



UNIVERSIDAD PRIVADA NORBERT WIENER
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

SEGUNDA ESPECIALIDAD EN RIESGO OBSTETRICO

INFORME DE TRABAJO ACADEMICO
“CORIOAMNIONITIS COMO CAUSA DE PARTO PRETERMINO”

AUTORES:

Obst. DIAZ CISNEROS, MARILUZ ROXANA

Obst. MARTINEZ VERA, YESSIKA MARILIN

LIMA – PERÚ

2018

ASESOR

Mg. Félix Dasio Ayala Peralta

JURADO DE TESIS

PRESIDENTE

DR. JOSÉ HUAMÁN ELERA

SECRETARIO

DRA. JENBY ORIHUELA SALAZAR

VOCAL

MAG. KATTY SALCEDO SUÁREZ

Dedicado a nuestros padres y familiares que son nuestra razón ser.

A nuestros docentes que compartieron sus experiencias y conocimientos durante nuestra formación académica en la especialidad de Riesgo Obstétrico.

AGRADECIMIENTO

A la Universidad Norbert Wiener por permitirme culminar mi especialidad en Riesgo Obstétrico.

A nuestras familias por su apoyo constante que nos impulsaron a avanzar en la especialidad.

A la mujer peruana por ser partícipe de muchos estudios que ayudan a mejorar a contribuir con el desarrollo del país.

INDICE

RESUMEN.....	7
ABSTRACT	8
INTRODUCCIÓN.....	9
CAPÍTULO I.....	12
DESCRIPCION DEL CASO CLÍNICO	13
CAPÍTULO II	22
JUSTIFICACION DE LA INVESTIGACIÓN.....	22
CAPÍTULO III	23
ANTECEDENTES DE INVESTIGACIÓN	23
3.1 Antecedentes nacionales.....	23
3.2 Antecedentes internacionales.....	26
CAPÍTULO IV.....	30
DISCUSIÓN DE CASO CLÍNICO	30
CAPÍTULO V	33
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	33
5.1 CONCLUSIONES	33
5.2 RECOMENDACIONES.....	35
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	36
ANEXOS	39

RESUMEN

Objetivo: Describir el manejo de un caso clínico sobre corioamnionitis como causa de parto pretérmino ocurrido en el Instituto Nacional Materno Perinatal.

Material y Métodos: Es un estudio de tipo observacional, descriptivo, retrospectivo, se revisó una historia clínica, cuyo caso se dio en el Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima durante el mes de mayo del 2017.

Se incluyeron antecedentes personales, patológicos, obstétricos, examen clínico, diagnósticos, exámenes auxiliares, manejo por la especialidad, la evolución desde el ingreso por emergencia hasta la alta médica, a la vez se comparó con antecedentes bibliográficos sobre el caso.

Resultados: el caso clínico se trató de una paciente con edad materna avanzada (37 años), primigesta con edad gestacional de 26 semanas y 6 días con diagnóstico de coriamnionitis y parto pre término. Todo inicia con una amenaza de parto pretermino, seguido de una rotura prematura de membranas, a esto se suma unos criterios predominantes que fueron la leucocitosis en sangre que ascendió al pasar de las horas y el valor aumentado de la proteína C reactiva, para así llegar al diagnóstico de coriamnionitis, y decidir la culminación del embarazo por vía cesárea, obteniendo un recién nacido vivo de sexo femenino con 1040 gramos de peso, APGAR 1-5, quien pasó a cuidados intermedios. Estudio Patológico de la placenta: Corioamnionitis.

Conclusiones: La corioamnionitis es una patología de tipo infecciosa ascendente que si no es manejada a tiempo conlleva a complicaciones maternas como perinatales, este caso se caracterizó por la presencia de leucocitos y proteína C reactiva aumentados en sangre.

Palabras Claves: Corioamnionitis, Parto pretermino, Rotura prematura de membranas

ABSTRACT

Objective: To describe the management of a clinical case on chorioamnionitis as a cause of preterm birth delivery in the National Maternal Perinatal Institute

Material and Methods: It is an observational, descriptive, retrospective study, reviewing a clinical history, whose case occurred in the National Maternal and Perinatal Institute of Lima during the month of May 2017.

It includes personal, pathological, obstetric history, clinical examination, diagnoses, examinations of auxiliaries, management by specialty, the evolution from emergency admission to medical discharge, at the same time was compared with bibliographic background on the case.

Results: the clinical case was treated with an advanced age (37 years), the prim gravida with gestational age of 26 weeks and 6 days with diagnosis of chorioamnionitis and preterm labor. Everything begins with a threat of preterm birth, followed by a premature rupture of membranes, to this is added some predominant criteria that were the leukocytosis in the blood that rose during the hours and the value of the increased protein, in order to reach the diagnosis of choriamnionitis, and decide the termination of the pregnancy by caesarean section, obtaining a live newborn of female sex with 1040 grams of weight, APGAR 1-5, who passed to intermediate care. Pathological study of the placenta: Choriamnionitis.

Conclusions: Choriamnionitis is pathology of ascending infectious type that is not managed in time with complications such as perinatal; this case was characterized by the presence of increased leukocytes and C-reactive protein in the blood.

Key Words: Chorioamnionitis, Preterm Labor, Premature rupture of membranes

INTRODUCCIÓN

La Organización mundial de la Salud, reporta que anualmente nace un aproximado de 15 millones de niños prematuros. A nivel mundial, la prematuridad continúa siendo la primera causa de mortalidad en los niños menores de cinco años.

La rotura prematura de membranas antes del inicio del trabajo de parto, ocurre del 1% al 3% de los embarazos y es la causa de aproximadamente de un tercio de todos los partos prematuros, la morbilidad y mortalidad neonatal (1).

La corioamnionitis o infección ovular clínica se caracteriza por la presencia de un cuadro febril de origen útero placentario, asociada a sensibilidad uterina, taquicardia materna y fetal. Flujo uterino turbio y elevación de glóbulos blancos en sangre materna (2).

Uno de los principales riesgos asociados con la rotura prematura de membranas es ascendente a la infección de la cavidad amniótica. La corioamnionitis histológica, llevando así a un síndrome de respuesta inflamatoria fetal, que se asocia con una morbilidad neonatal (hemorragia cerebral, parálisis intracraneal, sepsis, neumonía, enterocolitis necrotizante, y la muerte), incluso en recién nacidos a término (3).

La mayoría de las roturas prematuras de membranas son a término y el parto se desencadenará, incluso en condiciones cervicales desfavorables, de forma espontánea en las siguientes 24-48 horas (60%-95%). Más infrecuente es la rotura prematura de membrana pretérmino que complica un 2-4% de todas las gestaciones únicas, un 7-20% de las gestaciones gemelares y representa un 30% de los partos pretérmino. Debido a que el límite de la viabilidad se ha reducido en los últimos años, actualmente nos referiremos a rotura prematura de membranas previable cuando ésta se produce antes de las 24 semanas de gestación (4).

Todos estos problemas evidentemente se agravan a medida que disminuye la edad gestacional, entre los muy prematuros, menores de 32 semanas, prematuros extremos o menores de 28 semanas y los menores de 26 semanas los llamados prematuros en la zona gris en el límite de la viabilidad. Trabajos recientes han demostrado que incluso los bebés prematuros tardíos (entre las 34 y 36 semanas de embarazo) tienen mayores riesgos de salud que los nacidos a término. Alrededor del 71% de los nacimientos prematuros son prematuros tardíos (34-36 semanas de gestación), y otro

13 % son moderadamente pre término (33-34 semanas). Aproximadamente el 80% se debe a un parto prematuro idiopático a rotura prematura de membranas (5).

