

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA DE OCCIDENTE
ESCUELA DE POSGRADO



TRABAJO DE POSGRADO

COMPARACIÓN DIAGNÓSTICA ENTRE CORIOAMNIONITIS VERSUS
CORIOAMNIONITIS SUBCLÍNICA EN PACIENTES OBSTÉTRICAS QUE
VERIFICARON PARTO EN EL HOSPITAL NACIONAL SAN JUAN DE DIOS
SANTA ANA EN EL PERÍODO DE ENERO A DICIEMBRE DEL 2018

PARA OPTAR AL GRADO DE

ESPECIALIDAD MÉDICA, EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

PRESENTADO POR

DOCTOR LEONEL ANTONY LINARES PERDOMO

DOCENTE ASESOR

DOCTOR MAURICIO ENRIQUE GODOY SANDOVAL

DICIEMBRE, 2019

SANTA ANA, EL SALVADOR, CENTROAMERICA

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

AUTORIDADES



M.Sc. ROGER ARMANDO ARIAS ALVARADO

RECTOR

DR. RAUL ERNESTO AZCÚNAGA LÓPEZ

VICERRECTOR ACADÉMICO

ING. JUAN ROSA QUINTANILLA QUINTANILLA

VICERRECTOR ADMINISTRATIVO

ING. FRANCISCO ANTONIO ALARCÓN SANDOVAL

SECRETARIO GENERAL

LICDO. LUÍS ANTONIO MEJÍA LIPE

DEFENSOR DE LOS DERECHOS UNIVERSITARIOS

LICDO. RAFAEL HUMBERTO PEÑA MARÍN

FISCAL GENERAL

M.Ed. ROBERTO CARLOS SIGÜENZA CAMPOS

DECANO

M.Ed. RINA CLARIBEL BOLAÑOS DE ZOMETA

VICEDECANA

LICDO. JAIME ERNESTO SERMEÑO DE LA PEÑA

SECRETARIO

M.Ed. JOSÉ GUILLERMO GARCIA ACOSTA

DIRECTOR DE ESCUELA DE POSGRADO

AGRADECIMIENTOS

En este apartado se hará especial énfasis, en la gratitud hacia todas las personas involucradas directa e indirectamente en la realización de este proyecto, inicialmente a Dios por permitirnos la vida, y sus bondades que nos brinda a diario, a mi madre por brindarme la vida y su apoyo y amor incondicional, agradezco a mi esposa por ser partícipe de este sueño que un día inicie y siempre me ha alentado a seguir adelante, al personal del Hospital Nacional San Juan de Dios de Santa Ana lugar en el cual me forme como médico y además en ningún momento tuve ninguna dificultad para realizar esta investigación gracias a su colaboración, a mi asesor de tesis por siempre darme una luz en la oscuridad, a mi alma mater Universidad de El Salvador Facultad Multidisciplinaria de Occidente, a todas y todos mis maestros, de los cuales he aprendido a forjarme como médico y excelente ser humano, a todos y a cada uno digo gracias y que Dios los colme de bendiciones.

DEDICATORIA

Dedico este trabajo de tesis primeramente a Dios todopoderoso, y especialmente a mi hija Eileen Alessandra Linares Colocho, quien es el motor de mi vida, es la razón por la cual día a día lucho para brindarle un mejor futuro y ser el mejor ejemplo para el desarrollo de su vida, a mi madre María Herminia Perdomo, que sin ella todo lo que soy simplemente no fuera posible, a mi padre Cesar Edgardo Linares, quien siempre me enseñó a ser un hombre de bien y me apoya y me sigue apoyando en mi vida, a mi linda esposa Cinthia Marisol Colocho, con quien día a día comparto lo bueno y lo difícil de la vida y que sin duda ha venido a darle color y luz a mi vida, a mi hermana Jacqueline Perdomo, quien a la distancia nunca ha dejado de creer en mí y gracias en gran parte a su apoyo soy ahora lo que soy, a mi asesor de tesis Dr. Mauricio Godoy quien no solo lo considero un colega, es más bien un amigo en cual confiar y en el cual sé que siempre tendrá un excelente consejo, a mis maestros y a tos mis amigos y colegas.

INDICE

INTRODUCCIÓN.....	viii
CAPITULO I PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	9
1.1 DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA	9
1.2 FORMULACIÓN DE LOS OBJETIVOS	10
1.2.1 OBJETIVO GENERAL.....	10
1.2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	10
1.3 JUSTIFICACIÓN.....	10
CAPÍTULO II MARCO TEÓRICO.....	12
2.1 GENERALIDADES.....	12
2.1.1 DESARROLLO PLACENTARIO	12
2.1.2 ANATOMIA Y EVALUACIÓN MACROSCÓPICA DE LA PLACENTA EN EL TERCER TRIMESTRE.....	14
2.1.3 MEMBRANAS OVULARES	15
2.1.4 LA PLACENTA COMO ÓRGANO DE INTERCAMBIO.....	15
2.2 INFECCIÓN AMNIÓTICA (INFECCIÓN OVULAR, CORIOAMNIONITIS)	16
2.2.1 ETIOLOGÍA	16
2.2.2 FACTORES PREDISONENTES	16
2.2.3 FISIOPATOLOGÍA Y VÍAS DE INFECCIÓN	17
2.2.4 DIAGNÓSTICO	18
2.2.5 CONDUCTA Y TRATAMIENTO.....	21
CAPÍTULO III OPERACIONALIZACION DE VARIABLES.....	23
CAPÍTULO IV METODOLOGÍA	27
4.1 TIPO DE ESTUDIO	27

