



UNIVERSIDAD JOSÉ CARLOS MARIÁTEGUI

VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN

ESCUELA DE POSGRADO

SEGUNDA ESPECIALIDAD EN OBSTETRICIA

TRABAJO ACADÉMICO

“CORIOAMNIONITIS EN GESTANTE CON RPM

PROLONGADO PRETÉRMINO EN HOSPITAL NIVEL III-1,

LIMA 2019”

PRESENTADO POR

SARITA GRISELLA PUELLES VILLAFANA

ASESOR

DRA. MARLENE MAGALLANES CORIMANYA

PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN

OBSTETRICIA CON MENCIÓN EN EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS,

ALTO RIESGO Y CUIDADOS CRITICOS MATERNOS

MOQUEGUA - PERÚ

2022

ÍNDICE

DEDICATORIA	iii
AGRADECIMIENTOS	iv
CAPÍTULO I	10
PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN	10
1.1 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA	10
1.2 JUSTIFICACIÓN	11
1.3 MARCO TEÓRICO	12
1.3.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN	12
1.3.1.1 ANTECEDENTES INTERNACIONALES	12
1.3.1.2 ANTECEDENTES NACIONALES	13
1.3.2 MARCO TEÓRICO: CORIOAMNIONITIS Y RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS	14
1.3.2.5 DEFINICIÓN DE CORIOAMNIONITIS	17
1.3.2.6 INCIDENCIA DE CORIOAMNIONITIS	17
1.3.2.8 FACTORES DE RIESGO DE LA CORIOAMNIONITIS	19
1.3.2.9 DIAGNÓSTICO DE LA CORIOAMNIONITIS	19
1.3.3 MANEJO DE LA CORIOAMNIONITIS	20
CAPÍTULO II	23
CASO CLÍNICO	23

2.1 OBJETIVOS.....	23
2.2 SUCECOS RELEVANTES DEL CASO CLÍNICO:	23
ANAMNESIS:	24
2.3. DISCUSIÓN.	56
2.4 CONCLUSIONES.....	60
2.5 RECOMENDACIONES.....	61
BIBLIOGRAFÍA.....	62

INDICE DE TABLAS

TABLA 1: Resultados de laboratorio de hematología al ingreso.....	34
TABLA 2: Resultados de examen completo de orina	35
TABLA 3: Resultados de laboratorio de hematología	43
TABLA 4: Resultados de examen completo de orina	45
TABLA 5: Resultados de laboratorio de hematología	48

INDICE DE FIGURAS

Figura 1: Fluxograma rotura prematura de membranas y corioamnionitis.	22
Figura 2: Ecografía del primer trimestre de la paciente.....	26

RESUMEN

Introducción: La corioamnionitis es una causa común de parto prematuro y, por ende, puede causar resultados neonatales adversos y diversos, incluidas secuelas en el desarrollo neuronal. La corioamnionitis es heterogénea y puede caracterizarse por infección o inflamación o ambas. **Objetivos:** demostrar el diagnóstico y manejo, identificar los factores de riesgo teóricos y comprobar la efectividad del manejo médico de la corioamnionitis en un hospital nivel III-1 de la ciudad de Lima, Perú. **Metodología:** Revisión de caso clínico, estudio descriptivo y retrospectivo. Se presenta el caso clínico de una segundigesta nulípara de 24 años, referida de hospital nivel II-2 con diagnóstico de amenaza de parto prematuro y atención materna por déficit de crecimiento fetal. Es evaluada y diagnosticada en tópico de emergencia del hospital nivel III-1 como segundigesta nulípara de 30 semanas por fecha de última menstruación, ruptura prematura de membranas de 10 horas y amenaza de parto pretérmino. No hay sospecha de corioamnionitis subclínica. Es tratada con antibióticos, maduración pulmonar y tocolíticos. Al tercer día es cesareada por el diagnóstico de corioamnionitis clínica. Al quinto día de hospitalización inicia alza térmica por lo cual se rota por tercera vez de antibióticos provocando una respuesta positiva y es dada de alta el décimo primer día de hospitalización. **Conclusión:** Se observó manejo inadecuado de la paciente. Hubo retrasos en el diagnóstico en los dos niveles de atención. Asimismo, el manejo de la terapéutica antibiótica fue errático ya que se rotó hasta por 3 veces.

Palabras claves: Ruptura Prematura de Membranas Fetales, Corioamnionitis, Embarazo, Complicaciones Infecciosas del Embarazo.

ABSTRACT

Introduction: Chorioamnionitis is a common cause of preterm delivery and therefore can cause adverse and diverse neonatal outcomes, including sequelae in neuronal development. Chorioamnionitis is heterogeneous and can be characterized by infection or inflammation or both. **Objectives:** to demonstrate the diagnosis and management, identify the theoretical risk factors and verify the effectiveness of the medical management of chorioamnionitis in a level III-1 hospital in the city of Lima, Peru. **Methodology:** Review of clinical case, descriptive and retrospective study. The clinical case of a 24-year-old nulliparous second pregnancy is presented, referred from a level II-2 hospital with a diagnosis of threatened preterm birth and maternal care due to fetal growth deficit. She is evaluated and diagnosed in a topical emergency of the hospital level III-1 as a nulliparous second pregnancy of 30 sm by date of last menstruation, premature rupture of membranes of 10 hours and threat of pre-term delivery. There is no suspicion of subclinical choriomanionitis. She is treated with antibiotics, pulmonary maturation and tocolytics, on the third day she undergoes a cesarean section for the diagnosis of clinical chorioamnionitis. On the fifth day of hospitalization, a thermal rise begins, for which she is rotated for the third time with antibiotics, causing a positive response and she is discharged on day 11. **Conclusion:** Inadequate management of the patient was observed. There were delays in diagnosis at both levels of care. Likewise, the management of antibiotic therapy was erratic since it was rotated up to 3 times. **Key words:** Premature Rupture of Fetal Membranes, Chorioamnionitis, Pregnancy, Infectious Complications of Pregnancy.

CAPÍTULO I

PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN

1.1 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

En el Perú, se ha evidenciado una reducción de las muertes maternas en los últimos años; por ejemplo, el Centro Nacional de Epidemiología registró, en el 2019, un total de 309 muertes maternas que constituye una disminución en 15.6% respecto al año anterior. A pesar de esto, las muertes maternas aún resultan una realidad muy preocupante para nuestro país, pues ninguna mujer debe morir por causa del embarazo, durante el parto o en el puerperio.

“La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la muerte materna como el fallecimiento de una mujer durante el periodo de embarazo y hasta 42 días después del parto o del término de la gestación, con independencia de la duración y el lugar de la misma, debido a cualquier causa relacionada con el embarazo o agravada por el mismo o su manejo, pero no por causas accidentales o incidentales” (1).

Bajo ningún criterio, se debe permitir en el país, aceptar una muerte materna, dado que esta muerte repercute en el bienestar de la familia, especialmente, en los niños menores de cinco años. Es cierto que la muerte de un progenitor es un hecho doloroso, pero la muerte de una madre es un evento trágico para cualquier familia.

Este trabajo académico, se trata una patología bastante frecuente que es la ruptura prematura de membranas (RPM), la cual se presentó en el 5.45% de las mujeres embarazadas que acudieron al área de hospitalización en el año 2019 en el Hospital de atención nivel III-1 y se desencadenó en otra patología denominada Corioamnionitis. A partir de estas patologías, se puede producir una sepsis, la cual es la cuarta causa de muerte materna en nuestro país (2). En ese sentido, una Obstetra, como parte del equipo multidisciplinario de atención materno-infantil, es capaz de reconocer, con anticipación, los síntomas y signos de esta patología con la finalidad de cumplir el protocolo de atención correspondiente y evitar la sumatoria de muertes maternas.

1.2 JUSTIFICACIÓN

En este trabajo académico, se muestra la importancia de la revisión teórica del correcto manejo de la RPM y la corioamnionitis. En tal sentido, para una Obstetra especialista, es sustancial mantener actualizados sus conocimientos respecto a este tema, ya que estas patologías resultan ser consideradas como causas infecciosas en la mortalidad materna.

La presentación de este caso clínico es de acceso público, pues se encontrará en el repositorio de la Universidad José Carlos Mariátegui y servirá como material de consulta académica para todo profesional del área materna interesado en actualizar sus conocimientos. Los errores y aciertos en la presentación de este caso ayudarán, como experiencia, al equipo asistencial encargados de la atención materna para reforzar la buena práctica hospitalaria.

1.3 MARCO TEÓRICO

1.3.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

1.3.1.1 ANTECEDENTES INTERNACIONALES

Martins et al. (3) realizaron un estudio en Portugal denominado "Un ensayo piloto controlado aleatorio de reposo completo en cama versus restricción de actividad después de la RPM" ejecutado durante el 2019, con el objetivo de evaluar el impacto del reposo en cama sobre los resultados maternos y neonatales en embarazos con ruptura prematura de membranas pretérmino (PPROM). Los resultados evaluados fueron el tiempo entre la latencia hasta el parto y la incidencia de corioamnionitis. Ambos grupos recibieron la profilaxis antibiótica estándar. El parto se planeó para la trigésima cuarta semana de gestación, con excepción de los casos de parto espontáneo u otra complicación. En este estudio, se concluyó que el reposo completo en cama no aumentó el tiempo desde latencia hasta el parto y no redujo la morbilidad materna ni neonatal en el contexto de PPRM entre las 24 a 33semanas.

Bigelow et al. (4), en su estudio denominado "Ensayo piloto controlado aleatorizado para evaluar el impacto del reposo en cama en los resultados maternos y fetales en mujeres con ruptura prematura de membranas antes de término", fue ejecutado en dos hospitales de Estados Unidos. Las pacientes que fueron diagnosticadas con PPRM menor a 34 semanas de tiempo gestacional se asignaron, al azar, a reposo en cama o a actividad en una proporción de 1/1. En ambos grupos, las mujeres llevaban podómetros y registros de actividad. Los resultados concluyeron que no hubo un incremento significativo del tiempo de latencia hasta el parto entre las pacientes con reposo en cama y las que hicieron actividad. Asimismo, se registró un posible aumento de recién nacidos con enterocolitis necrotizante en el grupo de madres con actividad.

Alrowaily *et al.*(5) realizaron un metanálisis denominado "Determinación del régimen antibiótico óptimo: una revisión sistemática y un metanálisis" en el 2020, se estableció como objetivo de evaluar el efecto de los regímenes de antibióticos contra la corioamnionitis en los resultados maternos y neonatales. Para ello, se revisó, sistemáticamente, seis bases de datos bibliográficas hasta junio de 2020 y se incluyeron ensayos clínicos aleatorios que describían regímenes de antibióticos para el tratamiento de la corioamnionitis. Se incluyeron 14 ensayos con riesgo de sesgo de bajo a alto y se concluyó que, tras el diagnóstico de corioamnionitis, hubo evidencia limitada para recomendar el inicio inmediato de antibióticos intraparto y considerar una dosis única de antibióticos posparto en lugar de dosis múltiples o ningún tratamiento (5).

1.3.1.2 ANTECEDENTES NACIONALES

Guillen et al. (6) realizaron una investigación en el Hospital Cayetano Heredia titulado "Riesgo de daño cerebral en prematuros menores de 34 semanas expuestos a corioamnionitis histológica" durante el 2020, con el objetivo de evaluar el riesgo de daño cerebral en prematuros menores de 34 semanas expuestos a corioamnionitis histológica. Los RN <34 semanas, considerados en este estudio, tuvieron un examen histopatológico de placenta y se evaluaron tres tipos de corioamnionitis histológica: subcorionitis, corionitis, corioamnionitis, con o sin funisitis. El daño cerebral se estudió en tres periodos de edad: entre 0 y 7 días, entre 7 y 30 días y a las 40 semanas gestacionales corregidas. Se llegó a la conclusión de que la corioamnionitis es un factor de riesgo para el desarrollo de lesiones cerebrales en prematuros menores de 34 semanas.