Los controles antes y durante el embarazo (preconcepcional y prenatal) permiten conocer si existen factores de riesgo o si la mujer es portadora de enfermedades infecciosas (como HIV/sida, hepatitis, sífilis y otras) para indicar tratamientos y profilaxis recomendados. El riesgo de tener un hijo prematuro es mayor si la madre es adolescente, ha tenido muchos partos (multiparidad), no come bien, tiene anemia, desnutrición, fuma, consume drogas o alcohol, exceso de actividad física y trabajo con esfuerzo (6).

Una de las causas de prematuridad, es la reproducción asistida, no necesariamente relacionada con la edad materna (7).

Si bien más del 60% de los nacimientos prematuros se producen en África y Asia meridional, se trata de un verdadero problema mundial. En los países de ingresos bajos, una media del 12% de los niños nace antes de tiempo, frente al 9% en los países de ingresos más altos. Dentro de un mismo país, las familias más pobres corren un mayor riesgo de parto prematuro (1).

Los 10 países con mayor número de nacimientos prematuros son los siguientes: India, China, Nigeria, Pakistán, Indonesia, Estados Unidos de América: Bangladesh, Filipinas, República Democrática del Congo, Brasil (1).

El parto prematuro se produce en aproximadamente el 12% de todos los nacimientos en los Estados Unidos y es un factor importante que contribuye a la morbilidad y mortalidad perinatal. La ruptura prematura de membranas complica aproximadamente el 3% de todos los embarazos en los Estados Unidos (8).

En Chile, la prematurez es la principal causa de morbimortalidad perinatal. Un tercio de los partos prematuros (27%) son debido a la rotura prematura de membranas, hecho que demuestra la importancia de este problema (9).

A nivel nacional durante el 2015, del total de nacidos vivos, el 93,5% nacieron a término (37 a 42 semanas), el 6,5% nació pretérmino (< 37 semanas) y el 0,01% nació Postérmino (>42 semanas). De los 27 mil 1 nacidos vivos durante el 2015, con una edad gestacional menor a las 37 semanas, el 4,2% nació inmaduro, es decir, con

menos de 28 semanas de gestación, mientras que el 9% nació muy prematuro (entre las 28 a 31 semanas de gestación (10).

El Instituto Nacional Materno Perinatal reporta que la infecciones intra-amnióticas y la rotura prematura de membranas son unas de las causas que predisponen amenaza de parto pre término (11). Durante el periodo 2016; la prevalencia de rotura prematura de membranas/corioamnionitis fue 21.7% (2936 casos) del total de egresos obstétricos (24 972 casos); y en relación a la morbilidad neonatal, se encontró prematuridad en 10% (2 196 casos), bajo peso al nacer 6,6% (1 465 casos) y muy bajo peso al nacer en 1,9% (423 casos) (12).

El presente caso clínico contiene información sobre la rotura prematura de membranas que cursó a corioamnionitis; relacionada a parto pretermino el cual sucedió en el Instituto Materno Perinatal Maternidad de Lima.

Al explorar el caso en su totalidad se pudo hallar las diferentes causas que llevaron a este desenlace, inicialmente se reporta como antecedente gineco-obstetrico a una gestante por fertilización in vitro, que llega a la emergencia sin tarjeta de atenciones prenatales, la amenaza de parto prematuro que se desencadena a las 25 semanas de gestación que comenzó con presencia de contracciones uterinas, seguida de pérdida de líquido amniótico. Razón por la cual la hospitalizaron, terminando en la interrupción del embarazo por vía cesárea, con el recién nacido en la Unidad de Cuidados Intensivos.

La consideración del cuadro clínico para definir el diagnostico de corioamnionitis fue la presencia de leucocitos en sangre y proteína C reactiva aumentada.

Demostrando que cada caso es único y requiere de mucho cuidado para su detección y posterior diagnóstico. Basado en los conocimientos adquiridos como especialistas. Por tanto, el caso clínico fue elegido debido a su complejidad y frecuencia en el servicio de obstetricia.

Nos permitirá aportar conocimientos adquiridos en la especialidad de alto riesgo, en las acciones que se tomaron durante el desarrollo y manejo de dicha paciente, ya que en la actualidad no solo amenazan la vida de la gestante; también se ve amenazado la etapa perinatal y se conoce que cuanto menor es la edad gestacional al nacer, mayor es el riesgo de morbimortalidad perinatal y de morbilidad materna.

La finalidad de nuestro caso clínico es identificar las principales causas que conllevaron a un parto pretermo, y analizar el manejo del cuadro clínico por que el pasa la paciente.

CAPÍTULO I

DESCRIPCION DEL CASO CLÍNICO

A) DATOS SOCIODEMOGRAFICOS:

Nombres y apellidos: C.R.M

Edad: 37 años

Fecha de nacimiento: 04/01/1980

Dirección: Ate Vitarte

Estado civil: Casada

Grado de instrucción: Secundaria (5º año)

Ocupación: Ama de casa

B) ATENCION OBSTÉTRICA EN EMERGENCIA

FECHA: 28/05/17

HORA: 14:00

MOTIVO DE ATENCIÓN:

Paciente acude al servicio de emergencia por presentar hace 7 horas, dolor abdominal tipo contracción uterina irradiado a zona lumbar, niega pérdida de líquido amniótico, niega sangrado.

Fecha de última regla (FUR): 25/11/16

Fecha probable de parto (FPP): 01/09/17

Edad gestacional: 26 semanas y 6 días por FUR.

Control prenatal: Ninguno (no se reporta en la historia)

Formula obstétrica: G1P0000

ANTECEDENTES:

Antecedentes familiares: Ninguno

Antecedentes personales: Ninguno

Antecedentes gineco-obstétricos: Fertilización In vitro (FIV)

EXAMEN FISICO:

Funciones vitales: Temperatura: 37°C. Presión arterial: 100/60 mmHg.
Pulso: 87 por minuto. Frecuencia respiratoria: 18 por minuto. Estado general y sensorio conservado. Aparato cardiovascular, respiratorio y urinario normales.
Extremidades sin edemas.

EXAMEN OBSTÉTRICO:

Altura uterina: 26 cm. Latido cardíaco fetal: 150 latidos por minuto. Dinámica uterina 1 cada 10 minutos, Feto único: en situación indiferente.

Ponderado fetal: 1565 gramos

Al tacto vaginal: Cérvix consistencia blanda, posición central, orificios cerrados, altura de presentación fuera de pelvis. Pelvimetría clínica: pelvis ginecoide.

A la especuloscopia: No se evidencia pérdida de líquido amniótico, pero si flujo blanquecino abundante.

IMPRESIÓN DIAGNOSTICA:

- Primigesta de 26 semanas de gestación por fecha de ultima menstruación
- Amenaza de parto pretermino
- Alto riesgo obstétrico: Edad materna Avanzada
- Fertilización in-vitro

PLAN DE TRABAJO:

- Exámenes de laboratorio: Hemograma, examen de orina
- Ecografía Obstétrica + cervicometria
- Tocolisis Vía oral.