4.2 UNIVERSO Y MUESTRA	27
4.3 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN	27
4.3.1 Criterios de inclusión.....	27
4.3.2 Criterios de Exclusión	28
4.4 PROCEDIMIENTO PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN.....	28
4.5 CONSIDERACIONES ÉTICAS	28
CAPÍTULO V HALLAZGOS DE LA INVESTIGACION	29
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	39
CONCLUSIONES.....	39
RECOMENDACIONES.....	40
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	41
ANEXOS.....	42

INTRODUCCIÓN

Se realizó una comparación de características diagnósticas entre corioamnionitis versus corioamnionitis subclínica en pacientes obstétricas que verificaron parto en el Hospital Nacional San Juan de Dios de Santa Ana de Enero a diciembre de 2018.

En vista que la corioamnionitis es una de las patologías que comúnmente afectan a las embarazadas, y que pueden provocar complicaciones tanto a la madre como al producto, desde secuelas neurológicas y sepsis en el neonato hasta la muerte en ambos (Fahey, 2008, p. 217).

Aunque la corioamnionitis se estima entre el 2-4% de embarazos de término y en un 40 a 70% de partos prematuros (Czikk, 2011, p. 776). razón por la cual se realizó una comparación de las características diagnósticas de las dos variedades de corioamnionitis clínica y subclínica en las pacientes que verificaron parto en este centro hospitalario, y de esta manera determinar si se está llevando a cabo un diagnóstico adecuado en base a la literatura y apegado a las lineamientos propuestos por el MINSAL, en primera instancia se determinó la incidencia de esta patología, luego se hizo una comparativa de las características diagnósticas de las pacientes en quienes fue diagnosticada dicha patología, tomando en cuenta las manifestaciones clínicas, datos de laboratorio, y si hay respuesta o no de estudio histopatológico. la finalidad del estudio fue determinar la incidencia actual de dicha patología, lo cual se logró demostrar que no se están llevando a cabo los protocolos para llegar al diagnóstico adecuado y oportuno de esta patología; La manera en que se está llevando a cabo el diagnóstico de corioamnionitis en pacientes que verificaron parto en este centro hospitalario, y se dieron las respectivas recomendaciones en base a datos actuales, y propios del Hospital San Juan de Dios de Santa Ana, para poder así mejorar la atención.

CAPITULO I PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA

El tratamiento de las pacientes con corioamnionitis clínica debe ser hospitalario, y se basa en la interrupción del embarazo y administración de antibióticos de amplio espectro, el cual debe iniciarse inmediatamente al establecer el diagnóstico, la interrupción inmediata del embarazo no se justifica ante la sospecha de corioamnionitis subclínica, en los casos de embarazos menores a 34 semanas con la presente patología el uso de corticosteroides se justifica y la hidratación, se procurará que la interrupción del embarazo sea por vía vaginal con el objeto de, e minimizar el riesgo de infección abdominal (Raymond, 2012, p. 1066). Las complicaciones son maternas y fetales, desde secuelas neurológicas y sepsis en el neonato hasta la muerte en ambos (Fahey, 2008, p. 134). En este contexto radica la importancia de indagar sobre cuáles son las características diagnósticas de las pacientes que verificaron parto en Hospital San Juan de Dios de Santa Ana entre Enero y Diciembre del 2018, en primera instancia se determinará la incidencia de dicha patología en dicho centro hospitalario, posteriormente se identificarán las características clínicas y de exámenes de laboratorio y gabinete que comparten las pacientes que han sido diagnosticadas con dicha patología, las cuales se describen en el marco teórico de este proyecto. Se buscó indagar, la manera en la cual se está realizando el diagnóstico de corioamnionitis tanto clínica como subclínica, en este centro hospitalario y si su manejo es apegado a las guías clínicas de ginecología y obstetricia del MINSAL del 2012, dado que es una patología que involucra el bienestar materno fetal, se debe poner total empeño en lograr identificar temprana y oportunamente a las pacientes que sufren dicha complicación. Por lo que surge la siguiente interrogante ¿cuál es la actualidad en cuanto a comparación de características diagnósticas entre corioamnionitis versus corioamnionitis subclínica en pacientes obstétricas que verificaron parto en el Hospital Nacional San Juan de Dios santa Ana de enero a diciembre de 2018?

