



Universidad
Norbert Wiener

Powered by **Arizona State University**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE OBSTETRICIA**

Trabajo Académico

Coriarnionitis subclínica y óbito fetal en un hospital de Lima nivel II-2

**Para optar el Título de
Especialista en Riesgo Obstétrico**

Presentado por:

Autora: Robles Sánchez, Gleiky Janet

Autora: Sanchez Aranda, Katerin Fiorela

Asesora: Dra. Sanz Ramírez, Ana María

Código ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7515-5336>

Lima – Perú

2019

ASESOR

Dra. Ana María Sanz Ramírez

JURADO DE TESIS

PRESIDENTE

DRA. SABRINA MORALES ALVARADO

SECRETARIO

MG. NATHALY REYES SERRANO

VOCAL

MC. WALTER TAPIA NUÑEZ

En memoria de nuestro pequeño angelito
que no llegó a ver la luz, pero que nos dio la
alegría al saber que iba ser madre, que, gracias a
ella, estamos cumpliendo una de nuestras grandes
metas y las seguiremos cumpliendo.

CONTENIDO

RESUMEN	6
ABSTRACT	7
INTRODUCCIÓN	8
CAPITULO I	12
DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO	12
JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN.....	24
CAPITULO III	27
ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN.....	27
CAPITULO IV	32
DISCUSIÓN DE CASO CLÍNICO.....	32
CAPITULO V.....	37
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	37
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	39
ANEXOS	45
ANEXO 01: MORTALIDAD PERINATAL POR CARACTERÍSTICAS SELECCIONADAS	46
ANEXO 02: SOLICITUD DE COPIA DE FEDATEADA DE HISTORIA CLÍNICA.....	46
ANEXO 03: CARNET PERINATAL DE CONTROL DE GESTACIÓN	46
ANEXO 04: ECOGRAFÍA ENDOVAGINAL DE 12 SEMANAS DE GESTACIÓN	46
ANEXO 05: ECOGRAFÍA OBSTÉTRICA MORFOLÓGICA DE 18 6/7 SEMANAS DE GESTACIÓN.....	46
ANEXO 06: ECOGRAFÍA OBSTÉTRICA DE GESTACIÓN NO ACTIVA DE 23 5/7 SEMANAS POR BIOMETRIA FETAL.....	46
ANEXO 07: ECOGRAFÍA ENDOVAGINAL DE MIOMA CERVICAL.....	46
ANEXO 08: CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN FETAL.....	46
ANEXO 09: DIAGNÓSTICO HISTOPATOLÓGICO DE LA PLACENTA.....	46
ANEXO 10: EXAMEN DE SECRECIÓN VAGINAL.....	46
ANEXO 11: INFORME DE ORIGINALIDAD.....	58

RESUMEN

Objetivo: Describir el manejo de un caso clínico sobre corioamnionitis subclínica y óbito fetal ocurrida durante la atención de salud materna en un hospital de Lima, nivel II-2. **Material y métodos:** Estudio de tipo observacional, descriptivo, retrospectivo de revisión sistemática de la historia clínica materno-perinatal sobre un caso de corioamnionitis subclínica y óbito fetal tratado en un hospital de Lima, nivel II-2, ocurrida en mes de octubre del 2017. Se incluyeron antecedentes personales, familiares y patológicos, examen general y específico, diagnóstico, exámenes auxiliares, manejo obstétrico, evolución hasta el alta. Se hizo revisión de la literatura relacionada al caso descrito. **Resultados:** Se desarrolla un caso clínico de una segundigesta nulípara de 25 años de edad, con 26 semanas de gestación con diagnóstico de óbito fetal. No se presentaron signos clínicos evidentes donde confirmaba la corioamnionitis. Culminación del embarazo por parto vaginal obteniendo un natimuerto, de sexo femenino, con peso de 600 gramos. Se realizó un legrado uterino puerperal en sala de operaciones. Manejada en el puerperio con Clindamicina 600mg. cada 8 horas, de evolución materna favorable al siguiente día post parto. **Conclusión:** La Corioamnionitis subclínica se presenta en el 80% de los casos diagnosticados con Corioamnionitis; sin embargo, al no presentar signos ni síntomas se torna una patología silenciosa y peligrosa, siendo su diagnóstico oportuno de gran utilidad para evitar el parto prematuro y la morbimortalidad materno perinatal.

Palabras Clave: *Corioamnionitis subclínica; Óbito fetal.*

ABSTRACT

Objective: To describe the management of a clinical case on subclinical chorioamnionitis and fetal death during maternal health care in a hospital in Lima, level II-2. **Material and methods:** An observational, descriptive, retrospective study of a systematic review of the maternal-perinatal clinical history of a case of subclinical chorioamnionitis and fetal death treated in a Lima hospital, level II-2, which occurred in October 2017. Personal, family and pathological history, general and specific examination, diagnosis, auxiliary exams, obstetric management, evolution until discharge were included. A review of the literature related to the case described was made. **Results:** A clinical case of a 25-year-old nulliparous secundigesta develops, with 26 weeks gestation with a diagnosis of fetal death. There were no obvious clinical signs confirming chorioamnionitis. Culmination of pregnancy by vaginal delivery obtaining a natimort, female, weighing 600 grams. A puerperal uterine curettage was performed in the operating room. Managed in the puerperium with Clindamycin 600mg. every 8 hours, of maternal evolution favorable to the next postpartum day. **Conclusion:** Subclinical Chorioamnionitis occurs in 80% of cases diagnosed with Chorioamnionitis; However, since there are no signs or symptoms, it becomes a silent and dangerous pathology, and its timely diagnosis is very useful to avoid premature birth and maternal perinatal morbidity and mortality.

Keywords: *Subclinical chorioamnionitis; Stillbirth.*

INTRODUCCIÓN

La corioamnionitis es una patología propia de la gestación, relacionada con numerosas complicaciones materno fetales que oscilan desde la prematuridad con todas sus implicaciones hasta la sepsis materna y neonatal que pueden conducir a la muerte de ambos. ⁽¹⁾

La corioamnionitis o infección intraanmiótica es definida como “la inflamación de las membranas ovulares corio y amnios en respuesta a la invasión microbiana u otro proceso patológico”. Puede ser clínica, cuando las manifestaciones clínicas de inflamación local y sistémica están presentes o subclínica (histológica) cuando no presenta signos clínicos o ante la certeza microscópica de la infección o la inflamación en examen de placenta. ⁽²⁾

Se define como corioamnionitis subclínica o histológica (CAH) al conjunto de cambios inflamatorios de la placenta, el cordón umbilical y las membranas ovulares que ocurren en respuesta a la invasión del líquido amniótico por microorganismos procedentes del canal del parto. Se caracteriza por el hallazgo de leucocitos polimorfos nucleares de origen materno en las membranas ovulares y en la placa corial. Se reconoce como respuesta fetal histológica, al hallazgo de migración de polimorfos nuclear en las paredes de los vasos fetales de la placa corial y del cordón umbilical en dirección al amnios. ^(3,4)

Según la Guía Técnica: Guías de Práctica Clínica para la Atención de Emergencias Obstétricas según nivel de capacidad resolutoria, del año 2007, emitida por el Ministerio de Salud, define la corioamnionitis como la infección inespecífica de la cavidad amniótica, de sus anexos y eventualmente del feto (bolsas o membranas amnióticas), que se originan durante la gestación a partir de las 22 semanas o en el transcurso del parto. Siendo esta la guía vigente de ejecución, no detalla la clasificación en la cual se pueda presentar dicha patología. ⁽⁵⁾

Autores como Ortiz J. y col. plantea la siguiente clasificación anatomopatológica de la corioamnionitis: estadio I (subcorionitis) la cual ocurre al ingresar el microorganismo y los neutrófilos maternos de la sangre que baña el espacio intervelloso, estos últimos son atraídos para fijarse inicialmente en la lámina basal de la placa coriónica. Seguidamente, migran hacia el interior de la placa, estadio II (corionitis) y por último alcanzan la membrana basal del amnios, estadio III (corioamnionitis). Normalmente no deben pasar a través de esta membrana basal hacia el líquido amniótico ya que no poseen una enzima que rompa el colágeno tipo V, constituyente importante de dicha membrana. ⁽⁶⁾

Esta patología, está asociada a diversos factores como: bajo nivel socioeconómico, estados materno de inmunosupresión, desnutrición, alteraciones emocionales, técnicas invasivas de diagnóstico y tratamiento, trabajo de parto prolongado, tactos vaginales frecuentes, infecciones de transmisión sexual, la utilización de cerclaje y el tiempo ruptura prematura de membranas (RPM). ^(7, 9)

La corioamnionitis se presenta en el 10% de los embarazos, el 2% de ellos son embarazos a término, asociándose a importantes complicaciones neonatales como: sepsis clínica temprana, bronco displasia pulmonar, enfermedad crónica pulmonar y enterocolitis necrotizante. La incidencia de corioamnionitis histológica subclínica es mucho más común en embarazos pretérminos, 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. ^(1,4, 10-11, 12-13)

Hay múltiples vías de infección intraamniótica, la más común es el ascenso de bacterias desde el tracto genital inferior, siendo frecuente en los casos de ruptura de membranas; sin embargo, también se puede presentar con membranas intactas. Los microorganismos con mayor incidencia en gestantes con membranas intactas e infección intraamniótica son: *Ureaplasma urealyticum*, *Mycoplasma hominis*, *Gardnerella vaginalis*, *Peptoestreptococos*, *Streptococos* de los grupos A, B y D, y especies de Bacteroides como *Bacteroides bivius* y *Escherichia coli*. ⁽¹⁴⁾

Generalmente, el diagnóstico es en función de las manifestaciones clínicas que presenta la paciente; sin embargo, se ha evidenciado la positividad de los cultivos de líquido amniótico en pacientes con Rotura Prematura de Membranas (RPM) que no presentan signos ni síntomas de corioamnionitis y que muchas veces pasa de forma inadvertida o son diagnosticadas con esta patología en forma retrospectiva, cuando se obtienen los resultados del examen histológico de la placenta, justificando las complicaciones puerperales y neonatales observadas en las madres y los productos de la gestación. ⁽⁶⁾

Según autores como Hasbun, Lopez y Morales, la corioamnionitis puede existir en ausencia de síntomas o signos de infección, revalidado porque solo el 12,5 % de las pacientes con placenta previa (PP) y membranas intactas, con cultivo positivo de líquido amniótico, tienen corioamnionitis clínica o sea el síndrome clínico de infección intrauterina caracterizado por fiebre mayor a 37,8°, sin otro foco aparente, asociado a amniorrea purulenta, contracciones uterinas, taquicardia materna o fetal y leucocitosis. Desde el punto de vista de los complementarios cursa con leucocitosis > 15,000/mL y proteína C reactiva > 30 mg/dl. ^(3-4, 15-16)

Con respecto al óbito fetal, la Organización Mundial de la Salud lo define como mortinato al producto de la concepción nacido muerto antes o durante el trabajo de parto. Esta definición estándar, considera fetos ≥ 22 semanas gestacionales, o peso ≥ 500 gramos, o longitud corporal ≥ 25 centímetros. ⁽¹⁷⁾

El débil conocimiento de causas de mortinatalidad se asocia a la creencia de que son inevitables; sin embargo, muchos factores vinculados a mortinatalidad son potencialmente modificables, como: infecciones, enfermedades crónicas no-transmisibles, factores nutricionales, drogas, tabaquismo, atención prenatal inadecuada, ausencia profesional del parto, nivel socioeconómico bajo, educación materna baja o nula, ruralidad y parto en casa. ⁽¹⁸⁾

Los registros de mortalidad a nivel mundial son desprolijos y solo se conocen indicadores de mortalidad fetal en 36 % del total de países (y muchos menos informan causas). Esto conlleva a subestimación de mortalidad en distintos países, lo que indica la necesidad de reforzar los sistemas de registro. ⁽¹⁹⁾

En nuestro país, la situación de los registros con respecto a la mortalidad no es indiferente a las estadísticas mundiales, según el INEI refiere que todos los nacidos muertos como las defunciones neonatales muy tempranas son muy difíciles de identificar y es por ello que el cálculo del indicador de Mortalidad Perinatal es complicado por falta de datos precisos; sin embargo, en la ENDES Continua 2007-2008, se recolectó información sobre mortinatos a partir de enero de 2003.

