



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



DIMENSIÓN PRÁCTICO DEL EXAMEN COMPLEXIVO PREVIO A LA
OBTENCION DEL GRADO ACADÉMICO DE OBSTETRA

TEMA DEL CASO CLÍNICO:

“CORIOAMNIONITIS EN PRIMIGESTA JUVENIL CON EMBARAZO DE 33
SEMANAS”

AUTOR:

JOSÉ LUIS GUERRERO TERÁN

TUTOR:

DR. CESAR BERMEO NICOLA

Babahoyo – Los Ríos – Ecuador


2019



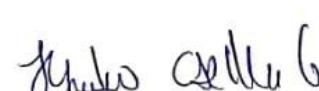
**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE SALUD Y BIENESTAR
CARRERA DE OBSTETRICIA**




TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN




OBST. ANA PASOS BAÑO MSC.
DECANA O DELEGADO (A)



DR. HUGOLINO ORELLANA GAIBOR MSC.
COORDINADOR DE LA CARRERA
O DELEGADO (A)



DR. DANNY GUERRERO ICAZA MSC.
COORDINADOR GENERAL DEL CIDE
O DELEGADO



ABG. CARLOS L. FREIRE NIVELA
SECRETARIO GENERAL
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO





UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
UNIDAD DE TITULACIÓN



Babahoyo, 10 de Abril del 2019.

DECLARACIÓN DE AUTORÍA

A: Universidad Técnica de Babahoyo,
Facultad de Ciencias de la Salud,
Escuela de Salud y Bienestar

Por medio de la presente declaro ser autor (a) del Informe final del Proyecto de Investigación titulado: **CORIOAMNIONITIS EN PRIMIGESTA JUVENIL CON EMBARAZO DE 33 SEMANAS.**

El mismo ha sido presentado como requisito indispensable en la Modalidad de Proyecto de Investigación para optar por el grado académico de **OBSTETRA** en la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Técnica de Babahoyo, el cual ha sido producto de mi labor investigativa.

Así mismo doy fe que, el uso inclusivo de opiniones, citas e imágenes son de mi absoluta responsabilidad y que es un trabajo investigativo totalmente original e inédito, quedando la Universidad Técnica de Babahoyo y la Facultad de Ciencias de la Salud y la carrera de **OBSTETRICIA** exenta de toda responsabilidad al respecto.

Por lo que autorizo en forma gratuita, a utilizar esta matriz con fines estrictamente académicos o de investigación.

Autor(a) **JOSÉ LUIS GUERRERO TERÁN**

C.I: 1205211509


Firma



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



APROBACIÓN DEL TUTOR

Yo **Cesar Bermeo Nicola**, en calidad de tutor(a) del Informe Final del Proyecto de Investigación (Tercera etapa) con el tema: **CORIOAMNIONITIS EN PRIMIGESTA JUVENIL CON EMBARAZO DE 33 SEMANAS**, elaborado por el estudiante **JOSÉ LUIS GUERRERO TERÁN**, de la Carrera de **OBSTETRICIA**, de la Escuela de Salud y Bienestar, de la Facultad de Ciencias de la Salud, de la Universidad Técnica de Babahoyo, considero que el mismo reúne los requisitos y méritos necesarios en el campo metodológico y en el campo epistemológico, por lo que **APRUEBO**, a fin de que el trabajo investigativo sea habilitado para continuar con el proceso de titulación determinado por la Universidad Técnica de Babahoyo.

En la ciudad de Babahoyo a los 10 días del mes de Abril Del año 2019.

FIRMA

Dr. Cesar Bermeo Nicola

CI.1200377479



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



CERTIFICACIÓN DEL TUTOR

Yo **DR. CESAR BERMEO NICOLA**, en calidad de tutor del informe final del componente práctico del Examen Complexivo con el tema: **CORIOAMNIONITIS EN PRIMIGESTA JUVENIL CON EMBARAZO DE 33 SEMANAS**, elaborado por el estudiante: **JOSÉ LUIS GUERRERO TERÁN**, de la Carrera de obstetricia, de la Escuela de Salud y Bienestar, de la Facultad de Ciencias de la Salud, de la Universidad Técnica de Babahoyo, ha sido sometida al sistema de análisis urkund obteniendo un 10% de similitud.

URKUND

Documento [marco teorico tesis lucho.docx](#) (D50429069)

Presentado 2019-04-09 12:51 (-05:00)

Presentado por lucho_26@yahoo.es

Recibido horellana.utb@analysis.arkund.com

Mensaje yo Jose Luis Guerrero Teran envio mi caso clinico de corioamnionitis [Mostrar el mensaje completo](#)

10% de estas 12 paginas, se componen de texto presente en 8 fuentes.

FIRMA

DR. CESAR BERMEO NICOLA
CI.1200377479

DEDICATORIA

Dedico este proyecto a mis padres que siempre me apoyaron incondicionalmente en la parte moral, económica, por brindarme la confianza y consejos para poder llegar a ser un profesional. A mis hijos quienes son mi inspiración a todos ellos dedico este proyecto porque han fomentado en mí el deseo de superación y de triunfo en la vida lo que ha contribuido a la consecución de este logro.

José Luis Guerrero Terán

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios por haberme permitido llegar a culminar mis estudios de tercer nivel, a mis padres por ser el pilar fundamental en mi vida y recibir siempre el apoyo de ellos a mis hijos por ser mi inspiración, a mi tutor el Dr. Cesar Bermeo Nicola por la ayuda prestada para la terminación de este proyecto.

José Luis Guerrero Terán

TEMA

**CORIOAMNIONITIS EN PRIMIGESTA
JUVENIL CON EMBARAZO DE 33
SEMANAS.**

ÍNDICE

RESUMEN.....	I
Abstract.....	II
INTRODUCCIÓN.....	III
I. MARCO TEÓRICO.....	1
1.1. JUSTIFICACIÓN.....	12
1.2. OBJETIVOS.....	13
1.2.1. OBJETIVO GENERAL.....	13
1.2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	13
1.3. DATOS GENERALES.....	14
II. METODOLOGÍA DEL DIAGNÓSTICO.....	15
2.1. Análisis del motivo de consulta y antecedentes. Historial clínico del paciente.....	15
2.2 Principales datos clínicos que refiere el paciente sobre la enfermedad actual (anamnesis).....	15
2.3 Examen físico.....	16
2.4 Información de exámenes complementarios realizados.....	16
2.5. Formulación del diagnóstico presuntivo, diferencial y definitivo.....	17
2.6 Análisis y descripción de las conductas que determinan el origen del problema y de los procedimientos a realizar.....	17
2.7 Indicación de las razones científicas de las acciones de salud.	18
2.8 Seguimiento.....	18
2.9 OBSERVACIONES.....	23
CONCLUSIONES.....	24
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	
ANEXOS	

RESUMEN

Corioamnionitis es una patología de difícil diagnóstico certero, por lo que implica un problema para los profesionales de la salud que se ven expuestos a su manejo. No solo produce alteraciones en el transcurso usual de las gestaciones sino que causa alta morbimortalidad en los "RN". El presente trabajo indica en forma General la fisiopatología, los hallazgos clínicos y paraclínicos de la enfermedad y su manejo.