1.2 FORMULACIÓN DE LOS OBJETIVOS

1.2.1 OBJETIVO GENERAL

- Comparar las características diagnósticas de la corioamnionitis versus corioamnionitis subclínica en pacientes obstétricas que verificaron parto en el Hospital Nacional San Juan de Dios Santa Ana en el periodo de enero a diciembre de 2018.

1.2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Definir la incidencia de corioamnionitis y corioamnionitis subclínica en pacientes obstétricas que verificaron parto en el Hospital Nacional San Juan de Dios Santa Ana en el periodo de enero a diciembre de 2018.
- Identificar los métodos diagnósticos tanto clínicos como de laboratorio para pacientes con diagnóstico de corioamnionitis.
- Comparar las características obstétricas comunes en pacientes con diagnóstico de corioamnionitis.

1.3 JUSTIFICACIÓN

Existen lineamientos generales para el diagnóstico y manejo de las pacientes con corioamnionitis, los cuales están descritos en las guías clínicas de ginecología y obstetricia del MINSAL publicado en el año 2012; se pretendió identificar y diagnosticar oportunamente a las pacientes con esta patología en el Hospital Nacional San Juan de Dios Santa Ana, ya que no se cuenta con estudios previos y con datos reales en esta institución en cuanto a esta enfermedad, por lo que se pretendió iniciar desde cero, y así de esta manera dimensionar la magnitud de la problemática, y a la vez identificar cuáles son los problemas a la hora de hacer el diagnóstico de esta enfermedad, para poder hacer recomendaciones precisas para lograr mejorar la atención integral que se da a las pacientes en esta institución.

La importancia principal de este proyecto de tesis radica en poder obtener datos estadísticos propios de este centro hospitalario en cuanto a la patología de corioamnionitis, con los cuales se puedan poner en contexto las posibles fallas o dificultades, a la hora de identificar y tratar las pacientes que sufren esta

enfermedad, no dejando de lado el hecho que las manifestaciones clínicas son el estandarte para lograr identificar oportunamente esta patología, de igual manera los datos proporcionados por exámenes de laboratorio y de gabinete los cuales se describen de mejor manera en el marco teórico de este proyecto; lo cual servirá, en mención a lo anterior se elaboró un instrumento de recolección de datos en el cual se trató de recolectar la información precisa sin dejar de lado ningún detalle para al final hacer una comparativa de todos los casos, y así poner en contexto toda la problemática que conlleva esta enfermedad y denotar problemas que se estén produciendo a la hora de hacer un diagnóstico adecuado.

Como objetivo en cuanto a la finalidad del proyecto se pretendió obtener información actualizada y veraz de pacientes que son tratadas en esta institución, para poder realizar conclusiones concretas y recomendaciones que tengan como finalidad mejorar la atención integral que se brinda en este centro hospitalario.

CAPÍTULO II MARCO TEÓRICO

2.1 GENERALIDADES

2.1.1 DESARROLLO PLACENTARIO

Período prevellositario (desde el día 6 hasta el día 13); comprende dos etapas:

2.1.1.1 Etapa prelacunar (día 6 al 9): Una vez anidado el huevo, el grupo de células extraembrionarias se orienta en dirección de la superficie endometrial. Estas se diferencian en dos grupos celulares (Mi 2000, p. 789).

- Citotrofoblasto primitivo o trofoblasto vellositario: formado por una hilera doble o triple de células poliédricas de citoplasma granular, con núcleo algo más claro, en donde existen numerosas mitosis, que darán origen al árbol vellositario.
- Sincitotrofoblasto primitivo o trofoblasto extravellositario: formado por una masa citoplasmática única sin límites celulares con numerosos núcleos, con características más invasivas (Caniggia, 1999, p.1334).

2.1.1.2 Etapa lacunar (día 9 a 13): Favorecido por sus particularidades invasivas, el sincitotrofoblasto primitivo se vacuoliza para dar origen a grandes lagunas que contactarán posteriormente con los vasos sanguíneos maternos. Al mismo tiempo, se forma una envoltura completa para el huevo, constituyendo la coraza trofoblástica, en donde la parte en contacto con el endometrio originará la placenta definitiva y el resto de la cubierta formará las membranas ovulares fetal. Hacia el día 12, el sincitotrofoblasto finalmente erosiona la capa muscular de los vasos espiralados uterinos causando pérdida completa de la estructura arterial. Si estos cambios fisiológicos son incompletos o están ausentes, limitarán el flujo placentario y determinarían la génesis de complicaciones relacionadas al embarazo como restricción de crecimiento intrauterino o preeclampsia (Brosens, 2002, p.1367). De esta forma, ingresa la sangre materna a las lagunas anteriormente formadas (Jaffre,

1997, p.255). dando origen al tipo hemocorial de la placenta humana. Por lo tanto, el número de capas entre las circulaciones materno-fetal queda reducido a tres:
Trofoblasto vellositario:

- A. Capa sincitotrofoblástica: que recubre las vellosidades.
- B. Capa citotrofoblástica.
- C. Endotelio vascular fetoplacentario.