En el país, la tasa de mortalidad perinatal es de 19 defunciones por mil embarazos de siete o más meses de duración, con un componente mayor de nacidos muertos que de muertes tempranas. La mortalidad perinatal para los nacimientos de madres que tenían 40-49 años en el momento del nacimiento es alta (45 por mil), en comparación con los otros grupos de edad, en particular respecto a las de 20-29 años de edad (13 por mil). Entre las mujeres sin educación, los riesgos de tener una muerte perinatal son más del triple que los de las mujeres con educación secundaria (47 y 14 por mil, respectivamente). Al igual que en la mortalidad infantil y de la niñez, se presenta una mayor tasa de mortalidad perinatal en los quintiles inferior y segundo (30 y 25 por mil); y, menor en el quintil superior (13 por mil). (Anexo 1) ⁽²⁰⁾

Además, el Ministerio de Salud reporta dentro de Mortalidad por Causas, Perú 1986 - 2015, agrupado como: infecciones específicas del periodo perinatal, una tasa ajustada de 76.58 a nivel nacional; en el año 2015, una tasa ajustada de 1.93 en la región Lima; entre el período 2011 – 2015 una tasa ajustada de 3.21 a nivel de la provincia de Huaral y; entre el período 2011 – 2015 una tasa ajustada de 2.16 a nivel del distrito de Chancay. ⁽²¹⁾

CAPITULO I

DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

A. DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS:

FILIACIÓN:

Fecha de Atención : 12/10/2017
Tipo de Seguro : SIS
Lugar de Atención : Hospital de Chancay
Apellidos y Nombres : S. A. K. F.
Edad : 25 años
Estado Civil : Conviviente
Grado de Instrucción : Superior completa
Ocupación : Su casa
Domicilio : AAHH Juan Velazco – II Etapa - Chancay

B. ATENCIÓN OBSTÉTRICA PRENATALES:

1. Historia Materno Perinatal

Paridad : 0010
FUR : 09/04/2017
FPP : 16/01/2018
EG : 12sem 2 d x UR
Antecedentes Familiares: Diabetes (tías)
Antecedentes personales: Niega
Antecedentes Gineco-obstétricos: Aborto retenido + Legrado Uterino (08/12/15)
Peso Habitual : 48Kg.
Talla : 150 cm

Análisis:

- Grupo y Factor : A+
- Serología Luética : Negativo (07/07/2017)
- Hemoglobina : 13.2 (07/07/2017)
- Hematocrito : No
- Glucosa : 74 g/dl (07/07/17)
- HIV : No reactivo (07/07/2017)
- PAP : No se hizo
- Orina : 7-10 por campo (07/07/2017)

2. Controles Prenatales:

Registra según historia clínica materno perinatal 4 atenciones prenatales: 2 realizadas en el C. S. Ámbar y 2 realizadas en el Hospital de Chancay. (Anexo 3)

2.1. Centro de Salud de Ámbar: Consultorio de obstetricia

- **06/07/17:** Paciente inicia control prenatal, refiere disminución de apetito.

Al examen: PA: 100/60mmHg P: 78 por min, T: 36.6°C Peso: 48Kg.

A la evaluación obstétrica: AU: 10cm. FCF: NA

MF: NA SPP: Indiferente

Impresión diagnóstica:

1. Segundigesta nulípara de 12 2/7 semanas por FUR.

Plan:

1. Batería de gestante
2. Ecografía TV

- **07/08/17:** Paciente acude a su 2° control prenatal, refiere flujo vaginal.

Al examen: PA: 100/60mmHg P: 76 por min T: 36°C Peso: 48Kg.

A la evaluación obstétrica: AU: 14cm. FCF: 150 latidos por min

MF: NA SPP: Indiferente

Trae ecografía TV (07/07/2017) cuya conclusión es: Gestación única activa de 12 semanas 3 días por biometría fetal. Placenta grado 0. (Anexo 4)

Impresión diagnóstica:

1. Segundigesta nulípara de 17 semanas por UR.
2. Vulvovaginitis.

Plan:

1. Clotrimazol 500mg V.V., Dosis única.
2. Higiene vulvoperineal.

- **22/08/17:** Se realiza ecografía obstétrica – morfológica cuya conclusión es: Gestación única activa de 18 semanas 6 días por biometría fetal. Placenta grado “I”. (Anexo 5)

2.2. Hospital de Chancay: consultorio externo de materno

- **06/09/17:** Gestante acude a su 3° CPN, no refiere molestias.

Al examen: PA: 100/60mmHg P: 80 por min T: 36°C Peso: 49Kg.

A la evaluación obstétrica: AU: 23cm. FCF: 145 latidos por min

MF: + SPP: Indiferente

Impresión diagnóstica:

1. Segundigesta nulípara de 21 semanas por UR.
2. Vulvovaginitis persistente.

Plan:

1. Gynodexacort plus V.V., por 7 noches.
2. Higiene vulvoperineal.

- **03/10/17:** Gestante acude al 4 CPN y niega molestias.

Al examen: PA: 90/50mmHg P: 76 por min T: 36.6°C P: 51Kg.

A la evaluación obstétrica: AU: 24cm. FCF: 148 latidos por min

MF: ++

SPP: Indiferente

Impresión diagnóstica:

1. Segundigesta nulípara de 25.2/7 semanas por UR.

C. ATENCIÓN OBSTÉTRICA EN EMERGENCIA - HOSPITAL DE CHANCAY:

Fecha: 12/10/17

Hora: 03:55 a.m.

Motivo de Atención:

Paciente de 25 años ingresa al servicio de emergencia, trae ecografía obstétrica cuya conclusión es gestación no activa de 23 5/7 semanas por biometría fetal. Niega pérdida de líquido amniótico, ni pérdida de sangrado vaginal.

Fecha de Última Regla (FUR): 09/04/17

Fecha Probable de Parto (FPP): 16/01/18

Edad Gestacional (EG): 26 4/7 semanas por última regla.

Antecedentes familiares:

Diabetes (tías).

Antecedentes Obstétricos:

G1P0010, 4 atenciones prenatales.

Antecedentes Patológicos:

ITU en el I trimestre con tratamiento completo.

Vulvovaginitis con tratamiento.

Examen Físico General:

Funciones vitales: PA: 100/60mmHg, FC: 70xMin, FR: 20xMin, T: 36.4°C. Estado general y sensorio conservado. Aparato respiratorio y cardiovascular normales.

Examen Obstétrico:

Abdomen: Globular B/D no doloroso a la palpación. Altura uterina: 23cm. Latidos cardiacos fetales: ausentes. Dinámica uterina: ausente.

Genitales externos: normales. Tacto vaginal: cérvix posterior sin modificaciones.

Ecografía Obstétrica:

Gestación no activa de 23 semanas 5 días por biometría fetal. (Anexo 6)

Impresión Diagnóstica:

1. Gestante de 26.4/7 semanas por FUR.
2. Óbito fetal.

Plan de Trabajo:

1. Hospitalización.
2. Colocación de vía.
3. Maduración cervical.
4. Tratamiento antibiótico.
5. CSV/CFV
6. Se solicita: hemograma completo, grupo sanguíneo y factor Rh, TC I TS, VDRL, hexagon HIV, examen de orina

Indicaciones terapéuticas:

1. Instalación de Cloruro de sodio al 9% por 1000cc a 30 gotas por minuto, vía segura.
2. Administración de Misoprostol (25mcg.) vía vaginal cada 6 horas, según registro en la historia clínica.
3. Administrar Clindamicina 600mg. Cada 8 horas.

D. ATENCIÓN EN HOSPITALIZACIÓN:

Fecha: 12/10/17

Hora: 04:50 a.m.

Paciente ingresa al servicio de hospitalización estable con vía endovenosa permeable. CFV: presión arterial: 100/50mmHg, pulso: 84xMin, temperatura: 36.1°C.

Exámenes de Laboratorio (12/10/2017):

- Tiempo de coagulación: 6 min
- Tiempo de sangría: 2 min
- Glóbulos rojos: 3540 000
- Abastados: 00
- Segmentados: 68
- Eosinófilos: 01
- Basófilos: 00
- Monocitos: 02
- Linfocitos: 29
- Hemoglobina: 11.9
- Hematocrito: 36.7
- Recuento de plaquetas: 196 000
- Leucocitos: 9870
- Serología (VDRL): No reactivo
- Hexagon HIV: No reactivo
- Grupo sanguíneo: A
- Factor Rh: +
- Examen de orina:
 - Color: amarillo
 - Aspecto: ligero turbio
 - Densidad: 1010
 - pH: 8

Leucocitos: 1 – 2xC
Hematíes: 0 – 1xC
Células epiteliales: 7 – 10xC
Cristales fostatos amorfos: escasos
Filamentos mucoides: ++
Gérmenes: +

Impresión diagnóstica:

1. Gestante de 26.4/7 semanas x FUR.
2. Óbito fetal.

Plan:

1. NPO.
2. Inducción del trabajo de parto con misoprostol 25mcg. cada 6 horas.
3. Cloruro de sodio al 9% x 1000cc., 30 gotas por minuto vía segura.
4. Tratamiento antibiótico de clindamicina 600mg. cada 8 horas.
5. Terminar el embarazo por vía vaginal.
6. EBA + legrado uterino.

FECHA: 13/10/17

HORA: 13:00 p.m.

Funciones vitales: presión arterial: 100/60mmHg, pulso: 70xMin, temperatura: 37°C.

Se produce la expulsión del feto, sexo femenino, sin malformaciones aparentes, peso: 600gr, placenta aparentemente completa, sangrado vaginal escaso, útero contraído a 2cm por debajo de la cicatriz umbilical.

Se coordina con la morgue para el envío del feto y con el Servicio de Anatomía Patológica para el estudio histológico de placenta.

E. ATENCIÓN EN SALA DE OPERACIONES

FECHA: 13/10/17 **HORA DE INICIO:** 15:00 p.m.

HORA DE TÉRMINO: 16:30p.m.

Funciones vitales: presión arterial: 100/60mmHg, pulso: 70xMin, temperatura: 37°C.

Paciente ingresa a SOP para legrado uterino.

Diagnóstico de ingreso:

1. Puérpera inmediata de parto eutócico.

Operación:

1. Legrado puerperal.

Diagnóstico de egreso:

1. Puérpera inmediata de parto eutócico.

Plan de Trabajo:

1. NPO por 4h y luego dieta blanda + líquidos a voluntad
2. Control de funciones vitales y control de sangrado vaginal.
3. Dextrosa 5% + oxitocina 10UI (2 ampollas) + hipersodio 20% (2 ampollas) – 1 frasco.
4. Clindamicina 600mg EV por 4 dosis.
5. Masaje uterino.
6. Higiene vulvoperineal 3v/día.
7. s/s Hb control 6h post parto.
8. Pasa a hospitalización al alta por especialista.