TRATAMIENTO:

- Cloruro de Sodio al 9%, endovenoso, pasar 500 cc a goteo rápido
- Diclofenaco 75 mg/3ml, intramuscular.
- Nifedipino 20 mg Vía oral cada 20 min (3 dosis)
- Revaluación con resultados

HORA: (17:45)

- Se reevalúa paciente con exámenes de laboratorio:

EXAMEN	RESULTADO
HEMATOLOGICO	
Hemoglobina	11.2 mg/dl
Leucocitos	18 620 x campo Formula leucocitaria: <ul style="list-style-type: none">- Abastondados: 1%- Segmentados: 89%- Eusinofoilo: 0%- Basófoilo: 0%- Linfocito: 4%- Monocito: 6%
Plaquetas	264 000 x campo
Velocidad de sedimentación globular	474
Tiempo de coagulación	11,0"
Tiempo de sangría	33,0"
INMUNOLOGICO	
Grupo y Factor Rh	O (+)
Prueba Rápida VIH	No reactivo
Prueba rápida de Sífilis	Negativo
BIOQUIMICA	
EXAMEN DE ORINA:	Color: Amarillo Densidad: 1015 pH: 6.5 Proteínas: Ácido sulfosalicílico (-)
BIOQUIMICA:	Leucocitos: 1-2 x campo Hematíes: 0 -1 x campo Células: 0-2 x campo Gérmenes: escasos

Ecografía:

- Presentación fetal: cefálico, dorso a la derecha.
- Peso: 1183 gramos
- Sexo: no se aprecia
- Latidos cardiacos fetales: 140 por minuto
- Longitud cervical 41.4 milímetros
- Cordón: 3 vasos
- Placenta: Previa Grado I
- Líquido amniótico: Índice de líquido amniótico 14 cm.
- Morfología Fetal: normal
- Doppler Arteria Umbilical; Índice de pulsatibilidad: 1.29

Conclusiones de la ecografía:

- Gestación única activa de 27 semanas y 3 días por biometría fetal
- Doppler de la arteria umbilical dentro de los parámetros normales
- Placenta previa
- Longitud cervical: 4.1 centímetros

AL EXAMEN FISICO:

Dinámica uterina: esporádica, latidos cardiacos fetales: 140 latidos por minuto

Tacto Vaginal: Diferido

PLAN DE TRABAJO:

Tocolisis endovenoso

Maduración pulmonar

TRATAMIENTO:

- Cloruro de Sodio al 9% por 1000 cc, EV
- Betametasona 12 mg, intramuscular, cada 24 horas (dos dosis)
- Control obstétrico (Contracciones uterinas, frecuencia cardiaca fetal)
- Control de funciones vitales
- Pasa a Centro Obstétrico para tocolisis

SERVICIO DE TOCOLISIS

HORA: 19:35

PLAN DE TRABAJO:

- Hidratación
- Monitoreo electrónico fetal
- Maduración pulmonar

TRATAMIENTO:

- Cloruro de sodio 9% x 1000 cc; pasar 500cc a chorro, luego 30 gotas por minuto
- Control de funciones vitales, frecuencia cardiaca fetal
- Diclofenaco de 75 mg, intramuscular
- Reevaluación post Monitoreo fetal electrónico
- Betametasona 12 mg Intramuscular cada 24 horas. (primera dosis)
-

HORA (22:55)

Se reevalúa post monitorio fetal electrónico: No se evidencia contracciones uterina, se continua con monitoreo materno fetal. Pasa a hospitalización al servicio D

SERVICIO D – HOSPITALIZACION

FECHA: 29-05-2017

HORA: 19:15

Refiere movimientos fetales, niega contracciones, niega pérdida de líquido, niega sangrado vaginal.

AL EXAMEN:

Aparentemente regular estado general, LOTEP

Presión Arterial: 100 /60 mmHg, P: 70 x min, T: 36.6 C

Piel y mucosas: pálidas

Mamas: blandas, no secretoras.

Abdomen: útero grávido, feto activo, AU: 26 centímetros, latidos cardiacos fetales: 144 por minuto

Dinámica Uterina: ausente

Tacto vaginal: diferido

DIAGNOSTICO:

- Primigesta de 26 semanas de gestación
- Amenaza de parto pretérmino
- Placenta previa total por ecografía
- Edad materna avanzada

PLAN DE TRABAJO:

- Hidratación
- Reposo absoluto
- Restricción de tactos vaginales

FECHA: 30-05-17

HORA: 10:00

Paciente refiere pérdida de líquido amniótico

AL EXAMEN:

- Altura uterina: 26 centímetros, latidos cardiacos fetales: 140 por minuto.
- Dinámica uterina: no se evidencia
- Genitales externos: Se evidencia pérdida de líquido amniótico

DIAGNOSTICO

- Primigésta de 26 semanas de gestación.
- Amenaza de parto pretermino
- Rotura prematura de membranas hace 2 horas
- Placenta previa total
- Antecedente Fertilización invitro
- Edad materna avanzada

PLAN DE TRABAJO:

- Conducta conservadora
- Protocolo de Rotura prematura de membranas
- Se solicita exámenes de laboratorio: hemograma y examen de orina.

TRATAMIENTO:

- Cloruro de sodio al 9% x 1000 cc como vía
- Cefazolina 1 gramo, endovenoso cada 6 horas
- Restricción de tactos vaginales
- Control obstétrico, control de funciones vitales

HORA (12:55)

Se recibe hemograma

EXAMEN	RESULTADO
HEMATOLOGICO	
Hemoglobina	10.1 mg/dl
Leucocitos	22 230 x campo Formula leucocitaria: <ul style="list-style-type: none"> - Abastionados: 2% - Segmentados: 87% - Eusinofilo: 0% - Basófilo: 0% - Linfocito: 4% - Monocito: 7%
PCR (proteína C Reactiva)	52.0 mg/dc
Glucosa	104 mg %
Urea	16 %
Creatinina	0.55 mg %

HORA (16:30)

Paciente refiere presentar contracciones uterinas.

AL EXAMEN:

Abdomen: Dinámica uterina: 1/10, latidos cardiacos fetales: 100 latidos por minuto

Tacto vaginal: Dilatación: 0 cm, Incorporación: 0%, Altura de presentación: flotante

Membranas rotas: liquido claro

Con los resultados de laboratorio más el examen clínico: se agregan tres diagnósticos:

- Rotura prematura de membranas 2 horas
- Corioanmionitis
- Bradicardia fetal

PLAN DE TRABAJO:

- Culminación de la gestación por vía alta
- Preparación pre operatoria
- Se avisa a neonatología

TRATAMIENTO:

- Nada por vía oral
- Vía endovenosa
- Ceftriaxona 2 gramos, endovenosos, cada 24 horas
- Amikacina 1 gramos, endovenosos, cada 24 horas
- Clindamicina 600 gramos, endovenosos, cada 8 horas
- Monitoreo materno fetal

HORA (17.04)

REPORTE OPERATORIO:

DIAGNOSTICO PRE-OPERATORIO:

- Primigesta de 26 semanas
- Bradicardia fetal
- Amenaza de parto prematuro
- Rotura prematura de membranas menos de 24 horas

DIAGNOSTICO POST-OPERATORIO

- Primigesta de 26 semanas
- Bradicardia fetal
- Amenaza de parto prematuro
- Rotura prematura de membranas menos de 24 horas
- Adherencias peritoneales pélvicas femeninas

HALLAZGOS:

Placenta: normal, fúndica.

Líquido amniótico: meconial espeso, disminuido, sin mal olor

Recién nacido: vivo, sexo femenino, peso: 1040 gramos, talla: 34 cm, APGAR: 1 – 5

Sangrado Intraoperatorio: 500 cc

Se envía a estudio patológico: Placenta

ANATOMIA PATOLOGICA DE LA PLACENTA

Examen macroscópico:

Se recibe placenta que mide 19 x 17 x 2 cm. Pesa 283 gramos, completa, es de forma ovalada.

Membranas placentarias: Punto de ruptura más cercano a 1 cm del margen placentario, completas, opacas meconiales.

El cordón umbilical: fragmentado, trae 3 vasos, mide 17 cm de longitud y 1.5 cm de diámetro; inserción central, color meconial, trayecto espiralado.