De la Cruz-Dávila y Munares-García (7) realizó un estudio denominado "Resultados perinatales de embarazos con coriamnionitis en un hospital de III nivel de Lima, 2016-2018" con el objetivo de determinar los resultados perinatales, el tiempo de estancia hospitalaria, el uso de ventilación mecánica, oxigenoterapia y la morbilidad asociada a

embarazos. Los resultados de esta investigación evidenciaron que los embarazos menores a 27 semanas fueron los más frecuentes (51.5%), el peso al nacer entre 2500-3999 gramos fue 49,9% y la cesárea estuvo presente en el 85,0% de pacientes. El 70,0% de la muestra cursó con morbilidad: En primero lugar, con mayor frecuencia; sepsis neonatal seguido de hiperbilirrubinemia, taquipnea transitoria, neumonía, trastorno de coagulación, anemia, enfermedad de membrana hialina e hipoglucemia entre otras. Por otro lado, el 7,8% de la población total falleció, por lo que se concluyó que la corioamnionitis tiene importantes repercusiones en el recién nacido y se relaciona con la morbilidad múltiple; además, se observó el incremento de permanencia hospitalaria y el uso de oxigenoterapia y ventilación asistida en el grupo de los RN prematuros.

Romero *et al.* (8) en el 2016 realizaron una investigación denominada "Factores asociados a asfixia perinatal en un Hospital de Callao", con el objetivo de identificar los factores asociados con la asfixia perinatal. Los casos tratados incluyeron a recién nacidos con diagnóstico de asfixia perinatal y los controles se aplicaron a RN sanos de la misma categoría de edad. En este estudio, se concluyó que los principales factores de riesgo para la asfixia perinatal fueron el DPP, el trabajo de parto prolongado, la corioamnionitis, la Preeclampsia, RCIU y el recién nacido pretérmino.

1.3.2 MARCO TEÓRICO: CORIOAMNIONITIS Y RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS

1.3.2.1 DEFINICIÓN DE ROTURA PREMATURA DE MEMBRANAS Y SU INCIDENCIA

Es definida como la rotura espontánea de membranas que ocurre antes del parto y con una edad gestacional menor a las 37 semanas (4). Su etiología no es específica para un solo factor, por el contrario, es asociada a múltiples factores. La frecuencia de su

presentación oscila entre el 16 a 21% en los embarazos a término y 15% a 45% en el embarazo pretérmino (12). Aunque complica solo un 3% de los embarazos, se le atribuye un tercio de los casos de parto prematuro, por lo cual se reconoce como una causa de prematuridad y mortalidad materna (4).

1.3.2.3 FACTORES DE RIESGO

Entre los factores descritos en la literatura, se pueden destacar (15):

- Rotura prematura en embarazos previos.
- Infecciones del tracto genital inferior
- Hemorragias de la primera y segunda mitad del embarazo
- Anomalías cervicales antes de embarazo.
- Procedimientos invasivos.
- Tabaquismo.
- Otros factores que se mencionan: traumatismos, embarazos múltiples y polihidramnios.

1.3.2.4 DIAGNÓSTICO Y MANEJO

Debido a que la RPM suele presentarse como la salida brusca de líquido por vía vaginal, que puede ser escasa e intermitente, la observación de este evento al momento del examen permite confirmar más del 90% de los casos. En caso de confirmar el diagnóstico mediante la observación directa, es necesario emplear un espejo y observar la presencia de líquido en el fondo de saco o a través del orificio cervical externo, de forma espontánea o mediante maniobras como Valsalva o Tarnier (15). Cuando no se puede llegar al

diagnóstico mediante la clínica, es necesario la ayuda de exámenes complementarios para el manejo oportuno, tales como:

- Test de cristalización: el objetivo es buscar la imagen en forma de helecho que confirma la presencia de líquido.
- Test de Nitrazina: Tira reactiva que pone en evidencia el pH de una muestra de líquido obtenida del fondo de saco.
- Test de Inmunocromatografía: determina la presencia de proteínas de la decidua (IGFBP-1, PAMG-1) (16).

Respecto al manejo, el plan de acción a seguir dependerá de la edad gestacional y la madurez fetal. Se describen dos tipos de manejo: activo que tiene como objetivo la inducción del parto y el expectante, en el que se procede a la hospitalización para el control y vigilancia del riesgo de infección (15).

De acuerdo a las guías nacionales de manejo de RPM:

- De tratarse de una gestación a término confirmada se procederá a la inducción del parto dentro de las 12 a 14 horas siguientes. Si no hay respuesta a la inducción, se programa cesárea.
- En una gestación pretérmino:
 - Entre las 34 y 36 semanas: manejo igual que un feto a término.
 - Entre las 31 y 33 semanas: administración de corticoides y antibioterapia por 48 horas, inducción del parto o cesárea.
 - Menor a las 31 semanas: manejo expectante (12).

1.3.2.5 DEFINICIÓN DE CORIOAMNIONITIS

La corioamnionitis clínica es un trastorno caracterizado por la inflamación aguda de las membranas de la placenta, generalmente, a causa de una infección bacteriana polimicrobiana en las mujeres que han padecido la ruptura prematura de membranas (9).

Por mucho tiempo, la infección del corion, amnios o ambos se denominó *corioamnionitis*; sin embargo, este término sigue siendo de uso común. Por otra parte, el término *infección intraamniótica* también es de uso común, ya que la infección a menudo involucra el líquido amniótico, el feto, el cordón umbilical o la placenta y las membranas fetales.

Existe otro término (*corioamnionitis histológica*) que se utiliza para describir casos sin hallazgos clínicos o microbiológicos típicos asociados con la infección aguda. Estos casos pueden ser el resultado de una inflamación estéril o el uso de técnicas microbiológicas insensibles (9).

En 2015, un panel de expertos del Taller del Instituto Nacional de Salud Infantil y Desarrollo Humano de los Estados Unidos recomendó el uso del término *triple I* para abordar la heterogeneidad de este trastorno, el cual se refiere a la inflamación, la infección intrauterina o ambas (6,9). Por tanto, se desprende que este término también puede ser usado para referirse a la corioamnionitis.

De manera general, la corioamnionitis es una complicación común del embarazo relacionada con efectos adversos maternos, fetales y neonatales, potencialmente graves, y también con el aumento de riesgo a largo plazo en la parálisis cerebral y otras discapacidades del desarrollo neurológico (6).

1.3.2.6 INCIDENCIA DE CORIOAMNIONITIS

En un artículo de revisión del 2017, se indica que entre el 1 % al 5% de gestaciones mayores a 35 semanas terminan en corioamnionitis; sin embargo, la incidencia reportada

en la literatura varía ampliamente, dependiendo de la población bajo estudio y de los criterios de diagnóstico usados (12). Para los embarazos prematuros, la prevalencia de la infección intraamniótica oscila entre el 40 al 70%. Por otro parte, otra revisión sistemática encontró que entre el 20 % al 25% de esta patología se presenta en las gestaciones con RPM que no recibió antibióticoterapia (9).

En un estudio peruano, se sostiene que la corioamnionitis clínica afecta a alrededor del 0,5% y 10% de todas las gestaciones. Además, la corioamnionitis histológica afecta a un aproximado del 25 % y 40% de todos los partos pretérmino e, incluso, al 80% de partos que concluyen antes de las 30 semanas (6).

Las revisiones sistemáticas señalan que la incidencia de la infección intraamniótica en los EE. UU varía ampliamente entre las publicaciones y esto se debe a varios factores; entre los cuales, se encuentran el tipo de estudio, las diferencias en la prevalencia de los factores de riesgo en las poblaciones estudiadas, el uso de distintos criterios de diagnóstico y entre otros (9).

1.3.2.7 ETIOLOGÍA DE LA CORIOAMNIONITIS

La patogenia de la infección intraamniótica es explicada por la migración de la flora cervicovaginal a través del canal cervical y, en menor frecuencia, por la vía hematológica como resultado de una bacteriemia materna que infecta el espacio intervelloso o por la contaminación de la cavidad amniótica como resultado de la RPM (9).

La literatura establece que factores como el tapón mucoso, las membranas amnióticas y la propia placenta proporcionan barreras contra la infección ascendente y transplacentaria; sin embargo, patologías como la ruptura prematura de membranas eliminan las barreras antes indicadas (9).

1.3.2.8 FACTORES DE RIESGO DE LA CORIOAMNIONITIS

Los factores de riesgo citados por la literatura son los siguientes (8, 10):

- Mayor duración del trabajo de parto
- Mayor tiempo de RPM
- Múltiples exámenes vaginales como el tacto vaginal
- Pérdida del tapón mucoso mayor a 48 horas
- Insuficiencia cervical
- No tener hijos previos
- Líquido amniótico meconial
- Presencia de microorganismos patógenos en el tracto vaginal
- Reducción de la actividad antimicrobiana del líquido amniótico (anemia, bajo nivel de Zinc).
- Hábitos dañinos como el consumo de alcohol y tabaco.
- Infecciones intraamnióticas previas.

1.3.2.9 DIAGNÓSTICO DE LA CORIOAMNIONITIS

La corioamnionitis ocurre con frecuencia en pacientes con RPM pretérmino, aunque se ha reportado que también puede ocurrir en aquellos con membranas ovulares intactas, especialmente, en gestantes con trabajo de parto (9).

Chun *et al.* (11) señalan que el diagnóstico debe establecerse ante la presencia de fiebre materna (temperatura $\geq 38.0^{\circ}\text{C}$) acompañado de una o más características que se muestran en líneas posteriores.

- Fiebre materna (temperatura $\geq 38.0^{\circ}\text{C}$)
- Leucocitosis materna (leucocitos $> 15000/\text{mm}^3$)
- Taquicardia materna (frecuencia cardiaca > 100 por minuto)

- Taquicardia fetal (frecuencia cardiaca fetal > 160 por minuto durante ≥ 10 min)
- Líquido amniótico purulento o maloliente.
- Evidencia bioquímica o microbiológica en líquido amniótico compatible con infección amniótica.

Exámenes auxiliares (12)

- Exámenes de patología clínica: hemograma con leucocitos mayores a 12000 o menores a 4000, VSG mayor a 60 mm, proteína C reactiva mayor a 2 mg/dl y, en caso se requiera, un cultivo de secreción vaginal.
- Estudio por imágenes: ecografía con presencia de oligohidramnios.
- También, se pueden incluir exámenes de bienestar fetal dentro de la estrategia terapéutica.

1.3.3 MANEJO DE LA CORIOAMNIONITIS

El manejo, de acuerdo con las guías de práctica clínica y de procedimientos en obstetricia y perinatología del INMP (12), depende del nivel de complejidad y de la organización de los establecimientos de salud. Por eso, es decisivo la detección primaria del factor de riesgo más importante para la corioamnionitis: la ruptura prematura de membranas. Una vez realizado el diagnóstico de RPM se debe brindar el tratamiento según las guías clínicas estandarizadas.

En el Perú, por ejemplo, el manejo es dependiente del nivel de funciones obstétricas y neonatales, es decir, si tales funciones son primarias y básicas, se debe estabilizar a la paciente, iniciar un tratamiento antibiótico y derivarlas a un establecimiento de mayor complejidad con funciones esenciales que resuelvan las complicaciones de la gestación.

Manejo Materno

De acuerdo con Chung *et al.* (11), este manejo implica lo siguiente:

- Considerar el ingreso o traslado materno a instalaciones con UCI materno neonatales, según lo indique la evaluación clínica.
- Elegir entre un manejo expectante o la culminación del embarazo por la mejor vía.
- Decidir el inicio de tratamiento tocolítico, según la evaluación materna
- Seleccionar el tratamiento antibiótico
- Decidir el momento de la administración de esteroides para acelerar el desarrollo pulmonar del feto prematuro.