FECHA: 13/10/17

HORA: 18:40 p.m.

Funciones vitales: presión arterial: 90/60mmHg, pulso: 70xMin, temperatura: 37°C. Puérpera de parto vaginal + legrado uterino puerperal, reingresa al servicio de hospitalización en AREG – LOTEP, con bránula permeable de Dextrosa 5% + oxitocina 10UI (2 ampollas) + hipersodio 20% (2 ampollas) PP: 380cc. Refiere leve dolor a nivel de hipogastrio. Al examen se evidencia escaso sangrado vaginal.

Impresión diagnóstica:

1. Puérpera inmediata de parto eutócico.
2. Legrado uterino puerperal.

Plan de trabajo:

1. Dieta completa + líquidos a voluntad.
2. Sulfato ferroso 300mg V.O. c/24h.
3. Higiene vulvoperineal M/T/N.
4. Control de sangrado vaginal + masaje uterino.
5. Control de funciones vitales.

Reevaluación por especialista Gineco-obstetra:

Fecha: 14/10/17

Hora: 09:00a.m.

Puérpera de parto vaginal + legrado uterino puerperal, se encuentra asintomática. Es evaluada por el ginecólogo de turno quien indica alta después de exámenes de laboratorio, según reporte obstétrico. Se realiza consejería en PPF y signos de alarma.

Exámenes de Laboratorio:

- Hemoglobina: 13.2 g/dl (14/10/17)

Plan de trabajo:

1. Dieta completa + líquidos a voluntad.
2. Sulfato ferroso 300mg V.O. c/24h.

3. Higiene vulvoperineal M/T/N.
4. Control de sangrado vaginal + masaje uterino.
5. Control de funciones vitales.
6. Alta con indicaciones.

F. ATENCIÓN EN CONSULTORIOS EXTERNOS:

Primer Control Puerperal

Fecha: 20/10/17

Puérpera tardía de parto vaginal + LUP acude a consultorio de obstetricia para primer control de puerperio. Niega molestias.

FUR: 13/10/17 FO: G2P0110

Al examen: AREG – LOTEPE

Impresión diagnóstica:

1. Puérpera de parto vaginal.
2. Legrado uterino puerperal.
3. Vulvovaginitis persistente.

Plan de trabajo:

1. s/s Examen de secreción vaginal.
2. s/s Ecografía trasvaginal.
3. Sulfato ferroso 300mg V.O. cada 24h.
4. Consejería en Planificación Familiar.

Segundo Control Puerperal

Fecha: 27/11/17

Puérpera tardía de parto vaginal + LUP acude a consultorio de obstetricia para segundo control de puerperio. Niega molestias. Se evalúa resultados de ecografía, cuya conclusión es: mioma cervical. (Anexo 7)

FUR: 13/10/17 FO: G2P0110

Al examen: AREG – LOTE P

Impresión diagnóstica:

1. Puérpera de parto vaginal.
2. Legrado uterino puerperal.
3. Vulvovaginitis persistente.
4. Repetición de AOC.

Plan de trabajo:

1. Educación sanitaria.
2. Sulfato ferroso 300mg V.O. cada 24h.
3. s/s Examen de secreción vaginal.
4. Administración de etinilestradiol 0.15mg. + levonogestrel 0.03mg cada 24h.

G. CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN: Causa de muerte fetal: (Anexo 8)

1. Atribuidas al feto: Presunta corioanmionitis subclínica.
2. Atribuidas a la madre: Ninguna

H. DIAGNÓSTICO HISTOPATOLÓGICO DE LA PLACENTA: (Anexo 9)

1. Placenta de II trimestre.
2. Corioanmionitis aguda.
3. Superficie fetal: membrana con polinucleares y fibrina.
4. Superficie materna: vellosidades coriales con proliferación de nudos sinciciales y con pérdida de la polaridad corangiosis.
5. Cordón umbilical: con 02 arterias y 01 vena sin alteraciones.

Análisis: en relación a la paciente.

1. En relación a la madre: Corioanmionitis aguda.
2. En relación al feto: Ninguna.

FECHA: 29/11/17

Paciente obtiene resultados de secreción vaginal, sin importancia farmacológica.

Examen microbiológico: cultivo de secreción vaginal.

Examen microscópico:

Solución salina: leucocitos 10-15, células epiteliales 3-4, hematíes 4-6

Gram: Bacilos gram negativos regular x campo.

Cultivo: Identificación de *Escherichae coli* (Anexo 10)

CAPITULO II

JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

La corioamnionitis es una patología propia de la gestación, se relaciona con numerosas complicaciones materno fetales que oscilan desde la prematuridad con todas sus implicaciones, displasia pulmonar, enterocolitis necrotizante, hasta la sepsis materna y neonatal que pueden conducir a la muerte de ambos. ^(1, 4, 13)

La Corioamnionitis Subclínica es un reto para su diagnóstico, ya que, no presenta signos ni síntomas y representa una complicación obstétrica frecuente del embarazo. Diversas pruebas serológicas y amnióticas que identifican la activación de las respuestas inmune e inflamatoria como consecuencia de la invasión microbiana a la cavidad amniótica, pueden indicar los estadios tempranos de los procesos infecciosos antes de las manifestaciones clínicas; son muy promisorias, pero su uso clínico es todavía controversial; constituyendo así, una importante causa de muerte perinatal y de secuela a largo plazo del recién nacido. Aunque sabemos que es multicausal, se presenta en mayor frecuencia en pacientes con antecedentes de infección urinaria, enfermedad inflamatoria pélvica (EPI) o infecciones vaginales recurrentes. ⁽²²⁾

Numerosas investigaciones sobre el parto pretérmino y la RPM pretérmino sugieren que durante el desarrollo de la infección intrauterina el feto puede responder con la producción intrauterina de una serie de marcadores inflamatorios, tales como citocinas (interleucinas 1, 6, 8 y factor de necrosis tumoral), factor de activación plaquetario, metaloproteasas y elastasas, que producen daño tisular fetal y que son los responsables, en definitiva, del síndrome de respuesta inflamatoria fetal (SRIF). Todos estos factores se elevan en el plasma del feto que desarrolla un SRIF, el cual puede afectar tanto a fetos pretérmino como a término, aunque estos últimos presentan un menor desarrollo de factores inflamatorios y morbilidad neonatal. ⁽²³⁾

Se estima que en el 50% de los casos de corioamnionitis se desarrolla un Síndrome de Respuesta Inflamatoria Fetal (SRIF), pero entre el 20 y 30% de los fetos con este síndrome tienen cultivos de líquido amniótico negativos. Ahora bien, el 80% de los mismos casos de corioamnionitis, cursan de forma asintomática, sólo el 15% de las pacientes presentan síntomas de APP y únicamente el 30% de las RPM pretérmino se asocian a un cuadro de corioamnionitis clínica. ^(24, 25)

Si bien es cierto, que el proceso fisiopatológico que precede al desarrollo de complicaciones neonatales, tradicionalmente atribuidas a la prematuridad, puede tener su origen antes del parto y podría explicar la asociación entre la presencia de un proceso inflamatorio intrauterino y el desarrollo de sepsis neonatal, distrés respiratorio, displasia broncopulmonar y lesiones de la sustancia blanca cerebral, en especial leucomalacia periventricular (LPV), que condiciona el posterior desarrollo de parálisis cerebral hasta en el 60-80% de los casos. ⁽²⁶⁻²⁸⁾

Asimismo, en el Perú, como miembro de la Naciones Unidas, en septiembre del 2015 adoptó compromisos importantes con el Programa de las Naciones Unidas para el desarrollo (PNUD) con el objetivo de cumplir con las 196 metas planteadas en los 17 objetivos de desarrollo sostenible, la salud es un componente muy importante en este compromiso; por ende, las políticas públicas, estrategias y acciones de intervención planteadas a través del Ministerio de Salud deben estar orientadas a fortalecer la prevención, detección y tratamiento de todas las patologías obstétricas que comprometan la salud de la madre y el producto de la concepción, para así, disminuir la morbimortalidad materno perinatal. ⁽²²⁾

Por lo que, con el fin de analizar los acontecimientos ocurridos durante la etapa prenatal y postnatal de la paciente, que tuvo como diagnóstico la corioamnionitis subclínica y, como complicación el óbito fetal, nos hemos visto en la necesidad de estudiar el caso a fondo, ya que no es frecuente la clínica en esta patología ni las complicaciones presentadas.

De esta manera, contribuimos con la comunidad científica acerca de un tema poco estudiado, porque muchas veces al no presentar clínica, se puede dar un diagnóstico errado a la causa inicial. Por ello, exhortamos a continuar con los aportes bajo evidencia científica, para así tener un mejor panorama sobre esta patología y así poder realizar un manejo adecuado, oportuno y precoz.

CAPITULO III

ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. ANTECEDENTES INTERNACIONALES:

Francia M., Galiano J., Madail A., estudio realizado en el año 2013, en Venezuela sobre “Corioamnionitis subclínica: correlación histológicamicrobiológica y morbilidad neonatal”, presentó como objetivo de determinar la existencia de corioamnionitis histológica en pacientes con ruptura prematura de membranas independientemente del tiempo de evolución y su asociación con la morbilidad neonatal; fue un estudio prospectivo, descriptivo y correlacional; donde participaron gestantes que tenían como diagnóstico clínico la ruptura prematura de membranas sin signos de infección amniótica atendidas en el servicio de obstetricia del Hospital de Miguel Pérez Carreño. Al término del estudio se obtuvo, el 37,1 % de las pacientes con corioamnionitis presentaron un tiempo de evolución de ruptura prematura de membranas menor a 8 horas, el 2,9 % cursó con ruptura prematura de membranas más allá de las 24 horas de evolución. Además, no hubo diferencia en las horas de RPM con respecto al desencadenamiento de la corioamnionitis ($P = 0,596$). El 97,1% de los cultivos de secreción endocervical en pacientes con corioamnionitis histológica fue positivo, aislando a la *Echerichia coli* (29,4 % de los casos). Finalmente, se concluye que independientemente del tiempo de evolución de ruptura prematura de membranas podemos encontrar corioamnionitis subclínica y que a su vez esto influye en la morbilidad neonatal. ⁽²⁷⁾

Rincón Ricote I., Magdaleno Dans F. et. al. en el año 2010, en España sobre “Corioamnionitis histológica y morbimortalidad neonatal: aproximación al síndrome de respuesta inflamatoria fetal”, se evaluó la relación entre el síndrome de respuesta inflamatoria fetal y el desarrollo de complicaciones neonatales. Estudio descriptivo y retrospectivo, realizado en el Hospital Universitario La Paz de Madrid, buscando una aproximación al SRIF desde la corioamnionitis histológica/funiculitis,

donde se muestreo a 35 gestaciones simples pretérmino, durante el primer semestre de 2008 con resultados de anatomía patológica de la placenta y anexos ovulares con diagnóstico de corioamnionitis histológica y/o funiculitis. Al término de la investigación, se obtuvo siete casos (20%) presentaban clínica sospechosa de infección intraamniótica, si bien en 28 gestantes (80%) existían factores de riesgo asociados al síndrome de respuesta inflamatoria fetal. Mortalidad perinatal en el grupo estudiado fue de 11,4% (4 casos). Sólo en 2 pacientes (5,7%) se pudo relacionar la muerte con el SRIF. En 28 recién nacidos (80%) se encontró algún tipo de patología, siendo la misma inherente a dicho síndrome en 17 casos (48,6%), destacando sepsis neonatal (40%), leucomalacia periventricular (14,3%) y displasia broncopulmonar (5,7%). Al concluir se comprueba el alto riesgo neonatal del SRIF. El conocimiento de esta condición, abre una serie de controversias diagnósticas y terapéuticas que obliga a una reevaluación de los protocolos actuales de manejo de la amenaza de parto pretérmino y la rotura prematura de membranas de pretérmino. ⁽²⁸⁾