2.1.1.3 Período vellositario (desde el día 13 posconcepción):

El citotrofoblasto penetra en el sincitotrofoblasto, dando origen a las estructuras trabeculares del árbol vellositario. Así, quedan constituidas en primer lugar las vellosidades primarias. A su vez, las vellosidades primarias son invadidas por el mesodermo extraembrionario hacia el día 17-20 (más precisamente por los vasos coriales, derivados de las estructuras embrionarias) dando origen a las vellosidades secundarias. En los días siguientes comienza la formación de vasos fetoplacentarios por medio del proceso denominado angiogénesis que invaden las vellosidades secundarias y las transforman en vellosidades terciarias. Este proceso ocurre alrededor de las 5-6 semanas posconcepción, momento en el cual se evidencian los primeros capilares fetoplacentarios y se origina la circulación fetal. A partir de ese momento, todas las ramificaciones vellositarias siguientes serán subgrupos de las vellosidades terciarias. Además de los vasos, en la mesénquima del centro de la vellosidad se distribuyen las células de Hofbauer, que desempeñarían una función de fagocitosis. A medida que las vellosidades van diferenciándose, el grosor de la "barrera placentaria" va disminuyendo por adelgazamiento del sincitotrofoblasto, espaciamiento del citotrofoblasto y focalmente, desaparición del tejido conjuntivo entre los capilares vellositarios y el trofoblasto.

2.1.2 ANATOMIA Y EVALUACIÓN MACROSCÓPICA DE LA PLACENTA EN EL TERCER TRIMESTRE

El reconocer las características macroscópicas de la placenta de término o del tercer trimestre tiene importancia clínica. El examen macroscópico se realiza de rutina luego del alumbramiento, para comprobar su integridad y como complemento del examen del recién nacido.

2.1.2.1 Forma: La placenta humana se clasifica morfológicamente como discoidea, ya que es un disco aplanado redondo u ovalado, con un diámetro de 20-25 cm y un grosor de 3-5 cm. Pero se pueden observar distintas formas, así como también se describen una variedad de subtipos de acuerdo a la inserción del cordón umbilical.

2.1.2.2 Consistencia: La cara fetal, su color normal es gris brillante. A veces presenta una coloración verdosa que expresa su impregnación con meconio. En cara fetal se observa la inserción del cordón umbilical que habitualmente es central o excéntrica. El cordón tiene una longitud de aproximadamente 50-60 cm, y normalmente presenta al corte dos arterias y una vena. Los vasos del cordón están rodeados de un tejido conectivo mucoide conocido como gelatina de Wharton. El cordón se dispone generalmente a manera de espiral (20-40 torsiones), y podría estar expresando los movimientos de rotación fetal. La ausencia de esta forma espiralada sugeriría inactividad fetal y también se ha observado en asociación de un pobre resultado perinatal).

La cara materna es de color rojo vinoso, presenta hendiduras que subdividen la cara materna en cotiledones o lóbulos placentarios de tamaño diferente. El número de lóbulos es variable entre 10 a 38.

2.1.2.3 Peso: varía entre 280 g (percentil 10) y 700 g (percentil 90) correspondiendo los 500 g al percentil 50. Hay una relación directamente proporcional entre el peso placentario y el peso del recién nacido.

2.1.3 MEMBRANAS OVULARES:

Las membranas forman, junto con la placenta, el saco que contiene el líquido amniótico y el feto. Están formadas por diversas capas de orígenes y estructuras diferentes. El trofoblasto que rodea al blastocisto consta de dos partes: una que corresponde al polo de implantación y otra que tapiza el resto de la circunferencia del huevo. Al aparecer las vellosidades, el corion frondoso (en contacto con el endometrio) constituirá la placa corial de la placenta. El corion capsular (cubriendo la superficie libre del blastocito) que entra en contacto con el endometrio un poco más tarde, originará el corion leve o calvo.

Por su parte, el endometrio se subdivide en diferentes zonas, en función de sus relaciones topográficas con el huevo: la decidua capsular que cubre la superficie libre del huevo, la decidua basal que se sitúa frente al corion frondoso y la decidua parietal es el resto de la cavidad uterina que no entra en contacto aún con el blastocito. Al ir creciendo el huevo, en las primeras semanas del segundo trimestre, la decidua capsular entra en contacto con la decidua parietal formando la envoltura fetal definitiva.

La estructura de las membranas está compuesta por tres capas (de adentro hacia fuera):

- Amnios.
- Corion.
- Decidua.