Uno de los principales puntos de vista para el diagnóstico de la corioamnionitis es la clínica. Ante la patología, es fundamental que se produzca el parto, muy independientemente a las semanas de gestación que tenga la paciente, se aplicara a la gestante antibióticos, desde el momento del diagnóstico. Esto forma la base del tratamiento y el futuro de la gestante.

Palabras clave: corioamnionitis, embarazo, recién nacido, ruptura prematura de membranas.

ABSTRACT

Chorioamnionitis is a pathology difficult to diagnose accurately, so it implies a problem for health professionals who are exposed to its management. Not only does it produce alterations in the usual course of the pregnancies but it also causes high morbidity and mortality in the "RN". The present work indicates in a General way the physiopathology, the clinical and paraclinical findings of the disease and its management.

The clinical point is one of the main points of view for the diagnosis of chorioamnionitis. Given the pathology, it is essential that labor occurs, regardless of the weeks of gestation that the patient has, will apply to the pregnant woman antibiotics, from the moment of diagnosis. This forms the basis of the treatment and the future of the pregnant woman.

Keywords: Chorioamnionitis, pregnancy, newborn, premature membrane breakdown.

INTRODUCCIÓN

La corioamnionitis es la infección intraamniótica que se origina en el útero y su contenido durante el embarazo, causando importante morbimortalidad materna “(Endometritis, aumento potenciales de las complicaciones quirúrgicas, DPPNI “desprendimiento prematuro normoinsera” atonía uterina) y fetal (septicemia, neumonía, asfixia perinatal, prematuridad y sus complicaciones asociadas). Es más frecuente en los casos en los que se asocia a RPM “ruptura prematura de membranas” su incidencia oscila entre 0,5 - 2%; no obstante, en trabajos prospectivos reciente se describen una tasa de incidencia del 4 - 10,5% en la población obstétrica en general alcanzando el 30 – 40% cuando se produce una RPM “ruptura prematura de membrana” en una gestación pretérmino. La administración precoz de antibióticos disminuye de forma importante la incidencia de complicaciones maternas y neonatales. (José Lombardía Prieto, 2007)

El cuadro clásico de corioamnionitis clínica sigue siendo una situación que observamos con cierta frecuencia en la práctica médica, sin embargo recientes investigaciones han permitido conocer una serie de fenómenos que ocurren previamente a este evento que más bien parece ser el fin de una larga secuencia fisiopatológica, donde está involucrada la infección intraamniótica, y cuya consecuencia es la finalización del embarazo sin tomar en cuenta la edad gestacional, ya sea por inicio espontáneo del trabajo del parto o por indicación médica. (Rodríguez, 2007)

El actual trabajo, establecido en el estudio del caso clínico corioamnionitis en primigesta juvenil con embarazo de 33 semanas refiere presentar desde hace 48 horas disuria, mas polaquiuria dolor supra púbico, no medicación, en las últimas 24 horas elevación térmica no cuantificada, falta de percepción movimientos fetales, perdidas trans-vaginales percibidas como sensación del interior húmedo más cefalea, en el examen físico al realizar especuloscopia se evidencia hidrorrea fétida, al tacto vaginal con 2cm de dilatación 20% borramiento

I. MARCO TEÓRICO

CORIOAMNIONITIS

Se considera corioamnionitis a la inflamación agudas de las membranas placentarias (amnios y corion), de origen infeccioso que se acompaña de la infección del contenido amniótico, esto es, feto, cordón, y líquido amniótico. (M. Palacio, 2012)

La corioamnionitis es la causa más frecuente de mortalidad fetal en la segunda mitad de la gestación y se asocia a prematuridad, siendo un motivo importante de morbilidad materna y perinatal. Se ha demostrado que el riesgo de desarrollar parálisis cerebral en recién nacidos pretérmino con corioamnionitis clínica es entre dos y tres veces superior que en ausencia de esta infección. (Ricote's, 2010)

La corioamnionitis clínica complica entre el 2 y el 11% de todos los embarazos y en aproximadamente el 5% de los casos el feto está infectado siendo mucho más común en partos prematuros. (Frankil J. Espitia-De La Hoz, 2008)

INCIDENCIA

La incidencia de corioamnionitis es mucho más común en embarazos pretérmino : 40% entre 24 y 28 semanas, 30% entre 28 y 32 semanas, 20% entre 30 y 36 semanas, y 10% en embarazos mayores de 37 semanas. (Frankil J. Espitia-De La Hoz, 2008)

En la actualidad existe abundante evidencia biomédica, clínica y epidemiológica que permite establecer una relación causa-efecto entre la corioamnionitis y el desencadenamiento del parto prematuro; y ya no se discute la existencia de especificidad, consistencia y temporalidad de asociación entre esta infección con el parto pretérmino y/o la ruptura prematura de membranas. (Frankil J. Espitia-De La Hoz, 2008)

Inicialmente la corioamnionitis fue acuñada como un término anatomopatológico que se refería a la infiltración leucocitaria de la placenta. Posteriormente, este mismo término ha sido utilizado para definir la infección clínicamente evidente de la gestante, el feto, placenta y membranas. Sin embargo, ambos cuadros no son equivalentes ni se presentan a menudo de forma conjunta. (Frankil J. Espitia-De La Hoz, 2008)

ETIOLOGÍA

La corioamnionitis se presenta con mayor frecuencia como resultado del ascenso de bacterias de la vagina y el cuello uterino y la forma más común de debutar en la clínica es como un cuadro de RPM “ruptura prematura de membranas”. Existen modos menos comunes de transmisión, como la vía hematológica o después de procedimientos invasivos como la amniocentesis y la biopsia de vellosidades coránicas. (oscar eduardo mendoza R. MD, 2013)

Se han realizado estudios que buscan determinar los principales agentes causales de la Corioamnionitis por medio del cultivo del líquido amniótico de los casos algunos de los patógenos identificados son:

- Ureaplasma parvum.
- Ureaplasma urealyticum.
- Mycoplasma hominis.
- Chlamydia trachomatis.
- Neisseria gonorrhoeae
- Streptococcus del grupo B.
- Trichomonas vaginalis. (oscar eduardo mendoza R. MD, 2013)

Sin embargo además de las bacterias podemos encontrar otros agentes infecciosos como:

- Citomegalovirus
- Adenovirus.
- Enterovirus.
- Virus sincitial respiratorio. (oscar eduardo mendoza R. MD, 2013)