MasMorey M., Aguera J., Campos J. en el año 2009, en España, presentaron el caso clínico “Muerte fetal intrauterina secundaria a infección por *Streptococcus agalactiae* y *Escherichia coli* en gestación gemelar”, el caso de una gestante de 33 años, con embarazo gemelar, con ecografía morfológica a las 20 semanas que no evidencia hallazgos patológicos, con resultado de test de O’Sullivan patológico a las 24 semanas por lo cual le diagnostican diabetes gestacional, recibiendo tratamiento de evolución favorable. A las 36 semanas se toma muestra vaginal y rectal para detectar SGB (*Streptococcus* del grupo B) y se realiza ecografía Doppler el cual indica que el índice de la pulsatibilidad de la arteria umbilical se encuentra normal, pero las biometrías de ambos fetos están ligeramente por debajo del límite inferior de lo normal por lo cual le solicitan un nuevo control después de 15 días. Los cultivos vaginal y rectal para el cribado del SGB resultan positivos y en la visita realizada a la gestante ella refiere no sentir movimientos fetales hace 24 horas, los latidos fetales son indetectables y se confirma muerte de ambos fetos por ecografía. Producido ya el parto, se realiza estudios anatomopatológicos a ambos fetos y

placenta detectándose colonización de SGB y *Escherichia coli* en la nariz, boca, cordón umbilical y parénquima pulmonar en ambos fetos, pero no en la placenta.
(29)

Morales Castro, M., Cancela, M. et. al., en el año 2006, en España, sobre “Corioamnionitis histológica en el recién nacido menor de 1.000 gramos. Incidencia y resultados perinatales”, la finalidad del estudio fue evaluar la incidencia de corioamnionitis clínica e histológica en los neonatos menores de 1.000 gramos y su correlación con los resultados perinatales. Estudio descriptivo prospectivo entre mayo de 2004 y abril de 2005. Donde la muestra incluye recién nacidos con un peso al nacer entre 500 y 1.000 g con estudio histopatológico de la placenta. Durante este periodo nacieron 52 menores de 1.000 g, se realiza estudio de la placenta en 44 (84,6%). El peso al nacer promedio fue de 822,3 g (DE 127 g); la edad gestacional promedio 26 semanas (DE 2 semanas). Presentaron trabajo de parto pretérmino 28 madres (63,6%) y rotura prematura de membranas 18 (40,9%). Se observó corioamnionitis histológica en 27 casos (61,4%); 12 pacientes (27,2%) presentaban corioamnionitis clínica. En 13 de los 27 casos de corioamnionitis histológica no se consignó ruptura de membranas ovulares. 75% de los casos con clínica de corioamnionitis presentaron, en el estudio histopatológico, corioamnionitis con respuesta fetal. En cinco casos se constató corioamnionitis histológica con respuesta fetal en ausencia de diagnóstico clínico. Se produjo muerte neonatal temprana en 15 (34,0%) y durante la internación en 23 (52,2%). Dos pacientes presentaron sepsis neonatal temprana (4,5%), y 11 sepsis clínica temprana (25,0%) que se asoció a corioamnionitis histológica (*p=0,02). Cinco pacientes presentaron enterocolitis necrotizante (11,3%). Se observó hemorragia intraventricular en 12 (27,2%), siete grados 3-4 (16,2%). En nueve pacientes se comprobó displasia broncopulmonar, que se asoció a corioamnionitis histológica con compromiso fetal (*p=0,01). Finalmente, se concluyó que la corioamnionitis histológica tiene elevada incidencia en la población estudiada, y en 44% de los casos se pudo comprobar que precede a la rotura de membranas. El diagnóstico clínico de corioamnionitis se correlaciona con la lesión histológica con baja sensibilidad y elevada especificidad.

Se trata de una lesión que con mayor frecuencia es clínicamente silenciosa y que se diagnostica por el patólogo luego del nacimiento. La sospecha clínica de infección ovular es altamente sugestiva de lesión histológica avanzada con respuesta fetal. La corioamnionitis histológica se asocia a trabajo de parto pretérmino y sepsis clínica temprana. Cuando hay respuesta fetal histológica en el estudio de la placenta, se asocia a broncodisplasia pulmonar y enterocolitis necrotizante. ⁽³⁾

Vilchez, M., Rey Garcia, H. en el año 1998, en Venezuela, sobre “Corioamniotitis subclínica en las amenazas del parto prematuro”, siendo la finalidad de determinar la incidencia de Corioamniotitis subclínicas en las amenazas de parto prematuro en todas las pacientes que acudieron al Departamento de Obstetricia y Ginecología del Hospital "Antonio María Pineda" de Barquisimeto, con diagnóstico de amenaza de parto prematuro, en el lapso agosto 1995 a enero de 1996. La muestra se obtuvo a través de una amniocentesis a las pacientes seleccionadas y cultivo del líquido amniótico en medios para aerobios, microaerobios y anaerobios. Se estudiaron un total de 38 pacientes, de las cuales 10 (26,3 por ciento) resultaron positivos, 7 (70 por ciento) fueron aerobios, mientras que 3 (30 por ciento) se identificaron como anaerobios. Entre los aerobios encontramos: *Staphylococcus aureus* (30 por ciento), *Hemofilus influenza* (10 por ciento), *Corinebacterium sp* (10 por ciento), el *Peptoestreptococcus* (30 por ciento). El grupo etario predominante se ubicó entre los 16-20 años y la edad gestacional más frecuente correspondió al grupo ubicado entre 33-36 semanas. La mayoría de las pacientes fueron multíparas (63,1 por ciento) y solteras (78,9 por ciento) (AU). ⁽³⁰⁾

3.2. ANTECEDENTES NACIONALES:

Miranda Flores, A., en el año 2016 en Perú, se realiza un estudio sobre “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”; en este estudio se demostró 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 pretérmino; fue un estudio no experimental, realizado en el Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima donde participaron las gestantes con rotura prematura de membranas pretérmino, entre enero y junio del 2013. Donde se obtuvo que 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. Finalmente, se concluyó que el nivel de proteína C-reativa fue más confiable que el recuento leucocitario materno en la predicción de corioamnionitis histológica en gestantes con rotura prematura de membranas pretérmino. ⁽³¹⁾

CAPITULO IV

DISCUSIÓN DE CASO CLÍNICO

Con el presente trabajo académico, queremos agregar nuevos aportes, previos a los conocimientos ya descritos por autores científicos, a la vez describir el manejo que se llevó a cabo dentro de un hospital de Lima, nivel II-2, apoyándonos en especialistas en el tema, bibliografías afines, guías de atención y antecedentes de estudios.

El caso descrito trata de una gestante de 25 años cursando su segundo embarazo, con fecha de última regla 09 de abril del 2017, con una talla de 150 centímetros, con peso pre gestacional de 50 kilogramos, un índice de masa corporal (IMC) pre gestacional de 22.22 encontrándose dentro de los parámetros normales, según la FAO/OMS, con una ganancia de peso de 3 kilogramos, con cuatro atenciones prenatales realizadas en un centro de salud I-3 y II-2. ⁽³⁵⁾

Durante los últimos años, hemos observado que la incidencia de corioamnionitis histológica subclínica es mucho más común en embarazos pretérminos, 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. Siendo estos corroborados por los diferentes estudios relacionados al caso expuesto anteriormente. ^(1,4, 10-11, 12-13)

Se han reportado estudios en Europa y Latinoamérica durante los últimos 20 años, donde la corioamnionitis subclínica tiene una relación directa con óbito fetal, siendo factor de riesgo predominante la infección genital (74,0%), teniendo una semejanza al caso expuesto, ya que la paciente en estudio presentó infecciones vaginales recurrentes, pero no tomado en cuenta en las guías nacionales vigentes de emergencias obstétricas. ^(5, 28-32, 33)

Las Guías de práctica clínica para la atención de emergencias obstétricas según nivel de capacidad resolutoria: guía técnica del Ministerio de Salud define etiológicamente a la Corioamnionitis como la infección producida principalmente por cualquiera de los gérmenes que se encuentran en la vagina, siendo este concordante con diversas fuentes bibliográficas; sin embargo, no describe la Corioamnionitis Subclínica, como un cuadro común y de dificultoso pronóstico, que se presenta con mucha más frecuencia y que debe ser diagnosticada de forma inmediata ya que este puede conllevar a episodios más complicados como el óbito fetal. ⁽⁵⁾

Teniendo en cuenta todos estos factores y, realizando la revisión del caso presentado, se observa que, en primera instancia, la anamnesis realizada a la paciente, no contribuyo con datos necesarios y relevantes para obtener información los factores de riesgos probables que podrían desencadenar complicaciones en el embarazo; teniendo en cuenta que había antecedentes de aborto incompleto (2015), no hay evidencia del cuestionamiento a la paciente sobre algún acontecimiento o infección previa o anterior al aborto.

Durante este periodo, donde la Norma Técnica de Salud: Atención Integral de Salud Materna N° 105, protocoliza los procedimientos para el primer control prenatal y, refiere la realización de la valoración ginecológica: examen de mamas y ginecológica, que incluye la toma de muestra cérvico-uterina (Papanicolau); no se evidencia la realización de este último procedimiento en los registros de la historia clínica, ni tampoco en el carnet perinatal; siendo evidente la ineficiente evaluación física por parte del profesional de salud, ya que al realizarse el procedimiento normado, se pudo evidenciar inicios de infección y realizar el tratamiento precoz y eficiente, sin esperar a un segundo control donde la paciente refiere las molestias vulvo-vaginales, iniciando tratamiento genérico, sin embargo, no hay referencias de la realización del Papanicolau en ninguno de los controles prenatales. ⁽³⁶⁾

Con este factor de riesgo fundamental y persistente al tratamiento protocolizado, las guías indican realizar el cultivo de secreción vaginal como parte de los exámenes auxiliares de apoyo al diagnóstico, a pesar de ello, este procedimiento se solicitó posterior al segundo control puerperal de la paciente, teniendo como resultado la *Escherichia coli*, siendo este uno de los agentes causales de infección intraamniótica sin rotura de membranas, siendo este apoyado por investigaciones en Europa y Venezuela, donde la *Escherichia coli* es el agente causal de la morbimortalidad perinatal en cada caso respectivamente. (14, 28, 30)

Si bien es cierto, en las Normas Técnicas y Guías vigentes del Ministerio de Salud, no existen protocolos donde se considere el cultivo de secreción vaginal como examen de rutina en la atención de control prenatal en los primeros niveles de atención y, por ende, el tratamiento etiológico de las enfermedades de transmisión sexual de manera más específica, si no como tratamiento sintomático donde muchas veces produce resistencia a los fármacos. (5)

