA DE DIAGNÓSTICO	18
2.1 Análisis del motivo de consulta y antecedentes	18



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIA DE LA SALUD
ESCUELA DE SALUD Y BIENESTAR



Historial clínico de la paciente.....	18
2.2 Principales datos clínicos que refiere el paciente sobre la enfermedad actual (Anamnesis).....	20
2.3 Examen físico (exploración clínica)	21
2.4 Información de exámenes complementarios realizados	21
2.5 Formulación del diagnóstico presuntivo, diferencial y definitivo.....	24
2.6 Análisis y descripción de las conductas que determina el origen del problema y los procedimientos a realizar evolución.....	24
2.7 Indicación de las razones científicas de las acciones de salud, considerando valores normales.....	25
2.8 Seguimiento.....	25
2.9 Observaciones	36
CONCLUSIONES.....	37
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	38
ANEXOS	40



I. AGRADECIMIENTO

Primeramente mi agradecimiento es para Dios por darme la vida, la salud, por ser ese pilar fundamental en este camino por no dejarme vencer, por darme fuerzas para continuar, también quiero agradecer a mis padres y familia por su esfuerzo, dedicación en cada momento de mi vida y el apoyo que me brindaron para culminar con mi carrera universitaria, muchas gracias a todos los que estuvieron presente durante toda o mayor parte de mi vida gracias por creer en mí.

A mi inolvidable Universidad Técnica de Babahoyo por ser cómplice de una de mis metas, a los doctores por el profesionalismo y su conocimiento que me brindaron para poder alcanzar esta meta anhelada.

Finalmente gracias a mis seres queridos por motivarme y ayudarme a concluir un logro muy importante para mi

Andrea Katherine Santacruz España



II. DEDICATORIA

Al culminar una etapa más de mi vida Universitaria, dedico a mis padres Miguel y Vianny, por todo el esfuerzo y sacrificio ya que sin su apoyo no hubiese alcanzado una de mis metas.

A mi amada hija Ainoha por ser mi inspiración por tener los detonantes de mis ganas de hallar lo mejor para ella.

A mis hermanos Anderson y Miguel y demás familiares por ser la base fundamental hacia el camino de mi inspiración.

Andrea Katherine Santacruz España



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIA DE LA SALUD
ESCUELA DE SALUD Y BIENESTAR**



III. TEMA

CONDUCTA OBSTÉTRICA EN PACIENTE MULTÍPARA DE 27 AÑOS DE
EDAD CON EMBARAZO DE 37 SEMANAS MAS CORIOAMNIONITIS



IV. RESUMEN

La corioamnionitis es una inflamación de la placenta y las membranas fetales que pueden estar acompañada de una infección del feto, del cordón umbilical o del líquido amniótico. La incidencia de parto pretérmino es mayor que la de un embarazo a término. Es una de las tres principales causas de interrupción antes de término del embarazo con membranas intactas y en el caso de ruptura prematura de membranas (RPM) se presenta en el embarazo 40% de contracciones y el 75% se desencadenan en parto después de ser hospitalizado por ruptura amniótica pretérmino. En el embarazo a término, la corioamnionitis ocurre con la ruptura prematura de membrana y es una complicación en alrededor del 4% de los nacimientos. Y las doce mujeres embarazadas que han completado el parto por cesárea tienen signos clínicos de corioamnionitis. La estrategia principal para la prevención de la corioamnionitis es administrar antibióticos a las mujeres embarazadas con RPM pretérmino, para reducir la incidencia de corioamnionitis, prolonga el tiempo la latencia hasta el parto y mejora el pronóstico de los recién nacidos. En este caso clínico se decidió investigar y dar seguimiento a dicha patología con paciente multípara de 27 años de edad con 37 semanas de gestación, el cual presento en el Hospital Sagrado Corazón de Jesús.

Palabras clave: Corioamnionitis, ruptura prematura de membrana, embarazo pretérmino, infección fetal y neonatal



VI. ABSTRACT

Chorioamnionitis is an inflammation of the placenta and fetal membranes that may be accompanied by infection of the fetus, umbilical cord, or amniotic fluid. The incidence of preterm birth is higher than that of a full-term pregnancy. It is one of the three main causes of premature termination of pregnancy with intact membranes and in the case of premature rupture of membranes, 40% of contractions occur during pregnancy and 75% are triggered in labor after being hospitalized due to preterm amniotic rupture. In full-term pregnancy, chorioamnionitis occurs with premature rupture of the membrane and is a complication in about 4% of births. and twelve pregnant women who have completed cesarean delivery have clinical signs of chorioamnionitis. The main strategy for the prevention of chorioamnionitis is to administer antibiotics to pregnant women with preterm PROM, to reduce the incidence of chorioamnionitis, prolong the latency prolong the latency time until delivery and improve the prognosis of newborns. In this clinical case, it was decided to investigate and follow up this pathology with a 27-year-old multiparous patient with 37 weeks of gestation, who presented at the Hospital Sagrado Corazón de Jesús.

Key words: Chorioamnionitis, premature ruptura of the membrane, preterm pregnancy, Fetal and neonatal infection



V. INTRODUCCIÓN

La corioamnionitis es una infección que afecta a las membranas y al líquido amniótico causando morbimortalidad materna y neonatal llevando así a que presentes complicaciones tanto maternas y fetal

Su incidencia en la corioamnionitis es mucho más mayor que se presente embarazos pretérminos a comparación de embarazos a términos. La corioamnionitis es una infección que puede ir acompañada por la ruptura prematura de membrana y el saco amniótico puede afectar desfavorablemente en la evolución del embarazo.

Una de sus causas principales que se presentó en esta gestante a término. Que fue tan importante estudiar y evaluar la evolución de la paciente con Corioamnionitis y embarazo de 37 semanas de gestación caso que se presentó en el Hospital Sagrado Corazón de Jesús.

Este documento se estudiará sobre como la infección por leucorrea grisácea abundante y vagina caliente pueda ocasionar complicaciones. Se presenta el caso de una paciente multípara, referida de centro de salud de Buena Fe por presentar taquicardia fetal y más de 32 horas de evolución por dolor lumbar que se irradia a la región lumbosacro que posteriormente se la diagnostica como Corioamnionitis

La misma que fue atendida por emergencia Gineco-Obstétrica y término su embarazo satisfactoriamente.