De acuerdo a las guías nacionales, se debe evaluar el empleo de regímenes combinados dependiendo de cada caso, entre los antibióticos a elección descritos en las guías (12):

- Ceftriaxona 1gr cada 12 horas.
- Penicilina G Cristalina 5 millones de cada 6 horas.
- Eritromicina 3-5 mgr/k/d
- Ampicilina 2grc/6h
- Ampicilina Sulbactam 2grc/8h
- Amikacina 1gr c/24h
- Clindamicina 600-900 mgr c/8h
- Metronidazol en dosis de carga de 15 mgr/k, seguida de 7.5 mgr/k.

Manejo Neonatal

El manejo neonatal debe estar guiado por los síntomas iniciales, la sospecha o confirmación de la corioamnionitis, la edad gestacional al nacer y las posibles afecciones neonatales. Por tanto, es relevante que se produzca una estrecha comunicación y coordinación entre los equipos obstétrico y neonatal, a fin de considerar el mejor tratamiento posible (11).

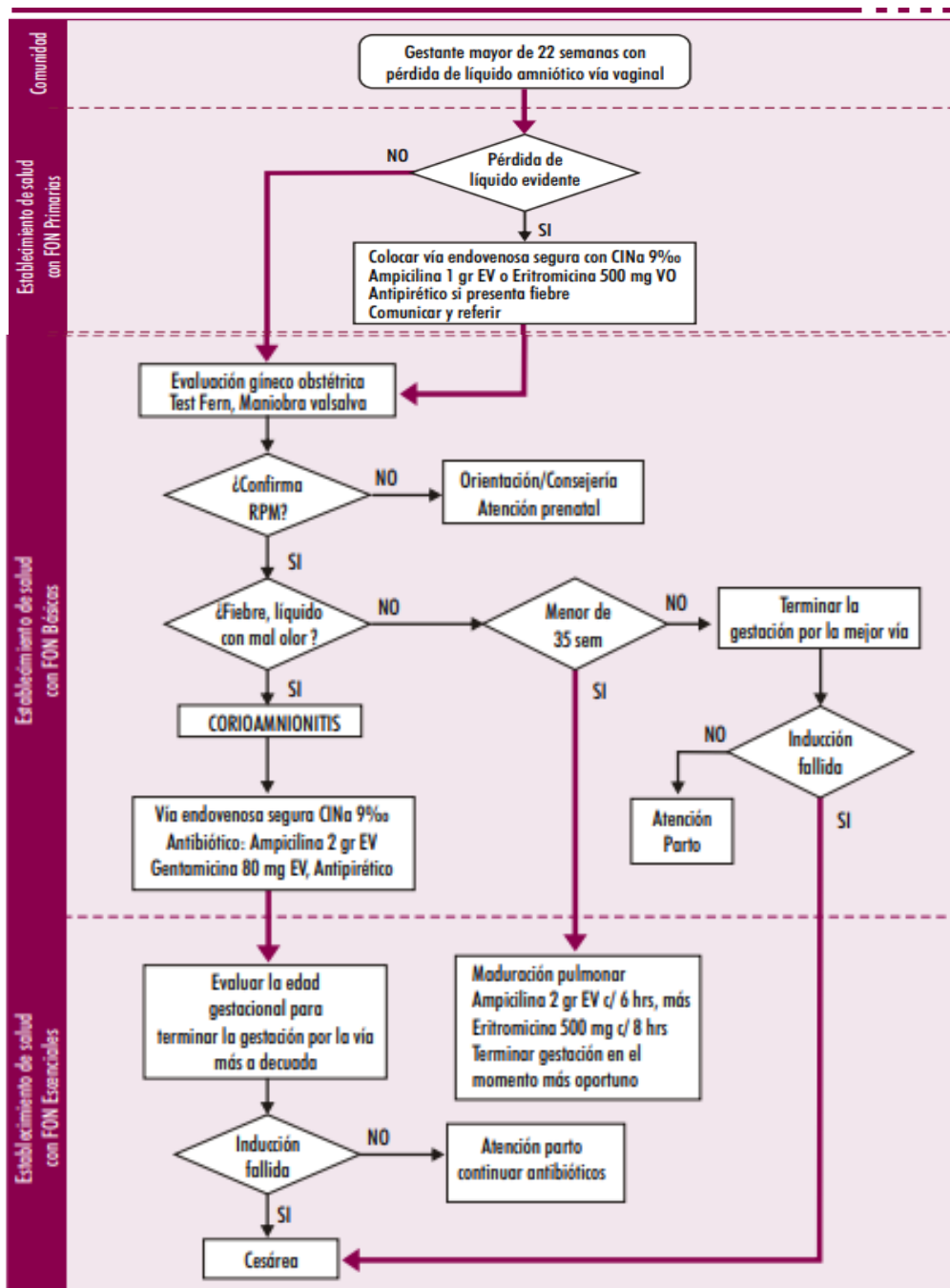


Figura 1: Fluxograma RPM y corioamnionitis.

Fuente: INMP. Guía de prácticas clínicas para la atención de emergencias obstétricas según el nivel de capacidad resolutiva, 2018.

CAPÍTULO II

CASO CLÍNICO

2.1 OBJETIVOS

- Demostrar el diagnóstico y manejo de la corioamnionitis en gestante con RPM prolongado en un Hospital Nivel III-1 en el año 2019.
- Identificar los factores de riesgo teóricos para corioamnionitis en gestante con RPM prolongado en un Hospital Nivel III-1 en el año 2019.
- Comprobar la efectividad del manejo médico de la corioamnionitis en gestante con RPM prolongado un hospital nivel III-1 en el año 2019.

2.2 SUCESOS RELEVANTES DEL CASO CLÍNICO:

ATENCIÓN EN ÁREA DE EMERGENCIA:

El 19 de Julio del 2019 a las 12:00 horas en el Servicio de Emergencia de Gineco-obstétrica del Hospital Nivel III-1 ingresa la paciente al servicio de emergencia con dolor abdominal intenso y pérdida de líquido claro por vagina, referida por el Hospital de nivel de atención II-2, y es evaluada por obstetra y médico gineco-obstetra de guardia.

Paciente presenta ecografía de primer trimestre, hoja de referencia de su establecimiento de atención y tarjeta de control prenatal.

Diagnóstico de Referencia: 1) Amenaza de parto prematuro, 2) Atención materna por déficit del crecimiento fetal.

ANAMNESIS:

2.2.1 Filiación:

Edad: 24 años

Estado civil: conviviente

Grado de Instrucción: 5.º de Secundaria

Ocupación: ama de casa

Procedencia: Lima

2.2.2 Antecedentes:

a. Antecedentes Personales

Patológicos: Mioma uterino en 2018

Alergias: No refiere

Quirúrgicos: AMEU en 2017 por gestación no evolutiva

b. Antecedentes Gineco-obstétricos

Menarquía: 12 años

Régimen catamenial: 5/28

Edad de inicio de relaciones sexuales: 21 años

Número de parejas sexuales: 1

Método anticonceptivo: preservativo

FO: G2P0010 Fecha de última menstruación: 21/12/2018.

Fecha de último parto: 27/09/2019.

Número de controles prenatal: 01 control prenatal a las 29 semanas

Grupo sanguíneo-factor: O+

RPR (-): 19/07/19

Hemoglobina: 10.4 mg/dl (19/07/19)

c. Antecedentes familiares

No refiere patologías/enfermedades en familiares.

2.2.3. Enfermedad Actual:

a. Tiempo de enfermedad: 10 horas

b. Síntomas principales: Pérdida de líquido por la vagina más dolor abdominal.

c. Historia de la enfermedad:

Paciente acude por emergencia al Hospital Nivel III-1 de la ciudad de Lima, sola, el día 19 de Julio de 2019, aproximadamente, a las 12:00 horas, e indica que, desde hace 10 horas, presenta dolor abdominal tipo cólico secundario a la pérdida de líquido vaginal.

Su fecha de última menstruación fue el 21 de diciembre de 2018, por lo que se realizó una ecografía en el mes de febrero y se obtuvo como resultado una gestación de seis semanas con seis días.

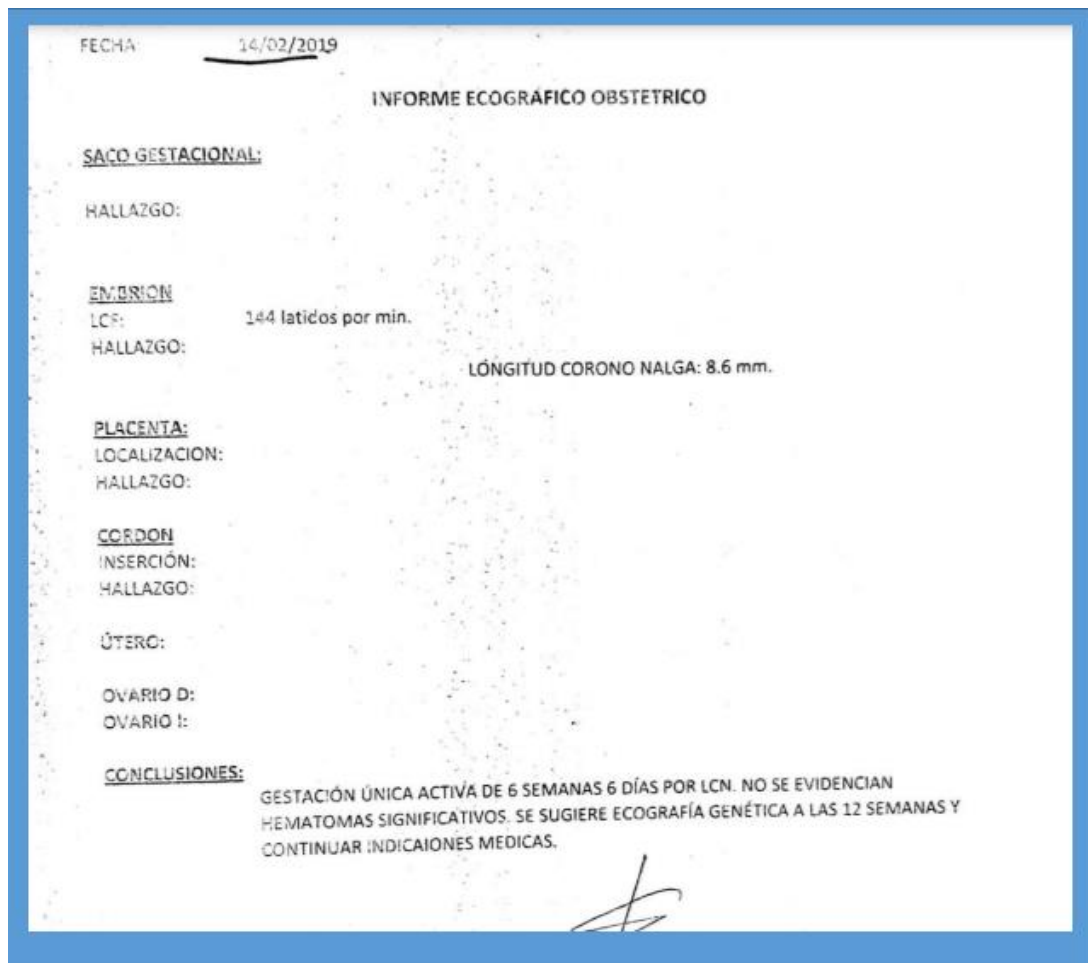


Figura 2: Ecografía del primer trimestre de la paciente.

Fuente: Historia Clínica de paciente de caso clínico.

d. Examen físico en emergencia:

- Peso = 56 Kg
- Talla = 148 cm.
- Control de funciones vitales:
Presión Arterial= 120/80 mmHg, Pulso = 103x', Temperatura=37.2°C,
Frecuencia respiratoria= 20 x', Saturación O₂= 99%
- Examen obstétrico: AU = 28 cm, feto en presentación Longitudinal cefálico izquierdo, FCF =158 x', dinámica uterina= 01contracción en 10 minutos de duración 25 segundos de leve intensidad (1/10'/25''+/+++)

- Al tacto vaginal: cérvix largo, blando, permeable a un dedo, presentación fetal flotante, membranas amnióticas rotas, líquido claro, pelvis ginecoide.

e. Impresión Diagnóstica en emergencia:

1. Segundigesta nulípara de 30 semanas.
2. Ruptura prematura de membranas de 10 horas
3. Amenaza de parto prematuro
4. Descartar infección del tracto urinario.

f. Plan/indicaciones:

1. Hospitalización: se hospitaliza en el área de patología obstétrica
2. Tratamiento: se inicia con ClNa 9‰/oo 1000 cc vía endovenosa, monitoreo materno fetal estricto, control de funciones vitales, observación de signos de alarma, tacto vaginal restringido, reposo absoluto y antibióticoterapia.
3. Exámenes auxiliares: se solicita hemograma completo, PCR y examen de orina.