2.1.4 LA PLACENTA COMO ÓRGANO DE INTERCAMBIO

La placenta cumple funciones de alimentación, respiración y excreción. Para poder realizar dichas tareas ésta presenta una estructura vellositaria, a través de la cual se produce el intercambio de sustancias entre la sangre materna y la fetal. Este intercambio, a través de la "barrera placentaria" (tejido trofoblástico y células endoteliales fetales), depende del tipo de sustancia, de la concentración en sangre materna, del flujo sanguíneo materno y fetal, del gradiente de concentración, de la superficie disponible para el pasaje y del espesor de la membrana. Desde el espacio

intervallo materno hacia el compartimiento fetal, el primer paso es el transporte a través de las microvellosidades y luego la membrana basal del sinciotrofoblasto.

Todas las sustancias deben interactuar con esta membrana plasmática. La mayoría la atraviesan por alguno de los siguientes mecanismos: difusión pasiva, difusión facilitada, transporte activo, endocitosis y exocitosis. Los solutos que no tienen un mecanismo de transporte especializado cruzan por difusión y la permeabilidad está determinada por tamaño molecular, la carga iónica, la unión a proteínas maternas y fetales y la solubilidad lipídica. Tanto la difusión facilitada como el transporte activo son sistemas mediados por proteínas transportadoras de transmembrana que requieren de energía (ATP) y son altamente específicas para cada sustancia en particular. Por otro lado, las sustancias pueden atravesar la placenta por endocitosis (invaginación de la membrana celular que forma una vesícula intracelular que contiene fluidos extracelulares) o por exocitosis (liberación de una vesícula intracelular al espacio extracelular).

2.2 INFECCIÓN AMNIÓTICA (INFECCIÓN OVULAR, CORIOAMNIONITIS)

Es una entidad en la cual microorganismos, usualmente bacterias, llegan y se multiplican en la cavidad amniótica. Puede ocurrir tanto ante la rotura prematura de las membranas como con el saco ovular íntegro. Su frecuencia global es de alrededor del 1% de todos los embarazos.

2.2.1 ETIOLOGÍA

Los gérmenes que infectan la cavidad ovular son tanto aeróbicos como anaeróbicos, entre ellos *Escherichia coli*, estreptococo beta-hemolítico, *Mycoplasma hominis*, *Listeria monocytogenes*, *Chlamydia trachomatis*, entre otros.

2.2.2 FACTORES PREDISPONENTES

2.2.2.1 Deficiencia de la actividad antimicrobiana de líquido amniótico: La actividad antimicrobiana aparece al inicio del segundo trimestre y aumenta

progresivamente hasta el término. El factor antimicrobiano es un péptido unido al zinc. Por lo tanto, bajos niveles de zinc en la dieta predisponen a la infección.

2.2.2.2 Aumento del pH vaginal: El pH vaginal ácido inhibe el crecimiento de muchos microorganismos.

2.2.2.3 Ausencia de moco cervical: Este tiene acción antimicrobiana.

2.2.2.4 Coito especialmente cerca del término: El líquido seminal favorecería la penetración de los gérmenes por su acción proteolítica sobre el moco cervical y los espermatozoides ayudarían al transporte de las bacterias hacia la cavidad uterina. El poder bactericida del líquido seminal sería en algunos casos insuficiente para contrarrestar las acciones facilitadoras de la infección arriba mencionadas.

2.2.2.5 Otros factores: Por ejemplo, incompetencia cervical, polihidramnios, trabajo de parto prolongado, etcétera. Todos los factores enumerados pueden actuar independientemente del estado de las membranas ovulares, pero sin duda la rotura prematura de las membranas es el factor preponderante en la génesis de la infección ovular, especialmente cuando el periodo de latencia es muy largo y se realizan varios tactos vaginales.

2.2.3 FISIOPATOLOGÍA Y VÍAS DE INFECCIÓN

La infección generalmente comienza en las membranas adyacentes al orificio interno. Cuando las bacterias tienen poca virulencia las membranas en general permanecen íntegras. De esta primitiva localización las bacterias se difunden a través de las membranas y llegan a la placenta 12 a 48 horas después de iniciada la infección en el orificio cervical interno. El feto se puede contaminar al inhalar ella infectado. Otra vía es la hematológica en caso de septicemia materna, en que la infección alcanza al feto a través de las vellosidades coriales. Los gérmenes también pueden alcanzar la cavidad amniótica a través de las trompas de Falopio o por punción transparietoabdominal efectuada sin las condiciones requeridas de

asepsia. La infección puede desencadenar el trabajo de parto debido a la liberación de prostaglandinas por parte de la decidua y las membranas.

La mayoría de las bacterias tienen altos niveles de fosfolipasa A2, enzima que degrada los fosfolípidos en ácidos grasos libres, entre los cuales se encuentra el ácido araquidónico, principal precursor de la síntesis de prostaglandinas, como por ejemplo la f2A y del grupo d que tiene gran efecto oxitócico (Spérlihg, 1986, p.167). La placenta se produce diferente grado de edema vellositario, el que se asocia con mal pronóstico fetoneonatal.