En relación al cuadro clínico en este tipo de patologías, la literatura refiere ausencia de signos clínicos o ante la certeza microscópica de la infección o la inflamación en examen de placenta. Sin embargo, el protocolo de exámenes de laboratorio que nos indican las guías nacionales vigentes, evidencia pruebas rápidas que van a conllevar a un rápido diagnóstico, no obstante, durante los estudios realizados no se solicitó la prueba de proteína C reactiva que presenta una sensibilidad del 98.6%, como alto predictor de corioamnionitis subclínica, a comparación del recuento leucocitario, que se realizó en la paciente, donde no presento alteraciones inflamatorias. (2, 31)

Nuevas investigaciones en cuanto apoyo al diagnóstico nos reportan que, existe una asociación significativa de pacientes sin datos clínicos de Corioamnionitis con resultado de Procalcitonina $>0,5\text{ng/ml}$, lo cual orienta más aun para el diagnóstico de Corioamnionitis subclínica, alcanza 85,1% de manera precoz al 2do día; del mismo modo ocurre con las citoquinas proinflamatorias en líquido amniótico y suero materno, siendo

de gran utilidad en el diagnóstico precoz de la corioamnionitis histológica y en la prevención del parto pretérmino ^(26, 33)

En relación al manejo gineco-obstétrico, inicialmente se manejó como una Corioamnionitis, para dar comienzo al tratamiento profiláctico y, según las guías nos detallan que en un nivel de atención II-2, se debe iniciar con Ceftriaxona 1 gr EV cada 24 horas, Amikacina 500 mg cada 12 horas y Metronidazol 500 mg EV cada 8 horas, sin embargo, se administró solo Clindamicina 600 mg EV cada 8 horas, sin complementar con la Gentamicina 5 mg/kg peso EV cada 24 horas, sin pensar en cubrir los gérmenes más agresivos que podrían desencadenar una endometritis, sepsis puerperal o shock séptico. Finalmente, al no evidenciar signos de infección clínica ni tampoco en los exámenes hematológicos y de orina, el tratamiento inicial fue suspendido, posterior al legrado uterino realizado a la paciente. ^(5, 34)

Como resultado, de la revisión de la Guía nacional de Emergencias Obstétricas vigente y la evidencia científica recopilada en los últimos años, se puede decir que la corioamnionitis es la infección inespecífica de la cavidad amniótica, de sus anexos y eventualmente del feto (bolsas o membranas amnióticas), originada durante la gestación a partir de las 22 semanas o en el transcurso del parto; siendo de mayor incidencia los casos de corioamnionitis subclínica que puede desencadenar partos prematuros u óbito fetal. ⁽⁵⁾

Es importante recalcar, que la educación temprana en la identificación de signos de alarma y el tratamiento oportuno, desde el primer trimestre de embarazo, es fundamental para prevenir este tipo de patologías. Es ahí la importancia de la atención preconcepcional, donde se va a preparar física, psicológica y nutricionalmente para el proceso de gestación y; la psicoprofilaxis obstétrica, donde abarca toda el área toco-fisio-psicoterapéutico, incluyendo una preparación integral con información y educación, complementada con ejercicios gestacionales encaminados a mejorar el estado corporal y mental, contribuyendo así a la disminución de las complicaciones obstétricas pre y post natal, logrando así una maternidad saludable y segura. ^(37, 38)

Finalmente, el caso clínico presentado nos muestra lo importante que es realizar una adecuada atención prenatal, además de anticipar una atención preconcepcional eficaz y oportuna, ya que como especialistas tenemos la facultad de detectar los factores de riesgo que pueden conllevar a esta patología y, además realizar los exámenes de laboratorio que contribuyan al diagnóstico precoz y oportuno de los factores predictivos de la inflamación intraamniótica.

CAPITULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. CONCLUSIONES:

5.1.1. Los factores de riesgo predisponentes a la Corioamnionitis subclínica son: infección vaginal recurrente, aborto, infección urinaria, entre otras. Cabe mencionar que, en el presente caso, la paciente presentó estos tres factores importantes que no fueron tomados en cuenta antes y durante el control prenatal para un manejo y tratamiento oportuno.

5.1.2. Al diagnosticar Óbito fetal sin causa aparente, en el nosocomio donde ingresa la paciente, no se realiza el manejo adecuado según los protocolos y guías técnicas del Ministerio de Salud; si no es hasta después del alta, donde gracias a los exámenes complementarios, se pudo determinar que la causa del óbito fue Corioamnionitis subclínica.

5.1.3. La escasa evidencia clínica y científica suele orientar al personal de salud de manera errada, ya que, al no presentar sintomatología ni alteraciones hematológicas, pueden emplear el inadecuado manejo y muchas veces no tomarle importancia.

5.2. RECOMENDACIONES:

5.2.1. Implementar la toma de cultivo de secreción vaginal como un examen de rutina en aquellas gestantes con infecciones vaginales o con antecedente de infecciones vaginales persistente para un diagnóstico precoz y tratamiento oportuno de microorganismos asociados a la corioamnionitis.

- 5.2.2. El manejo de las normas técnicas vigente sobre emergencias obstétricas emitidas por el MINSA, evitará falencias en el tratamiento, y así, lograremos salvaguardar la vida de la madre y el producto de la concepción en el momento precoz y oportuno.
- 5.2.3. Implementar en todos los niveles de atención las actividades preconcepcionales, control prenatal eficaz y oportuno y la psicoprofilaxis obstétrica, con profesionales obstetras capacitados, para mejorar la calidad de atención a la madre, disminuyendo considerablemente los factores de riesgo y evitando así la morbimortalidad materno-perinatal.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Lee S. y col. The intensity of the fetal inflammatory response in intraamniotic inflammation with and without microbial invasion of the amniotic cavity. American Journal Obstet Gynecol. 2007; 197(296): 1-6. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17826426>
2. Arroyave Y, Puchana L, Ledezma H, Armero D, Bermudez J. Corioamnionitis: Un reto diagnóstico. Revista Facultad Ciencias de la Salud. 2013; 15(3): 17-24. Disponible en: <https://revistas.unicauca.edu.co/index.php/rfcs/article/view/48>
3. Moraes C. et al. Corioamnionitis histológica en el recién nacido menor de 1 000 gramos. Incidencia y resultados perinatales. Rev. Chil. Pediatr. 2008; 79(1): 98-104. Disponible en: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1024-06752008000100012
4. Espitia De La Hoz F. Diagnóstico y tratamiento de la corioamnionitis clínica. Rev. Colomb. Obstet. Ginecol. 2008; 59(3): 231-3. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcog/v59n3/v59n3a08.pdf>
5. Ministerio de Salud. Guías de Práctica Clínica para la Atención de Emergencias Obstétricas según nivel de capacidad resolutive 2007. Lima. 2007. [citado el 13 de junio del 2019]. Disponible en: http://bvs.minsa.gob.pe/local/IMP/852_IMP198.pdf
6. Ortiz U, Rebolledo A, Alvarado R. Correlación entre corioamnionitis histológica y clínica en pacientes con ruptura prematura de membranas mayor de 12 horas. Rev. Colomb. Obstet. Ginecol. 1999; 50(3): 139-143. Disponible en: <http://www.encolombia.com/obstetricia50399correlacion.htm>

7. Hillier S. y col. A case control study of chorioamnionitis infection and histologic chorioamnionitis in prematurity. *New Engl J. Med.* 1988; 319(15): 972-978. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3262199>
8. Von Ruecker A. The interaction of nutrition and the immune response: new approaches. *Forum Nutrition.* 2003; 56: 148-51. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15806839>
9. Cockwell H, Smith G. Cervical incompetence and the role of emergency cerclage. *Journal of Obstet Gynecol Can.* 2005; 27(2):123-9. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15937588>
10. Park C. y col. The involvement of human amnion in histologic chorioamnionitis is an indicator that a fetal and an intra-amniotic inflammatory response is more likely and severe: clinical implications. *US National Library of Medicine.* 2009; 30(1): 56-61. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4136806/>
11. Fahey J. Clinical management of intraamniotic infection and chorioamnionitis: a review of the literature. *Journal Midwifery & Women's Health.* 2008; 53:227-35. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18455097>
12. Wu H, Shen C, Wu Y, Yuh Y, Kua K. Subclinical histologic chorioamnionitis and related clinical and laboratory parameters in preterm deliveries. *Journal Pediatr Neonatol.* 2009; 50(5): 217-21. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19856865>
13. González G, Jordán I, Rodríguez J, Botet F, Figueras J. Patología neonatal en los menores de 1.500 gramos con relación al antecedente de corioamnionitis. *Anales de Pediatría.* 2002; 56(6):551-555. Disponible en: <https://www.analesdepediatria.org/es-patologia-neonatal-los-menores-1-500-articulo-resumen-S1695403302778636>

14. Goldenberg R, Hauth J, Andrews W. Intrauterine Infection and Preterm Delivery. The New England Journal Medicine. 2000; 342(20): 1500-1507. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10816189>
15. Hasbun J, Hasbun A. Infección y parto prematuro: Enlace epidemiológico y bioquímico. Rev Chil Infect. 2000; 17(1):7-17. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0716-10182000000100002
16. López D'Amato F. y col. Recomendaciones para el manejo de la rotura prematura de membranas. Rev. Hosp. Mat. Inf. Ramón Sardá. 2006; 25(4):172-177. Disponible en: http://www.sarda.org.ar/images/2006_Recomendaciones_para_el_manejo_de_la_rotura_prematura_de_membranas.pdf
17. Flenady V. y col. Major risk factors for stillbirth in high-income countries: A systematic review and meta-analysis. US National Library of Medicine. 2011; 377(9774):1331-40. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(10\)62233-7](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(10)62233-7)
18. Ramoniené G. Maternal obesity and obstetric outcomes in a tertiary referral center. US National Library of Medicine. 2017; 53(2):109- 13. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.medici.2017.03.003>
19. Frøen J. y col. Stillbirths: progress and unfinished business. US National Library of Medicine. 2016; 387(10018):574–86. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)00818-1](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00818-1)
20. Instituto Nacional de Estadística e Informática. La Mortalidad Perinatal. Perú. 2008. [citado el 13 de agosto del 2019]. Disponible en: <https://proyectos.inei.gob.pe/endes/endes2007/8.%20Mortalidad%20Infantil%20y%20En%20La%20Ni%C3%B1ez/8.4%20Mortalidad%20Perinatal.html>

21. Ministerio de Salud. Atlas de Mortalidad general del Perú 1986 – 2015. Perú. 2015. [citado el 21 de junio del 2019]. Disponible en: https://www.minsa.gob.pe/reunis/Mortalidad/tabla_causa.html
22. Ávila J. y col. Mortalidad Neonatal en el Perú y sus departamentos, 2011 – 2012. 2013. Dirección General de Epidemiología, 2013. 188 p. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/2745.pdf>
23. Becker J, Gómez R. Síndrome Inflamatorio Fetal. Rev Obstetricia y Medicina Materno-Fetal. 2007; 2007:597-9. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=724317>
24. Gómez R, Ghezzi F, Romero R. Two thirds of human fetuses with microbial invasion of the amniotic cavity have a detectable systemic cytokine response before birth. American Journal Obstet Gynecol. 1997; 176: S14-Z32. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4774647/>
25. Gómez R, Ghezzi F, Romero R, Muñoz H, Tolosa J, Rojas I. Premature labor and intrauterine infection: clinical aspects and role of the cytokines in diagnosis and pathophysiology. American Journal Obstet Gynecol. 1995; 2: 281-342. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7671540>
26. Buck C, Bundschu J, Gallati H, Bartmann P, Pohlandt F. Interleudin-6: a sensitive parameter for the early diagnosis of neonatal bacterial infection. Official Journal of the American Academy of Pediatrics. 1994; 93: 54-8. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8265324>
27. Francia M, Galiano J, Madail A. Corioamnionitis subclínica: correlación histológicamicrobiológica y morbilidad neonatal. Rev Obstet Ginecol Venez. 2013; 73(1):25-32. Disponible en: http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0048-77322013000100004