ATENCIÓN EN HOSPITALIZACIÓN:

El 19 de julio del 2019 a las 13:30 horas ingresa la paciente al área de hospitalización procedente del servicio de emergencia con vía endovenosa de ClNa al 9‰ por pasar 900 cc y es recibida por obstetra de turno. La obstetra verifica la identidad de la paciente y analiza la historia clínica de la paciente.

DÍA 1 (19/07/19):

13:40 horas: Paciente presenta ligero dolor a nivel abdominal y refiere pérdida de líquido por la vagina hace 10 horas.

Al examen obstétrico:

AREG, lúcida, orientada en tiempo y espacio.

Piel y mucosas: poco pálidas e hidratadas

Mamas: blandas, secretantes.

Abdomen: AU= 30 cm, feto en presentación longitudinal cefálica, FCF=146 x', Dinámica uterina = no se evidencia al examen

Genitales externos: al espéculo, no se evidencia líquido amniótico en fondo de saco posterior. Maniobra de Valsalva (-), test de hehecho (-) y Pelvis ginecoide.

Impresión diagnóstica:

- 1) Segundigesta nulípara de 28 6/7 semanas x Eco (1° T);
- 2) Ruptura prematura de membranas

Obstetra de guardia comunica hallazgos clínicos a médico gineco-obstetra de turno, quien realiza su propia evaluación e indica la respectiva terapéutica.

Terapéutica médica:

- 1) Dieta blanda + líquidos a voluntad
- 2) Vía endovenosa salinizada
- 3) Monitoreo materno fetal estricto
- 4) Ampicilina 2 gr endovenoso cada 06 horas
- 5) Eritromicina 500 mg cada 08 horas vía oral
- 6) Betametasona 12 mg intramuscular cada 24 horas
- 7) CFV + observación de signos de alarma
- 8) Ecografía obstétrica

9) Test no estresante (NST)

Actividades principales en el primer día por la licenciada en Obstetricia:

A las 13:50 horas, se toma muestra de sangre y orina para exámenes auxiliares

A las 14:30 horas, paciente reposa en su cama y se inicia monitoreo electrónico materno fetal estricto. obstetra realiza TEST NO ESTRESANTE con monitor electrónico fetal durante 30 minutos. Se obtiene el siguiente resultado: Línea de base: 132 x', variabilidad > 5, aceleraciones: presentes, desaceleraciones: ausentes, movimientos fetales: presentes.

Conclusión de Test no estresante: feto activo reactivo.

A las 15:20 horas, paciente es trasladada área de ecógrafo para ecografía obstétrica por médico de guardia. Se obtienen las siguientes conclusiones ecográficas: Gestación única activa de 28 semanas con 4 días, crecimiento fetal en percentil adecuado, líquido amniótico disminuido compatible con oligohidramnios severo, placenta de localización corporal anterior con grado de madurez I°, cordón umbilical normal (02 arterias y 01 vena).

A las 16:00 horas, se administra Betametasona 12 mg intramuscular.

A las 16:10 horas, A las 17:00 horas, se administra Eritromicina 500 mg vía oral.

A las 18:00 horas, se administra Ampicilina 2 gr endovenoso

A las 19:00 horas, paciente en reposo, estable, PA = 90/60 mmHg; Pulso= 90 x'; Temperatura=37.2 °C; Respiración=18x': Saturación de O₂= 98%.

Evaluación obstétrica: latidos cardiacos fetales=146 x', Dinámica uterina = no se evidencia al examen

A las 20:30 horas, evalúa médico de guardia y agrega la siguiente terapéutica:

- 1) Suspende ampicilina de 2gr
- 2) Suspende eritromicina de 500 mg
- 3) Agregar ceftriaxona 1gr endovenoso cada 12 horas

DÍA 2 (20/07/19):

A las 07:00, paciente continúa estable, en reposo absoluto, con vía salinizada, refiere contracciones uterinas leves, percibe movimientos fetales.

Al examen obstétrico: altura uterina = 30 cm; feto en presentación cefálica derecha, FCF = 152 x'; dinámica uterina: 1/20/20''/++.

Genitales externos: Se evidencia pérdida de líquido amniótico, no mal olor.

Obstetra de guardia comunica hallazgos clínicos a médico gineco-obstetra de turno, quien realiza su propia evaluación e indica terapéutica.

Terapéutica médica:

- 1) Dieta blanda + líquidos a voluntad
- 2) Vía endovenosa salinizada
- 3) Monitoreo materno fetal estricto
- 4) Betametasona 12 mg intramuscular cada 24 horas
- 5) CFV+ observación de signos de alarma

Actividades principales en el segundo día por la licenciada en Obstetricia:

A las 12:00 horas, personal de laboratorio toma muestra de sangre a la paciente para exámenes auxiliares, lo cual es verificado por la obstetra de turno.

A las 13:00 horas, la obstetra realiza control de funciones vitales. Presión arterial = 90/60 mmHg; Pulso= 88 x'; Temperatura = 36.8 °C; Respiración=18x': Saturación de O₂= 97%.

Evaluación obstétrica: FCF=142 x', Dinámica uterina = no se evidencia al examen.

Genitales externos: Se evidencia pérdida de líquido amniótico, no mal olor.

A las 14:00 horas, paciente es evaluada por médico que ingresa al turno tarde. Llegando a la siguiente conclusión:

Diagnósticos:

- 1) Segundigesta de 29 semanas según ecografía del primer trimestre
- 2) RPM de 52 horas
- 3) Oligohidramnios

Terapéutica médica:

- 1) Dieta blanda + líquidos a voluntad
- 2) Sulfato de magnesio (SOMg) 20% 15 ampollas diluidos en 750 cc de ClNa 9%
(Se pasarán 4 gr en 20 minutos, luego 1 gr por hora)
- 3) Ampicilina 2 gr vía endovenosa cada 06 horas
- 4) Eritromicina 500 mg vía oral cada 08 horas
- 5) Betametasona 12 mg intramuscular cada 24 horas (02 dosis)
- 6) Monitoreo materno fetal estricto
- 7) Test no estresante (NST)
- 8) Exámenes auxiliares: Glucosa, urea, creatinina, perfil de coagulación, Hemograma completo.
- 9) Solicitar examen PCR cada 48 horas
- 10) Control de funciones vitales + observación de signos de alarma

A las 14:30 horas, obstetra realiza TEST NO ESTRESANTE con monitor electrónico fetal durante 30 minutos. Se obtiene el siguiente resultado: Línea de base: 138 x',

variabilidad > 5, aceleraciones: presentes, desaceleraciones: ausentes, movimientos fetales: presentes. Conclusión de Test no estresante: feto activo reactivo.

A las 15:00 horas, se inicia administración de Sulfato de Magnesio (SOMg) 20% vía endovenosa, en bomba de infusión, diluido en 100 cc de NaCl 9‰ en equipo de volutrol, pasa 4 gramos en 20 minutos y queda por pasar a 1 gramo por hora.

A las 16: 00 horas, se administra Betametasona 12 mg vía intramuscular.

A las 17:00 horas, se administra Eritromicina 500 mg vía oral.

A las 18:00 horas, se administra Ampicilina 2 gramos endovenoso lento y diluido en 100 NaCl 9‰ en equipo de volutrol.

A las 19:00horas, paciente continúa estable, es evaluada por médico de guardia. *Con diagnósticos:* 1) Segundigesta nulípara de 29 semanas por ecografía del primer trimestre
2) Ruptura prematura de membranas prolongado.

Terapéutica médica: Continuar las indicaciones del día y solicitar Interconsulta a la especialidad de neonatología.

A las 22:00 horas, se administra Ampicilina 2 gramos endovenoso lento y diluido en 100 cc de ClNa 9‰ en equipo de volutrol

DÍA 3 (21/07/19):

A las 00:00 horas, paciente estable y con el mismo diagnóstico definitivo; refiere dolor abdominal leve tipo cólico. PA = 90/60 mmHg; Pulso= 88 x'; T = 36.8 °C; Respiración=18x': Saturación de O₂= 97%.

Evaluación obstétrica: FCF=142 x', Dinámica uterina = esporádica.

DÍA 3 (21/07/19):

Actividades principales en el tercer día por la licenciada en Obstetricia:

A las 02:00 horas, se administra Eritromicina 500 mg. vía oral.

A las 03:00 horas, Evaluación obstétrica: latidos cardiacos fetales=156 x', Dinámica uterina = 2/10'/25'' ++/+++. Evalúa médico de guardia y deja indicación de tocólisis con Nifedipino 20 mg vía oral x 3 dosis (01 tableta cada 20 minutos).

A las 03:05 horas, se inicia administración de Nifedipino 20 mg vía oral y se cumple según indicación médica.

A las 04:00 horas, se administra Ampicilina 2gr vía endovenosa, lento y diluido en 100 cc de NaCl 9‰ en equipo de volutrol.

A las 07:00 horas, paciente se encuentra en reposo con vía permeable, PA = 100/70 mmHg; Pulso= 92 x'; Temperatura = 36.8 °C; Respiración=19x': Saturación de O₂= 98%.

Al examen obstétrico, se obtiene lo siguiente: AU=30 cm, feto en presentación cefálica derecha, FCF= 152 x' y dinámica uterina: 1/10'/25''/+ /+++

A las 10:00 horas, se administra Ampicilina 1 gramo endovenoso lento y diluido en 100 cc de NaCl al 9‰ en equipo de volutrol y se brinda Eritromicina 500 mg vía oral.

A las 11:30 horas, se toma muestra de sangre para exámenes auxiliares

A las 13:00 horas, paciente refiere dolor abdominal moderado tipo cólico. Al examen: altura uterina=30 cm, feto en presentación cefálica derecha, FCF= 148x' y dinámica uterina: 1/10'/25''/+

A las 14:00 horas, se comunica a médico gineco-obstetra de guardia sobre resultados de laboratorio leucocitosis materna y presencia de bandas en Hemograma.

TABLA 1:Resultados de laboratorio de hematología al ingreso.

Fuente: Historia Clínica de paciente del caso clínico.