Superficie fetal: meconial, borde placentario normal vasos fetales normales

Superficie materna: es de color gris, con cotiledones completos, parcialmente fusionados. Trae coágulos en el borde placentario en un 5%

Parénquima: se observan las siguientes alteraciones; infartos vellosos recientes y antiguo el 5% de su extensión:

Diagnostico:

- Placenta del tercer trimestre con áreas de infarto y focos de calcificación
- Funisitis
- Coriamnionitis

CAPÍTULO II

JUSTIFICACION DEL TRABAJO ACADEMICO

El parto pretérmino aún continua siendo un problema de salud pública, sus causas como la rotura prematura de membranas, la corioamnionitis, infecciones vaginales, ocasionan riesgos de morbi-mortalidad materna y perinatal, los cuales contribuyen a la tasa elevada en nuestro país.

La corioamnionitis es una patología propia del embarazo, que se manifiesta por medio de diferentes síntomas, tanto en la madre como en el feto. Los criterios diagnósticos de la corioamnionitis son la suma de la evaluación clínica y los resultados de laboratorio. Ante el diagnóstico, es esencial que ocurra el parto, independiente de la edad gestacional, conjuntamente se la administrara a la madre antibióticos, desde el momento del diagnóstico, esto constituye la base del tratamiento y el futuro de la paciente.

El presente caso clínico fue elegido para el estudio, debido a su poca frecuencia en sintomatología clínica, y al desenlace de los hechos. Es importante estudiarlo porque nos permitirá analizar el cuadro clínico por el que curso la paciente, a la vez identificar las principales causas que conllevaron a un parto pretermino, ya que como especialistas debemos conocer al manejo y tratamiento a seguir; así la paciente manifieste o no todos los signos y síntomas que nos lleven al diagnóstico final.

Es de vital importancia mencionar que cada una de las acciones que se llevaron a cabo con esta paciente, servirán para una discusión en cuanto a lo que se debió y no hacer. Se sabe que cuanto menor es la edad gestacional al nacer, mayor es el riesgo de morbimortalidad perinatal y de morbilidad materna, aumentado así el número de cesáreas, endometritis postparto. Es importante diagnosticar a tiempo una amenaza de parto prematuro para comenzar con el tratamiento tocolítico y conseguir una maduración pulmonar a término. El presente trabajo académico sobre revisión de un caso clínico tiene importancia en la salud perinatal, pues al conocer los signos de alarma que presenta la patología y los riesgos fetales a los que expone al feto, contribuirá al mejor manejo de ésta, permitiendo mejorar el diagnóstico oportuno de la coriamnionitis por parte del personal de salud para disminuir la mortalidad perinatal en el país.

Finalizaremos mencionando que nuestro fin del estudio es totalmente educativo.

CAPÍTULO III

ANTECEDENTES DE INVESTIGACIÓN

3.1 Antecedentes nacionales:

Miranda A (2016) en su investigación “Nivel de proteína C-reactiva en comparación con el recuento leucocitario materno en la predicción de corioamnionitis histológica en gestantes con rotura prematura de membranas pre término” en el Instituto Nacional Materno Perinatal, Lima, Perú, de enero a julio del 2013, tuvo como objetivo demostrar la utilidad del nivel de proteína C- reactiva en comparación con el recuento leucocitario materno en la predicción de corioamnionitis histológica en gestantes con rotura prematura de membranas pre término. Metodología: se realizó un estudio no experimental, tipo validación de prueba diagnóstica. Se incluyó gestantes pre término con edad gestacional ≥ 22 semanas y < 37 semanas, con rotura prematura de membranas, fetos únicos e historia clínica disponible con información requerida completa. Principales resultados: La incidencia de corioamnionitis histológica fue 76,3% (71/93). La edad promedio de las gestantes fue 29,0 +- 6,6 años. La rotura ocurrió con más frecuencia con edad materna de 25 a 30 años (31,2%) y en nulíparas; la edad gestacional promedio fue 29,2 + 3,4 semanas, más frecuente entre las 27 y 31 semanas (51,6%) y en nulíparas de riesgo social mediano. El periodo de latencia promedio fue 12,6 + 10,9 días y el parto ocurrió dentro de los 15 días de la rotura (74%). El nivel de PCR promedio fue 29,6 + 26,9 mg/L, con diferencia altamente significativa ($p=0,00$) para la corioamnionitis histológica. Su sensibilidad fue 98,6%, especificidad 45,5%, valor predictivo positivo 85,4% y valor predictivo negativo 90,9%. La curva ROC predijo corioamnionitis histológica con un área bajo la curva de 0,861 (IC95%: 0,77 a 0,95) ($p = 0,000$); estableciendo en 12,45 mg/L el punto de corte por encima del cual se puede predecir el riesgo de corioamnionitis histológica. El recuento leucocitario fue 15 519,5 + 4 410,5 cel/mL, sin diferencia significativa ($p=0,790$). Su sensibilidad fue 52,1%, especificidad 63,6%, valor predictivo positivo 82,2% y valor predictivo negativo 29,2%. El área bajo la curva ROC 0,714 (IC 95% 0,587 a 0,84) demostró significancia estadística ($p= 0,002$), teniendo como punto de corte 13 490 cel/mL. Concluye que, el nivel de proteína C-reactiva fue más confiable que el recuento leucocitario materno en la predicción de corioamnionitis histológica en gestantes con rotura prematura de membranas pre término (13).

Sandoval V (2014) en su investigación "Rotura prematura de membranas ovulares y resultados obstétricos y del recién nacido", tuvo como objetivo determinar los resultados obstétricos y del recién nacido relacionados con la rotura prematura de membranas en el Centro Materno Infantil César López Silva - Villa el Salvador. Metodología: Descriptivo, correlacional, retrospectivo; conformada por 117 gestantes, distribuidas en 72 con y 72 sin rotura prematura de membranas. Principales resultados: predominó en cada grupo con y sin rotura prematura de membranas, respectivamente, las siguientes: características personales: edades entre 20 a 34 años con 62.5% -en cada grupo, convivientes con 77.1% y 80.6%; no significativas, la edad gestacional fue a término 48.6% y 93.1%; primíparas 54.2% y 63.9%; sin control prenatal 51.4% y 6.9%; presencia de infecciones urinarias durante el embarazo 50% y 22%; y, presentaron infecciones sexuales 34.7% y el 13.9%; con significancia estadística. Se concluye que los resultados obstétricos y del recién nacido se relacionan con la rotura prematura de membranas (14).

Silva M (2013) en su investigación "Morbilidad materno-perinatal de la rotura prematura de membranas en el embarazo pretérmino", cuyo objetivo fue determinar la morbilidad materno-perinatal de la rotura prematura de membranas pretérmino en el Hospital Nacional Dos de Mayo en el periodo 2011-2012. Su metodología fue la revisión documentaria de las historias clínicas de las madres y neonatos prematuros que cumplieron criterios de selección, encontrando 170 casos en el periodo de estudio. Sus principales resultados fueron la edad materna 25,52 años. La terminación del parto vía vaginal en 34 % fue la vía vaginal, y 66% por cesárea. El tiempo de latencia desde la RPM al parto en 9% fue dentro de las 6 primeras horas, en 21% dentro de las primeras 12 horas, y en 70 % luego de las 24 horas. Se emplearon corticoides para maduración pulmonar en 46,47 % con dexametasona, 28% se completó cuatro cursos. En 82% de casos el líquido amniótico fue claro, 16% fue verde claro y en 2% fue purulento. No se usó antibióticos en 10% de casos, se usó sólo un antibiótico en 48%, dos antibióticos en 24% y tres antibióticos en 17%; el antibiótico más empleado fue la cefazolina. Concluye que existe aumento de morbilidad tanto materno como perinatal cuando existe presencia de rotura prematura de membranas en los embarazos pre términos (15).