I. MARCO TEORICO

Definición

Según la guía de Práctica Clínica del Ministerio de Salud Pública del Ecuador (MSP, 2015) define que la Corioamnionitis es una infección que afecta a las membranas, a la placenta y al líquido amniótico la misma que puede ser reconocible clínica y e histológicamente, y se caracteriza por la presencia de fiebre, asociada a dolor uterino, leucocitosis, leucorrea vaginal turbia o con mal olor, taquicardia fetal y materna. (Ministerio de Salud Pública, 2015)

La corioamnionitis es una infección que es más probable que se presente en mujeres embarazadas con ruptura prematura de membranas provocando un aumento de la infección de la cavidad amniótica, por lo que también se denomina infección intraamniótica. (Es.wikipedia.org, 2019)

Causas

La causa más común de corioamnionitis son las bacterias que normalmente están presentes en la vagina. Esto ocurre más comúnmente cuando el saco amniótico se rompe mucho antes del nacimiento. Esto permite que las bacterias de la vagina pasen al útero. (Myhealth.ucsd.edu, 2019)

Las bacterias que se encuentran con mayor frecuencia en el líquido amniótico de mujeres embarazadas con parto prematuro con o sin ruptura prematura de membranas son:

- 47% Ureaplasma

Anaerobios:

- 30% Bacteroides
- 25% Gardenerella vaginalis
- 30% Mycoplasma hominis



Aerobios:

- 15% Estreptococo del grupo B
- 8% Gran negativos (E-Coli)
- Listeria monocytogenes (GUIA DE REFERENCIA RAPIDA, 2012)

Factores de riesgo

Hemos logrado identificar algunos factores de riesgo que se pueden presentar en el desarrollo de la corioamnionitis:

- Múltiples tactos vaginales
- Nuliparidad
- Aumento del PH vaginal
- Desnutrición
- Cerclaje
- Infección de transmisión sexual
- Abuso excesivo de alcohol, drogas y tabaquismo.
- Ruptura de membranas mayor de 12 horas
- Trabajo de parto prolongado
- Líquido amniótico purulento o meconio
- Obesidad
- Anestesia Epidural (ALVAREZ, 2021)

Etiología

La infección es causada principalmente por una de las bacterias presentes en la vagina. La corioamnionitis puede desarrollarse cuando la membrana amniótica (saco amniótico) se rompe durante mucho tiempo.

Esto permite que los microorganismos vaginales ingresen al útero por:

- **Vía ascendente:** Esto es causado con mayor frecuencia a través de la migración de microorganismos desde la vagina o el cuello uterino.



- **Vía hematógica:** Transmisión transplacentario.
- **Vía retrograda:** A través de la cavidad peritoneal.
- **Complicación de procedimientos Invasivos:** Esto puede presentarse con amniocentesis, biopsia de vellosidades coriales, fetoscopías. (Andrade, 2021)

Fisiopatología

La membrana se forma por dos capas principales (las coroides y el amnios). Por lo tanto, la cavidad amniótica se forma por diferentes tipos de células y matriz extracelular.

Realizan funciones como metabolismo del líquido amniótico y homeostasis, síntesis y secreción de moléculas (proteínas de base mineral e inhibidora y metaloproteinasas tisular), los receptores de señalización de las hormonas maternas y fetales, que protegen contra la Infección y trauma en el abdomen de la madre también en el correcto desarrollo del feto. (R, 2013)

Epidemiología

Corioamnionitis histológica aumenta la prevalencia de la enfermedad entre la población estudiada, la corioamnionitis ocurre en aproximadamente 1% de todos los embarazos; se estima que del 5 a 10% en pacientes con ruptura temprana de membranas, y en el 44% de los casos de rotura de las membranas.

En general, la corioamnionitis clínica ocurre en un 10-30% de los pacientes que presentan ruptura prematura de membranas pretérmino. En el grupo de gestantes con edad gestacional menor de 26 semanas, este número puede exceder 50% de los casos. (Es.slideshare.net, 2010)

Pronóstico

Si se deja actuar libremente, el pronóstico sería malo, tanto para la madre como para el feto.

Complicaciones maternas: endometriosis, infección del sitio quirúrgico, sepsis, histerectomía.



Complicaciones fetales: neumonía, sepsis, infección local (infección del tracto urinario, conjuntivitis). (Gineteca.com, 2022)

Clasificación de corioamnionitis

Corioamnionitis subclínica:(No existen Criterios de Gibbs)

- Se realiza un cultivo de líquido amniótico positivo
- Leucocitos sobre 50/mm³
- Glucosa menor 15mg/dl

Corioamnionitis clínica:(Criterios de Gibbs)

- Taquicardia materna mayor de 100 por minuto
- Taquicardia fetal mayor de 160 por minutos
- Leucocitosis materna mayor 15000/mm³, con desviación izquierda
- Leucorrea vaginal con mal olor
- Hipersensibilidad uterina

Corioamnionitis histológica:

- Infiltrados polimorfonucleares en la placenta y sus membranas (PRETELL, 2013)

Manifestaciones Clínicas de la Corioamnionitis

Las manifestaciones clínicas que pueden presentar las gestantes con corioamnionitis son:

- Temperatura axilar igual o mayor a 38 ° C
- Presencia de líquido amniótico fétida y grisáceo
- Taquicardia materna superior de 100 lat/minuto
- Frecuencia cardiaca fetal superior de 160 lat/minutos
- Incremento de contracción uterina
- Hipersensibilidad uterina
- Leucocitosis materna (ARMENTA, 2020)



Diagnóstico

La corioamnionitis es esencialmente clínica y es una infección que debe descartarse en toda mujer embarazada que presente fiebre inexplicable, especialmente si se sospecha o confirma rotura de membranas

En la corioamnionitis subclínica en un 80% de los casos se basa en la identificación de complicaciones. Por lo general, no aparece hasta después del parto, cuando la madre tiene fiebre poco después del parto o cuando el útero está irritado, el feto tiene mal olor o signos de infección. (Chaves, 2010)

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

- Temperatura axilar igual o mayor a 38 ° C
- Presencia de líquido amniótico fétido y grisáceo
- Taquicardia materna superior de 100 lat/minuto
- Frecuencia cardiaca fetal superior de 160 lat/minutos
- Incremento de contracción uterina
- Hipersensibilidad uterina

Examen de laboratorio

- **Leucocitosis materna** >15.000/mm³
- **Chlamydia trachomatis:** La presencia de cualquier bacteria y la presencia de glóbulos blancos es un signo de infección.
- **Glucosa** <15 mg/dl
- **Cultivo de líquido amniótico:** la desventaja es que lleva mucho tiempo obtener resultados, por lo que rara vez se usa en la práctica clínica; Además, el cultivo no logró identificar decidua y corion lo que habría ocurrido sin la invasión bacteriana de la cavidad amniótica
- **Tinción de Gram:** Se realiza sobre el líquido amniótico sin centrifugar para detectar la presencia de bacterias y glóbulos blancos.
- **Hemocultivo positivo:** sirve para la obtención de resultados



- Incremento de proteína C- reactiva
- **Esterasa leucocitaria:** producto de los leucocitos polimorfos cuya actividad aumenta en presencia de infección amniótica.

Ecografía

- **Perfil biofísico:** Se ha informado una puntuación menor o igual a 7 en las 24 horas previas a la interrupción del embarazo.
- **Cardiotocografía:** Puede haber un rastro de falta de respuesta, con taquicardia fetal y contracciones uterinas que no responden a tocolíticos.

Complicaciones materno- fetales

Complicaciones maternas

La corioamnionitis materna es el aumento de la mortalidad y morbilidad materna y perinatal que corre el riesgo de presentar shock séptico y síndrome de dificultad respiratoria en el adulto.