HEMOGRAMA COMPLETO				
	19/07/2021			
GRUPO SANGUÍNEO	O+			
	FECHA			Valor referencial
	19/07/2019	20/07/2019	21/07/2019	
Leucocitos totales (K/uL)	10.2	12.4	28.4	4.6 - 10.2
Eosinófilos (%)	0	0	0	0 - 7
Basófilos (%)	0.1	0.1	0	0 - 2.5
Linfocitos (%)	10.1	10.2	3.6	20 - 45
Monocitos (%)	1.2	8.3	8.9	0 - 8
Segmentados (%)	88.6	81.4	87.5	40 - 70
Eosinófilos (10 ³ /UL)	0	0	0	0 - 0.7
Basófilos (10 ³ /UL)	0	0	0	0 - 0.2
Linfocitos (10 ³ /UL)	1	1.3	1	0.6 - 3.4
Monocitos (10 ³ /UL)	0.1	1	2.5	0 - 0.9
Segmentados (10 ³ /UL)	9	10.1	24.8	2 - 6.9
Hematíes (M/uL)	3.82	3.28	3.36	4.04 - 6.13
Hemoglobina (g/dL)	10	8.7	8.9	12.2 - 16.1
Hematocrito (%)	30	25.8	27.1	36 - 48.7
Volumen corpuscular medio (fL)	78.5	78.7	78.2	80 - 97
Hemoglobina corpuscular media (pg)	26.3	26.5	26.4	27 - 31.2
Concentración de hemoglobina corpuscular (g/dL)	33.5	33.7	33.7	31.8 - 35.4
Índice de Aninocitosis(RDW) (%)	16	16.1	15.9	11.6 - 14.8
Plaquetas	399	371	386	150 - 450
Volumen plaquetario medio	7.1	7.3	7.2	5 - 15
FORMULA MANUAL				
NEUTROFILOS %	86	79	86	
BANDAS %	01	00	01	
LINFOCITOS %	12	15	04	
MONOCITOS %	01	06	09	
EOSINÓFILOS %	00	00	00	
PROTEÍNA C REACTIVA DE ALTA SENSIBILIDAD (mg/dl)	19/07/2019	20/07/2019	21/07/2019	Valor referencial
	2.94	1.25	3.25	0 - 0.5
Urea en sangre (mg/dl)		21.65		10 - 50
Creatinina en sangre (mg/dl)		0.55		0.6 - 1.1

TABLA 2:Resultados de examen completo de orina

MICROBIOLOGÍA		
Fecha	19/07/2021	Valor referencial
Examen físico		
COLOR	Amarillo	
ASPECTO	Ligeramente turbio	Transparente
DENSIDAD	1.010	1.000-1.030
PH	6.5	5.5-7.5
Examen químico		
GLUCOSA	Negativo	
CETONA	2+	
NITRITOS	Negativo	
PROTEÍNAS	Negativo	
BILIRRUBINA	Negativo	
UROBILINÓGENO	Negativo	
HEMOGLOBINA	Negativo	
Examen microscópico		
LEUCOCITOS	1-2	0-5/campo
HEMATÍES	1-2	0-3/campo
CELULAS EPITELIALES	12-14	
GÉRMENES	escasos	No se observa/escasos

Fuente: Historia Clínica de paciente del caso clínico.

A las 14:30 horas, es evaluada por médico especialista gineco-obstetra de guardia, quien determina los siguientes diagnósticos:

- 1) Segundigesta de 29 1/7 semanas por ecografía del primer trimestre.
- 2) RPM prolongado
- 3) Corioamnionitis
- 4) Amenaza de parto prematuro
- 5) Plan: PROGRAMAR CESÁREA DE EMERGENCIA

A las 14:45 horas, paciente se prepara para pasar a Sala de operaciones para cesárea de emergencia por indicación médica.

A las 15:00 horas, se toma muestra de sangre para prueba cruzada de paquete globular solicitada por médico anestesiólogo para transfusión I y II.

A las 16:20 horas, paciente es trasladada a sala de operaciones con AU = 30 cm, feto en presentación cefálica derecha, latidos cardiacos fetales = 125 x' y dinámica uterina: 3/10'/25''/ ++ /+++

ATENCIÓN EN ÁREA DE SALA DE OPERACIONES (SOP)

A las 16:25 horas, paciente ingresa a SOP en camilla llevada por personal técnico. Se verifica identidad de la paciente, historia clínica y formatos de atención; quedando la espera de la intervención quirúrgica.

A las 16:35 horas, se coloca anestesia regional raquídea por médico especialista

A las 17:15 horas se inicia cirugía por médico gineco-obstetra de guardia.

Reporte operatorio:

- 1) Diagnóstico pre- operatorio: Primigesta de 29 1/7 semanas, corioamnionitis, RPM prolongado, anemia moderada.
- 2) Diagnóstico pos- operatorio: Pos cesárea por corioamnionitis + Atonía uterina
- 3) Operación propuesta: Cesárea segmentaria transversa primaria (CSTP)
- 4) Operación efectuada: Cesárea segmentaria transversa primaria (CSTP), ligadura de arterias uterinas y Puntos B-Lynch
- 5) Pieza de operación: Placenta y anexos
- 6) Hallazgos operatorios: Recién nacido (RN) vivo de sexo femenino, Hora de nacimiento: 17:16 horas del día 21/07/2019, APGAR 9/9, peso del RN: 1310 gr.; talla del RN: 40 cm, placenta fúndica anterior, líquido amniótico meconial fluido con mal olor con tejido placentario impregnado.
- 7) Complicaciones durante la intervención quirúrgica: Atonía uterina

A las 17:40 horas, se inicia transfusión sanguínea de 02 paquetes globulares por indicación médica.

A las 17:55 horas, se finaliza intervención quirúrgica y paciente pasa a la Unidad de Recuperación Pos anestésica (URPA) con indicación médica.

Terapéutica médica pos operatoria:

- 1) Nada por vía oral (NPO) por 08 horas.
- 2) Vía endovenosa de ClNa 9‰ 1000 cc con Oxitocina 03 ampollas en frasco (Pasar 03 frascos de la solución en 24 horas)
- 3) Àcido transámico 1 gr endovenoso cada 08 horas diluido en 100 cc de ClNa 9‰ en equipo de volutrol.
- 4) Clindamicina 900 mg endovenoso cada 08 horas
- 5) Gentamicina 80 mg endovenoso cada 08 horas
- 6) Ampicilina 1 gr endovenoso cada 06 horas
- 7) Metamizol 1gr endovenoso cada 08 horas
- 8) Tramadol 1gr endovenoso cada 08 horas
- 9) Ranitidina 50 mg endovenoso cada 08 horas
- 10) Ergometrina 0.2 mg intramuscular cada 08 horas
- 11) Exámenes auxiliares: Hemograma control a las 06 horas pos transfusión de paquete globular II, TGO, TGP.
- 12) Sonda Foley permeable
- 13) CFV + observación de signos de alarma

A las 18:10 horas, paciente se encuentra en URPA despierta, ventilando espontáneamente bajo efectos de anestesia con vía periférica. Se coloca medicación según indicaciones médicas.

A las 19:30 horas, paciente pos operada de cesárea se encuentra en URPA despierta, sin referir molestias; es evaluada por médico gineco-obstetra.

Al examen médico: Paciente presenta abdomen blando, depresible a la palpación, herida operatoria cubierta por apósito limpio y seco, útero contraído, discreto sangrado vaginal, con sonda vesical Foley permeable y orina amarilla clara en bolsa colectora.

A las 23:30 horas, es reevaluada por médico gineco-obstetra; paciente estable. Médico ordena pase de paciente a área de hospitalización de cuidados especiales gineco-obstétricos.

ATENCIÓN EN LA UNIDAD DE CUIDADOS ESPECIALES GINECO-OBSTETRICOS (UCEGO):

DÍA 4 (22/07/19):

A las 00:00 horas, paciente ingresa a UCEGO procedente de sala de recuperación con orden de hematocrito post transfusión de segunda unidad de sangre. Con diagnóstico de Pos cesárea por Corioamnionitis y atonía uterina. Se encuentra con vía endovenosa permeable de II frasco de ClNa 9‰ con Oxitocina 03 ampollas en frasco por pasar 900 cc.

Paciente se encuentra despierta, lúcida, orientada en tiempo y espacio, ventilando espontáneamente. PA= 90/60 mmHg; Pulso= 92 x'; T = 37.6 °C; Respiración=19x': Saturación de O₂= 98%.

Al examen obstétrico:

- Piel y mucosas: Tibias, hidratadas.
- Mamas: Blandas, levemente secretantes de calostro.
- Abdomen: Blando, depresible, leve dolor a la palpación, útero contraído, Altura uterina = 19 cm, herida operatoria cubierta por apósito limpio y seco.

- Genitales externos: Loquios hemáticos en escasa cantidad, no mal olor. Se encuentra con sonda Foley permeable con orina amarilla clara en bolsa colectora.
- Miembros inferiores: Normales, no edemas.

Terapéutica médica:

- 1) Iniciar tolerancia oral a las 08 horas pos intervención quirúrgica
- 2) Vía endovenosa de ClNa 9‰ 1000 cc con Oxitocina 03 ampollas en frasco (Pasar 03 frascos de la solución en 24 horas)
- 3) Ácido transámico 1 gr endovenoso cada 08 horas diluido en 100 cc de ClNa 9‰ en equipo de volutrol.
- 4) Clindamicina 900 mg endovenoso cada 08 horas
- 5) Gentamicina 80 mg endovenoso cada 08 horas
- 6) Ampicilina 1 gr endovenoso cada 06 horas
- 7) Metamizol 1gr endovenoso cada 08 horas
- 8) Tramadol 100 mg subcutáneo cada 08 horas
- 9) Metoclopramida 10 mg endovenoso cada 08 horas
- 10) Simeticona 80 mg vía oral después de cada comida
- 11) Ergometrina 0.2 mg intramuscular cada 08 horas
- 12) Exámenes auxiliares: Hemograma, PCR, AGA.
- 13) Sonda Foley permeable
- 14) Control de funciones vitales + observación de signos de alarma
- 15) Deambulacion asistida

A las 02:00 horas, recibe ampicilina 1 gr endovenoso lento y diluido en 100 cc de ClNa 9‰ en equipo de volutrol.

A las 02:30 horas, se administra clindamicina 900 mg endovenoso lento y diluido en 100 cc de ClNa 9‰ en equipo de volutrol.

A las 03:00 horas, Paciente presenta dolor intenso a nivel de herida operatoria. Se administra metamizol 1gr Endovenoso lento y diluido en jeringa con 20 cc de ClNa 9‰ y Tramal 100 mg subcutáneo.

A las 03:15 horas, Paciente nauseosa; llega al vómito bilioso. Se administra Dimenhidrinato 50 mg + metoclopramida 10 mg endovenoso lento y diluido en 100 cc de ClNa 9‰ en equipo de volutrol.

A las 04:00 horas, se registra Diuresis=1100 cc.

A las 04:30 horas, se toma muestra de sangre para exámenes auxiliares

A las 05:00 horas, se administra gentamicina 80 mg endovenoso lento y diluido en 50 cc de ClNa 9‰ en equipo de volutrol + ergometrina 0,2 mg vía intramuscular

A las 05:15 horas, se administra ácido transámico 1gr endovenoso lento y diluido en 100 cc de ClNa 9‰ en equipo de volutrol.

A las 06:00 horas, se administra tramal 50 mg subcutáneo + metoclopramida 10 mg endovenoso lento y diluido en 100 cc de ClNa 9‰ en equipo de volutrol.

A las 06:30 horas, se retira sonda Foley por indicación médica.

A las 07:00 horas, paciente despierta queda en observación con Presión arterial = 110/60 mmHg; Pulso= 98 x'; Temperatura = 37.8°C; Respiración=20x': Saturación de O₂= 98%, diuresis: 1900 cc

DÍA 5 (23/07/19):

A las 08:00 horas la paciente se encuentra estable y refiere estar mejor. Se inicia tolerancia al desayuno y se brinda tratamiento según indicación médica.

Al examen obstétrico:

- Piel y mucosas: Tibias, hidratadas.
- Abdomen: Blando, depresible, leve dolor a la palpación, útero contraído, Altura uterina = 17 cm, herida operatoria cubierta por apósito limpio y seco.
- Genitales externos: Loquios hemáticos en escasa cantidad, no mal olor.
- Miembros inferiores: Normales, no edemas.

Diagnóstico: Pos cesareada por corioamnionitis + Atonía uterina de 39 horas de evolución.

Terapéutica médica:

- 1) Dieta blanda + líquidos a voluntad
- 2) Vía salinizada
- 3) Clindamicina 900 mg endovenoso cada 08 horas
- 4) Gentamicina 80 mg endovenoso cada 08 horas
- 5) Ampicilina 1 gr endovenoso cada 06 horas
- 6) Ketoprofeno 100 mg 01 tableta vía oral
- 7) Tramadol 50 mg subcutáneo por razón necesaria a dolor intenso.
- 8) Metoclopramida 10 mg vía oral cada 08 horas
- 9) Deambulación asistida

Actividades principales en el quinto día

A las 10:00 horas, se administra clindamicina 900 mg endovenoso lento y diluido en 100 cc de ClNa 9‰ en equipo de volutrol.

A las 12:00 horas, paciente tolera almuerzo.