Los organismos fúngicos incluyendo varias especies de *Candida* (*Candida albicans*, *Candida tropicalis* y *Candida glabrata*), tiene también una asociación con la aparición de corioamnionitis aunque hay que resaltar que solo el 0,8% de estas infecciones vaginales ascienden al útero y aun después de la colonización uterina resulta poco probable que instaure una corioamnionitis aguda. Sin embargo luego de que las infecciones micóticas alcanzan el líquido amniótico el riesgo de presentarse un parto prematuro en forma dramática, llegando al 75% cuando existe funisitis (termino que describe la inflamación del cordón umbilical). Además hay un mayor riesgo de mortalidad en los neonatos prematuros con muy bajo peso al nacer y candidiasis sistémica congénita. (oscar eduardo mendoza R. MD, 2013)

PATOGÉNESIS

La corioamnionitis se origina por el paso de microorganismos a la cavidad amniótica y al feto. Este acceso se produce por cualquiera de las siguientes vías:

- Ascendente: A través de la vagina y el cuello del útero.
- Por diseminación hematológica. Debida a gérmenes provenientes de otro foco infeccioso o por sepsis materna, en la que la infección alcanza el feto a través de las vellosidades coriales. Característico de la infección por *Listeria Monocytógenes*.
- Vía canalicular tubárica (por contigüidad): Por ejemplo en caso de una peritonitis.
- Vía retrógrada. Desde la cavidad peritoneal a través de las trompas de Falopio.
- Latrónica: Por contaminación tras un procedimiento invasivo como la amniocentesis, cordocentesis, fetoscopia. (Paniza, 2017)

El principal mecanismo patogénico es la vía ascendente. Fue descrita hace dos décadas por Romero y Mazor y tiene plena vigencia actual para explicar la etiopatogenia. Esta vía consiste en el paso de los gérmenes que se hallan en la vagina a través del cérvix hasta el contenido amniótico. Se observa generalmente en el contexto de una RPM “ruptura prematura de membranas” , si bien, puede ocurrir con membranas íntegras. Se han propuesto 4 etapas en

este modelo: a.- Sobrecrecimiento de microorganismos patógenos o facultativos en la vagina y cérvix (vaginosis bacteriana). b.- Ascenso de los microorganismos por la cavidad uterina. Éstos se localizan primero en la decidua y posteriormente en el corion. c.- La infección alcanza el amnios y la cavidad amniótica. d.- Las bacterias acceden al feto “por aspiración y/o deglución de microorganismos”. (Paniza, 2017)

Una vez que los microorganismos alcanzan la cavidad amniótica y los tejidos, se produce la respuesta inflamatoria maternal y fetal que se caracteriza por la liberación de citoquinas proinflamatorias en la madre la respuesta inflamatoria puede provocar la liberación de prostaglandinas y con ello la maduración y dilatación del cuello del útero, lesión de las membranas y parto a término o pretérmino. En el feto, además del riesgo directo de infección y sepsis neonatal, puede causar el síndrome de respuesta inflamatoria fetal “SRIF” que se caracteriza por la elevación de la concentración de citoquinas proinflamatorias en la circulación fetal y se asocia con el desarrollo de una serie de secuelas como leucomalacia peri-ventricular, parálisis cerebral, displasia broncopulmonar, sepsis fetal y disfunción cardíaca fetal. (Paniza, 2017)

Los principales factores de riesgo de la corioamnionitis son la rotura prolongada de membranas, el parto prolongado, la nuliparidad, la monitorización interna durante el parto, las exploraciones vaginales repetidas, la vaginosis bacteriana previa, la edad (mayor riesgo a menor edad materna), el tabaquismo, el abuso de alcohol o drogas, la inmunosupresión, la colonización por estreptococo beta-hemolítico del grupo B o por Ureaplasma spp. Y las infecciones genitales de transmisión sexual. Aunque la RPM es uno de los principales factores de riesgo de la corioamnionitis clínica, hay que señalar que junto con el parto prematuro, la RPM pretérmino es frecuentemente una consecuencia de la corioamnionitis subclínica. (Paniza, 2017)

FISIOPATOLOGÍA

las membranas coriales se encuentran conformada por dos capas principales (corion y amnios) que delimitan la cavidad amniótica, las cuales están

constituidas por diversos tipos de células y por matriz extracelular cumplen con funciones como la homeostasis y metabolismo del líquido amniótico, síntesis y secreción de moléculas (metaloproteínas de matriz e inhibidores tisulares de la metaloproteínas), recepción de señales hormonales maternas y fetales, protección frente a la infección y traumatismo abdominales maternos así como una adecuado desarrollo del feto. (oscar eduardo mendoza R. MD, 2013)

CARACTERÍSTICAS DE LA RESPUESTA INFLAMATORIA PLACENTARIA

El proceso inflamatorio transcurre hacia la RPM “ruptura prematura de membranas” pues produce un engrosamiento de las capas compacta, fibroblástica, esponjosa y reticular del amnios y el corion, que se debe a una desorganización del colágeno así como el marcado edema y depósito de material fibrinoide. Todo esto ocasionado porque en la infección de las membranas coriales se producen productos bacterianos (fosfolipasa A2, fosfolipasa C, lipopolisacáridos) que pueden estimular la síntesis de prostaglandinas E2 y F2 α y de metaloproteasas de matriz, en especial MMP-1, MMP-2, MMP-7 y MMP-9 por el amnios, corion y la decidua. La participación de colagenasas bacterianas, así como la producción de citosinas, incluyendo interleucinas 1, 2, 6, 8 y 16, factor de necrosis tumoral y la proteína quimiotáctica de monocito-1, genera un infiltrado inflamatorio del sistema inmune celular “neutrófilos, monocitos y eosinófilos”. (oscar eduardo mendoza R. MD, 2013)

Todo esto ocasiona apoptosis desproporcionada, llevando en forma gradual a una distensión de las MC mediada por la elevación de IL-8 y de una citosina llamada factor amplificador de células pre-B, las cuales también activan a las MMP, facilitando la ruptura de membranas que ya presentaban una disminución dramática de su resistencia. (oscar eduardo mendoza R. MD, 2013)

CARACTERÍSTICAS DE LA RESPUESTA INFLAMATORIA FETAL

Como parte de esta respuesta placentaria, va de la mano el SRIF que se inicia como un proceso multifocal, en donde la edad gestacional y el compromiso temprano y severo de la placenta determinan el pronóstico fetal pues a mayor respuesta inflamatoria placentaria y menor edad gestacional es superior la prevalencia de fetos con posterior SRIF que se define con valores de interleucina 6 (IL6) mayores de 11 pg. /ml. (oscar eduardo mendoza R. MD, 2013)

Todo este proceso originará funisitis, que va acompañada de la regulación positiva de moléculas de adhesión de leucocitos, como la ICAM-1, E- selectina y VCAM-1, esto desarrolla una activación endotelial que da lugar a una lesión multiorgánica que compromete al sistema hematopoyético, adrenales, corazón, cerebro, aparato respiratorio y piel en el feto lo cual además a nivel de la placenta promueve la formación de trombos que pueden embolizar hacia el feto y causar accidentes isquémicos. El grado de funisitis va de la mano con el compromiso y pronóstico fetal. (oscar eduardo mendoza R. MD, 2013)

CUADRO CLÍNICO

El cuadro clínico clásico de corioamnionitis basándose en los criterios establecidos por GIBBS.