Las complicaciones maternas de la corioamnionitis que se puede presentar durante el parto son: partos pretérminos, hemorragias postpartos, cesáreas, atonía uterina.

Se realizó un estudio en el año 2000 para analizar y evaluar la relación que existe entre corioamnionitis y la función uterina anormal. Según sus resultados la corioamnionitis tiene más riesgo de presentar distocia dinámica y cesárea. La corioamnionitis tuvo un 50% más posibilidad de presenta durante la cesárea hemorragias y mientras en el parto vaginal un 80%. Se estima que el caso de las gestantes con corioamnionitis durante la cesárea corre el riesgo de presentar hemorragia, endometritis e infección de absceso pélvico. (Criterios actuales en el diagnóstico y manejo de la CORIOAMNIONITIS, 2017)



Complicaciones fetales

Síndrome de dificultad respiratoria, bajo peso al nacer, muerte perinatal, parálisis cerebral, bebés prematuros, sepsis neonatal precoz, shock séptico, asfixia y funisitis. (GUIA PRACTICA CLINICA, 2013)

Tratamientos

Tratamiento de pacientes con corioamnionitis clínica, está trabajando en la interrupción del embarazo y el uso de antibióticos de amplio espectro.

Todos los pacientes que sean diagnosticadas o sospechosas con corioamnionitis deben ser hospitalizados y recibir su debido tratamiento

Durante la hospitalización se recomienda hacer los exámenes respectivos:

- Biometría hemática
- Examen general
- Urocultivo
- Examen de exudado cérvico vaginal
- Toma VSG

Los regímenes de antibióticos más aceptados son:

Ampicilina 2g cada 6 horas intravenoso + Gentamicina 3-5mg/kg al día en 2 dosis

Clindamicina 600mg-900mg cada 8 horas intravenoso + Amikacina 500mg cada 12 horas intravenoso

Penicilina cristalina 5 millones cada 6 horas + Gentamicina 3-5 mg/ al día en 2 dosis más Metronidazol 500mg cada hora intravenoso.

Metronidazol 500mg cada 8 horas + Amikacina 500mg cada 12 horas intravenoso.



Ceftriaxona 1gramo cada 12 horas + Metronidazol 500mg cada 8 horas intravenoso

Eritromicina 500mg- 1 gramo cada 6 a 8 horas vía oral

Tratamiento con corioamnionitis subclínica:

Ampicilina 2 gramos cada 6 horas intravenoso + Gentamicina 80mg cada 8 horas intravenosa.

Si una paciente es alérgica a la penicilina se debe administrar:

Clindamicina, Gentamicina, Ceftriaxona o Metronidazol.

Pacientes que son sometidas a cesáreas se debe administrar Clindamicina 900mg cada 8 horas posteriores al pinzamiento del cordón umbilical para proteger un proceso de infección

No hacer tactos vaginales

Interrupción del embarazo por vía vaginal

Comenzar el trabajo de parto durante las 6 primeras horas de diagnóstico

Gestante de 34- 36 semanas continuar como si fuera a término

Gestantes de 25- 33 semanas se debe comenzar la maduración pulmonar fetal con betametasona 12mg IM cada 24 horas por 2 ocasiones

Embarazos menos de 24 semanas de gestación parto inmediato lo recomendable es que la vía de nacimiento lo tenga por parto vaginal

En el puerperio:

- Mantener antibiótico hasta 48 horas afebril
- Prueba de PCR
- Realizar un cultivo de la placenta y membranas (GUIA DE PRACTICA CLINICA, 2013)



1.1 Justificación

La corioamnionitis es una patología obstétrica que puede causar complicaciones maternas y fetales produciendo secuelas neurológicas como la sepsis tanto en la madre como el niño en los que los casos graves llevan a la muerte en gran medida a la amenaza de partos prematuros.

Los médicos necesitan tener herramientas preventivas para diagnosticar y evaluar a la paciente y así disminuir la tasa de morbilidad materna y neonatal.

Este trabajo se desarrolló a través de una investigación encaminada a detallar la aparición de la corioamnionitis por presentar infección por leucorrea grisácea abundante y vagina caliente se pretende conocer dichos resultados y adquirir mejores habilidades de resolución del problema.

Por lo cual es muy importante que las mujeres en estado de gestación, tomen todas las precauciones, medidas correspondiente y necesaria en el caso ya que así durante el control prenatal minimice las secuelas y pueda parir un bebe sano



1.2 Objetivos

1.2.1 Objetivo general.

- Determinar la Conducta Obstétrica en paciente múltipara de 27 años de edad con embarazo de 37 semanas más Corioamnionitis

1.2.2 Objetivo específico:

- Identificar los Factores de riesgo que desencadena la corioamnionitis
- Describir la Conducta Obstétrica Aplicada en paciente múltipara de 27 años de edad con embarazo de 37 semanas más Corioamnionitis.



1.3 Datos generales

Código: YUORJOLI	Edad: 27 años
Género: Femenino	Fecha de nacimiento: 08/04/1993
Nacionalidad: Ecuatoriana	Ocupación: Ama de casa
Nivel de estudio: Bachiller	Raza: Mestiza
Religión: Católica	Nivel socioeconómico: Bajo
Domicilio: Galoplaza-10 de Agosto	Hospital: Sagrado Corazón de Jesús

Fuente: Expediente clínico del Hospital Sagrado Corazon de Jesus

Elaborado por: Andrea Katherine Santacruz España.



II. METODOLOGÍA DE DIAGNÓSTICO

2.1 Análisis del motivo de consulta y antecedentes

Paciente de 27 años de edad femenina multigesta que cursa con Embarazo de 37 semanas de gestación por FUM, referida del CS. Buena Fe con ID: Embarazo de 37 semanas de gestación por FUM, cicatriz uterina previa (1), taquicardia fetal más COVID 19 no especificado, acude y refiere cuadro clínico de 32 horas de evolución presentado por dolor en región lumbar que se irradia hacia el hipogastrio de moderada intensidad, niega sangrado transvaginal, niega alza térmica, niega sintomatología respiratoria.

Historial clínico de la paciente

Antecedentes Personales y Familiares	
Antecedentes patológicos personales:	No refiere
Antecedentes patológicos familiares:	No refiere
Antecedentes quirúrgicos:	No refiere
Antecedentes alérgicos:	No refiere
Hábitos:	No alcohol, no drogas

Fuente: Expediente clínico del Hospital Sagrado Corazon de Jesus

Elaborado por: Andrea Katherine Santacruz España.



Antecedentes Gineco- Obstétricos

Menarquía: 12 años	Ciclos menstruales: 30 días
Planificación familiar: No usaba.	Inicio de vida sexual: 14 años
Parejas sexuales: 2	Gestas: 3 Partos: 1 Abortos:1 Cesáreas: 1
FUM: 04/05/2020	Controles prenatales: 6 CS. Galoplaza.
Vacunas: 2	Ecografía en Cs: 4
Periodo intergenésico: 5 años	ITS: ninguno

Fuente: Expediente clínico del Hospital Sagrado Corazon de Jesus
Elaborado por: Andrea Katherine Santacruz España.