A las 19:00 horas, Presión arterial = 110/60 mmHg; Pulso= 110 x'; Temperatura = 38.5°C; Respiración=20x': Saturación de O₂= 97%. Paciente recibe metamizol 1gr endovenoso lento y diluido en jeringa con 20 cc de ClNa 9‰.

A las 20:00 horas, la Temperatura = 37.5°C y Diuresis = 300 cc

DÍA 6 (24/07/19):

A las 08:00 horas Paciente recibe desayuno y se brinda tratamiento según indicación médica. Presión arterial = 110/60 mmHg; Pulso= 88 x'; Temperatura = 37.4°C; Respiración=18x': Saturación de O₂= 99%.

Al examen obstétrico:

- Piel y mucosas: Tibias, hidratadas.
- Abdomen: Blando, depresible, leve dolor a la palpación, útero contraído, Altura uterina = 15 cm, herida operatoria cubierta por apósito limpio y seco.
- Genitales externos: Loquios hemáticos en escasa cantidad, no mal olor.
- Miembros inferiores: Normales, no edemas.

Diagnóstico: Pos cesareada por RPM prolongado + corioamnionitis de 63 horas de evolución, hemorragia pos parto por atonía uterina, anemia leve.

TABLA 3:Resultados de laboratorio de hematología

HEMOGRAMA COMPLETO				
	FECHA			Valor referencial
	22/07/2019	23/07/2019	24/07/2019	
Leucocitos totales (K/uL)	23	16	10.1	4.6 - 10.2
Eosinófilos (%)	0	0.8	0.2	0 - 7
Basófilos (%)	0.2	1	0.1	0 - 2.5
Linfocitos (%)	6.6	9.9	9.5	20 - 45
Monocitos (%)	6.1	3.6	3.6	0 - 8
Segmentados (%)	87.1	84.7	86.6	40 - 70
Eosinófilos (10 ³ /UL)	0	0.1	0	0 - 0.7
Basófilos (10 ³ /UL)	0	0.2	0	0 - 0.2
Linfocitos (10 ³ /UL)	1.5	1.6	1	0.6 - 3.4
Monocitos (10 ³ /UL)	1.4	0.6	0.4	0 - 0.9
Segmentados (10 ³ /UL)	20.1	13.6	8.7	2 - 6.9
Hemáties (M/uL)	3.47	3.22	3.1	4.04 - 6.13
Hemoglobina (g/dL)	9.5	8.6	8.6	12.2 - 16.1
Hematocrito (%)	28	25.8	24.6	36 - 48.7
Volumen corpuscular medio (fL)	80.6	80	79.6	80 - 97
Hemoglobina corpuscular media (pg)	27.4	26.8	27.7	27 - 31.2
Concentración de hemoglobina corpuscular (g/dL)	34	33.5	34.8	31.8 - 35.4
Índice de Aninocitosis(RDW) (%)	15.9	15.9	16.7	11.6 - 14.8
Plaquetas	293	303	337	150 - 450
Volumen plaquetario medio	7.1	6.9	6.9	5 - 15
FORMULA MANUAL				
NEUTROFILOS %	86	83	88	
BANDAS %	01	00	00	
LINFOCITOS %	08	10	10	
MONOCITOS %	05	05	02	
EOSINÓFILOS %	00	02	00	
BASÓFILOS %	00	00	00	
PROTEÍNA C REACTIVA DE ALTA SENSIBILIDAD (mg/dl)	22/07/2019	23/07/2019	24/07/2019	Valor referencial
	No se toma	3.90	4.38	0 - 0.5

Fuente: Historia Clínica de paciente del caso clínico.

Terapéutica médica:

- 1) Dieta completa + líquidos a voluntad
- 2) Vía salinizada
- 3) Clindamicina 900 mg endovenoso cada 08 horas
- 4) Ampicilina 1 gr endovenoso cada 06 horas
- 5) Paracetamol 1 gr vía oral cada 08 horas

- 6) Metamizol 1 gr endovenoso por razón necesaria o Temperatura ≥ 38.5 °C
- 7) Sulfato ferroso 300 mg vía oral cada 24 horas
- 8) CFV + observación de signos de alarma
- 9) Exámenes auxiliares: Hemograma, PCR.

A las 11:00 horas, paciente en reposo, estable refiere dolor abdominal. Temperatura = 38.0°C y se administra metamizol 1gr endovenoso lento y diluido en jeringa con 20 cc de ClNa 9‰.

A las 12:00 horas, se administra ampicilina 1gr EV + clindamicina 900 mg endovenoso lento y diluido en 100 cc de ClNa 9‰ en equipo de volutrol.

A las 12:30 horas, se toma muestra de sangre para exámenes auxiliares de hemograma y PCR.

A las 13:00 horas, se registra Temperatura = 39,2°C y paciente recibe metamizol 1gr lento y diluido en jeringa con 20 cc de ClNa 9‰. Además, se administra sulfato ferroso 300 mg vía oral.

A las 14:00 horas, se administra paracetamol 1gr vía oral, metronidazol 500 mg endovenoso lento y diluido en solución de 100 cc de ClNa 9‰.

A las 14:30 horas, se administra ciprofloxacino 400 mg EV lento y diluido en solución de 100 cc de ClNa 9‰. Se controla T° = 38,6 °C y se aplican medios físicos para disminución de temperatura.

A las 15:00 horas, se registra Temperatura = 38,2°C

A las 16:00 horas, se registra Temperatura = 37,5°C y paciente recibe tratamiento, según indicación médica.

A las 17:00 horas, se toma muestra orina para examen

TABLA 4:Resultados de examen completo de orina

MICROBIOLOGÍA		
Fecha	24/07/2021	Valor referencial
Examen físico		
COLOR	Amarillo	
ASPECTO	Ligeramente turbio	Transparente
DENSIDAD	1.000	1.000-1.030
PH	6.5	5.5-7.5
Examen químico		
GLUCOSA	Negativo	
CETONA	2+	
NITRITOS	Negativo	
PROTEÍNAS	Negativo	
BILIRRUBINA	Negativo	
UROBILINÓGENO	Negativo	
HEMOGLOBINA	Negativo	
Examen microscópico		
LEUCOCITOS	6-8	0-5/campo
HEMATÍES	2-4	0-3/campo
CELULAS EPITELIALES	escasos	
GÉRMESES	escasos	No se observa/escasos

Fuente: Historia Clínica de paciente del caso clínico.

A las 19:00 horas, paciente se encuentra estable y con útero contraído, micción espontánea y vía salinizada. PA = 100/60 mmHg; Pulso= 88 x'; Temperatura = 37.0°C; Respiración=18x': Saturación de O₂= 98% ; y se registra Diuresis=2000 cc en el turno día.

A las 21:00 horas, se registra Temperatura = 38,3° y se administra metamizol 1gr endovenoso lento y diluido en jeringa con 20 cc de ClNa 9°/oo.

A las 22:00 horas, se registra Temperatura = 37,3°. Se administra gentamicina 160 mg + ampicilina 1gr endovenosa lento y diluido en 100 cc de ClNa 9°/oo en equipo de volutrol.

DÍA 7 (25/07/19):

A las 07:00 horas, Paciente refiere un poco de dolor en zona de herida operatoria.

Es evaluada por médico gineco-obstetra de guardia y personal de obstetricia.

PA = 110/60 mmHg; Pulso= 89 x'; Temperatura = 37.3 °C; Respiración=18x': Saturación de O₂= 98%.

Al examen obstétrico:

- Piel y mucosas: Tibias, hidratadas.
- Mamas: Blandas, levemente secretantes de calostro.
- Abdomen: Blando, depresible, leve dolor a la palpación, útero contraído, Altura uterina = 14 cm, herida operatoria cubierta por apósito limpio y seco.
- Genitales externos: Loquios hemáticos en escasa cantidad, no mal olor.
- Miembros inferiores: Normales, no edemas.

Diagnósticos: Pos cesareada por RPM prolongado + corioamnionitis de 4to día de evolución, Hemorragia pos parto por atonía uterina, anemia leve.

Terapéutica médica:

- 1) Dieta completa + líquidos a voluntad
- 2) Vía salinizada
- 3) Metronidazol 500 mg endovenoso cada 08 horas
- 4) Paracetamol 1 gr vía oral cada 08 horas
- 5) Metamizol 1 gr endovenoso por razón necesaria o Temperatura ≥ 38.5 °C
- 6) Ciprofloxacino 400 mg endovenoso cada 12 horas
- 7) Sulfato ferroso 300 mg vía oral cada 24 horas
- 8) CFV + observación de signos de alarma
- 9) Exámenes auxiliares: Hemocultivo, aglutinaciones.

Actividades principales en el séptimo día

A las 12:00 horas, se registra Temperatura: 39.2°C y paciente recibe metamizol 1gr endovenoso lento y diluido en 20 cc de ClNa 9 ‰ + sulfato ferroso 300 mg vía oral.

A las 14:00 horas, se registra Temperatura = 38.6°C y se administra paracetamol 01 gr vía oral + metronidazol 500 mg endovenoso lento y diluido en 100 cc de ClNa 9 ‰.

A las 14:30 horas, se administra ciprofloxacino 400 mg EV lento y diluido en 100 cc de ClNa 9 ‰. Se registra T° = 38,6 °C y se aplican medios físicos para disminución de temperatura corporal.

A las 15:30 horas, se registra Temperatura = 38.2°C.

A las 17:30 horas, se registra Temperatura = 37.5°C. Paciente con buena tolerancia oral.

A las 19:00 horas, paciente se encuentra estable en reposo relativo y observación. PA= 100/60 mmHg; Pulso= 82 x'; T = 37.5 °C; Respiración=18x': Saturación de O₂= 98%, diuresis= 700 cc, deposiciones (+)

DÍA 8 (26/07/19):

A las 07:00 horas, paciente se encuentra estable. Es evaluada por médico gineco-obstetra de guardia y personal de obstetricia.

PA= 90/60 mmHg; Pulso= 84 x'; Temperatura = 36.8 °C; Respiración=18x': Saturación de O₂= 98%.

Al examen obstétrico:

- Piel y mucosas: Tibias, hidratadas.
- Mamas: Blandas, levemente secretantes.
- Abdomen: Blando, depresible, leve dolor a la palpación, útero contraído, Altura uterina = 13 cm, herida operatoria limpia y seco.

- Genitales externos: Loquios hemáticos en escasa cantidad, no mal olor.
- Miembros inferiores: Normales, no edemas.

Diagnósticos: Pos cesareada por RPM prolongado + corioamnionitis de 5to día de evolución, Hemorragia pos parto por atonía uterina, anemia leve.

Terapéutica médica:

- 1) Dieta completa + líquidos a voluntad
- 2) Vía salinizada
- 3) Ciprofloxacino 400 mg endovenoso cada 12 horas
- 4) Metronidazol 500 mg endovenoso cada 08 horas
- 5) Paracetamol 1 gr vía oral cada 08 horas
- 6) Metamizol 1 gr endovenoso por razón necesaria o Temperatura ≥ 38.5 °C
- 7) Sulfato ferroso 300 mg vía oral cada 24 horas
- 8) Control de funciones vitales + observación de signos de alarma
- 9) Exámenes auxiliares: Hemograma, PCR.

Paciente recibe tratamiento, según indicación médica, con Diuresis=1500 cc (día).