2.2.4 DIAGNÓSTICO

La mayoría de los diagnósticos son subclínicos (80%) y por lo tanto es muy difícil llegar al diagnóstico. Los síntomas dependen de la virulencia de los gérmenes. En general se observa hipertermia mayor de 38' C, que es el signo principal, acompañada por irritabilidad, leucocitosis, taquicardia materna y fetal, aumento de las contracciones uterinas espontáneas y sensibilidad aumentada del útero. En presencia de rotura de membranas el líquido amniótico tiene olor fétido y puede llegar a ser purulento (Bobbit, 1977, p.796). Encontraron que un test de Gram con resultado negativo fue el procedimiento más confiable para excluir colonización bacteriana en el líquido amniótico (especificidad 98%) y la alta concentración de interleuquina-6 fue la de mayor sensibilidad (82%) para detectar colonización. El método más confiable para llegar al diagnóstico posparto de infección amniótica es la identificación de polimorfonucleares en la placenta, combinada con la identificación de bacterias por cultivo o por frotis.

2.2.4.1 MANIFESTACIONES MÁS FRECUENTES SON

1. Fiebre igual o mayor a 38°C
2. Hipersensibilidad Uterina
3. Taquicardia Materna + de 100 Latidos por minuto
4. Taquicardia Fetal + de 160 Latidos por minuto
5. Líquido amniótico (LA) fétido o purulento
6. Descarga Vaginal fétida o purulenta

Los síntomas descritos son inespecíficos, ya que pueden deberse a otros procesos mórbidos. La presencia de temperatura de por lo menos 38 grados o más aunado a uno o más de los criterios previamente mencionados apoyan fuertemente el diagnóstico de corioamnionitis.

En un estudio de cohorte de embarazadas de término se realizó estudio histopatológico de la placenta y las membranas encontrando que el diagnóstico de corioamnionitis sin manifestaciones clínicas fue del 12.5% y con manifestaciones clínicas fue de 10.1%. (Gordon, 2011, p.1789).

El estudio histopatológico de la placenta y sus anexos permiten detectar corioamnionitis clínica o subclínica, por lo que el médico puede apoyarse en este estudio ante los casos sospechosos. (Gordon, 2011, p.1789).

2.2.4.2 ESTUDIOS DE LABORATORIO Y GABINETE

El estudio histopatológico de las membranas o la placenta hasta el momento actual ha mostrado ser el estándar de oro en el diagnóstico de Corioamnionitis.

Sin embargo, los microorganismos se pueden encontrar aun cuando en las membranas no hay datos de inflamación histológica y la inflamación ocasionalmente puede estar presente sin microorganismos detectados. (Raymond, 2012, p.122).

A pesar de que el estudio histológico de las membranas, cordón o placenta es el que aporta certeza diagnóstica, hay que considerar los aspectos clínicos y de laboratorio complementarios. (Shekelle, Gordon 2011, p.178).

2.2.4.2.1 Biometría hemática con diferencial: preferentemente cada 24 horas, la presencia de más o igual de 15 000 leucocitos y + de 5% de bandas es sospechoso de infección especialmente si se asocia a una desviación a la izquierda, en algunos casos leucopenia.

2.2.4.2.2 Velocidad de sedimentación: globular aumentada indica reacción inflamatoria sistémica.

2.2.4.2.3 Proteína C-reactiva: (+ de 20 mg/dl), suele aumentar 2 o 3 días antes de la sintomatología.

2.2.4.2.4 Hemocultivo: está indicado cuando la temperatura materna es de + de 38, con el inconveniente de que el reporte tarda al menos 48 hrs.

2.2.4.2.5 Cultivo de Líquido amniótico (LA) por medio de amniocentesis: teniendo la limitante que el reporte tarda mínimo 48 horas; por otro lado, un reporte negativo no excluye la presencia de corioamnionitis, ya que no hay medios de cultivos apropiados para todos los gérmenes, aunado a que no identifica infecciones localizadas a decidua o corion. (Alan, Shekelle 2010, p.280).

En caso de realizar amniocentesis para el análisis del líquido amniótico se puede encontrar lo siguiente:

- Incremento de leucocitos $> 30\text{cel}/\text{mm}^3$
- Disminución glucosa $< 15\text{mg}/\text{dl}$ (la detección de glucosa en líquido amniótico $< 5\text{mg}/\text{ml}$ es mayor la correlación con la existencia de corioamnionitis en 90% de probabilidad de obtener un cultivo positivo de líquido amniótico),
- Deshidrogenasa láctica (Elevada en casos de corioamnionitis con valor predictivo)
- Esterasa Leucocitaria: Incrementada en corioamnionitis (Sensibilidad 91% especificidad 84%)
- Interleucina- 6 $> 7.9\text{ng}/\text{ml}$,
- Cultivo positivo (visualización de gérmenes en la tinción de Gram)
- Cultivos para anaerobios, Mycoplasma, ureoplasma (medio especial para chlamydia).
- Reacción en cadena de la polimerasa (PCR) (Shekelle, Buhimschi 2006, p.980)

Se debe de hacer diagnóstico diferencial con:

Infecciones extrauterinas, Infección de vías urinarias, Influenza, apendicitis y neumonía, condiciones no infecciosas asociadas a dolor abdominal (ausencia de fiebre) incluye tromboflebitis, colitis, enfermedad del tejido conectivo y desprendimiento prematuro de placenta normo inserta.