Primera atención de la paciente (20/01/2021)

Preparación:

Peso: 84 kg	Talla: 156cm
Tensión Arterial:	110/85 mm/Hg
Frecuencia Cardíaca:	104 Lx'
Frecuencia respiratoria:	20 / min
Temperatura:	36,6° C
Saturación de Oxígeno:	99%
Estado de Conciencia:	Alerta
Proteinuria:	Negativo
Score Mama:	1

Fuente: Expediente clínico del Hospital Sagrado Corazon de Jesus
Elaborado por: Andrea Katherine Santacruz España.



Escala de Glasgow		
Parámetros para valorar	Puntuación	Glasgow Moderado
Reflejo ocular	4	
Función motora	6	
Verbal	5	
Total	15	

Fuente: Expediente clínico del Hospital Sagrado Corazon de Jesus

Elaborado por: Andrea Katherine Santacruz España.

2.2 Principales datos clínicos que refiere el paciente sobre la enfermedad actual (Anamnesis)

Paciente de 27 años de edad femenina multigesta que cursa con Embarazo de 37 semanas de gestación por FUM, referida del CS. Buena Fe con embarazo de 37 semanas de gestación por FUM, cicatriz uterina previa (1), taquicardia fetal más COVID 19 no especificado, acude y refiere cuadro clínico de 32 horas de evolución presentado por dolor en región lumbar que se irradia hacia el hipogastrio de moderada intensidad, niega sangrado transvaginal, niega alza térmica, niega sintomatología respiratoria.

Al examen Gineco-obstétrico:

Cérvix:

- Dilatación :1cm
- Borramiento 10%
- Membranas: Integras
- Plano: Alto
- Monitoreo fetal: 160-167-170



- Actividad uterina: 1/10/25

2.3 Examen físico (exploración clínica)

Cabeza:	Normocefálica, pupilas Isocóricas, vías aéreas permeables, mucosas orales semihúmedas, pabellón auditivo sin patología.
Cuello:	Móvil sin adenopatías
Torax:	Simétrico expansible, cardiopulmonar normal.
Mamas:	Simétricas no dolorosa a la palpación
Abdomen:	Globuloso acorde para edad gestacional, con feto único vivo
Extremidades:	Simétricas, sin edema.

Fuente: Expediente clínico del Hospital Sagrado Corazón de Jesús

Elaborado por: Andrea Katherine Santacruz España.

2.4 Información de exámenes complementarios realizados

Ecografía Obstétrica realizada el (21/01/2021)
Útero aumentado de tamaño ocupado por feto único al momento presentación cefálica, situación longitudinal dorso fetal anterior Según el BDP: 85mm = 34.3SG Según la HC: 324mm = 36.5SG Según la FL: 73mm = 37.5SG Según la AC: 334mm = 37.2SG Peso: 3081 gramos Placenta localizada en la pared anterior Inserción normal Madurez grado I-II Líquido amniótico en volumen adecuado. ILA 12ml Latido cardíaco presente FCF: 156 lat./minuto Movimientos fetales activos CONCLUSIÓN ECOGRÁFICA: EMBARAZO APROXIMADO +/- 37.2 SEMANAS POR ULTRASONIDO + FETO VIVO

Fuente: Expediente clínico del Hospital Sagrado Corazón de Jesús

Elaborado por: Andrea Katherine Santacruz España.



Resultados de Exámenes de laboratorio al momento del ingreso

Hematológico

HEMOGLOBINA	11.6 g/dl
HEMATOCRITO	35.1 %
HEMOGLOBINA CORPUSCULAR MEDIA	28.6 pg
VOLUMEN CORPUSCULAR MEDIO	86.1 um
CONCENTRACION DE HEMOGLOBINA CORPUSCULAR MEDIO	33.2 g/dL
PAQUETAS	17.400 10/uL
LEUCOCITOS	13.240 10/uL
LINFOCITOS	1.40 10/uL
SEGMENTADOS	88%
EOSINOFILOS	1.5%
MONOCITOS	0.81%
TIEMPO DE PROTROMBINA	16''
GRUPO SANGUINERO	O
FACTOR RH	POSITIVO

Fuente: Expediente clínico del Hospital Sagrado Corazon de Jesus

Elaborado por: Andrea Katherine Santacruz España.

Bioquímica

GLUCOSA	88 mg/dL
UREA	18.6 mg/dL
CREATININA	0.49 mg/dL
TGO/AST	16.53U/L
TGP/ATL	11.61 U/L

Fuente: Expediente clínico del Hospital Sagrado Corazon de Jesus

Elaborado por: Andrea Katherine Santacruz España.



Exámenes serológicos

VDRL	NEGATIVO
VIH	NO REACTIVO

Fuente: Expediente clínico del Hospital Sagrado Corazon de Jesus

Elaborado por: Andrea Katherine Santacruz España.

Otros

SARS-CoV-2 + IGM+ IGG	NEGATIVO
-----------------------	----------

Fuente: Expediente clínico del Hospital Sagrado Corazon de Jesus

Elaborado por: Andrea Katherine Santacruz España.

MEDIDAS GENERALES Y TERAPÉUTICAS

Control de signos vitales cada 4 horas
Monitoreo fetal cada 4 horas
Reposo
Dieta general
Aplicación del score mama
Cuidado de enfermería
Exámenes de laboratorio
Ecografía obstétrica
Proteinuria 24 horas
Cloruro de sodio 0.9% 1000ml pasar intravenoso a 30 gotas por minuto.
Ampicilina+ Sulbactam 1.5 gr pasar intravenosa cada 6 horas.
Metronidazol 500mg pasar intravenosa cada 8 horas.
Paracetamol 1gr VO cada 8 horas.
Comunicar novedades.

Fuente: Expediente clínico del Hospital Sagrado Corazon de Jesus

Elaborado por: Andrea Katherine Santacruz España.



2.5 Formulación del diagnóstico presuntivo, diferencial y definitivo

Diagnóstico presuntivo:

Embarazo de 37 semanas de gestación+ Corioamnionitis+ Taquicardia fetal

Diagnóstico diferencial:

- Cuando existe un cuadro clínico de fiebre, se debe distinguir en:
- **Fiebre aislada sin foco:** Se relaciona a causa de analgesia epidural, temperatura ambiente elevada, uso de prostaglandinas para inducir el parto
- **Fiebre secundaria a otro foco:** Se relaciona a causa de pielonefritis, infecciones respiratorias.
- Fiebre secundaria a Corioamnionitis o triple I

Diagnóstico definitivo:

Embarazo de 37 semanas de gestación+ Corioamnionitis+ Taquicardia fetal

2.6 Análisis y descripción de las conductas que determina el origen del problema y los procedimientos a realizar evolución

En las mujeres embarazadas, la corioamnionitis se desarrolla en segundo lugar después de la infección del sistema reproductivo, lo que genera complicaciones importantes tanto para la madre como para el feto, por esta razón la falta de asesoría, vigilancia y concientización de las embarazadas hace que conduzcan a estos problemas.