- Temperatura axilar mayor a 37,8°C en dos tomas separadas por una hora.
- Taquicardia fetal con frecuencia cardiaca superior a 160 latidos por minuto.
- Taquicardia materna mayor de 100 latidos por minutos.
- Sensibilidad a la palpación uterina.
- Aumento de la contractilidad uterina.
- Líquido amniótico purulento con mal olor, todos estos síntomas pueden presentarse con membranas rotas e íntegras, tanto en gestaciones de término como de pretérmino. (Montoya, 2014)

Se considera que si una paciente presenta fiebre o más uno de estos criterios clínicos ya se puede hacer un diagnóstico de corioamnionitis clínica.

Los síntomas mencionados pueden deberse a otras situaciones, y además muchas pacientes pueden presentar fiebre sin que eso signifique una corioamnionitis, por ello se han intentado diversos exámenes para precisar el diagnóstico. La mayoría de los cuadros son subclínicos en un 80%. (Montoya, 2014)

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS PARA DETECTAR LAS CORIOAMNIONITIS

- Cultivo del líquido amniótico: En el líquido amniótico obtenido se puede determinar recuento de leucocitos. En condiciones normales el líquido amniótico debe ser estéril, por lo que no debe haber leucocitos. Se considera un resultado positivo si presenta > 50 leucocitos/mm, tiene como desventaja el tiempo prolongado para la obtención de resultados, haciéndolo poco útil clínicamente; además, no identifica infecciones localizadas en la decidua y corión, que podrían ocurrir sin la invasión bacteriana hacia la cavidad amniótica.
- Proteína C reactiva aumentada: Suele aumentarse 2 o 3 días antes de la sintomatología clínica. Es producto de la reacción hepática de fase aguda a la infección, en respuesta a la síntesis interleucina (IL) 6 sintetizada durante el curso de la infección.
- La tinción de Gram: Se realiza en Líquido amniótico no centrifugado, para detectar la presencia de bacterias y leucocitos; sin embargo, se necesitan 10 microorganismos por mL para que sea positiva y no identifica micoplasmas, altamente reconocidos como grupo importante de causa de corioamnionitis.
- El nivel bajo de glucosa en líquido amniótico con valores inferiores a 15 mg/dl es sugestivo, disminución probablemente secundaria al metabolismo, tanto bacteriano como de los neutrófilos.
- Leucocitosis materna mayor de 15,000/mm con desviación a la izquierda y con neutrófilos en banda superiores a 5 %, aunque presenta bajos niveles de sensibilidad y de valor predictivo positivo.

- Hemocultivo positivo: También tiene como desventaja el tiempo prolongado para la obtención de resultados, es poco útil clínicamente, además que sería diagnóstico de bacteriemia como eventual complicación tardía.
- Perfil biofísico: Se ha reportado que una puntuación menor o igual a 7, cuya realización haya sido en las 24 horas previas a la interrupción del embarazo, es un buen factor predictivo de sepsis neonatal, y entre más variables estén comprometidas, mayor correlación existe con la infección fetal.
- Los niveles de deshidrogenasa láctica (LDH) en líquido amniótico se han visto elevados en presencia de corioamnionitis y los conceptos actuales la señalan como un predictor altamente específico y precoz para infección intraamniótica, este valor es de 410 u/L en líquido amniótico.
- Esterasa leucocitaria: es un producto de los leucocitos polimorfonucleares cuya actividad se incrementa en presencia de infección amniótica, su positividad en líquido amniótico tiene una sensibilidad de 91 %, especificidad del 84 %, y un valor predictivo positivo del 95 % y negativo del 74 %. (Montoya, 2014)

En la actualidad están en estudio las pruebas de diagnóstico rápido de Infección. Por ejemplo los niveles elevados de interleucina 6 en el Líquido amniótico, que predicen la corioamnionitis con un 100 % de sensibilidad y con un 83 % de especificidad. Algunos autores han concluido que la interleucina 6 es el mejor marcador de la infección intraamniótica; Otros por su parte, definen la corioamnionitis cuando los niveles de IL-6 en el líquido amniótico, están mayores de 2,6 ng/mL, y en recientes artículos se han mencionado que los niveles elevados de interleucina 6 en secreciones vaginales tiene un valor predictivo significativo de infección intraamniótica. (Montoya, 2014)

En una corioamnionitis subclínica o infección intraamniótica, se caracteriza además por el hallazgo de leucocitos polimorfonucleares de origen materno en las membranas ovulares y en la placa corial. Se reconoce como respuesta fetal histológica al hallazgo de migración de polimorfonucleares en las paredes de los vasos fetales de la placa corial y del cordón umbilical en dirección al amnios. (Montoya, 2014)

EVOLUCIÓN Y PRONÓSTICO

Las madres pueden desarrollar endometritis puerperal y los neonatos pueden nacer con neumonía connatal, cuyo pronóstico es muy grave si además se trata de niños Prematuros. Existe una asociación entre corioamnionitis histológica y leucomalacia cística peri-ventricular, la displasia broncopulmonar, la enterocolitis necrosante y con las hemorragias interventriculares se veras en los neonatos. (Montoya, 2014)

TRATAMIENTO

Preventivo: suplemento de zinc en la dieta, evitar el coito luego de la segunda mitad en embarazos de riesgo, tratamientos de las infecciones cervicovaginales. Frente al diagnóstico de corioamnionitis: (Montoya, 2014)

- Es esencial que ocurra el parto para la resolución de la enfermedad y eso es independiente de la edad gestacional.

- Siempre se debe administrar antibióticos desde el momento en que se haga el diagnóstico, debe incluir antibióticos combinados y de amplio espectro dado que es un cuadro polimicrobiano:

- Penicilina cristalina 5 millones cada 6 horas (alergia: eritromicina 0,51 gramo cada 68 horas) más gentamicina 35 mg/kg/ día una dosis diaria.
- Ampicilina 2 gramos cada 6 horas más gentamicina 35 mg/kg/ día una dosis diaria.
- Ampicilina sulbactan 2 gramos cada 8 horas más clindamicina 600 - 900 mg cada 8 horas (si la paciente requiere una operación cesárea, a fin de proporcionar una mayor cobertura microbiana contra a gérmenes anaerobios)
- Ceftriaxona 1 gramo cada 12 horas más clindamicina 600 - 900 mg cada 8 horas.
- Metronidazol en dosis de carga de 15 mg/kg, seguida de 7,5 mg/kg (si la paciente requiere una operación cesaría, a fin de proporcionar una mayor cobertura antimicrobiana contra anaerobios) más ampicilina sulbactan 2 gramos cada 8 horas. (Montoya, 2014)

Dado que el principal factor de riesgo conocido para infección intraamniótica por hongos es la asociación de embarazo con dispositivo intrauterino, se debe adicionar fluconazol 400 mg día por vía endovenosa, ya que el 25 % de las pacientes tienen infección por hongos, predominando la *Cándida albicans*.