A las 17:30 horas, se toma muestra de sangre para exámenes auxiliares

TABLA 5:Resultados de laboratorio de hematología

HEMOGRAMA COMPLETO		
	FECHA	Valor referencial
	26/07/2019	
Leucocitos totales (K/uL)	15.1	4.6 - 10.2
Eosinófilos (%)	2.5	0 - 7
Basófilos (%)	0.1	0 - 2.5
Linfocitos (%)	13.9	20 - 45
Monocitos (%)	8.2	0 - 8
Segmentados (%)	75.3	40 - 70
Eosinófilos ($10^3/UL$)	0.4	0 - 0.7
Basófilos ($10^3/UL$)	0	0 - 0.2
Linfocitos ($10^3/UL$)	2.1	0.6 - 3.4
Monocitos ($10^3/UL$)	1.2	0 - 0.9
Segmentados ($10^3/UL$)	11.4	2 - 6.9
Hematíes (M/uL)	3.38	4.04 - 6.13
Hemoglobina (g/dL)	9	12.2 - 16.1

Hematocrito (%)	26.7	36 - 48.7
Volumen corpuscular medio (fL)	78.8	80 - 97
Hemoglobina corpuscular media (pg)	26.5	27 - 31.2
Concentración de hemoglobina corpuscular (g/dL)	33.6	31.8 - 35.4
Índice de Aninocitosis(RDW) (%)	17.3	11.6 - 14.8
Plaquetas	418	150 - 450
Volumen plaquetario medio	7	5 - 15
FORMULA MANUAL		
NEUTROFILOS %	77	
BANDAS %	01	
LINFOCITOS %	12	
MONOCITOS %	08	
EOSINÓFILOS %	02	
BASÓFILOS %	00	
PROTEÍNA C REACTIVA DE ALTA SENSIBILIDAD (mg/dl)	26/07/2019	Valor referencial
	4.15	0 - 0.5

Fuente: Historia Clínica de paciente del caso clínico.

DÍA 9 (27/07/19):

A las 07:00, paciente se encuentra estable. Paciente recibe tratamiento, según indicación médica.

PA = 110/60 mmHg; Pulso= 89 x'; Temperatura = 36.8 °C; Respiración=18x': Saturación de O₂= 98%.

Al examen obstétrico:

- Piel y mucosas: Tibias, hidratadas.
- Mamas: Blandas, levemente secretantes de calostro.
- Abdomen: Blando, depresible, leve dolor a la palpación, útero contraído, Altura uterina = 14 cm, herida operatoria limpia y seca.
- Genitales externos: Loquios hemáticos en escasa cantidad, no mal olor.
- Miembros inferiores: Normales, no edemas.

Diagnósticos: Pos cesareada por RPM prolongado + corioamnionitis de 6to día de evolución, Hemorragia pos parto por atonía uterina, anemia moderada.

Terapéutica médica:

- 1) Dieta completa + líquidos a voluntad
- 2) Vía salinizada
- 3) Metronidazol 500 mg endovenoso cada 08 horas
- 4) Paracetamol 1 gr vía oral cada 08 horas
- 5) Metamizol 1 gr endovenoso por razón necesaria o Temperatura ≥ 38.5 °C
- 6) Ciprofloxacino 400 mg endovenoso cada 12 horas
- 7) Sulfato ferroso 300 mg vía oral cada 24 horas
- 8) Hierro sacarato 02 ampollas endovenosas diluidas en 100 cc de ClNa 9‰
- 9) Control de funciones vitales + observación de signos de alarma
- 10) Brindar lactancia materna.

Actividades principales en el noveno día:

A las 10:00 horas, se administra metronidazol 500 mg EV y diluido en solución de 100 cc de ClNa 9‰ + paracetamol 500 mg en tableta vía oral.

A las 10:00 horas, personal de obstetricia brinda orientación y consejería en lactancia materna y atención del recién nacido prematuro.

A las 12:00 horas, se administra ciprofloxacino 400 mg endovenoso lento y diluido en solución de 100 cc de ClNa 9‰.

A las 19:00 horas, paciente se encuentra estable y con útero contraído, micción espontánea y vía salinizada. PA = 100/60 mmHg; Pulso= 79 x'; T = 36.8°C;

Respiración=18x': Saturación de O₂= 98% ; y se registra Diuresis=1600 cc en el turno día.

DÍA 10 (28/07/19):

A las 07:00, paciente se encuentra estable. Paciente recibe tratamiento, según indicación médica.

PA = 110/60 mmHg; Pulso= 87 x'; Temperatura = 36.8 °C; Respiración=18x': Saturación de O₂= 99%.

Al examen obstétrico:

- Piel y mucosas: Tibias, hidratadas.
- Mamas: Blandas, levemente secretantes de calostro.
- Abdomen: Blando, depresible, leve dolor a la palpación, útero contraído, Altura uterina = 14 cm, herida operatoria limpia y seca.
- Genitales externos: Loquios hemáticos en escasa cantidad, no mal olor.
- Miembros inferiores: Normales, no edemas.

Diagnósticos: Pos cesareada por RPM prolongado + corioamnionitis de 6to día de evolución, Hemorragia pos parto por atonía uterina, anemia moderada.

Terapéutica médica:

- 1) Dieta completa + líquidos a voluntad
- 2) Vía salinizada
- 3) Metronidazol 500 mg endovenoso cada 08 horas
- 4) Paracetamol 1 gr vía oral cada 08 horas
- 5) Metamizol 1 gr endovenoso por razón necesaria o Temperatura \geq 38.5 °C
- 6) Ciprofloxacino 400 mg endovenoso cada 12 horas
- 7) Sulfato ferroso 300 mg vía oral cada 24 horas

- 8) Control de funciones vitales + observación de signos de alarma
- 9) Exámenes auxiliares: Hemograma, ecografía transvaginal.
- 10) Lactancia materna exclusiva.

Durante la guardia de día, paciente se encuentra estable. Recibe tratamiento, según indicación médica, con Diuresis=1400 cc.

DÍA 11 (29/07/19):

A las 08:00 horas, paciente se encuentra estable. Es evaluada por médico gineco-obstetra de guardia y personal de obstetricia.

PA = 110/60 mmHg; Pulso= 88 x'; Temperatura = 36.6 °C; Respiración=18x':

Saturación de O₂= 98%.

Al examen obstétrico:

- Piel y mucosas: Tibias, hidratadas.
- Mamas: Blandas, levemente secretantes.
- Abdomen: Blando, depresible, leve dolor a la palpación, útero contraído, Altura uterina = 13 cm, herida operatoria limpia y seca.
- Genitales externos: Loquios hemáticos en escasa cantidad, no mal olor.
- Miembros inferiores: Normales, no edemas.

Diagnósticos: Pos cesareada por RPM prolongado + corioamnionitis de 7to día de evolución, Hemorragia pos parto por atonía uterina, anemia leve.

Terapéutica médica:

- 1) Dieta completa + líquidos a voluntad
- 2) Ciprofloxacino 500 mg vía oral cada 12 horas por 07 días
- 3) Metronidazol 500 mg vía oral cada 8 horas por 07 días

- 4) Paracetamol 1 gr vía oral cada 08 horas por 03 días
- 5) Control por consulta externa en 07 días
- 6) ALTA MÉDICA.

A las 11:00 horas, personal de obstetricia brinda orientación y consejería en lactancia materna. Se orienta a la paciente sobre el cuidado e higiene de las mamas, la extracción correcta, almacenamiento y transporte correcto de la leche materna.

A las 12:00 horas, personal de obstetricia brinda orientación y consejería en Planificación familiar. Paciente decide método anticonceptivo de barrera: preservativos masculinos, por lo cual se le hace entrega de 30 unidades del mismo.

A las 13:00 horas, paciente se encuentra estable con indicaciones de alta médica. Personal de obstetricia brinda orientación y consejería en signos de alarma. Paciente se retira de Hospitalización sin recién nacido, el cual queda hospitalizado en cuidados intermedios del área de Neonatología. Personal de obstetricia se encarga de coordinar con el área de neonatología para los informes correspondientes sobre el recién nacido a la madre, quien en los siguientes días visita diariamente al recién nacido para brindarle el alimento materno.

INFORME DE ALTA DE PACIENTE

Fecha de ingreso: 19/07/2019

Fecha de egreso: 29/07/2019

Diagnóstico de ingreso: Segundigesta de 29 semanas según ecografía del primer trimestre, RPM prolongado, Oligohidramnios

Intervención quirúrgica o procedimiento realizado: Cesárea segmentaria transversa primaria

Diagnóstico de egreso: Pos cesareada por RPM prolongado + corioamnionitis
Hemorragia pos parto por atonía uterina, anemia leve.

Estado de alta de la paciente: Bueno

Tratamiento médico a seguir:

- 1) Ciprofloxacino 500 mg vía oral cada 12 horas por 07 días
- 2) Metronidazol 500 mg vía oral cada 8 horas por 07 días
- 3) Paracetamol 1 gr vía oral cada 08 horas por 03 días

Recomendaciones: Control por consulta externa en 07 días. Se brinda orientación y consejería en signos de alarma.

INFORME DEL RECIEN NACIDO:

Fecha de nacimiento: 21/07/2019

Sexo: femenino

Peso: 1310 gramos

APGAR en el nacimiento: 9' 9^{5'}

Talla: 40 centímetros

Capurro 30 semanas

Grupo sanguíneo: O+

Diagnósticos de hospitalización:

1. Recién nacido vivo pretérmino sexo femenino de 30 semanas por Capurro.
2. Enfermedad de membrana hialina
3. Hemangioma de muslo izquierdo

4. Retina inmadura
5. Riesgo neurológico

Fecha de alta: 29/08/2019

Días de hospitalización: 33 días

Diagnósticos de egreso del recién nacido:

1. Paciente vivo de 33 días de nacimiento
2. Retina inmadura
3. Hemangioma de muslo izquierdo

Recomendaciones de alta de paciente recién nacido:

1. Lactancia materna a libre demanda
2. Timolol gel 0.75 mg aplicar sobre hemangioma una vez al día
3. Mucovit 01 cc vía oral cada 24 horas
4. Osteovit 01 cc vía oral de cada 08 horas
5. Ferranin Forte 04 gotas vía oral cada 24 horas.

2.3. DISCUSIÓN.

La paciente fue derivada de un Hospital Nivel II-2 a un Hospital Nivel III-1 con 10 horas de tiempo de enfermedad. En la hoja de referencia, no se consignó como diagnóstico la ruptura prematura de membranas; sin embargo, en la sección de evaluación clínica, se encontraron las iniciales “M: R”, por lo que se pudo deducir que las membranas se encontraron rotas (pero no se observó las características del líquido amniótico que es un dato relevante en este tipo de pacientes).

Desde que llegó al hospital, la paciente tuvo taquicardia materna (alrededor de 100 pulsaciones por minuto y por encima de los 120/min a las 12 horas de hospitalización) a pesar de que no se presentó temperatura elevada durante las primeras 24 horas (su máxima temperatura fue de 37.5°C).

Al ingreso a la evaluación médica con espéculo, no se evidenció líquido en fondo de saco posterior, ni con maniobra de Valsalva ni con test de helech (-); aunque se obtuvo líquido amniótico al tacto vaginal y, luego, con la ecografía obstétrica, se demostró que había oligohidramnios severo. A pesar de que en Emergencia ya se tenía como diagnóstico la ruptura prematura de membranas (RPM), no se sospechó diagnóstico de corioamnionitis. Randhis *et al.* (12) señalan que, en el 2015, un grupo de expertos formuló nuevas guías para el diagnóstico y manejo de la corioamnionitis (definida actualmente como Triple I). En este documento, se indica que el síntoma principal es la fiebre materna, lo cual restó importancia a la taquicardia materna y dolor abdominal que fueron más utilizados en el pasado. En el caso descrito en este trabajo académico, la paciente presentó, desde el inicio, taquicardia materna y dolor abdominal, pero no tuvo un alza térmica mayor a 37.5° C durante las primeras 24 horas de su hospitalización, por lo que pudo desorientar y retrasar la sospecha clínica de corioamnionitis.

Chun-Chihet *al.* (11), en su artículo de revisión sobre corioamnionitis, señalan que, de acuerdo con la presencia o ausencia de signos clínicos y pruebas de laboratorio, la corioamnionitis se puede ser clasificada en corioamnionitis clínica y subclínica/histológica. La primera se caracteriza por presentar fiebre materna, leucocitosis, materna y/o taquicardia fetal, dolor a la palpación uterina y rotura prematura de membranas (RPM). Por el contrario, el tipo subclínico/histológico es asintomático y se asocia con la inflamación del corion, amnios y placenta.