La falta de interés que presenta esta gestante hacia su sintomatología y sus signos de alarma mediante su entrevista hace que corra mayor riesgo de volver a presentar complicaciones.

Hay que recalcar que las mujeres embarazadas deben de tener una atención primordial y satisfecha ya que se debería mejorar la calidad de atención en el primer nivel donde los obstetras o personal de salud deben brindarle consejería adecuada, charlas, visitas domiciliarias, y seguimiento de las gestantes para que así pueda



disminuir la tasa de incidencia en estos casos, y puedan disfrutar de su embarazo tranquilamente y pueden tener un parto satisfactorio, donde exista un vínculo afectivo madre e hijo.

2.7 Indicación de las razones científicas de las acciones de salud, considerando valores normales.

La corioamnionitis es una infección que afecta a las membranas y al líquido amniótico causando morbimortalidad materna y neonatal llevando así a que presentes complicaciones tanto maternas y fetal, puede ir acompañada por la ruptura prematura de membrana y el saco amniótico puede afectar desfavorablemente en la evolución del embarazo. La sintomatología de esta infección pueden ser inespecífica lo que dificulta su diagnóstico y sus consecuencias pueden ser fatales.

Para evitar cualquier tipo de complicación durante el embarazo es que las pacientes acudan a sus controles prenatales de forma temprana, Cobertura periódica y amplia ya que permite educar a las embarazadas sobre sus cuidados durante este período, también que entiendan cuáles son sus signos de alarma que puedan presentar y asistan de inmediato al hospital o al centro de salud lo más antes posible y no logren tener complicaciones a futuro de su embarazo.

2.8 Seguimiento

Día 2 de ingreso hospitalario (21/01/2021)

Paciente femenina de 27 años de edad con ID. Embarazo de 37.1 semanas de gestación por FUM + cicatriz uterina previa (1), + vaginosis bacteriana.

Paciente refiere dolor continuo de moderada intensidad irradiado a región lumbosacro, niega otras sintomatologías, se encuentra hemodinámicamente estable.

- TA: 110/70 mm/Hg
- FC: 96 Lx'



- FR:20 / min
- T:36.2° C
- SPO2: 98
- Alerta
- Proteinuria: (-)
- Score mama: 0

Al examen físico

- **Cabeza:** normocefalica, pupilas isocoricas reactivas a la luz.
- **Cuello:** móvil, sin adenopatías
- **Tórax:** simétrico, cardiopulmonar
- **Mamas:** suaves depresibles, no dolorosa a la palpación
- **Abdomen:** gestante ocupado por único feto vivo, FCF: 148-152-156 lat/min.
- **RIG:** Tacto vaginal diferido debido a ausencia de actividad uterina, se realiza examen especular, cérvix largo, presencia de tapón mucoso a nivel del orificio, leucorrea amarilla grumosa en fondos vaginales en moderada cantidad, no fetidez. Dilatación: 1cm, borramiento: 10% plano: Alto
- **Extremidades:** simétricas con presencia de edema grado I.

Medidas generales y terapéuticas

- Control de signos vitales cada 4 horas
- Monitoreo fetal cada 4 horas
- Reposo
- Dieta general
- Aplicación del score mama
- Cuidado de enfermería
- Cloruro de sodio 0.9% 1000ml pasar intravenoso a 30 gotas por minuto.
- Ampicilina+ Sulbactam 1.5 gr pasar intravenosa cada 6 horas.



- Metronidazol 500mg pasar intravenosa cada 8 horas.
- Paracetamol 1gr VO cada 8 horas.
- Comunicar novedades

Exámenes de laboratorio

HCTO:	35.1%
HB:	11.6g/dl
PLT:	174.000
LEUC:	13.240
SEG:	88
GLUCOSA:	88
UREA:	18.,6
CREAT:	0,45
TGO:	16.53
TGP:	11.61

Fuente: Expediente clínico del Hospital Sagrado Corazon de Jesus

Elaborado por: Andrea Katherine Santacruz España.

Día 3 de ingreso hospitalario (22/01/2021)

Paciente femenina de 27 años de edad que cursa con un embarazo de 37.3 semanas gestación. Al momento hemodinamicamente estable, activa, reactiva, que colabora con el interrogatorio orientada en tiempo y espacio, refiere dolor en hipogastrio que se irradia a región lumbrosacro de leve intensidad.

- TA:110/60 mm/Hg
- FC: 86 Lx'
- FR:20 / min
- T:36° C
- SPO2: 99
- Alerta
- Proteinuria: (-)
- Score mama: 0



Al examen físico

- **Cabeza:** normocefalica, pupilas isocoricas reactivas a la luz.
- **Cuello:** móvil, sin adenopatías
- **Tórax:** simétrico, cardiopulmonar
- **Mamas:** suaves depresibles, no dolorosa a la palpación
- **Abdomen:** gestante ocupado por único feto vivo, FCF: 135-140-145 lat/min.
- **RIG:** Tacto vaginal diferido debido a ausencia de actividad uterina, se realiza examen especular, cérvix entreabierto, presencia de tapón mucoso a nivel del orificio, leucorrea grisácea abundante.
- **Extremidades:** simétricas sin edema.

Medidas generales y terapéuticas

- Control de signos vitales cada 4 horas
- Monitoreo fetal cada 4 horas
- Signo de alarma materno-fetal
- Reposo
- Dieta general
- Aplicación del score mama
- Cuidado de enfermería
- Cloruro de sodio 0.9% 1000ml pasar intravenoso a 30 gotas por minuto.
- Ampicilina+ Sulbactam 1.5 gr pasar intravenosa cada 6 horas.
- Metronidazol 500mg pasar intravenosa cada 8 horas.
- Clotrimazol 500mg óvulos vaginales aplicar cada día
- Comunicar novedades.
- Pasar a sala de ginecología



Día 4 de ingreso hospitalario (23/01/2021)

Se recibe gestante procedente de sala de ginecología que la traslada la licenciada de turno por dolores fuertes de las caderas y presencia actividad uterina cada tres minutos, no presenta pérdidas vaginales.

Abdomen AU: 3/10/30", Dorso: izquierdo FCF:165 latidos por minutos

Tacto vaginal: vagina caliente, cuello de multípara de 1cm de largo, borramiento: 30%, membranas: integra, presentación: I-II plano, muy doloroso al tacto bimanual.

Paciente con 5 años de CUP con vaginosis y tratamiento hace 3 días, al momento niega, fiebre o pérdida de líquido, pero tiene vagina caliente, dolor a la palpación y al tacto bimanual, se constata evidencia de frecuencia cardiaca fetal, taquicárdico por lo que especulamos como corioamnionitis y se decide realizar cesárea de emergencia después del manejo al tratamiento Gentamicina.