28. Rincón I, Magdaleno F, Sancha M, Omeñaca F, González A. Corioamnionitis histológica y morbimortalidad neonatal: aproximación al síndrome de respuesta inflamatoria fetal. Rev. Chil. Obstet. Ginecol. 2010; 75(3): 172-178. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262010000300005
29. Masmorey M, Aguera J, Campos E. Muerte fetal intrauterina secundaria a infección por *Streptococcus agalactiae* y *Escherichia coli* en gestación gemelar. [Clínica e investigación en ginecología y obstetricia](#). 2009; 36(1):28–30. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-clinica-e-investigacion-ginecologia-obstetricia-7-articulo-muerte-fetal-intrauterina-secundaria-infeccion-S0210573X08000099>
30. Vilchez M, Rey H. Corioamniotitis subclínica en las amenazas del parto prematuro. Revista científica en Ciencias de Saude. Vol. 14(3): 104-111. Disponible en: <https://www.worldcat.org/title/corioamniotitis-subclinica-en-las-amenazas-del-parto-prematuro/oclc/70020828#similar>
31. 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. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia. 2016; 62(4). Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322016000400006
32. Couto D, Nápoles D, García Y, Maceo M. Corioamnionitis y parto pretérmino: resultados perinatales en un trienio. Revista Médica de Santiago de Cuba. 2016; 20(12):6041. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=368448864006>
33. Torrez F, Morales L. Procalcitonina, como predictor subclínico de corioamnionitis. Gaceta Médica Boliviana. 2019; 42(1): 29-31. Disponible en: <http://www.scielo.org.bo/pdf/gmb/v42n1/v42n1a5.pdf>

34. Venegas N, Díaz A, Paredes A. Antibioticoterapia en corioamnionitis. Revista Obstetricia y Ginecología. 2013; 8(1): 49-54. Disponible en: http://www.maternoinfantil.org/archivos/smi_D615.pdf
35. Food and Agricultural Organization. Human Energy Requirements: Report of a Joint FAO/OMS/UNU Expert Consultation. Perú. 2001. [citado el 21 de agosto del 2019]. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322014000200009
36. Ministerio de Salud. Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud Materna. Perú. 2014. [citado el 23 de agosto del 2019]. Disponible en: http://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/04/964549/rm_827-2013-minsa.pdf
37. Ministerio de Salud. Guía Técnica para la Psicoprofilaxis Obstétrica y Estimulación Prenatal. Perú. 2011. [citado el 27 de agosto del 2019]. Disponible en: http://www.diresacusco.gob.pe/salud_individual/dais/materno/NORMAS%20RTN/03/RM361-2011%20-%20PSICOPROFILAXIS%20OBSTETRICA%20Y%20ESTIMULACION%20PRENATAL.pdf
38. Solis H, Morales S. Impacto de la Psicoprofilaxis Obstétrica en la reducción de la morbilidad y mortalidad materna y perinatal. Rev. Horiz. Med. 2012; 12(2): 49 – 52. Disponible en: https://medicina.usmp.edu.pe/medicina/horizonte/2012_2/Art8_Vol12_N2.pdf

ANEXOS

Cuadro 3.6 Mortalidad perinatal por características seleccionadas

Número de mortinatos y muertes neonatales tempranas; y tasa de mortalidad perinatal para el período de 5 años antes de la encuesta (fecha central de agosto 2005), según características seleccionadas, Perú 2007-2008.

Características seleccionadas	Número de mortinatos 1/	Número de muertes neonatales tempranas 2/	Tasa de mortalidad perinatal 3/	Número de embarazos de 7 o más meses de duración
Edad de la madre al nacimiento				
<20	18	10	22	1 240
20-29	31	26	13	4 300
30-39	39	20	23	2 652
40-49	15	3	45	411
Intervalo con el embarazo previo en meses				
Primer embarazo	35	15	19	2 606
<15	1	10	33	332
15-26	16	13	21	1 328
27-38	8	5	11	1 199
39+	44	17	20	3 139
Área de residencia				
Urbana	53	27	16	5 156
Rural	50	33	24	3 447
Región natural				
Lima Metropolitana	18	5	13	1 773
Resto Costa	21	15	18	1 988
Sierra	44	30	21	3 531
Selva	21	10	24	1 311
Educación de la madre				
Sin educación	15	3	47	388
Primaria	42	29	23	3 015
Secundaria	28	20	14	3 359
Superior	19	8	15	1 840
Quintil de riqueza				
Quintil inferior	21	11	30	1 083
Segundo quintil	32	22	25	2 205
Quintil intermedio	18	11	14	2 062
Quarto quintil	11	14	16	1 503
Quintil superior	21	2	13	1 749
Total	104	60	19	8 602

1/ Mortinatos: muertes fetales en embarazos de 7 ó más meses de duración.

2/ Muertes neonatales tempranas son aquellas que ocurren durante los primeros siete días (0-6 días completos), entre niños nacidos vivos.

3/ La suma del número de mortinatos y muertes neonatales tempranas dividida por el número de embarazos de siete o más meses de duración.



"AÑO DEL BUEN SERVICIO AL CIUDADANO"

FORMULARIO UNICO DE TRAMITE (FUT)

(1) Sumilla: SOLICITO COPIA FEDATEADA DE HISTORIA CLINICA



02 FEB. 2018

Señor (a)

DIRECTOR DEL HOSPITAL DE CHANCA Y SERVICIOS BASICOS DE SALUD

(2) Destinatario

Sanchez aranda zaida Selene

(3) Datos del usuario (Apellidos y Nombres)

P. Juan Swan Velasco Alvarado # 1 etapa M2. 0 Lt 2

(4) Domicilio del usuario (Calle-Urb. Avda.)

73135594

(5) Documento Nacional de Identidad DNI

chanca - hual

Distrito - Provincia

(6) Pedido del Usuario (marca con una (x))

Constancia Atención

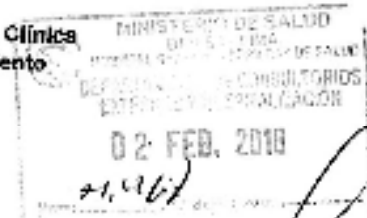
Informe Médico

Certificado de Salud

Copia Fedateada Historia Clínica

Copia Simple Historia Clínica

Constancia de Nacimiento



(7) Fundamentos del pedido:

SOLICITO COPIA FEDATEADA DE HISTORIA CLINICA

de mi hermana Sanchez aranda katerin Fioreta

(8) Teléfono de referencia:

(9) Anexos (Documentos que adjuntan):

COPIAS DE D.N.I.

(10) Fecha: Chanca, 02 de febrero del 2018

(11) Firma

D.N.I. Nº 73135594

ANEXO 02: SOLICITUD DE COPIA DE FEDATEADA DE HISTORIA CLÍNICA

MES: SEPTIEMBRE DE HOJA: 11

Nº - HC: 59394

Apellidos y Nombres: Sanchez Anaconda Katiana Establecimiento: Hospital de Chiriquí

Estad. Civil: Unión Libre Tipo Seguro: Seguro Código Afiliación Seguro: 515

Dir. Dirección: PPH Juan Velasco Alvarado 8 etapa Ocupación: SLC Edad: 28

Localidad: Chiriquí Cód. Sector: 12612 Estudios: Análisis Física Químico Radiológico Superior No Univ. Afiliado

Departamento: CHIRIQUÍ Provincia: CHIRIQUÍ Estado Civil: Casado Soltero Viudo Otro

Distrito: CHIRIQUÍ Padre RN: Luzmila Hernández Tallo

Teléfono: 99262730 Correo electrónico: katia280@gmail.com

Antecedentes Obstétricos

Gestos: 0 o + < 2500 g Múltiple < 37 sem.

Partos: Abortos Vaginales Cesáreas Nacidos vivos Muerto - 1ra semana Muerto - 2da semana Muerto - 3ra semana

RN de mayor peso: 3.8 g

Gestación Anterior

Fecha: 08/12/2011 Terminación: Desluzo Aborto Cesárea Aborto total No aplica

Si fue aborto: Tipo de Aborto: Espontáneo Químico Fisiológico Otro

Lactancia Materna: No aplica 0 meses 1-3 meses 4-6 meses 7-9 meses 10-12 meses Más de 1 año No aplica

Captada: Sí No Retenido: Sí No

Antecedentes Familiares

Miocardio Alzheim Enf. Hipertón. Erb Esclerós Diabetes Enf. Congénita Erb. Múltiple Malaria Hipertensión Arterial Hicetirobiano Neoplasia TBC Pulmonar Otras

Antecedentes Personales

Miocardio Abuso habitual/alcoholismo Alcoholismo Alergia a medicamentos Violencia Asma Hemofilia Cardiopatía Grupo PMA - Uterina Diabetes Edematos Enfem. Congénitas Enfem. Infecciosas Epilepsia Hemorra. Postparto Hipertensión Arterial Cáncer Infertilidad Neoplasias Otros Drogas Parto prolong Pre-eclampsia Prematuro Rotura placenta Tumor TBC Pulmonar Trastorn. mentales VIH/SIDA Otras

Vac. Previas

Rubéola Sí No Hepatitis B Sí No Polio Sí No Virus Sí No Fiebre Amarela Sí No

Peso y Talla

Peso Habitual: 48 kg Talla: 150 cm

Antibióticos

Nº Dosis: 1 Dosis: 12/3/10 Sin efectos No aplica

Tipo de Sangre

Grupo: A B AB O Rh: Rh (+) Rh (-)

Fuma

No Sí

Drugs

No Sí

Fecha Última Menstruación

FUM: 08/12/2011 Duda: Sí No

EG (Ecografía): 12 w 19 Fecha: 21/1/12

Fecha Probable de Parto: 16/01/2012

Hospitalización

Hospitalización: Sí No

Fecha: / / Diagnóstico: / /

Emergencia

Fecha: / / Diagnóstico: / /

Violencia / género

Ficha Tamizaje: Sí No Violencia: Sí No Fecha: 06/03/2012

Exámenes de Laboratorio

Hemoglobina 1: 13.2 Hemoglobina 2: Hemog. al Alta:

Glicemia 1: Glicemia 2:

VORLAPS 1: VORLAPS 2:

Prueba Rip. 1: Prueba Rip. 2:

Examen Físico

Clinico: Normal Patológico Mamas: Normal Patológico Cuello: Normal Patológico Uterino: Normal Patológico Pelvis: Normal Patológico Genit.: Normal Patológico

Exámenes de Laboratorio (Detalle)

Fecha: 21/01/12

IF / Western Blot: RTU 1: TORCH: Gota Grossa: Malaria (Papan. Kap): Papan. Malaria: Ex. Coproc. Orina: Leucocitosis: HIN: Urocultivo: BK en Esp. Urin.: Eubacter: Tumbale: Hepatitis B:

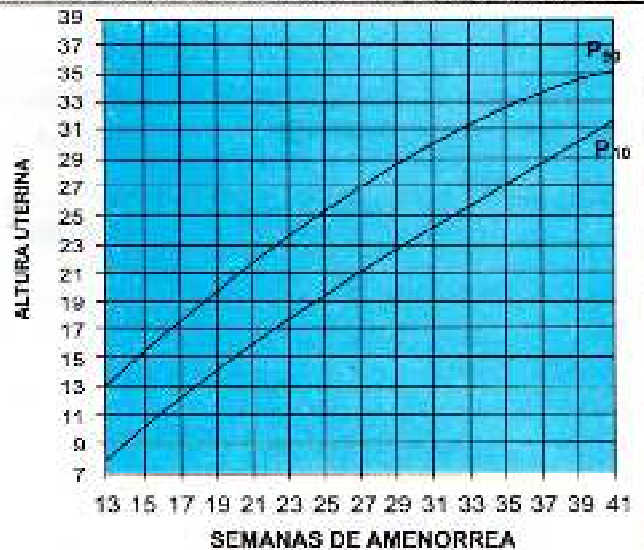
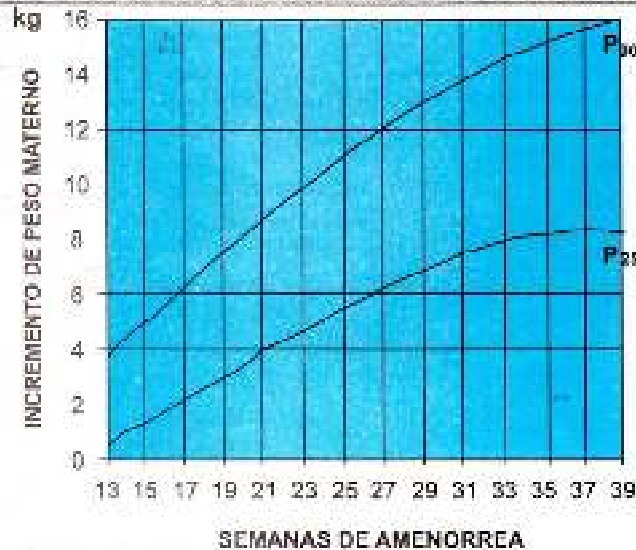
Normal Anormal No se aplicó No aplica

RENAL: NUTRICIÓN: ECOGRAFÍA: RNT:

ANEXO 03: CARNET PERINATAL DE CONTROL DE GESTACIÓN

ATENCIÓNES PRENATALES	ATENCIÓN 1	ATENCIÓN 2	ATENCIÓN 3	ATENCIÓN 4	ATENCIÓN 5	ATENCIÓN 6	ATENCIÓN 7	ATENCIÓN 8	ATENCIÓN 9
Fecha y hora atención (año/día/hora)	6/12/12: 11:00	7/12/12: 11:00	8/12/12: 11:00	31/12/12: 11:00	11:00	11:00	11:00	11:00	11:00
Edad Gest. (semanas)	12 1/2	17 Sem	21 1/2	25 1/2					
Peso madre (kg)	48	49	49	51 kg					
Temperatura (°C)	36.6	36	36.7	36.8					
Presión arter. (mm.Hg)	100/60	100/60	100/60	90/50					
Fulao/maduro (por año)	28	26	26	26					
Altura Uterina (cm)	10cm	14cm	23cm	24cm					
Situación (LITNA)	1	1	3	1					
Presentación (OPMA)	N	N	N	N					
Posición (MHA)	0	0	0	0					
F.C.F. (par/min)	NA	150	145	148					
Mov. fetal (+/-/---/---)	++	++	+	++					
Proteína C reactiva (+/-/---/---)	NAH	NSH	NSH	NEG					
Edema (+/-/---/---)	++	++	++	++					
Reflejo Ostentinoso (+/-/---/---)	-	+	+	+					
Examen de Papanicolaou (+/-/---/---)	+	+	-	-					
Indic. Eléctrico (Ag. Folicos) (antes o igual a 16 sem)	AF1	SF1	SF2	SF2					
Indic. Calcio (antes o igual a 28 sem)	-	-	-	-					
Indic. Ac. Fólico (antes o igual a 16 sem)	-	-	-	-					
Diagn. Congen. (PETS) (antes o igual a 16 sem)	Ant=	Ant=	Ant=	Ant=					
EG de ECG Control (Semana de inicio)	-	-	-	-					
Perfil Bioquímico (a, a, a, a, de 18, 20, 24, 28)	-	-	-	-					
Cita (a/m/d)	7/2/12	9/2/12	4/10/12	2/1/13					
Visita domicil. (personas)	1	-	-	-					
Plan Parto (control de riesgo de parto)	1	-	-	-					
Estab. de la atención				Univ					
Responsable atención	CS AMBAR		Alc	Com					
Nro Formato SIS			3012	3012					

L= Longitudinal T=Transversa C= Cervical P= Pélvica D= Derecha I= Izquierda SM= Sin Movimiento SE= Sin Edema NA= No Aplica NSH= No se Hizo



Patologías Maternas (CIE 10) Diagnosticadas

Sin patologías Fecha: / /

1. _____ / /

2. _____ / /

3. _____ / /

Otras patologías (CIE 10):

1: [][][][][]

2: [][][][][]

Referencia - Consulta Externa Si No No Aplica Fecha: / /

Referencia - Emergencia Si No No Aplica Fecha: / /

Referencia - Apoyo al Diagnóst. Si No No Aplica Fecha: / /

Estab. Trat: _____

Estab. Trat: _____

Estab. Trat: _____

PSICOPROFILAXIS ESTIMULACIÓN PRENATAL PLAN DE PARTO Si No No Aplica ALCUJADA EN CASA DE ESPERA Si No No Aplica

CENTRO ECOGRAFICO HUACHO

DR. MARIO PRIETO GARCÍA

Urbanización San Pedro F-11

ECOGRAFIA TRANSVAGINAL - OBSTETRICA - DOPPLER
MORFOLOGICA - GENETICA - 3D - 4D - MAMAS CON ELASTOGRAFIA

HORARIO: DE LUNES A SABADO DE 8 a.m. A 8 p.m.

Fecha: 7/07/17

Paciente: SANCHEZ ARANDA KATERIN

Edad: 24 años

F.U.R.N.: 09/04/17

Ind.:

ECOGRAFIA GENETICA

FETO: Único activo, longitudinal póssico variable al examen.

Hueso nasal: Presente

Translucencia nucal: 1.2mm

Triangulo naso palatino: Formado

Actividad cardiaca presente. LCF.: 160por minuto.

DBP: 18.3mm. I.F.: 6.7mm.

Perimetro cefálico: 70.5mm.

Perimetro abdominal: 53.4mm.

Ponderado fetal: 55grs. +/- 8 grs. P 12

L.C.N: 60.7mm.

PLACENTA: Corporal Posterior
LÍQUIDO AMNIOTICO: Normal
CORDÓN UMBILICAL: 1 vena 2 arterias

Grosor: 14.5mm

Pozo mayor: 43mm.

DOPPLER ARTERIA UTERINA:	IP:
Derecha	1.36
Izquierda	1.70
PM	1.53
Ductus Venoso: OVF NORMAL	0.92



CONCLUSION:

- GESTACION UNICA ACTIVA DE 12 SEMANAS 3 DIAS POR BIOMETRIA FETAL
- PLACENTA GRADO "0".


Dr. Mario Prieto García
C.M.P. 18834 R.N.E. 907
MÉDICO GINECO OBSTETRA

CENTRO ECOGRAFICO HUACHO

DR. MARIO PRIETO GARCIA

Urbanización San Pedro B-11

ECOGRAFIA TRANSVAGINAL - OBSTETRICA - DOPPLER
MORFOLOGICA - GENETICA - 3D - 4D - MAMAS CON ELASTOGRAFIA

HORARIO: DE LUNES A SABADO DE 8 a.m. A 8 p.m.

Fecha: 22/08/17

Paciente: SANCHEZ ARANDA KATERIN

Edad: 25 años

F.U.R.N.:

Ind.:

ECOGRAFIA OBSTETRICA - MORFOLOGICA

FETO: Único, activo, longitudinal cefálico derecho al examen.

Genital: Femenino

Actividad cardíaca presente, LCF: 141 por minuto.

DBP: 43.4mm. IF: 27.1mm.

Perímetro cefálico: 159mm.

Perímetro abdominal: 137.7mm.

Ponderado fetal: 256grs. +/- 37 grs. (P 39)

Cabeza: 3er. y 4to. Ventrículo simétrico. Plexos coroideos presentes. Cisterna magna de 4.8mm., cuerpo calloso presente. Tálamos normales. Diámetro transverso del cerebelo 19.4mm. Atrio ventricular 8.9mm. Hueso nasal presente. Labios completos. Columna vertebral normal.

Miembros superiores e inferiores normales.

Corazón: cuatro cavidades. Diafragma íntegro.

Pulmones normales. No se aprecia movimientos pulmonares al examen.

Riñones presentes normales.

Se aprecia pequeñas asas intestinales.

Cordón umbilical normal, 1 vena 2 arterias.

Tono: manos en puño, flexo extensión de miembros superiores e inferiores.

Doppler	IP
Arteria Umbilical:	1.48 (< p 95)
Arteria uterina Der. Abd.:	0.74
Arteria uterina Izq. Abd.:	0.84
PM	0.79 (< p 95)

PLACENTA: Corporal Posterior.

Grosor de 24 mm.

LÍQUIDO AMNIOTICO: Normal

Pozo mayor: 40.5mm.

CONCLUSION:

* GESTACION UNICA ACTIVA DE 18 SEMANAS 6 DIAS POR BIOMETRIA FETAL.

* PLACENTA GRADO I


Dr. Mario Prieto Garcia
M.P. 18834 R.N.E. 9527
MÉDICO GINECO OBSTETRA

ANEXO 05: ECOGRAFÍA OBSTÉTRICA MORFOLÓGICA DE 18 6/7 SEMANAS DE GESTACIÓN

ECOGRAFIA OBSTETRICA

AP. PATERNO: Sánchez EDAD: 25 H.C. 59599
 AP. MATERNO: Aranda CONDICION DE FACTURACION:
 NOMBRES: Katerin S/S f NO S/S
 SERVICIO DE PROCEDENCIA: Emergencia Obstetrica
 FECHA: 12/01/17 HORA: 04:00

FETO: POSICION
 SITUACION
 PRESENTACION


DBP: 50.8 mm... CA: 19.2 mm... LCN:
 C.C. 21.2 LF: 30.3 mm... 83

- ACTIVIDAD CARDIACA
- MOVIMIENTOS FETALES
- MOVIMIENTO RESPIRATORIO
- TONO FETAL
- MORFOLOGIA FETAL
- PLACENTA: Grado Capul poster qto 7
- Ubicación
- Grosor
- LIQUIDO AMNIOTICO
- PONDERADO FETAL

06 FEB
 Dr. Walter V. Cruz Alvarez
 FISIOTERAPEUTA SUPLENTE
 GJED 02110

OBSERVACIONES:

CONCLUSION: Gestación NO Activa de 23 ss 5 d.
por Biometria fetal.


 FIRMADA POR: Walter V. Cruz Alvarez

FIRMA DEL MEDICO
 C.M.P.

ANEXO 06: ECOGRAFÍA OBSTÉTRICA DE GESTACIÓN NO ACTIVA DE 23 5/7 SEMANAS POR BIOMETRIA FETAL



ECOGRAFIA TRANSVAGINAL

					Rec. Nro. 99
Apellido Paterno	Apellido Materno	N o m b r e s	Sexo	E d a d	N° de HCL
SANCHEZ	ARANDA	KATERIN	F	25a	59599
Servicio de Procedencia		N° de Boleta	Condición de Facturación		
GINECOLOGIA		177606	SIS		

VEJIGA : VACUA

ÚTERO : AVF DE 80X33XMM DE BORDES REGULARES.