Los mejores resultados se obtienen cultivando un trozo de placenta. El proceso inflamatorio de la placenta se divide en tres etapas. En la primera, los neutrófilos están por debajo del corion (en el espacio intervelloso: intervelloritis), en la segunda etapa migran hacia el corion (corionitis) y en la tercera alcanzan el amnios y pasan a líquido amnionitis, corioamnionitis (Bianc, 1981, p.267). Los métodos diagnósticos más utilizados son:

- a) Estudio de la sección del cordón umbilical.
- b) Cultivo y citología del conducto auditivo externo del recién nacido.
- c) Citología del aspirado gástrico.
- d) Frotis del corion y amnios para identificar polimorfonucleares y bacterias, respectivamente. Este se debe hacer dentro de los 20 minutos del alumbramiento. El hallazgo de un gran número de bacterias es evidencia de infección; si son pocas se interpreta como contaminación debido al pasaje por el canal de parto. Los resultados son más confiables cuando la placenta ha sido manipulada con limpieza; leucocitos en corion indican infección en etapas 2 y 3.

2.2.5 CONDUCTA Y TRATAMIENTO:

2.2.5.1 PREVENTIVO:

- a) Suplemento de zinc en la dieta en caso de desnutrición materna.
- b) Evitar el coito luego de la segunda mitad en embarazos de riesgo (muertes perinatales previas, partos de pretérmino, incompetencia cervical, embarazo múltiple, etc.) o realizarlo con condón.
- c) Tratamiento de las infecciones cervicovaginales, incluyendo la vaginosis bacteriana.

Una vez instalada la infección amniótica se deben administrar antibióticos a la madre e interrumpir la gestación dentro de las 12 horas de realizado el diagnóstico, por vía vaginal preferentemente o por cesárea de acuerdo con las condiciones obstétricas (Gibbs, 1988, p.356).

Casi todos los antibióticos cruzan la placenta y alcanzan niveles detectables en el feto. Por ejemplo, la ampicilina alcanza en la sangre del cordón el 70% de la

concentración de la sangre materna (Gilstrap, 1988, p.345). No se ha demostrado, ni en estudios en animales ni en seres humanos, que exista riesgo de teratogénesis por el uso de penicilina y sus derivados (ampicilina, amoxicilina, etc.), así como de clindamicina y las cefalosporinas de primera y segunda generación (Gilstrap, 1988 y 1990, p.789). Las dosis recomendadas para la ampicilina y la cefoxitina son de 2 g por vía intravenosa cada 6 horas. Cuando se sospechen bacteroides anaerobios, aunque raramente juegan un papel importante en la infección fetal, a la ampicilina se puede agregar clindamicina en dosis de 1-2 g cada 6 a 8 horas (Maberry, 1991, p.678).

2.2.5.2 PRONÓSTICO

Las madres pueden desarrollar endometritis puerperal y los neonatos tienen una probabilidad de morir cuatro veces mayor y tres veces más chance de presentar síndrome de dificultad respiratoria, neumonía neonatal, sepsis, hemorragia interventricular y leucomalacia periventricular (Morales, 1987; Alexander, 1998, p.567). El pronóstico es más grave si además se trata de niños prematuros (Yoon, 2000, p.456). Encontraron en niños mayores de 2500 gramos 9 veces aumentado el riesgo de parálisis cerebral si la madre presentaba hipertermia durante el trabajo de parto o corioamnionitis.

CAPÍTULO III OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

Variable	Definición	Indicador	Escala de valores	Técnica
Corioamnionitis clínica	Inflamación o infección de la placenta, corion y el amnios, puede ser definida clínica o histológicamente.	Corioamnionitis clínicas	total	Hoja de recolección de datos
Corioamnionitis subclínica	Inflamación o infección de la placenta, corion y el amnios, puede ser definida clínica o histológicamente.	Corioamnionitis subclínicas	total	Hoja de recolección de datos
Manifestaciones clínicas Exámenes de laboratorio y gabinete	Fiebre mayor a 38 grados	Fiebre	Si No	Hoja de recolección de datos
	Dolor a la palpación uterina	Hipersensibilidad uterina	Si No	Hoja de recolección de datos
	Frecuencia cardiaca mayor a 100 lpm	Taquicardia materna	Si No	Hoja de recolección de datos
	Fcf mayor a 160 lpm	Taquicardia fetal	Si No	Hoja de recolección de datos