CAS: Preparar para Cesárea en 3 horas por ingesta de alimentos se indica Metoclopramida y Ranitidina.

Medidas generales y terapéuticas

- Nada por vía oral
- Control de signos vitales
- Parte Operatorio
- Lactato de Ringer 1000ml Stat
- Metoclopramida 10mg IV Stat
- Ranitidina 50mg 1 Ampolla IV stat
- Gentamicina 160mg + Cloruro de sodio 0.9% 100ml IV pasar en 1 hora.
- Metronidazol 500 mg IV cada 8 horas
- Ampicilina + Sulbactam 1,5gr IV cada 6 horas
- Firma del consentimiento



- Vendaje de miembros inferiores
- Comunicar a neonatología
- Comunicar a Anestesiología

Diagnostico preoperatorio: Embarazo de 37 semanas de gestación + CUP (1) + Corioamnionitis + Taquicardia fetal.

Nota postcesarea (24/01/2022)

Bajo normas de asepsia y antisepsia, previa colocación de campos estériles se realiza cesárea de emergencia por embarazo de 37 semanas de gestación + CUP(1)+Corioamnionitis+ Taquicardia

Hallazgos:

- Útero aumentado de tamaño
- Líquido amniótico claro, pero con aumento de temperatura

RN vivo, sexo masculino, APGAR 8/9, Peso: 2900 gramos, Talla: 51 cm, Perímetro Cefálico: 34cm, Capurro: 39 semanas

- Placenta fúndica posterior
- Cavidad uterina caliente
- Anexos macroscópicos normales
- Sangrado aproximado 200ml
- Sin complicaciones

Medidas generales y terapéuticas

- Reposo movilizar después de 8 horas
- Dieta liquida a las 8 horas
- Control de signos vitales
- Score mama cada 15 minutos por 2 horas, luego cada 4 hora.
- Mantener sonda vesical por 24 horas
- Control de loquios



- Biometría hemática en 8 horas
- Lactato de Ringer 1000ml IV 30 gotas por minuto
- Cloruro de sodio 0.9% 1000ml + 200mg tramadol + 10mg metoclopramida IV 30 gotas por minuto.
- Ketorolaco 60mg IV cada 12 horas
- Cloruro de sodio 0.9% 500ml + 20UI oxitocina pasar 250ml en 1 hora resto en 2 horas
- Gentamicina 160mg en 100ml de cloruro de sodio 0.9% IV pasar en 1 hora
- Ampicilina + Sulbactam 1.5gr IV cada 6 horas
- Metronidazol 500mg IV cada 8 horas
- Pasar a sala de ginecología en 4 horas

Día 5 de ingreso hospitalario (24/01/2021)

Paciente femenino de 27 años de edad, que cursa +/- 8 horas con ID: Puerperio quirúrgico, por embarazo de 37 semanas de gestación + CUP (1), + Corioamnionitis + taquicardia fetal.

Paciente pasa a sala de ginecología afebril, orientada en tiempo y espacio, colabora con el interrogatorio.

TA: 110/70 mm/Hg

FC: 89 lpm

FR: 20 rpm

T: 36.4 °C

SPO2: 99%

Alerta

Proteinuria: (-)

Score mama: (0)

Al examen físico:

Cabeza: Normocefálica, pupilas isocóricas reactivas a la luz.

Cuello: móvil, sin adenopatías



Tórax: simétrico, cardiopulmonar normal

Mamas: suaves, depresibles, no dolorosa a la palpación, con presencia de calostro

Abdomen: suave, depresible, no doloroso a la palpación, herida quirúrgica cubierta por vendaje y esparadrapo.

RIG: se encuentra con sonda vesical, se evidencia loquios hemáticos en escasa cantidad.

Extremidades: simétricas, sin edema

Medidas generales y terapéuticas

- Control de signos vitales
- Cuidado de enfermería
- Dieta blanda y líquida
- Alojamiento conjunto
- Control de signos vitales cada 8 horas
- Control de loquios
- Cloruro de sodio 0.9% 1000ml IV a 30 gotas por minuto
- Ketorolaco 60mg IV cada 12 horas
- Gentamicina 160mg IV cada día
- Ampicilina 1gr cada 6 horas
- Metronidazol 500mg IV cada 8 horas
- Biometría hemática de control

Día 6 de ingreso hospitalario (25/02/2022)

Paciente femenino de 27 años de edad que cursa +/- 32 horas de evolución por ID: Puerperio quirúrgico por embarazo de 37 semanas de gestación + CUP (1), + Corioamnionitis + Taquicardia fetal. Al momento paciente orientada en tiempo y espacio colabora con el interrogatorio.

TA: 120/80 mm/Hg

FC: 89 lpm

FR: 18 rpm



T: 36 °C

SPO2: 99%

Alerta

Proteinuria: (-)

Score mama: (0)

Al examen físico

Cabeza: Normocefálica, pupilas isocóricas reactivas a la luz.

Cuello: móvil, sin adenopatías

Tórax: simétrico, cardiopulmonar normal

Mamas: suaves, depresibles, no dolorosa a la palpación, con presencia de calostro

Abdomen: suave, depresible, no doloroso a la palpación, herida quirúrgica cubierta por vendaje y esparadrapo.

RIG: se evidencia loquios hemáticos en escasa cantidad.

Extremidades: simétricas, sin edema

Medidas generales y terapéuticas

- Control de signos vitales
- Cuidado de enfermería
- Dieta blanda y líquida
- Alojamiento conjunto
- Control de signos vitales cada 8 horas
- Control de loquios
- Cloruro de sodio 0.9% 1000ml intravenosa a 30 gotas por minuto
- Ketorolaco 60mg intravenoso cada 12 horas
- Gentamicina 160mg intravenosa cada día
- Ampicilina 1gr cada 6 horas
- Metronidazol 500mg intravenoso cada 8 horas
- Biometría hemática de control



Alta hospitalaria (26/01/21)

Paciente de sexo femenino de 27 años de edad que cursa +/- 54 horas de evolución por ID: Puerperio quirúrgico por embarazo de 37 semanas de gestación + CUP (1), + Corioamnionitis + Taquicardia fetal.

Al momento paciente hemodinamicamente estable, afebril, orientada en tiempo y espacio, no refiere sentir ninguna molestia ni malestar.

- PA: 100/70 mm/Hg
- FC: 90 lpm
- FR: 20 rpm
- T: 36.5° C
- SPO2: 99%
- Estado conciencia: Alerta
- Proteinuria (-)
- Score mama (0)

Al examen físico

Cabeza: Normocefálica, pupilas isocóricas reactivas a la luz.

Cuello: móvil, sin adenopatías

Tórax: simétrico, cardiopulmonar normal

Mamas: suaves, depresibles, no dolorosa a la palpación, con presencia de calostro

Abdomen: suave, depresible, no doloroso a la palpación, herida quirúrgica cubierta por vendaje y esparadrapo.

RIG: se evidencia loquios hemáticos en escasa cantidad.