- La madre debe ser tratada con soporte general de hidratación, medición de diuresis y control de signos vitales, para detectar a tiempo una eventual sepsis secundaria al foco uterino

- La vía de parto no depende de la infección, por lo tanto la decisión es según criterios obstétricos, pero se debe tener presente que existe una limitante del tiempo que transcurre entre el diagnóstico y el parto, se recomienda que el intervalo debe que ser inferior a ocho horas. (Montoya, 2014)

MOTIVOS DE INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO

- Disminución riesgo de presencia morbilidad o mortalidad neonatal.
- Presencia de coagulopatía.
- Paro cardíaco.
- Óbito fetal.
- Desarrollo de alteración cardiorrespiratoria.
- Desarrollo de infección intrauterina. (Sibai, 2012)

PREVENCIÓN

Para precaver la corioamnionitis se debe estimar lo siguiente:

- Tratamiento adecuado de infecciones bucales y en tracto genitourinario en paciente y pareja.
- Dieta con suplemento de zinc.
- Disminuir la frecuencia de coito durante el embarazo y promover el uso de condón.
- Usar antibióticos en RMP de más de seis horas en paciente portadora de DIU o cerclaje.
- Prohibir el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas.

- Limitar el número de tactos vaginales. (Sara Elisa Ortega Alonzo, 2019)

RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS

Se caracteriza por la pérdida de integridad a nivel de las membranas amnióticas lo cual puede ocurrir en el periodo correspondiente entre las 20 semanas hasta la finalización de la gestación, dependiendo su gravedad puede repercutir en alteraciones tanto en la madre como en el feto, su diagnóstico se logra principalmente por los datos obtenidos en la anamnesis de la historia clínica y la visualización de salida por especuloscopia de líquido amniótico. (M.S.P, 2015)

Dependiendo de la edad gestacional en la que ocurra se establece el pronóstico de sobrevivencia fetal, se ha establecido el tratamiento inmediato utilizando los siguientes antibióticos: si la gestante se encuentra dentro de la etapa labor parto administrar 2 gramos de ampicilina inicialmente y luego 1 gramo intravenoso cada 6 horas, como alternativa al uso de penicilina se considera la clindamicina en dosis de 900 miligramos intravenoso cada 8 horas. (M.S.P, 2015)

1.1 JUSTIFICACIÓN

El actual trabajo pretende examinar la principal causa de corioamnionitis en primigesta se argumenta la elaboración del presente estudio ya que la Corioamnionitis es una patología que se relaciona con una alta morbimortalidad.

En nuestro país en el 2018 el 27,50% es la cifra de muertes maternas (30 casos). (MSP, 2018)

Por lo cual, es importante determinar una línea de base de trabajo en la que se conozca de manera real las causas que conllevan al problema y de esa manera se puedan reconocer los factores de riesgo antes de que se genere esta patología, para de esta manera calmar los efectos en la morbi – mortalidad materna que produce la corioamnionitis implementando programas para su manejo.

Al finalizar este trabajo colaborara con su información de una u otra manera a la prevención e identificación a tiempo de esta patología.

1.2. OBJETIVOS

1.2.1. OBJETIVO GENERAL

- Cooperar a la calidad de atención y amparar a la Paciente mediante la estandarización del manejo y tratamiento conveniente de la corioamnionitis.

1.2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICO

- Analizar los principales factores de riesgo de corioamnionitis durante la gestación.
- Analizar las manifestaciones clínicas, tratamiento y prevención de la corioamnionitis.

1.3. DATOS GENERALES

Edad: 15 años

Sexo: Femenino

Fecha de nacimiento: 21/09/2004

Lugar de nacimiento: General Villamil "Playas"

Estado civil: Unión libre

Hijos: 0

Nivel de estudios: Secundaria

Nivel socio cultural/económico: Medio bajo

Raza: Mestizo

Procedencia geográfica: Comuna Engabao – General Villamil "Playas"

Características del hogar: Casa de construcción mixta color verde, 3 cuartos, bastante alumbrado, cuenta con agua y energía eléctrica.

Ocupación: Estudiante

Cónyuge: N/N pescador de 22 años

Ingreso total: \$364 dólares mensuales

II METODOLOGÍA DEL DIAGNOSTICO

2.1 ANÁLISIS DEL MOTIVO DE CONSULTA Y ANTECEDENTES. HISTORIAL CLÍNICO DEL PACIENTE.

Primigesta juvenil, procedente de la comuna Engabao del cantón General Villamil "Playas" acude a emergencia por presentar alza térmica no cuantificada y falta de percepción movimientos fetales.

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS PERSONALES:

No refiere.

ANTECEDENTES GINECO-OBSTÉTRICOS:

Primigesta.

ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS:

No refiere.

ANTECEDENTES FAMILIARES:

Madre hipertensa.

2.2 PRINCIPALES DATOS CLÍNICOS QUE REFIERE LA PACIENTE SOBRE LA ENFERMEDAD ACTUAL (ANAMNESIS)

Paciente Primigesta juvenil orientada en tiempo y espacio acude por presentar desde hace 48 horas ardor al orinar, mas polaquiuri dolor supra-púbico, no medicación, en las últimas 24 horas elevación térmica no cuantificada, falta de percepción movimientos fetales, perdidas trans-vaginales percibidas como sensación del interior húmedo más cefalea.

2.3 EXAMEN FÍSICO

Cabeza: Normocefaleo.

Cuello: Sin adenopatías.

Tórax: Simétrico buena expansibilidad ruidos cardiacos rítmicos de buen tono no soplos.

Abdomen: Útero grávido, no se ausculta latido cardiaco fetal, a las maniobras de leopold presentación cefálica longitudinal.

Pelvis: A la especulos-copia se evidencia hidrorrea fétida, al tacto vaginal con 2cm de dilatación 20% borramiento

2.4 INFORMACIÓN DE EXÁMENES COMPLEMENTARIOS REALIZADOS

Biometría hemática

Leucocitos	24.00 UL
Glóbulos rojos	3.90 UL
Hematocrito	37%
Hemoglobina	12 DR/DL
Plaquetas	200 UL
Neutrófilos	65.2%
Linfocitos	26%
Esosinofilos	1.2%
Basófilo	0.2%
Grupo RH	A+
HIV	Negativo
VDRL	Negativo

Elaborado por: José Luis Guerrero Terán.