En el caso clínico de este estudio, se puede afirmar que, entre el día 19 y 21 de Julio (día 1 al día 3 de hospitalizada), la paciente no tuvo mayor alza térmica; sin embargo, duplicó el número de leucocitos en el hemograma y el valor del PCR en dos días. Este último hecho fue el detonante para diagnosticar la presencia de corioamnionitis y culminar el embarazo por vía alta a pesar de la prematuridad.

La terapéutica antibiótica fue errática, dado que, como lo demuestra la historia clínica, se rotaron los antibióticos en tres ocasiones al persistir la fiebre. En un inicio, se eligió la combinación de ampicilina/eritromicina. Al tercer día, cuando apareció el alza térmica, se cambió a la combinación clindamicina/gentamicina y, luego, al no ceder la temperatura, se rotó a la combinación de metronidazol/ciprofloxacino en el sexto día. Con esta última combinación, se obtuvo mejor resultado.

En ese sentido, el uso de antibióticos para la patología tratada en el estudio es pertinente. Esto se colige con el trabajo de Alrowaily *et al.* (5), quienes concluyen que existe evidencia limitada y suficiente para recomendar el inicio inmediato de antibióticos intraparto y que se requieren ensayos clínicos bien diseñados, con definiciones de corioamnionitis estándar, para recomendar un régimen antibiótico preferido que brinden mejores resultados maternos y neonatales.

Respecto a los factores de riesgo, el más importante identificado en este caso es la rotura prematura de membranas de más de 10 horas al ingreso de la paciente. De acuerdo a la literatura y diferentes autores, el tiempo entre la RPM y el parto que supera más de 24 horas aumenta el riesgo de corioamnionitis. En el estudio de Verdugo-Muñoz L. et al. (17), se reportó RPM como factor de mayor frecuencia, así mismo Shouten F, et al. (18) concuerda en que este es un factor relevante, sobre todo si el tiempo de rotura supera las 18 horas.

El tiempo que transcurrió desde el ingreso de la paciente con diagnóstico de RPM hasta el momento del parto supero las 24 horas, el parto tuvo lugar al tercer día desde el ingreso, aunque se inició el régimen de antibióticos para el control del riesgo de infección, el desenlace resulto en el diagnóstico de corioamnionitis al obtener los últimos resultados de laboratorio y en consecuencia la programación de cesárea de emergencia. Por lo tanto, para el presente caso clínico, así como lo reporta la literatura, la rotura prematura de membranas fue el principal factor de riesgo para el desarrollo de corioamnionitis, aclarando que otros factores pudieron contribuir en su presentación.

En el presente caso no se registró muerte materna ni necesidad de ingreso a UCI u otra complicación, lo cual indica que el manejo antibiótico implementado, pese al retraso en la elección del régimen adecuado, logro reducir el riesgo de complicaciones maternas como sepsis, síndrome de mortalidad respiratoria del adulto y mortalidad. De acuerdo con el estudio de Reyna-Villasmil E, et al. entre el 5% y el 10% de las madres con corioamnionitis tienen mayor probabilidad de desarrollar bacteriemia si no se establece la antibioterapia, lo cual conduce a un aumento de riesgo de sufrir hemorragia posparto entre el 50 y 80%. (19)

Si bien la clínica no fue clara en un inicio para orientar el diagnóstico, los marcadores séricos habitualmente utilizados en la práctica clínica como el PCR con una sensibilidad y especificidad de más del 80% para corioamnionitis, junto al recuento de glóbulos blancos, aunque no tan específico y de bajo valor predictivo (19), para este caso permitieron el diagnóstico de la patología y la posterior intervención. Cabe resaltar, que podría tratarse de una corioamnionitis subclínica que se habría manifestado como RPM, por ello, ante este tipo de situaciones que complican el diagnóstico, es fundamental un marcado sérico materno de infección intraamniótica que permita su identificación precoz y manejo oportuno.

2.4 CONCLUSIONES

- La referencia no coordinada de las pacientes obstétricas entre los establecimientos de menor a mayor complejidad resolutive retrasa la atención de las patologías en la gestante.
- La identificación inoportuna de RPM en el área de emergencia obstétrica de los establecimientos como factor de riesgo de la corioamnionitis retrasa el diagnóstico y tratamiento de las complicaciones en la gestación pretérmino
- Es importante el seguimiento de exámenes auxiliares para el diagnóstico clínico de corioamnionitis y la decisión de culminar la gestación.
- La ruptura prematura de membranas se considera el principal factor de riesgo para la corioamnionitis y el parto prematuro.
- El tratamiento médico y antibiótico adecuado en el manejo de preventivo de la corioamnionitis es importante para evitar la hospitalización de larga data.

2.5 RECOMENDACIONES

- Se recomienda evaluar y mejorar las referencias de los establecimientos de salud, según categorías, a fin de subsanar las deficiencias actuales.
- Se recomienda revalorar las funciones que la profesional licenciada en obstetricia realiza como pieza fundamental en la atención de las gestantes en establecimientos de salud de baja complejidad.
- Se recomienda que el equipo de atención de la Emergencia obstétrica debe contemplar los factores de riesgo de las complicaciones de la gestación de manera oportuna a fin de alertar al equipo de hospitalización y continuar con una vigilancia estricta de la paciente.
- Se recomienda, ante la sospecha de corioamnionitis, evaluar la conveniencia del tipo y dosis de antibióticos a usar y es probable que el éxito del tratamiento recaiga en esta evaluación.

BIBLIOGRAFÍA

- (1) Organización Mundial de la Salud (OMS). Informe OMS sobre la mortalidad materna 2019[Internet]. Ginebra:OMS; [citado 19 de septiembre de 2019]. Disponible en <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>
- (2) Gil CF. Situación epidemiológica de la mortalidad materna en el Perú, SE 52. Boletín Epidemiológico del Perú [internet] 2019[consultado 2020 Abr 30]; 28 (52): 1334-1340. Disponible en:

<https://www.dge.gob.pe/portal/docs/vigilancia/boletines/2019/52.pdf>.
- (3) Martins I, Pereira I, Clode N. A pilot randomized controlled trial of complete bed rest versus activity restriction after preterm premature rupture of the membranes. Eur. J Obstet.Gynecol.Reprod. Bio. [Internet] 2019 [Consultado 2020 Abr 30];240:325-329.Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31377461/DOI> 10.1016/j.ejogrb.2019.07.037.
- (4) Bigelow C, Factor S, Miller M, Weintraub A, Stone J. Pilot Randomized Controlled Trial to Evaluate the Impact of Bed Rest on Maternal and Fetal Outcomes in Women with Preterm Premature Rupture of the Membranes. Am. J.Perinatol[Internet] 2016 [Consultado 2020 Abr 30];33(5):356-363. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26461925/DOI> 10.1055/s-0035-1564427.
- (5) Alrowaily N, D'Souza R, Dong S, Chowdhury S, Ryu M, Ronzoni S. Determining the optimal antibiotic regimen for chorioamnionitis: a systematic review and meta-analysis. Acta.Obstet.Gynecol.Scand. [Internet] 2021 [Consultado 2021 Abr 15]; 100 (6):818-831. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33191493/DOI> 10.1111/aogs.14044.

- (6) Guillén N, Llerena C, Samalvides S, Vila J, Juárez T, Cáceres J, Guillén-Pinto D. Riesgo de daño cerebral en prematuros menores de 34 semanas expuestos a corioamnionitis histológica, Lima, Perú. Rev.PeruMed.Exp. Salud Publica. [Internet] 2020 [Consultado 2020 Jul 15];37(3):229-238. Disponible en: <https://rpmesp.ins.gob.pe/index.php/rpmesp/article/view/4779DOI10.17843/rpmesp.2020.372.4779>.
- (7) De la Cruz-Dávila, C, Munares-García O. Resultados perinatales de embarazos con corioamnionitis en un hospital de III nivel de Lima, 2016 a 2018. Revista Peruana De Investigación Materno Perinatal [Internet] 2020 [Consultado 2021 Abr 15]; 9(2):48-58. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8090493&orden=0&info=linkDOIhttps://doi.org/10.33421/inmp.2020187>
- (8) Romero R, Herles E, Lino A, Rojas F, Flores M, Flores V, Gutiérrez E. Factores asociados a asfixia perinatal en un hospital de Callao, Perú. Perinatología y Reproducción Humana [Internet] 2016 [Consultado 2020 Abr 30]; 30(3):51-56. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0187533716300401DOIhttps://doi.org/10.1016/j.rprh.2016.06.009>.
- (9) Thevenet A, Tita N. Intra-amniotic infection (clinical chorioamnionitis or tripe I). [Internet]. USA: UpToDate, 2020[Consultado2020 Jul 30]. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/intraamniotic-infection-clinical-chorioamnionitis-or-triple-i>
- (10) Beckmann y Ling editores. Obstetricia y ginecología. 8a. ed. Barcelona, España. Wolters Kluwer; 2019. p. 158-162

- (11) Chun-Chih P, Jui-Hsing C, Hsiang-Yu L, Po-Jen C, Bai-Horng S. Intrauterine inflammation, infection, or both (Triple I): A new concept for chorioamnionitis. *Pediatrics&Neonatology* [Internet] 2018 [Consultado 2020 Abr 30]; 59(3):231-237. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S187595721730027X> DOI <https://doi.org/10.1016/j.pedneo.2017.09.001>
- (12) INMP, MINSA. Guías de práctica clínica y de procedimientos en obstetricia y perinatología. Perú: Instituto Nacional Materno Perinatal; 2018 [Consultado 2020 Abr 30]. Disponible en: <https://bit.ly/3jpK4qx>
- (13) Martínez C. Ruptura prematura de membranas. Escuela de Medicina Universidad de Guayaquil. [Internet] 2018 [Consultado 2021 Dic 26] Disponible en <https://www.medicosecuador.com/drcassis/protocolos/ruptura.html>
- (14) Randis T, Polin R, Saade G. Chorioamnionitis: time for a new approach. *Curr.Opin.Pediatr.* [Internet] 2017 [Consultado 2020 Abr 30];29(3):159-164. Disponible en: [https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28134708/DOI 10.1097/MOP.0000000000000466](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28134708/DOI%2010.1097/MOP.0000000000000466).
- (15) Orias M. Ruptura prematura de membranas. *Revista Médica Sinergia* [Internet] 2020 [Consultado 2022 Feb 19];5 (11). Disponible en: <https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/606/1041>
- (16) FASGO. Rotura prematura de membranas, Consenso FASGO XXXIII. Córdoba: Federación Argentina de sociedades de Ginecología y Obstetricia; 2018 [Consultado 2022 feb 30]. Disponible en: <https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/606/1041>
- (17) Verdugo-Muñoz LM, Ortiz-Martinez RA, Angel-Angel GA, Solís-Parra MA, Stephens-Mosquera WS, VidalLópez CO. Caracterización de la corioamnionitis en

pacientes atendidas en el hospital Susana López de Valencia (Popayán, Colombia) entre junio de 2013 y junio de 2014. Medicina & Laboratorio[Internet] 2017[Consultado 2022 Feb 19]; 23 (1-2): 75-84. Disponible en:<https://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/05/883548/caracterizacion-de-la-corioamnionitis.pdf>

(18) Schouten F, et al. Maternal temperature during labor. BJOG[Internet] 2008[Consultado 2022 Feb 19]; 115: 1131-37. Disponible en: doi: 10.1111/j.1471-0528.2008.01781.x.

(19) Reyna-Villasmil E, Santos-Bolívar J, Briceño-Pérez C. Infección intraamniótica y corioamnionitis. Rev Latin Perinat 2015; 18: 219-225.

(20) Abehsera D., Alcedo R., Vegas G., Sancha M., Magdaleno F., Gonzáles A. Corioamnionitis subclínica: un reto diagnóstico. A propósito de un caso. Clin Invest Gin Obst. [Internet] 2014[Consultado 2022 Feb 19];41(4):189-192. Disponible en:<https://www.elsevier.es/es-revista-clinica-e-investigacion-ginecologia-obstetricia-7-pdf-S0210573X13000518>