Extremidades: simétricas, sin edema

Exámenes de laboratorio

- **HTCO:** 34.5%
- **HGB:** 11.7 mm
- **PLT:** 244.000 mm
- **LEUCO:** 13.54



- **EOS:** 1.3%
- **LIN:**15.4%
- **UREA:** 18.6 mg/dl
- **CREATININA:** 0.49mg/dl

Medidas generales y terapéuticas

- Cefalexina 500 mg vía oral cada 8 horas por 7 días.
- Paracetamol 500 mg vía oral cada 8 horas por 5 días.
- Sulfato ferroso 100mg vía oral cada día por 30 días
- Levonogestrel 0.03mg blíster vía oral cada día por 30 días.
- Control en el centro de salud

Paciente en condiciones favorables y estables se decide dar alta hospitalaria.



2.9 Observaciones

Su nivel socio económico era muy bajo

Se tomo como referencia muchas fuentes bibliográficas y criterios de algunos profesionales de la salud con la finalidad de saber como manejar o actuar con la paciente con Corioamnionitis y brindar su respectivo tratamiento.

Durante su hospitalización e ingreso de la paciente se destacó el manejo adecuado detallando su evolución, sus factores de riesgos, su edad, medidas generales y terapéuticas las mismas que se utilizaron para terminar con su embarazo satisfactoriamente.

Cabe recalcar que es una paciente joven que necesita mucha guía, mucha consejería de parte de los profesionales de salud para evitar que tenga mas partos a futuro por lo cual se hizo seguimiento en el Centro de Salud de Buena Fe.



CONCLUSIONES

Para la elaboración de este caso clínico se llevo a cabo la información prescrita de la historia clínica y todas las medidas gineco-obstetra que se llevaron a cabo en el manejo de este caso clínico con la finalizacion del embarazo y reducir las complicaciones. Sin embargo, el análisis generativo del comportamiento nos dimos cuenta que la interrupcion del embarazo tenia que ser inmediatamente brindando bienestar del binomio madre e hijo

La causa más común de corioamnionitis son las bacterias que normalmente están presentes en la vagina y que viajan a la cavidad uterina, en este caso clínico la corioamnionitis se presentó por vía ascendente debido a la leucorrea grisácea abundante que presento esta gestante, haciendo que las bacterias viajen al útero ocasionando respuesta inflamatoria en la madre y el feto.

Los factores principales que se encuentra asociados en este caso son: paciente en trabajo de parto, taquicardia fetal, vagina caliente, dolor a la palpación y al tacto bimanual, multípara, presencia de leucorrea abundante grisacea lo cual se decide diagnostico como Corioamnionitis.

El tratamiento empleado en la paciente con coriamnionitis consistio en el esquema Gentamicina/ Ampicilina + Sulbactam/ Metronidazol dando una evolucion favorable en la paciente.

Finalizacion del embarazo: Cesarea



REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- ALVAREZ, A. M. (2021). uDocz. *corioamnionitis*, 4. Obtenido de <https://www.udocz.com/apuntes/249642/corioamnionitis>
- Andrade, J. (2021). uDocz. *uDocz*, 5. Obtenido de <https://www.udocz.com/apuntes/207871/corioamnioitis>
- ARMENTA, V. (15 de 04 de 2020). Obtenido de https://m.facebook.com/799778836773681/posts/obstetriciacorioamnionitis-criterios-de-gibbs/2870879736330237/?locale2=fr_FR
- Chaves, E. (2010). *Repositorio.puce.edu.ec*. Obtenido de <http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/4099/T-PUCE-3782.pdf?sequence=1>
- Criterios actuales en el diagnóstico y manejo de la CORIOAMNIONITIS. (2017). *Revperinatologia.com*, 9.
- Es.slideshare.net*. (19 de 01 de 2010). Obtenido de <https://es.slideshare.net/guestbd0e18/corioamnionitis>
- Es.wikipedia.org*. (11 de 12 de 2019). Obtenido de <https://es.wikipedia.org/wiki/Corioamnionitis>
- Gineteca.com. (2022). *CORIOAMNIONITIS E INFECCIÓN INTRAAMNIOTICA*, 8. Obtenido de <https://gineteca.com/wp-content/uploads/2018/07/Protocolo-Corioamnionitis.pdf>
- GUIA DE PRACTICA CLINICA. (21 de 03 de 2013). *Prevención, Diagnóstico y Tratamiento*, 45. Obtenido de <http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/606GER.pdf>
- GUIA DE REFERENCIA RAPIDA. (2012). *Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la Corioamnionitis*, 15. Obtenido de <http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/606GRR.pdf>



- GUIA PRACTICA CLINICA. (2013). *Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la Corioamnionitis en los Tres niveles de Atención*, 46. Obtenido de <https://www.actuamed.com.mx/informacion-medica/prevencion-diagnostico-y-tratamiento-de-corioamnionitis-en-los-tres-niveles-de>
- Ministerio de Salud Publica, M. (2015). *Guia de Practica. Ruptura Prematura de membranas pretermino*, 33.
- Myhealth.ucsd.edu. (3 de 1 de 2019). *UC San Diego Health*, 1. Obtenido de <https://myhealth.ucsd.edu/Spanish/RelatedItems/90,P05551>
- PRETELL, D. M. (21 de 10 de 2013). *slideshare*. Obtenido de <https://es.slideshare.net/guestbd0e18/corioamnionitishttps://es.slideshare.net/pretelly/corioamnionitis-27401153>
- R, O. E. (8 de 7 de 2013). *Fucsalud.edu.co. Repertorio de Medicina y Cirugía*, 9. Obtenido de <https://www.fucsalud.edu.co/sites/default/files/2017-09/3-CORIOAMNIONITIS.pdf>



ANEXOS



Ministerio
de Salud Pública

Coordinación Zonal 5 – SALUD
Dirección Distrital de Salud 12D03 Quevedo-Mocache / Hospital Sagrado Corazón de Jesús/ Unidad de Ecografía

QUEVEDO, 21/ENERO /2021

Paciente: YUNGAN ORTIZ JOSELYN LISSETH

Edad: 27 años

INFORME ECOGRÁFICO OBSTETRICO

Útero aumentado de tamaño ocupado por feto único al momento presentación cefálico, situación longitudinal, dorso fetal anterior

Según el BDP:	85mm = 34.35G
Según la HC:	324mm = 36.55G
Según la FL:	73mm = 37.55G
Según la AC:	334mm = 37.25G
Peso:	3081gramos

Placenta localizada en la pared Anterior

Inserción normal

Madurez grado I-II.

Líquido amniótico en volumen adecuado. ILA 12ml

Latido cardiaco presente FCF: 156 lat./Minuto.

Movimientos fetales activos.

Partes fetales observadas. Normales.

CONCLUSIÓN ECOGRÁFICA: EMBARAZO APROXIMADO +/- 37.2 SEMANAS POR ULTRASONIDO + FETO VIVO.