Miranda A (2012) en su investigación “Resultados maternos y perinatales del manejo conservador de la rotura prematura de membranas en gestantes de 24 a 33 semanas”, tuvo como objetivo determinar los resultados materno perinatales del manejo conservador de la rotura prematura de membranas pretermino en gestantes de 24 a 33 semanas, en el periodo 2010 a 2011 en el Instituto Nacional Materno Perinatal. Su metodología fue un estudio no experimental, observacional, retrospectivo, transversal y descriptivo, la población estuvo compuesta por gestantes pretérmino con rotura prematura de membranas. Principales resultados: fueron 142 casos los que culminaron el parto por cesárea (71,8%), con edad de 26,36+-7,418 años. Las nulíparas fueron más frecuentes (45,8%). La edad gestacional promedio fue 29,06+-2,590 semanas; el control prenatal promedio, 2,35+-2,101; el periodo de latencia promedio, 10,68+-12,305 días. Hubo resultados maternos en 34,5% (49 casos), donde la corioamnionitis fue el más frecuente (23,9%). Hubo resultados perinatales en 32,4% (46 casos), donde el síndrome de dificultad respiratoria fue el más frecuente (21,8). El peso promedio al nacer fue de 1 653,14g +- 460,219g. Concluye que, la corioamnionitis y el síndrome de dificultad respiratoria fueron los resultados maternos y perinatales más frecuentes (16).

Zúñiga L (2012) en su investigación. “Factores asociados a corioamnionitis en gestantes con rotura prematura de membranas en el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé”, tuvo como objetivo identificar los factores asociados a corioamnionitis en gestantes con ruptura prematura de membranas en el periodo mayo 2009 - Abril 2012. Metodología: se realizó un estudio observacional, analítico, retrospectivo y transversal. De las pacientes con diagnóstico de ruptura prematura de membranas; 109 presentaron corioamnionitis (casos) y 109 no presentaron corioamnionitis (controles). Principales resultados: la media de la edad de las pacientes fue de 24.9+/-5.75 años. En el grupo de los casos, el 63.3% eran nulíparas; 98.2% no tenían el antecedente de embarazo gemelar; 46.8% tuvieron infecciones urinarias; 58.7% no tuvieron control prenatal; 83.5% tuvieron parto cesárea. Concluye que, los factores asociados a corioamnionitis en gestantes con rotura prematura de membranas fueron el no control prenatal, el estado civil de soltería, el tiempo de Rotura prematura de membranas prolongado, y el aumentado número de tactos vaginales ($P < 0.05$) (17).

3.2 Antecedentes internacionales

Maki Y. y col (2017) en su investigación “La corioamnionitis por *Candida* conduce al nacimiento prematuro y al resultado fetal-neonatal adverso”, Japón, tuvo como objetivo investigar las características clínicas de la madre y los resultados perinatales y discutir estrategias de gestión futuras. Metodología: Se revisó los registros médicos de mujeres con corioamnionitis por *Candida* en nuestro hospital durante un período de 10 años y reportes de casos publicados anteriormente y series de casos. Principales resultados: La especie de *Candida* más prevalente fue *Candida albicans* (71.3%). La condición predisponente más prevalente fue la rotura prematura de membranas prematura (31/123, 25,2%), seguida de embarazo con un dispositivo anticonceptivo intrauterino retenido (26/123, 21,1%) y embarazo después de la fertilización in vitro (25/123, 20,3%), el trabajo de parto prematuro fue el síntoma más común (52/123, 42,3%), y solo el 13% de los casos involucró fiebre. Se concluye que la corioamnionitis por *Candida* puede manifestarse como parto prematuro, rotura prematura de membranas o incompetencia cervical sin fiebre (18).

Vandenbroucke L (2017), en su investigación “Corioamnionitis después de la ruptura prematura de las membranas y la variabilidad de la frecuencia cardíaca fetal”, tuvo como objetivo identificar marcadores prenatales de corioamnionitis histológica (HC) durante la rotura prematura de membranas utilizando cardiotocografía computarizada fetal (TCGC). Metodología: Se realizó una revisión retrospectiva de registros médicos de mujeres embarazadas referidas para RPM entre las 26 y 34 semanas, en quienes estaba disponible la histología placentaria, en un servicio obstétrico de nivel terciario durante un período de 5 años. La variabilidad de la frecuencia cardíaca fetal se evaluó usando (TCGC). Los pacientes fueron incluidos si fueron monitoreados al menos seis veces en las 72 horas anteriores al parto. Se compararon los parámetros (TCGC) clínicos y biológicos durante el período de latencia de la RPM entre los casos con corioamnionitis histológica o sin esta. Principales resultados: En total, se observaron 222 casos de RPM, pero solo se disponía de datos de TCGC en solo 23 de estos casos (10 con y sin corioamnionitis histológica). Los grupos fueron comparables para la edad materna, la paridad, la edad gestacional a la RPM, la duración de la RPM y las características neonatales ($p > 0,1$). La frecuencia cardíaca fetal inicial fue más alta en el grupo corioamnionitis histológica [mediana 147,3 lpm IQR (144.2-149.2) frente a 141.3 lpm (137.1-145.4) en ningún grupo HC; $p = 0.02$]. El número de episodios de

baja variación [6.4, (3.5-15.3) vs. 2.3 (1-5.2); $p = 0.04$] también fue mayor en el grupo corioamnionitis histológica, mientras que las variaciones a corto plazo fueron menores en el grupo HC [7.1 ms (6-7.4) vs. 8.1 ms (7.4-9); $p = 0.01$] dentro de las 72 horas previas al parto. Las diferencias fueron especialmente discriminantes dentro de las 24 horas previas al parto, con una menor variación a corto plazo [5 ms (3.7-5.9) vs. 7.8 ms (5.4-8.7); $p = 0.007$] y episodios de alta variación [3.9 (4.9-3.2) vs. 0.8 (1.5-0.2); $p < 0.001$] en el grupo corioamnionitis histológica. Se concluye que estos resultados muestran diferencias en la variabilidad de la frecuencia cardíaca fetal, lo que sugiere que el TCGC podría usarse clínicamente para diagnosticar corioamnionitis durante el período de latencia de la ruptura prematura de membranas (3).

Escobar B y Col (2017) en su investigación “Factores de riesgo a parto pretermino en un Hospital de segundo nivel de atención”, Cuba; tuvo como objetivo identificar los factores de riesgo asociados con un parto prematuro, en su metodología se realizó un estudio retrospectivo, observacional, transversal y estudio de casos y de control analítico. Todas las incidencias de nacimientos prematuros se determinaron como objetos de estudio y los controles se integran con partos a término. Se calculó un tamaño de muestra de 344 pacientes con un control por caso. Se estudiaron un total de 688 pacientes. Sus principales resultados fueron la rotura prematura de membranas (PROM): OR=4,1 ($p=0,000$); cervicovaginitis: OR=3 ($p=0,000$); infecciones del tracto urinario (ITU): OR = 1,5 ($p=0,010$). Concluye que la historia materna de la atención prenatal, preclampsia, la ruptura prematura de membranas, cervicovaginitis, parto prematuro y la infección del tracto urinario son factores de riesgo con significación estadística asociada con el parto pretérmino (19).