Fuente: Paciente.

Química sanguínea

Glucosa	90 MG/DL
Urea	11.2 MG/DL
Creatinina	0.50 MG/DL
Bilirrubina directa	0.11 MG/DL
Bilirrubina indirecta	0.47 MG/DL
Bilirrubina total	0.7 MG/DL
TGO	30 UL
TGP	32 UL
Ácido úrico	1.02 MG/DL

Elaborado por: José Luis Guerrero Terán.

Fuente: Paciente.

EXÁMENES COMPLEMENTO DE ORINA

Densidad: 1012	Aspecto: turbio
Examen Bioquímico	
Glucosa: no	Nitritos: no
Proteína: no	Bilirrubinas: no
Sangre: trazas	Cetonas: si

Elaborado por: José Luis Guerrero Terán.

Fuente: Paciente.

Exámenes Microscópico	
Células epiteliales	7-10 x Campo
Leucocitos	25-30 x Campo
Hematíes	7-10 x Campo
Gérmenes	1+

Elaborado por: José Luis Guerrero Terán

Fuente: Paciente

ECOGRAFÍA OBSTÉTRICA

Se realiza ecografía obstétrica la cual revela óbito fetal de 33 semanas con oligoamnios moderado índice de líquido Amniótico de 5cc.

2.5 FORMULACIÓN DEL DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO, DIFERENCIAL Y DEFINITIVO.

2.5.1 DIAGNOSTICO PRESUNTIVO

Embarazo de 33 semanas más RPM.

2.5.2 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Vaginosis bacteriana.

2.5.3 DIAGNÓSTICO DEFINITIVO

Corioamnionitis mas óbito fetal.

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

Paciente refiere disuria desde hace 48 horas, más polaquiuria, dolor supra-púbico, no medicación, en las últimas 24 horas elevación térmica no cuantificada, ante lo cual según score de mama la puntuación es 4 que no es indicativo de corioamnionitis, se solicita ecografía y exámenes de laboratorios: BHC “biométrica hemática completa” y bioquímicos.

2.7 INDICACIONES DE LAS RAZONES CIENTÍFICAS DE LAS ACCIONES DE SALUD.

La corioamnionitis se produce por la inflamación aguda de las membranas placentarias de origen infeccioso que se acompaña de la infección del contenido amniótico, esto es, feto, cordón y líquido amniótico. Que son unas de las principales causas que ponen en peligro el embarazo lo que implica a trastornos de la salud que es una gran consecuencia para el bienestar materno-fetal. Llegando a causar la mortalidad por ello es fundamental detectarlos a tiempo para evitar complicaciones

Por lo tanto a las causas sociales y culturales, se localizan el nivel socio económico, el acceso educativo, los servicios de salud, las relaciones familiares, el entorno afectivo y la estabilidad emocional, las cuales son diferentes entre gestante adolescentes y adultos.

Ya realizándose los exámenes y obteniendo los resultados constatamos el diagnóstico de corioamnionitis (Leucocitos en sangre de 24.00 UL, Proteína C reactiva elevada) acotando a esto la puntuación elevada del score de mama cuyas alteraciones ayudan a la identificación de dicha patología, de inmediato se actúa aplicando el tratamiento esquematizado en la clave amarilla de las guías del ministerio de salud pública.

2.8 SEGUIMIENTO

Al llevar acabo el SOFA “sepsis y shock séptico” según la guía clínica de la clave obstétrica amarilla obtuvimos puntuación cuatro, se procedió a aplicar el tratamiento de antibióticos para su óptimo seguimiento.

Día 1: Admisión e instauración del tratamiento al momento del ingreso.

- Paracetamol 1 GRAMO oral stat. Luego continuar con 500 mg oral cada 8 horas.
- Cloruro de sodio al 0.9% de 1000 ml IV pasar a 30 gotas por minuto.
- Ampicilina/sulbactam 3,0 g IV cada 6 horas + Clindamicina 600 mg IV cada 6 horas.
- Gentamicina 1.5 mg/kg IV y continuar con 1 mg/kg IV cada 8 horas.
- misoprostol 100 ug cada 4 horas

-Se prescribe: continuar con solución salina, antibioterapia, inducción del parto.

A las 6 horas paciente afebril, score mama puntuación 0, se presenta parto vaginal sin complicaciones.

Posterior al ingreso hospitalario de la paciente y después de recibir su tratamiento instaurado, es controlada a diario:

- Control de score mama cada 4h.
- Biometría hemática, tiempos coagulación, pruebas de función renal: urea, creatinina; pruebas función hepática TGO, TGP, bilirrubina.
- Control de diuresis en 24 horas.
- Palpación de fondo uterino.
- Revisión de episiorrafia.
- Características de los loquios.
- Deambulaci3n asistida.
- Antibioticoterapia segun guía del ministerio de salud. (MSP, 2016)

DIA 2: Control post parto, continuar con tratamiento instaurado.

- Paracetamol 500 mg oral cada 8 horas.

-Cloruro de sodio al 0.9% de 1000 ml IV pasar a 30 gotas por minuto.

-Control de signos vitales: score mama cero.

-Biometría hemática: leucocitos 24.00ul.

-Control de diuresis en 24 horas: normal.

-Observaci3n de las mucosas: normocoloreadas.

-Glándulas mamarias: secretoras.

-Palpaci3n de fondo uterino: 2 cm por debajo de la cicatriz umbilical.

-Loquios: sanguinolentos escasos.

-Revisi3n de episiorrafia: normal sin signos de inflamaci3n o infecci3n.

-Observaci3n de miembros superiores e inferiores: simétricos sin edema.

-Deambulaci3n asistida: orientada en tiempo y espacio.

-Antibioticoterapia segun guías del ministerio de salud pública.

-Ampicilina/sulbactam 3,09 IV cada 6 horas + clindamicina 600mg IV cada 6 horas.

-Gentamicina 1mg/kg IV cada 8 horas. (MSP, 2016)

DIA 3: Control

-Cloruro de sodio al 0.9% de 1000 ml IV pasar a 30 gotas por minuto.

-Control de signos vitales: score mama cero.

-Biometría hemática: leucocitos 15.00ul.

-Examen de orina: leucocitos 10 - 15 x campo.

-Control de diuresis en 24 horas: normal.

-Observación de las mucosas: normocoloreadas.

-Glándulas mamarias: secretoras.

-Palpación de fondo uterino: 2 cm por debajo de la cicatriz umbilical.

-Características de los loquios: sanguinolentos escasos.

-Observación de miembros superiores e inferiores: simétricos sin edema.

-Deambulacion asistida: orientada en tiempo y espacio.

-Antibioticoterapia según guía del ministerio de salud:

-Ampicilina/sulbactam 3,09 IV cada 6 horas + clindamicina 600mg IV cada 6 horas.