DRA. NELLY ACOSTA C.
SERVICIO DE ECOGRAFIA

Av. Guayaquanes # 400 Parroq. 7 de Octubre. Que
Teléfonos: 593 (52) 750
Hospitaldequevedo@hotmail.
www.msp.gob

Anexo 1. Evidencia de Ecografía Obstétrica realizada en el Hospital Sagrado Corazón de Jesús



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIA DE LA SALUD
ESCUELA DE SALUD Y BIENESTAR



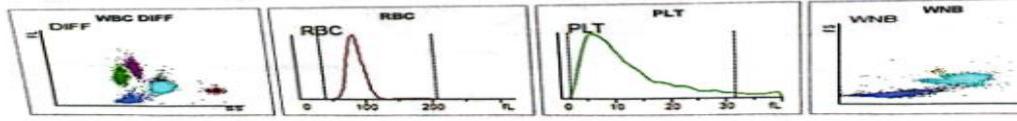

QUEVEDO - MOCACHE
HOSPITAL SAGRADO CORAZÓN DE JESÚS
 Av. Walter Andrade y Guapocanes #400
 Telfs.: 052750373
 laboratorio_hscj_czs5@gmail.com

ORDEN NO. 210120142
YUNGAN ORTIZ JOSELIN LISSETH
 Identificación: 0941625195
 Edad: 27 años 9 meses Sexo: Femenino
 Servicio: Parto
 Categoría: HOSPITAL SAGRADO CORAZÓN

Fecha de la orden: 2021-01-20 11:46PM
 Fecha de impresión: 2021-01-21 12:34AM
 Médico: ALEX MEDINA

Informe de Resultados

EXAMEN	RESULTADO	UNIDAD	V. REFERENCIA
HEMATOLOGÍA			
BIOMETRÍA HEMÁTICA			
Recuento de Glóbulos Rojos	4.07	10 ⁶ /µL	4 - 6
Hemoglobina	↓ 11.6	g/dL	13 - 17
Hematocrito	↓ 35.1	%	40 - 50
Volumen Corpuscular Medio (VCM)	86.1	µm ³	80 - 100
Hemoglobina Corpuscular Media (HCM)	28.6	pg	27 - 31
Concentración de Hb Corp. Media (CHCM)	33.2	g/dL	30 - 36
Ancho de Distribución Eritrocitaria (RDW)c	13.9	%	11.5 - 15.5
Ancho de Distribución Eritrocitaria (RDW)s	43.6	µm ²	
Plaquetas	174	10 ³ /µL	150 - 450
Plaquetocrito	0.20	%	0.1 - 0.5
Volumen Plaquetario Medio (MPV)	↑ 11.3	µm ³	7.4 - 11
Índice de Distribución Plaquetaria (PDW)c	17.1	%	10 - 18
Glóbulos Blancos	↑ 13.24	10 ³ /µL	4 - 10
Linfocitos (%)	↓ 10.6	%	25 - 40
Neutrófilos (%)	↑ 81.5	%	55 - 65
Monocitos (%)	6.1	%	2 - 10
Eosinófilos (%)	1.5	%	0.5 - 5
Basófilos (%)	0.3	%	0 - 2
Células Granulares Inmaduras (%)	1.3	%	
Linfocitos (#)	1.40	10 ³ /µL	1 - 4.4
Neutrófilos (#)	↑ 10.80	10 ³ /µL	1.6 - 7
Monocitos (#)	0.81	10 ³ /µL	0.3 - 1
Eosinófilos (#)	0.19	10 ³ /µL	0 - 0.5
Basófilos (#)	0.04	10 ³ /µL	0 - 0.2
Células Granulares Inmaduras (#)	0.18	10 ³ /µL	



Muestra adecuada - Método: CBC-IMI Automatizado
 TIPIFICACION SANGUINEA RH (D)


QUEVEDO - MOCACHE
HOSPITAL SAGRADO CORAZÓN DE JESÚS
 Av. Walter Andrade y Guapocanes #400
 Telfs.: 052750373
 laboratorio_hscj_czs5@gmail.com

Grupo Sanguíneo
 Factor Rh: **O Positivo**
 Muestra adecuada - Método: Aglutinación
 Validado por: Ldo. Eduardo Secaira

BIOQUÍMICA			
Urea			
Creatinina	18.6	mg/dL	10 - 50
Colesterol HDL	↓ 0.49	mg/dL	0.6 - 1.1
Triglicéridos	60.46	mg/dL	0 - 65
Bilirrubina Total	135.27	mg/dL	0 - 150
Bilirrubina Directa	0.34	mg/dL	0 - 1.2
Bilirrubina Indirecta	0.08	mg/dL	0 - 0.3
TGO/AST	0.26	mg/dL	0 - 0.95
TGP/ALT	16.53	U/L	0 - 31
	11.61	U/L	0 - 32
Muestra adecuada - Método: Fotometría Automatizada			
PCR Cuantitativo	↑ 10.78	mg/L	0 - 5
Muestra adecuada - Método: Sedimentación Wintrobe			
Colesterol	185.23	mg/dL	0 - 200
Colesterol LDL	114.39	mg/dL	0 - 130
Muestra adecuada - Método: Fotometría Automatizada Validado por: Ldo. Eduardo Secaira			
COAGULACIÓN			
Tiempo de Protrombina TP	↑ 16	seg.	12 - 14
Tiempo Parcial de Tromboplastina (TTP)	38	seg.	20 - 40
Muestra adecuada - Método: Coagulometría Automática Validado por: Ldo. Eduardo Secaira			
AUTOINMUNES E INFECCIOSAS			
ANTIGENO SARS-CoV-2Ag Negativo			

PCR	Ag	IgM	IgG	Interpretación
+	-	-	-	Fase presintomática
+	+/-	+/-	+/-	Fase inicial (aprox. 1 - 7 días)
+/-	-	+	+/-	2da. Fase (8 - 14 días)
+/-	-	++	++	3ra. Fase > 15 días
-	-	+/-	++	Infección pasada (inmune)

HSV 1 + 2 Cuarta Generación
 Muestra adecuada - Método: Inmunoquimografía
 No reactivo
 Validado por: Ldo. Eduardo Secaira



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIA DE LA SALUD
ESCUELA DE SALUD Y BIENESTAR



The form is a comprehensive obstetric record. At the top, it includes fields for 'APELLIDO PATERNO', 'MATERNO', and 'NOMBRES'. Below this is a 'PARTO' section with a grid for 'DILATACIÓN CERVICAL (CM)' from 0 to 10, with a vertical axis for 'HORAS EN REGISTRO' from 0 to 14. To the left of the grid is a 'REFERENCIAS' section with a grid for 'DILATACIÓN CERVICAL (CM)' from 0 to 10, with a vertical axis for 'HORAS EN REGISTRO' from 0 to 14. Below the grid is a 'LABORATORIO' section with various tests and results. At the bottom, there are sections for 'EGRESO RN' and 'EGRESO MATERNO'. The form is filled with handwritten data and signatures.

ANEXO 3: Datos generales madre y el bebe