Martin S y Col (2016) en su investigación “La proteína del suero materno C reactiva en mujeres con parto prematuro, parto, y ruptura de membranas”, tuvo como objetivo fue evaluar la proteína C reactiva materna como un predictor de invasión microbiana de la cavidad amniótica y corioamnionitis histológica en mujeres con rotura prematura de membranas antes y después de las 32 semanas de gestación. Metodología: se realizó un estudio de cohorte prospectivo observacional. Se estudió a embarazadas con rotura prematura de membranas entre las edades gestacionales 24 + 0 y 36 + 6 semanas que fueron admitidos en el Departamento de Obstetricia y Ginecología, Hospital Universitario de Hradec Králové, República Checa desde enero de 2008 hasta diciembre de 2013. Principales resultados: se observó la presencia de invasión

microbiana de la cavidad amniótica y corioamnionitis histológica en 25% de las mujeres. La presencia de Invasión microbiana de la cavidad amniótica o corioamnionitis histológica solo se observó en el 36% y 8% de las mujeres, respectivamente. El 29% restante de las mujeres no tenía ninguno de los dos. Las mujeres con Invasión microbiana de la cavidad amniótica y corioamnionitis histológica exhibieron la mayor concentración de Proteína C Reactiva [mediana: 9,0 mg / L (IQR: 3,9 a 20,1)] mujeres vs. Con corioamnionitis histológica solo [mediana: 6,9 mg / L (IQR: 3.6 a 12.1)], Invasión microbiana de la cavidad amniótica solo [mediana: 7,4 mg / L (IQR: 3,6 a 15,6)] o con ninguno Invasión microbiana de la cavidad amniótica ni corioamnionitis histológica [mediana: 4,5 mg / L (IQR: 2,0 a 8,6)]; en el análisis en bruto ($p < 0,0001$) y después del ajuste para la edad gestacional de la muestra ($p < 0,0001$). Las conclusiones fueron que el principal hallazgo de este estudio fue la débil asociación entre la PCR en suero materno y la aparición de con Invasión microbiana de la cavidad amniótica y corioamnionitis histológica, incluso cuando se consideraron diferentes edades gestacionales. Solamente los niveles de proteína C reactiva por encima de la 95 ° percentil en ruptura prematura de membranas y amenaza de parto pretermino debajo de 32 semanas de gestación predecir con exactitud la ocurrencia de Invasión microbiana de la cavidad amniótica y corioamnionitis histológica (20).

Couto D y Col (2015) en su investigación "Corioamnionitis y parto pretermino", tuvo como objetivo determinar la incidencia del impacto de la corioamnionitis en la prematuridad. Metodología: descriptivo, prospectivo y longitudinal de todos los nacimientos pretérminos cuya causa fue la corioamnionitis, asistidos en el Hospital General Docente "Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso" de Santiago de Cuba, durante el trienio 2013-2015. Principales resultados: la edad promedio de las gestantes fue de 28,6 años, mientras la edad gestacional se presentó con una media de 32,3 semanas. El peso al nacer promedio fue de 1 753 gramos, como factor de riesgo predominó la infección genital en 74,0 % de la serie, seguida de la anemia y la rotura pretérmino de membranas, con 70,1 y 55,8 %, respectivamente; de igual modo, 4 de cada 10 pacientes presentó infección del tracto urinario. Concluye que, la prematuridad constituye un problema de salud, a pesar de los avances conseguidos, tanto científicos como en la práctica clínica (21).

Argilagos G y col (2010) en su investigación "Impacto materno perinatal de la corioamnionitis", cuyo objetivo fue evaluar la repercusión de la corioamnionitis en los indicadores de salud del binomio madre-perinato. Metodología: se realizó un estudio de casos y controles de 96 gestantes (48 en cada grupo) que parieron en el Hospital Ginecoobstétrico Docente "Tamara Bunke Bider" de Santiago de Cuba, desde enero de 2008 hasta diciembre de 2009, sus principales resultados se aprecia una incidencia de casi 30% de partos pretérmino en pacientes con corioamnionitis y solo de 5,0 % en aquellas que no la presentaron, predominó el parto distócico en las pacientes con corioamnionitis (62,9%), de cuya cifra 60% correspondió a cesárea. La morbilidad materna resultó ser 8 veces mayor en el primer grupo que en el segundo, con predominio de la de origen infeccioso, el bajo peso al nacer fue superior en los casos (23,7 %) en comparación con los controles (9,3 %), La morbilidad neonatal fue 9,1 veces mayor en el grupo de estudio. Concluye que, la corioamnionitis incidió negativamente sobre los mencionados indicadores (22)

CAPÍTULO IV

DISCUSIÓN DEL TRABAJO ACADEMICO

Con el presente trabajo académico, queremos agregar nuevos aportes, previos a los conocimientos ya descritos por autores científicos, a la vez describir el manejo protocolizado que se llevó a cabo dentro del Instituto Nacional Materno Perinatal, apoyándonos de especialistas en el tema, bibliografías y antecedentes de estudios.

La rotura prematura de membranas y corioamnionitis son algunas causas de un parto pretérmino; ya que tiene muchos factores causales, los cuales deben ser diagnosticados y tratados de manera oportuna. El caso descrito se trata de una gestante de 37 años, con fertilización in-vitro, sin atenciones prenatales; con diagnóstico final de parto pretérmino, quien inició con una rotura prematura de membranas y cursó con una corioamnionitis, el motivo por el cual pasó a sala de operaciones para un cesárea, para culminar la gestación y no llegar a complicar más el estado materno y fetal.

Cabe resaltar, que la anamnesis realizada a la paciente, no contribuyo con datos necesarios; y relevantes para poder obtener información sobre factores de riesgo que conllevaron a dicha gestante a ese cuadro tales como: higiene íntima tanto de ella como de su pareja, saber si fue usuaria de duchas vaginales o piscinas públicas, uso de método anticonceptivo de barrera durante la gestación, para poder prevenir la transmisión de agentes patógenos tales como trichomonas, gardnerella, cándida albicans, los cuales debilitan las membranas amnióticas teniendo como consecuencia desde amenaza hasta parto pretérmino.

Maki Y y Col. reportan en su estudio que la mayoría de las pacientes presento infección vaginal por Cándida Albicans, condición que predispuso a la rotura prematura de membranas, y un trabajo de parto prematuro. De la misma manera en nuestro caso, también se encontró infección vaginal, pero a diferencia de otros establecimientos a nivel mundial aquí no se realiza estudio de secreción vaginal para identificar el agente.

Lo que llama la atención en nuestro país, es que en ningún protocolo o norma técnica de Ministerio de salud, en relación a la atención prenatal de todos los niveles de atención; no consideran el cultivo de secreción vaginal como examen de rutina.

Manejando actualmente en niveles de atención primaria solo el tratamiento sintrómico más no etiológico de las enfermedades de transmisión sexual.

Teniendo en cuenta que durante la gestación el organismo de una mujer; tiende a tener una disminución del sistema inmunitario. Quedando así propensa a que los agentes patógenos ingresen a causar todo tipo de infecciones vaginales y urinarias.

Es necesario también mencionar que el grado de instrucción y nivel socio económico de las pacientes influyen bastante, ya que al no recibir una información clara y adecuada por el profesional; no realizaron un cuidado pertinente de su gestación.

La falta de atenciones prenatales según el reporte de la historia clínica, hizo que no se detectaran a tiempo los factores de riesgo en nuestro caso clínico; es por eso la UNICEF refiere que los controles preconcepcionales y prenatal son de importancia ya que ayudan a detectar factores de riesgo tempranos y poder manejarlos a tiempo.

Bonilla y Col. Refieren que una de las causas de prematuridad, es la reproducción asistida, no necesariamente relacionada con la edad materna, en nuestro caso se describe que fue por una Fertilización In-vitro relacionado directamente a la edad materna avanzada (≥ 35 años) con una edad de 37 años. Es necesario detallar realmente que en casos de fertilización in vitro los riesgos maternos perinatales se incrementan, y muchas veces no se presta la debida importancia a las probables amenazas externas, con una atención prenatal oportuna y completa.