PARÉNQUIMA: HETROGÉNEO PRESENCIA DE IMAGEN NODULAR HIPOECOGÉNICA DE 11MM A NIVEL DE CERVIX

ENDOMETRIO: 5.6MM

OVARIOS:

- DERECHO: 25X18MM CON 8 FOLICULOS EN SU INTERIOR
- IZQUIERDO: 22X16MM CON 4 FOLICULOS EN SU INTERIOR

FONDO DE SACO DE DOUGLAS LIBRE

OBSERVACIONES:

CONCLUSIONES:

- MIOMA CERVICAL



Maria Elena Espino Pérez
GINECOLOGA OBSTETRA
C.M.P. 31466 RNE: 14998

ANEXO 08: CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN FETAL

MINISTERIO DE SALUD
Promoviendo que vivamos en mejores condiciones

CON ESTE DOCUMENTO SE DEBE SOLICITAR DE INMEDIATO LA AUTORIZACION DE ENTIERRO A LA OFICINA DE REGISTRO CIVIL DEL DISTRITO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN FETAL.

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN FETAL

El feto o producto de la gestación que se ha expulsado o extraído es de sexo masculino y su peso es de 1600 gramos.

La madre o la mujer que lo ha expulsado o extraído es casada y su nombre es Katerin M. FURELM SANCHEZ ARANDA.

El parto ocurrió el día 13 de septiembre de 2013 a las 13:00 horas en la ciudad de Chonccay.

El nombre y apellidos del padre es KATTY MENA QUISEP LUZA del Distrito de Chonccay Provincia de Huancavelica.

El lugar y fecha de nacimiento es Chonccay 13/11/1974.

El número de registro es 54766.

El médico que certifica la defunción es [Firma] y el personal de salud que la atiende es [Firma].

INFORME ESTADÍSTICO DE LA DEFUNCIÓN FETAL (Sólo para uso estadístico)

OFICINA DE REGISTRO CIVIL AUTORIZADO PARA ENTIERRO

Provincia: _____ Distrito: _____

Oficina de Registro Civil del: _____

Declaración de N°: _____ Fecha de recepción: _____

Este informe debe ser llenado por el médico que certifica la defunción y el personal de salud que la atiende o constará y en ausencia de éste, por el Registrador o otro funcionario autorizado.

DATOS DEL FETO

1. SEXO DEL FETO Hombre <input type="checkbox"/> 1 Mujer <input checked="" type="checkbox"/> 2 Ignorado <input type="checkbox"/> 3	2. FECHA DE LA EXPULSION O EXTRACCION DEL FETO <u>13/09/13</u> Día Mes Año	3. PERIODO DE GESTACION No Semanas <u>129</u> Ignorado <input type="checkbox"/> 0	4. PESO DEL FETO <u>1600</u> Gramos No se pesó <input type="checkbox"/> 1	5. SI EL PARTO ES MULTIPLE Primer gemelo <input type="checkbox"/> 1 Segundo gemelo <input type="checkbox"/> 2 Otro tipo múltiple <input type="checkbox"/> 3
---	--	---	---	--

DATOS DEL PARTO

6. ATENCIÓN PARTO Médico <input type="checkbox"/> Obstetrica <input type="checkbox"/> Otro profesional de salud (Enfermera, Ocnólogo, etc.) <input type="checkbox"/> Personal técnico o auxiliar de salud (Subjenc. Aux. de enfermería, etc.) <input type="checkbox"/> Parto espontáneo <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Ignorado <input type="checkbox"/>	7. SITIO DE OCURRENCIA Hospital o consultorio <input checked="" type="checkbox"/> 1 Dentro de casa <input type="checkbox"/> 2 Calle <input type="checkbox"/> 3 Otro <input type="checkbox"/> 4 Ignorado <input type="checkbox"/> 5	8. SITIO DE OCURRENCIA Departamento <u>LEMA</u> Provincia <u>LEMA</u> Distrito <u>HUANCAVAL</u> Localidad <u>CHONCCAY</u> Otro <input type="checkbox"/>	9. TIPO DE PARTO Normal <input type="checkbox"/> 1 Maltrato <input type="checkbox"/> 2 Intrauterino <input type="checkbox"/> 3 Anormal <input checked="" type="checkbox"/> 4
---	---	--	--

10. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN FETAL (Para ser llenado exclusivamente por el médico)

a) Attribuida al feto: PRESUNTA CORIOAMNIONITIS SUBCLINICA

b) Attribuida a la madre: _____

DECLARACION JURADA DE REGISTRO DE LA DEFUNCION FETAL

PADRE * Nombres y Apellidos _____
 MADRE * Nombres y Apellidos _____
 DECLARANTE * Nombres y Apellidos _____
 Domicilio: _____
 Documento de Identidad: _____ Firma de declarante: _____

Continúa →

DATOS DE LA MADRE

<p>11. EDAD</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 25 años cumplidos</p>	<p>12. RESIDENCIA (ACTUAL)</p> <p>Departamento: <u>Lima.</u></p> <p>Provincia: <u>Huancal</u></p> <p>Distrito: <u>Chonccay.</u></p> <p>Localidad: <u>chonccay</u></p> <p>Ignorado <input type="checkbox"/> 3</p>	<p>13. ESTADO CONYUGAL O MARITAL</p> <p>Conyugue <input checked="" type="checkbox"/> 1</p> <p>Casado <input type="checkbox"/> 2</p> <p>Vida <input type="checkbox"/> 3</p> <p>Divorciada <input type="checkbox"/> 4</p> <p>Separada <input type="checkbox"/> 5</p> <p>Enferm <input type="checkbox"/> 6</p> <p>Ignorado <input type="checkbox"/> 8</p>
<p>14. ¿SABE LEER Y ESCRIBIR?</p> <p>Si <input checked="" type="checkbox"/> 1</p> <p>No <input type="checkbox"/> 2</p> <p>Ignorado <input type="checkbox"/> 3</p>	<p>15. NIVEL DE INSTRUCCION</p> <p>Ningun nivel <input type="checkbox"/> 0</p> <p>Primaria incompleta <input type="checkbox"/> 1</p> <p>Primaria completa <input type="checkbox"/> 2</p> <p>Secundaria incompleta <input type="checkbox"/> 3</p> <p>Secundaria completa <input type="checkbox"/> 4</p> <p>Superior incompleta <input type="checkbox"/> 5</p> <p>Superior completa <input checked="" type="checkbox"/> 6</p> <p>Ignorado <input type="checkbox"/> 9</p>	<p>16. EMBARZOS E HIJOS</p> <p>Número de hijos nacidos vivos <input type="checkbox"/> 8.1</p> <p>Número de hijos nacidos vivos que fallecieron <input type="checkbox"/> 8.2</p> <p>Número de abortos y de nacidos muertos, incluido el actual <input type="checkbox"/> 9</p> <p>Total de embarazos <input type="checkbox"/> 9.1</p> <p>Ignorado <input type="checkbox"/> 9.2</p>

17. PERSONA QUE LLENO ESTE FORMULARIO (Si la persona que atendió el parto es una mamá que firmó el formulario, deje en blanco la pregunta 18)

Nombres y Apellidos: Kathy Nenna Quipe Luza Cargo: MEDICO

Dirección: Jr. Manuel del Pino 651 - Urb. Santa Rosa Lima Firma: KATHY N. QUIPE LUZA

18. PERSONA QUE ATENDIO EL PARTO

Nombres y Apellidos: Kathy Nenna Quipe Luza Dirección: Jr. Manuel del Pino 651 - Urb. Santa Rosa Lima

ANEXO 09: DIAGNÓSTICO HISTOPATOLÓGICO DE LA PLACENTA

RESULTADO DE ANATOMIA PATOLOGICA

SALA: GINECOLOGIA. Nº 17-1292.

NOMBRES: SANCHEZ ARANDA KATERIN.

EDAD: 25 años.

I.H.C.C: 69599.

INDICACIÓN: Dra. Kathy Quispe Luza.

MUESTRA REMITIDA: Placenta.

DESCRIPCION MACROSCOPICA:

- Fijado en formal es toda placenta y anexos que pesan 320gr. Disco placentario mide 12.8x11x4cm. Superficie fetal: Cordon umbilical mide 44x1.5cm, de inserción para-central con 02 arterias y 01 vena membranas incompletas y opacas. Superficie Materna: Colindones incompletos a las laminaciones estroma rojo vivo. SIMR. 03 C.

DIAGNOSTICO HISTOPATOLOGICO:

DX. PLACENTA: ESPECIMEN.

- ❖ PLACENTA DEL II TRIMESTRE.
- ❖ **CORIOAMNIONITIS AGUDA.**
- ❖ SUPERFICIE FETAL: MEMBRANA CON POLINUSPEARES Y FIBRINA.
- ❖ SUPERFICIE MATERNA: VELLOSIDADES CORIALES CON PROLIFERACION DE NUDOS SINCICIALES Y CON PERDIDA DE LA POLARIDAD CORANGIOSIS.
- ❖ CORDON UMBILICAL: CON 02 ARTERIAS Y 01 VENA SIN ALTERACIONES.

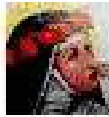
CHANCAY, 06 FEB 2017

Dra. Wilhel V. Otero Alvarez

GOBIERNO REGIONAL DE TUMBES
DIRECCION REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL DE CHANCAY Y SAS

Dra. Jessica Talavera / Patricia Sallapa
Médico Anatómico Patológico
C.M.P. N° 40833

JMS/cgc.
CHANCAY, 29 DE OCTUBRE DEL 2017.



DATOS DEL PACIENTE

Apellidos y Nombres : SANCHEZ ARANDA KATHERIN

Edad : 25 AÑOS

DATOS DE LA MUESTRA

Fecha de Toma de Muestra : 29/11/2017 Muestra obtenida por : TÉ. OLGA

Fecha Resultado del análisis : 04/12/2017

MEDICO SOLICITANTE : PARTICULAR

EXAMEN MICROBIOLÓGICO : CULTIVO DE SECRECIONES

Exámenes / Realizados Resultado Actual

Muestra : Secreción vaginal

I. EXAMEN MICROSCOPICO

SOLUCION SALINA : Leucocitos 10-15, células epiteliales 3-4, hemates 4-6

Gram : Bacilos gram negativos regulares.

II. CULTIVO

IDENTIFICACION : Escherichae coli

III. ANTILOGRAMA

MEDICAMENTOS	SENSIBLE	INTERMEDIO	RESISTENTE
CIPROFLOXACIN		X	
CLORAMFENICOL	X		
SENTAMICIN	X		
CEFTRIAJONA	X		
CEFOTAXIME	X		
NITROFURANTOINA	X		
DEPAQLOR	X		

Dr. M. Elena Góngora
LA TECNICA DEL MEDICO
CIP- 3008

INFORME DE ORIGINALIDAD

15%

INDICE DE SIMILITUD

15%

FUENTES DE
INTERNET

0%

PUBLICACIONES

5%

TRABAJOS DEL
ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1

scielo.sld.cu

Fuente de Internet

5%

2

www.scielo.org.ve

Fuente de Internet

4%

3

repositorio.uwiener.edu.pe

Fuente de Internet

3%

4

www.worldcat.org

Fuente de Internet

2%

5

encuestas.inei.gob.pe

Fuente de Internet

2%

Excluir citas

Activo

Excluir coincidencias

< 2%

Excluir bibliografía

Activo