-Gentamicina 1mg/kg IV cada 8 horas. (MSP, 2016)

DIA 4: Control

-Cloruro de sodio al 0.9% de 1000 ml IV pasar a 30 gotas por minuto.

-Control de signos vitales: score mama cero.

-Biometría hemática: leucocitos 12.00 ul.

-Control de diuresis en 24 horas: normal.

-Observación de las mucosas: normocoloreadas.

-Glándulas mamarias: secretoras.

-Palpación de fondo uterino: 2 cm por debajo la cicatriz umbilical.

- Loquios: sanguinolentos escasos.

-Revisión de episiografía: normal sin signos de inflamación o infección.

-Observación de miembros superiores e inferiores: simétricos sin edema.

-Antibioticoterapia según guía del ministerio de salud:

-Ampicilina/sulbactam 3,09 IV cada 6 horas + clindamicina 600mg IV cada 6 horas.

-Gentamicina 1mg/kg IV cada 8 horas. (MSP, 2016)

DIA 5: Control

-Cloruro de sodio al 0.9% de 1000 ml IV pasar a 30 gotas por minuto.

-Control de signos vitales: score mama cero.

-Biometría hemática: leucocitos 12.00 ul.

-Examen de orina: 2-3 x campo.

-Control de diuresis en 24 horas: normal.

-Glándulas mamarias: secretoras.

-Palpación de fondo uterino: 2 cm por debajo la cicatriz umbilical.

-Loquios: sanguinolentos escasos.

-Revisión de episiorrafia: normal sin signos de inflamación o infección.

-Observación de miembros superiores e inferiores: simétricos sin edema.

-Antibioticoterapia según guía del ministerio de salud.

-Ampicilina/sulbactam 3,09 IV cada 6 horas + clindamicina 600mg IV cada 6 horas.

-Gentamicina 1mg/kg IV cada 8 horas. (MSP, 2016)

DIA 6: Control

-Cloruro de sodio al 0.9% de 1000 ml IV pasar a 30 gotas por minuto.

-Control de signos vitales: score mama cero.

-Biometría hemática: leucocitos 9.00 ul.

-Control de diuresis en 24 horas: normal.

-Observación de las mucosas: normocoloreadas.

-Glándulas mamarias: secretoras.

-Palpación de fondo uterino: 2 cm por debajo la cicatriz umbilical.

-Loquios: sanguinolentos escasos.

-Revisión de episiorrafia: normal sin signos de inflamación o infección.

-Ecografía de control.

-Antibioticoterapia según guía del ministerio de salud:

-Ampicilina/sulbactam 3,09 IV cada 6 horas + clindamicina 600mg IV cada 6 horas.

-Gentamicina 1mg/kg IV cada 8 horas. (MSP, 2016)

DIA 7: Alta

Se obtiene los resultados esperados en el tratamiento.

- Se le da el alta hospitalaria y la información necesaria sobre su estado de Salud.
- Las recomendaciones de su cuidado posterior.
- Anticonceptivo (implanon) etonogestrel 68 mg Subdérmico (duración 3 años).

Se le prescribe tratamiento:

-Cefalexina 500 mg vía oral cada 6 horas por 7 días.

-Eritromicina 500 mg vía oral cada 6 horas por 7 días.

Se le cito a consulta dentro de 15 días para corroborar su evolución. (MSP, 2016)

2.9 OBSERVACIONES

Paciente sin controles prenatales.

Perdida de líquido amniótico.

Al momento del ingreso se informa a la paciente y familiares sobre el estado de salud, se solicita consentimiento informado para su ingreso.

Durante su hospitalización se realizaron los procedimientos necesarios para el manejo clínico de acuerdo a los protocolos de atención de la corioamnionitis.

Posterior a la realización de rastreo ecográfico con diagnóstico la cual revela óbito fetal de 33 semanas con oligoamnios leve de 5cc. Se decide interrumpir el embarazo vía vaginal a lo que se procede realizar inducción con 100 UG de misoprostol cada 4 horas.

Seis horas después se produce la evacuación del producto por parto vaginal, puérpera fisiológica continúan su seguimiento en hospitalización cuidados de enfermería, score mama cada 4 horas, Control de loquios, se da la siguiente prescripción:

Cloruro de sodio al 0.9% de 1000 ml IV pasar a 30 gotas por minuto, Ampicilina/sulbactam 3 gr IV cada 6 horas + Clindamicina 600 mg IV cada 6 horas, Gentamicina c 1 mg/kg IV cada 8 horas (MSP, 2016).

Después de 6 días de hospitalización, se obtiene los resultados esperados en el tratamiento, paciente solicita información de métodos anticonceptivos, decide uso de anticonceptivo (implanon) etonogestrel 68 mg Subdérmico (duración 3 años), se le da el alta hospitalaria.

Se le prescribe tratamiento: cefalexina 500 mg vía oral cada 6 horas por 7 días, eritromicina 500 mg vía oral cada 6 horas por 7 días. (MSP, 2016)

Se le hace la contra referencia y se le indica control en 15 días por consulta externa en su centro de salud.

CONCLUSIONES

En el caso clínico presentado, una de las principales causas de la corioamnionitis es la RPM “ruptura prematura de membranas” de aproximadamente 3 días de evolución. Como hallazgo principal para la formación de esta patología fue la presencia de disuria desde hace dos días que la paciente manifestó a lo que ella le dio poca importancia.

En el transcurso del tratamiento en el presente caso clínico se vio influido por algunos factores uno de los principales es la falta de interés de la gestante en asistir a sus controles prenatales, al ignorar los signos de alarma presentes en una infección que puede ocurrir durante la gestación, el oportuno diagnóstico para aplicar el tratamiento evito la progresión de un shock séptico, con necesidad de ingreso a UCI “unidad de cuidados intensivos”. A pesar de la aplicación adecuada de los antibióticos se produjo la pérdida de la gestación debido al avance del proceso infeccioso.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Jose Lombardia Prieto(2007). corioamnionitis in obstetrics 2007 copyright.
2. Oscar Eduardo mendoza (2013) corioamnionitis clínica. en: protocolos de medicina fetal y perinatal. Barcelona: hospital universitari; 2008. p. 1 – 3
3. Morales m, cancela m, repetto m, gutiérrez c, fiol v, piriz g, et al. corioamnionitis histológica en el recién nacido menor de 1 000 g. incidencia y resultados perinatales. rev chil pediatr. 2008; 79(1): 98-104.
4. Cabero I, cabrillo e. tratado de ginecología, obstetricia y medicina de la reproducción. editorial panamericana; 2003:607-614.
5. Espitia F, Diagnóstico y tratamiento de la corioamnionitis clínica. Rev Colomb de Obstet Ginecol. 2008;59(3):231-237.
6. Guevara Y, Lozada X. Flora vaginal, corioamnionitis diagnosticada histológicamente y rotura prematura de membranas. [Trabajo especial de grado para optar al título de especialista en obstetricia y ginecología]. UCV. Facultad de medicina, Hospital IVSS Dr. Miguel Pérez Carreño; 2005.
7. Ortiz J, Rebolledo M, Alvarado R. Correlación entre corioamnionitis histológica y clínica en pacientes con ruptura prematura de membranas mayor de 12 horas. Rev Colomb Obstet Ginecol. [En línea]; 2008; [Accesado el 30 de enero de 2011].
8. Gaynes RP, Edwards JR, Jarvis WR, Culver DH, Tolson JS, Martone WJ. Nosocomial in-fectious among neonates in high-risk nurse-ries in the United States. National Nosoco-mial Infections Surveillance System. Pediatrics 1996; 98(3 Pt 1):357-361.
9. Moyo S, Hägerstrand I, Nyström L, Tswana S, Blomberg J, Bergström S, et al. Stillbirths and intrauterine infection, histologic chorioamnionitis and microbiological findings. Int J Gynecol Obstet. 1996;54:115-123.
10. MSP. (2017). Ireccion nacional de vigilancia epidemiologica gaceta de muerte maternas.
11. MSP. (2016). Score Mamá, Claves y D.E.R. obstétricos, protocolo.