La rotura prematura de membranas llega a complicar el embarazo dependiendo la edad gestacional en la que se presente, como nuestro caso clínico que se dio antes de 28 semanas de gestación, produciéndose así un parto prematuro; el Instituto Clínico de Ginecología, Obstetricia y Neonatología (ICGON) de Barcelona, reporta que es más infrecuente la rotura prematura de membrana pretérmino que complica del 2-4% de todas las gestaciones únicas, un 7-20% de las gestaciones gemelares y representa un 30% de los partos pretérmino, Sociedad Española de Gineco-obstetricia (SEGO) informa que los problemas evidentemente se agravan a medida que disminuye la edad gestacional, entre los muy prematuros, menores de 32 semanas, prematuros extremos o menores de 28 semanas y los menores de 26 semanas los llamados prematuros en la zona gris en el límite de la viabilidad.

La coriamnionitis es un infección que ocupa gran porcentaje dentro de las gestantes hospitalizadas en Instituto Nacional Materno Perinatal, y a la vez es una causa para

culminar la gestación por los riesgo maternos y perinatales que trae consigo, Miranda reporta en su estudio que del total de sus pacientes el 23.9% presento coriamnionitis. Zúñiga, en su estudio encontró que de todos los casos con rotura prematura de membranas, el 50% curso a coriamnionitis.

La elevación de la proteína C reactiva fue uno de los resultados de laboratorio que ayudo en el diagnóstico de coriamnionitis, el autor Martin en su estudio encontró en menor número de las pacientes que curso con invasión microbiana de la cavidad amniótica, a la vez exhibieron mayor concentración de proteína C reactiva.

Con respecto a los factores de riesgo del parto pretérmino, se suman desde la edad materna avanzada, la falta de atenciones prenatales, la fertilización in vitro, la primigravidez, y como causas para culminar el embarazo fueron la rotura prematura de membranas y la corioamnionitis.

Varios autores coinciden refiriendo que la mayoría de sus pacientes estudiadas terminaron en parto pretermino, habiendo cursado por rotura prematura de membranas, y más de la mitad por corioamnionitis, lo cual se asemeja nuestro caso.

Finalizaremos diciendo que un embarazo desde el inicio, implica muchos cuidados, atenciones, educación del paciente; y sobre todo de prevención. Ya que muchos de los factores que conllevaron al diagnóstico final del presente caso clínico, pudieron ser detectados y tratados a tiempo.

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 CONCLUSIONES

- La edad materna avanzada, la primigravidéz, la falta de atenciones prenatal, el antecedente gineco-obstetrico de fertilización in-vitro y la presencia de infecciones vaginales aumentan la probabilidad de llegar a una rotura prematura de membranas.
- Fue una gestante de 26 semanas de gestación, con diagnósticos de rotura prematura de membranas, coriamnionitis, bradicardia fetal y parto pre término, que curso por el siguiente cuadro clínico: ingreso con un amenaza de parto pre término, causada por un infección vaginal, se hospitalizo para tocolisis vía oral, en el transcurso del manejo expectante se produjo rotura prematura de membranas, se solicitó exámenes de laboratorio, en los resultados resalto el aumento de leucocitos en sangre y el nivel de proteína C reactiva, lo cual conllevó al diagnóstico de coriamnionitis, a la vez se presentó bradicardia fetal, lo concluyo derivando a la paciente a un cesárea de emergencia.
- El cuadro clínico se manejó más por los aspectos de laboratorio (leucocitosis y Proteína C reactiva), porque la paciente no presento sintomatología de infección.
- El manejo con tocolíticos, antibióticos, y maduración pulmonar se llevo acorde con las Guías de Práctica Clínica y de Procedimientos en Obstetricia del Instituto Nacional Materno Perinatal, vigentes.
- El manejo tocolisis fue oportuno ya sé que inicio con la primera impresión diagnostica de la paciente, empezando con tocolisis vía oral y después de los resultados y la observación de la paciente como no presentaba contracciones uterinas se suspende la tocolisis endovenosa, ya que no era necesario, y queda en observación y expectativa. A la vez se inicia el proceso de maduración.
- El manejo mediante antibióticos se inicia cuando llegan los resultados de laboratorio, con cefazolina 1 gramo cada 6 horas, cuando la paciente presenta perdida de líquido amniótico se amplía el tratamiento antibiótico con

Ceftriaxona 2 gramos, endovenosos, cada 24 horas, Amikacina 1 gramos, endovenosos, cada 24 horas, Clindamicina 600 gramos, endovenosos, cada 8 horas, y se prepara a la paciente pasa una cesárea de emergencia.

- El estudio Patológico de la placenta confirmo el diagnostico con el resultado de funisitis y corioamnionitis.

5.2 RECOMENDACIONES

- Educar a la paciente sobre el conocimiento de factores de riesgo y signos de alarma, en todos los niveles de atención ya sea en instituciones del estado y/o privados.
- Educar a las gestantes y parejas sobre la importancia del uso del preservativo, en la prevención de vaginosis bacterianas e infecciones de transmisión sexual.
- Deberíamos incluir el cultivo de secreción vaginal en las atenciones prenatales.
- Las atenciones prenatales sin importar del lugar donde se realicen debería ser precoz, periódica y multidisciplinaria.
- La evaluación a la mujer próxima a embarazarse debería tener mayor importancia, ya que de ello depende la futura gestación.
- Conocer bien el manejo de las patologías obstétricas, no solo esperar que la paciente muestre sintomatología alguna para actuar, hay que estar alerta a los exámenes de laboratorio como se actuó en este caso.
- Brindar tratamiento oportuno y adecuado a las infecciones vaginales que son tratamientos ambulatorios para evitar este tipo de complicaciones.
- Promover mediante charlas, sesiones educativas a la población sobre la importancia del inicio precoz de las atenciones prenatales y pre-concepcionales.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. “*Nacimientos prematuros*”. Noviembre del 2016, [Internet] [Fecha de acceso 11 de junio del 2017] URL Disponible en <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs363/es/>.
2. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. “*Antibióticos para la rotura prematura de membranas*”. Diciembre del 2011, [Internet] [Fecha de acceso 17 de Setiembre del 2017] URL Disponible en <https://extranet.who.int/rhl/es/topics/pregnancy-and-childbirth/pregnancy-complications/prelabour-rupture-membranes-2>.
3. VANDENBROUCKE L Y COLS. “*Corioamnionitis siguiente ruptura prematura de membranas y variabilidad del ritmo cardíaco fetal*”. PLoS ONE 12 (9): e0184924. Recibido el 28 de de enero de, 2017. Aceptado el 01 de septiembre 2017; publicado el 25 de septiembre de, 2017 [Internet] [Fecha de acceso 01 de diciembre del 2017] URL Disponible en: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0184924>.
4. PROTOCOLOS DE SERVICIO DE MEDICINA MATERNO FETAL. “*Rotura Prematura de membranas a término y pretermino*”. Instituto Clínico de Ginecología, Obstetricia y Neonatología (ICGON). Hospital Clínico de Barcelona. [Internet] [Fecha de acceso 10 de diciembre del 2017] URL Disponible en: https://medicinafetalbarcelona.org/clinica/images/protocolos/patologia_materna_obstetrica/rotura%20prematuro%20de%20membranas%20hpc-hsjd.pdf.
5. SOCIEDAD ESPAÑOLA DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA. “*Amenaza de parto pre termino y complicaciones derivadas de la prematuridad*”. Madrid – España. 1ra Edición. [Internet] [fecha de acceso 21 de noviembre del 2017] URL disponible en: http://www.sego.es/Content/pdf/libros/Libro_Partos_Pretermino_amnisure_Web.pdf.
6. UNICEF. “*Semana del prematuro*”. Tercera edición. Marzo de 2013. [Internet] [fecha de acceso 23 de noviembre del 2017] disponible en: https://www.unicef.org/argentina/spanish/Prematuros_Decalogos2013_web.pdf.
7. BONILLA M Y COL. “*Reproducción asistida abordaje en la práctica clínica*”. Madrid España. 2017. 1ra. edición. [Internet]. España [fecha de acceso 20 de noviembre del 2017] disponible en: <https://books.google.com.pe/books?id=jEa6Jd3FI3UC&printsec=frontcover#v=onepage&q&f=false>
8. PRÁCTICA BOLETINES N° 139 GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA. “*Ruptura prematura de membranas*”. Perú.2013; 122 (4):918-930.

9. MINISTERIO DE SALUD DE CHILE. “*Rotura prematura de membranas*”. Santiago de Chile. 2015. [Internet] [fecha de acceso 23 de noviembre del 2017] disponible en: <http://cedipcloud.wixsite.com/minsal-2015/rotura-prematura-de-membranas>.
10. BOLETÍN ESTADÍSTICO DE NACIMIENTOS. Perú. 2015. Registrados en línea. Ministerio de Salud. Perú. 2016.
11. GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA Y DE PROCEDIMIENTOS EN OBSTETRICIA Y PERINATOLOGÍA. “*Amenaza de parto pretermino*”, Instituto Nacional Materno Perinatal. Lima. 2014, pg 106 – 108.
12. BOLETÍN ESTADÍSTICO. Instituto Nacional Materno Perinatal. Periodo 2016. Lima Perú. Disponible en: <http://www.inmp.gob.pe/institucional/boletinesestadisticos/1422371837>
13. MIRANDA A. “*Nivel de proteína C-reactiva en comparación con el recuento leucocitario materno en la predicción de corioamnionitis histológica en gestantes con rotura prematura de membranas pretérmino*”. Instituto Nacional Materno Perinatal, Lima – Perú. 2016. [Tesis]. [Fecha de acceso 17 de Setiembre del 2017] URL Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S2304-51322016000400006&script=sci_arttext
14. SANDOVAL V. “*Rotura prematura de membranas ovulares y resultados obstétricos y del recién nacido en el Centro Materno Infantil César López Silva - Villa el Salvador*”. Perú. 2014. [Tesis]. Perú [Internet] [Fecha de acceso 17 de setiembre del 2017] URL Disponible en: http://www.repositorioacademico.usmp.edu.pe/bitstream/usmp/2246/3/palma_j.pdf.
15. SILVA M. “*Morbilidad materno-perinatal de la rotura prematura de membranas en el embarazo pretérmino en el Hospital Nacional Dos de Mayo en el periodo 2011-2012*”. [Tesis]. Perú. 2013 [Internet] [Fecha de acceso 17 de setiembre del 2017] URL Disponible en: <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/es/lil-713929>.
16. MIRANDA A. “*Resultados Materno perinatales del manejo conservador de la rotura prematura de membranas*”. [Tesis]. Perú 2013 [Internet] [Fecha de acceso 17 de Setiembre del 2017] URL Disponible en <http://repebis.upch.edu.pe/articulos/acta.med.per/v31n2/a4.pdf>.
17. ZÚÑIGA L. “*Factores asociados a corioamnionitis en gestantes con ruptura prematura de membranas en el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé*”. Perú. 2012 [Tesis]. [Internet]. [Fecha de acceso 17 de Setiembre del 2017] URL Disponible en <http://www.bvs.org.pe/cgi-bin/wxis.exe/iah/nac/> .

18. MAKI Y AND EAT. "*Infectious Diseases in Obstetrics and Gynecology*". Miyazaki – Japan. Vol. 2017 (2017), Article ID 9060138, 11 pages. Received 7 July 2017; revised 4 September 2017; Accepted 20 September 2017; Published 17 October 2017 URL. Disponible en: <https://www.hindawi.com/journals/ido/2017/9060138/>
19. ESCOBAR B Y COL. "*Factores de riesgo asociados a parto pretérmino en un hospital de segundo nivel de atención*". España. 2017. Revista médica. Pg. 55 (4): 424 - 8.
20. MARTIN S Y COL. "*La proteína del suero materno C reactiva en mujeres con parto prematuro, preparto, y ruptura de membranas*". Republica Checa, 2014. . Volumen 11(3):2016. E0150217. Publicado 04 de marzo del 2016. fecha de acceso 22 de julio del 2017] URL Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4778871/?tool=pubmed>.
21. COUTO D Y COL. "*Corioanmionitis y parto pretermino*". Santiago Cuba. junio 2014 vol.18 no.6 [Recibido 28 enero 2011, Aceptado 06 junio 2011, fecha de acceso 22 de julio del 2017] URL Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192014000600014.
22. ARGILAGOS G. "*Impacto materno perinatal de la corioanmionitis*". Santiago de Cuba. ene. 2012. MEDISAN vol.16 no.1 [Recibido 28 enero 2011, Aceptado 06 junio 2011, fecha de acceso 22 de Julio del 2017] URL Disponible en:http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192012000100007

ANEXOS

N° Informe:

INFORME ECOGRAFICO OBSTETRICO

Fecha : 28/05/2017 **Edad Pac:** 37 años

FUR: **Edad Gest:** 0 Sem. 0 Dias

Examen: ECO DOPPLER COLOR OBSTETRICO

Presentacion Fetal : Cefalico Derecho

BIOMETRIA FETAL

DBP : 66 mm
HC : 252 mm
AC : 240 mm
LF : 53 mm

Peso : 1183 Gramos
Sexo : No se aprecia
LCF : 140 minuto

L.Cervical : 41.4 mm

Cordon: 3 vasos
Placenta : Previa Grado : I
Liq. Amniotico : Normal ILA : 14 cmt
Visualización : Regular

Morfologia Fetal: Normal

Doppler :
IP Doppler Umbilical: 1.29

CONCLUSIONES:
GESTACION UNICA ACTIVA DE: 27 SEMANAS 3 DIAS POR BF
DOPPLER AU DENTRO DE PARAMETROS NORMALES
PLACENTA PREVIA TOTAL POSTERIOR
LONGITUD DE CERVIX 41MM

INFORME DE ANATOMIA PATOLOGICA

Fecha : 30/06/2017 11:55:23am Edad Pac: 37 años [REDACTED]

Examen: EST PLACENTA

Indicacion Dr: W/QUINTANA

Resultado:

EXAMEN MACROSCOPICO:

Se recibe placenta que mide 19 x 17 x 2 cm. pesa 283 gr. completa, es de forma ovalada.

Membranas placentarias :

Punto de ruptura más cercano a 1 cm. del margen placentario.

completas ,opacas meconiales .

El cordón umbilical : fragmentado, trae 3 vasos, mide 17 cm. de longitud y 1.5 cm. de diámetro,

Inserción central, color meconial, trayecto espiralado.

Superficie fetal :meconial, borde placentario normal, vasos fetales normales

La superficie materna: es de color gris, con cotiledones completos,parcialmente fusionados

Si trae coágulos en el borde placentario 5%

Parénquima: se observan las siguientes alteraciones

Infartos vellosos reciente y antiguo de 5% de extensión

DIAGNÓSTICO:

*PLACENTA DEL TERCER TRIMESTRE CON ÁREAS DE INFARTO
Y FOCOS DE CALCIFICACIÓN

*FUNISITIS

*CORIOAMNIONITIS

D.GARRIDO RIVADENEIRA
PPRS/26/06/17