ANEXOS

Figura 1**Antibioticoterapia en corioamnionitis. Extraído de Gibbs et al., Gilstrap et al., Hopkins and Smail, and Edwards and Duff**

Esquema Antibiótico	Dosis
Terapias combinadas	
• Ampicilina + gentamicina	2 g ampicilina c/6 h - Gentamicina 3-5 mg/kg. al día.
• Piperacilina + tazobactam	3.375 g de piperacilina c/6 h y 1.5 g de Tazobactam c/6 h
• Cefazolina + gentamicina	1 g cefazolina c/8 h y 1.5 mg/kg gentamicina c/8 h O dosis única de gentamicina 4-7 mg/kg. al día.
Terapias únicas	
• Ampicilina-sulbactam (Unasyn)	3 g. c/6 h
• Cefuroxima	1.5g c/8h
Alergia a PNC	
• Vancomicina	500 mg c/6h
• Eritromicina	1 g c/6h
• Clindamicina	900 mg c/8h
En caso de cesárea agregar:	
• Clindamicina	900 mg c/8h
• Metronidazol	500 mg c/6h

Figura 2

Mejora de la captación y derivación oportuna

GERENCIA INSTITUCIONAL DE DISMINUCIÓN ACCELERADA DE MUERTE MATERNA									
SCORE MAMÁ									
Puntuación	3	2	1	0	1	2	3	Puntuación	TOTAL
FC	≤ 59	–	–	60-100	101-110	111-119	≥120	FC	
Sistólica	≤70	71-89	90	91-139	–	140-159	≥160	Sistólica	
Diastólica	≤50	51-59	–	60-85	86-89	90-109	≥110	Diastólica	
FR	≤10	–	11	12-20	–	21-29	≥30	FR	
T (°C)	≤36	–	–	36.1-37.6	37.7-38.4	–	≥38.5	T(°C)	
Sat (**)	≤85	86-89	90-93*	94-100	–	–	–	Sat	
Estado de Conciencia	–	confusa / agitada	–	alerta	responde a la voz / somnolient	responde al dolor / estuporosa	no responde	Estado de Conciencia	
Proteinuria (*)	–	–	–	(-)	(+)	–	–	Proteinuria	

(*) Sobre las 20 semanas de gestación
 (90-93%) Saturaciones de 90 a 93% en pacientes que viven sobre los 2.500 metros sobre el nivel del mar tendrán un puntaje de 0
 (**) Sin oxígeno suplementario

La puntuación de "0" como estado normal y "3" como puntuación de máximo riesgo

El Score MAMÁ es una herramienta de puntuación para detección de riesgo, que se aplica al primer contacto en emergencias obstétricas, en todos los niveles de atención.

PROPOSITO: clasificar la gravedad de las pacientes, y precisar la acción necesaria y oportuna para la correcta toma de decisiones, mediante el uso de una herramienta objetiva.



Figura 3

REGIMEN DE MISOPROSTOL CON FETO MUERTO. Varían en relación a la maduración cervical con feto vivo en la que nos interesa mantener el bienestar fetal.

REGIMEN	EDAD GESTACIONAL	DOSIS INICIAL	NUEVA DOSIS	INTERVALO DE DOSIS	DOSIS MAXIMA
Misopros tol	13-17 semanas	200 ug	200 ug	4 horas mínimo	4 dosis
Misopros tol	18-26 semanas	100 ug	100 ug	4 horas	4 dosis
Misopros tol	27-43 semanas	25-50 ug	50 ug	4 horas	6 dosis



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
 FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
 UNIDAD DE TITULACIÓN
 PERIODO OCTUBRE-ABRIL 2019



FECHA DE ENTREGA DEL DOCUMENTO: 10/4/2019

REGISTRO DE TUTORIAS DEL INFORME FINAL DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN (TERCERA ETAPA)

NOMBRE DEL DOCENTE TUTOR: Dr. Cesar Bermeo Nicola

FIRMA: [Signature]

TEMA DEL PROYECTO: Contrainfección en primigesta juvenil con embarazo de 33 semanas.

NOMBRE DEL ESTUDIANTE JOSÉ LUIS GUERRERO TERÁN

CARRERA: OBSTETRICIA

Nº de Tutorías	Fecha de Tutorías	Tema tratado	Tipo de sesión		Porcentaje de Asistencia	Docente	Firma del estudiante
			Presencial	Virtual			
1	26/12/18	Aplicación de Justificación	X		100%	[Signature]	[Signature]
1	27/12/18	Montaje y calidad de copias G y E.	X		100%	[Signature]	[Signature]
1	3/01/19	Revisión de incidencias para EtoS. Inf.	X		50%	[Signature]	[Signature]
1	7/01/19	Elaboración de caso teórico y Anamnesis	X		40%	[Signature]	[Signature]
1	9/01/19	Análisis de Anamnesis y Exámenes complementarios	X		50%	[Signature]	[Signature]
1	14/01/19	Formación del diagnóstico diferencial	X		60%	[Signature]	[Signature]
1	4/02/19	Análisis y descripción de los determinantes	X		70%	[Signature]	[Signature]
1	7/02/19	Trabajo del problema	X		80%	[Signature]	[Signature]
1	12/02/19	Aplicación de presupuesto del caso clínico	X		90%	[Signature]	[Signature]
1	5/03/19	Elaboración de descripción y conclusión	X		95%	[Signature]	[Signature]
1	7/03/19	Calificación de descripción y conclusión	X		100%	[Signature]	[Signature]
1	11/03/19	Redacción de últimos conclusiones	X			[Signature]	[Signature]