Líquido amniótico fétido	Líquido amniótico fétido	Si No	Hoja de recolección de datos
Presento secreción fétida	Secreción vaginal fétida	Si No	Hoja de recolección de datos
Leucocitosis por encima de 15,000 y neutrófilos arriba de 85%	Leucocitosis y neutrofilia	Si No	Hoja de recolección de datos
VES aumentada	Velocidad de eritrosedimentación	Si No	Hoja de recolección de datos
PCR arriba de 20	Proteína C reactiva	Si No	Hoja de recolección de datos
Hemocultivo positivo	Hemocultivo positivo	Si No No se realizo	Hoja de recolección de datos
Cultivo de líquido amniótico positivo	Cultivo de líquido amniótico	Si No No se realizo	Hoja de recolección de datos
El estudio histopatológico de las membranas o la placenta hasta el momento actual ha mostrado ser el	Estudio histopatológico	Si No	Hoja de recolección de datos

	estándar de oro en el diagnóstico de Corioamnionitis.			
Características obstétricas	Ph vaginal por encima de 5	Aumento del Ph vaginal	Si No No se realizo	Hoja de recolección de datos
	Ruptura prematura de membranas mayor de 24 horas	Ruptura prematura de membranas	Si No	Hoja de recolección de datos
	Trabajo de parto prolongado mayor de 8 horas	Trabajo de parto prolongado	Si No	Hoja de recolección de datos
	Paciente que no ha verificado parto	Nuliparidad	Si No	Hoja de recolección de datos
	Mayor de 4 tactos	Tactos frecuentes	Si No	Hoja de recolección de datos
	Tabaquismo o alcoholismo	Tabaquismo – Alcoholismo	Si No	Hoja de recolección de datos
	Por ejemplo VIH-SIDA	Estados de inmunosupresión	Si No	Hoja de recolección de datos
	Paciente con antecedente de vaginosis bacteriana	Vaginosis bacteriana	Si No	Hoja de recolección de datos

Paciente con antecedente de realización de cerclaje cervical	Cerclaje	Si No	Hoja de recolección de datos
Paciente tuvo relaciones sexuales cercanas a termino	Coito cerca del termino	Si No	Hoja de recolección de datos
IMC por debajo de 17 kg.m2	Desnutrición	Si No	Hoja de recolección de datos
Técnicas invasivas de diagnóstico y tratamiento (amniocentesis, fetoscopías, cordocentésis)	Técnicas invasivas de diagnóstico y tratamiento	Si No	Hoja de recolección de datos
Infecciones orales(gingivitis y periodontitis)	Infecciones orales	Si No	Hoja de recolección de datos

CAPÍTULO IV METODOLOGÍA

4.1 TIPO DE ESTUDIO

Estudio descriptivo y retrospectivo ya que se obtuvieron los datos de expedientes clínicos comprendidos entre enero a diciembre 2018. Se describieron los datos que en ellos se encontró.

4.2 UNIVERSO Y MUESTRA

Se estudiaron a todas las pacientes con diagnóstico de corioamnionitis tratadas en el Hospital Nacional San Juan de Dios Santa Ana y que cumplan los criterios de inclusión durante el periodo de enero a diciembre 2018. Se encontraron un total de 154 expedientes codificados con diagnóstico de corioamnionitis que fueron diagnosticadas en el Hospital Nacional San Juan de Dios de Santa Ana, de los cuales se excluyeron 56 ya que no contaban con los criterios de inclusión previamente establecidos, dejando así una muestra de 98 casos, de los cuales 77 corresponden a corioamnionitis subclínica, y 21 casos corresponden a corioamnionitis clínica.

4.3 CRITERIOS DE INCLUSION Y EXCLUSION

4.3.1 Criterios de inclusión:

- Paciente que verificó su parto en el Hospital San Juan de Dios de Santa Ana y que sea diagnosticada como corioamnionitis en el periodo de enero a diciembre de 2018.
- Pacientes que verificaron parto y fueron catalogadas como corioamnionitis clínica.
- Pacientes que verificaron parto y fueron catalogadas como corioamnionitis subclínica.

4.3.2 Criterios de Exclusión:

- Paciente que fue diagnosticada como corioamnionitis pero que no verifico parto en Hospital San Juan de Dios de Santa Ana.

4.4 PROCEDIMIENTO PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

Se realizó la toma de los datos de los expedientes clínicos en el grupo del estudio por medio de una hoja de registro de observaciones.

4.5 CONSIDERACIONES ÉTICAS

De acuerdo con los principios establecidos en la declaración de Helsinki sobre el respeto a los derechos del sujeto, prevaleciendo su interés por sobre la ciencia y la sociedad, y según las pautas OMS: principios éticos que deben regir la ejecución de la investigación en seres humanos especialmente en los países en desarrollo dadas las circunstancias socioeconómicas, leyes, reglamentos y disposiciones ejecutivas y administrativas y en la resolución 008430 de Octubre 4 de 1993 por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud, título II: de la investigación en seres humanos capítulo I. la esta investigación que lleva por nombre comparación de características diagnósticas entre corioamnionitis versus corioamnionitis subclínica en pacientes obstétricas que verificaron parto en el Hospital Nacional San Juan de Dios Santa Ana de enero a diciembre de 2018.

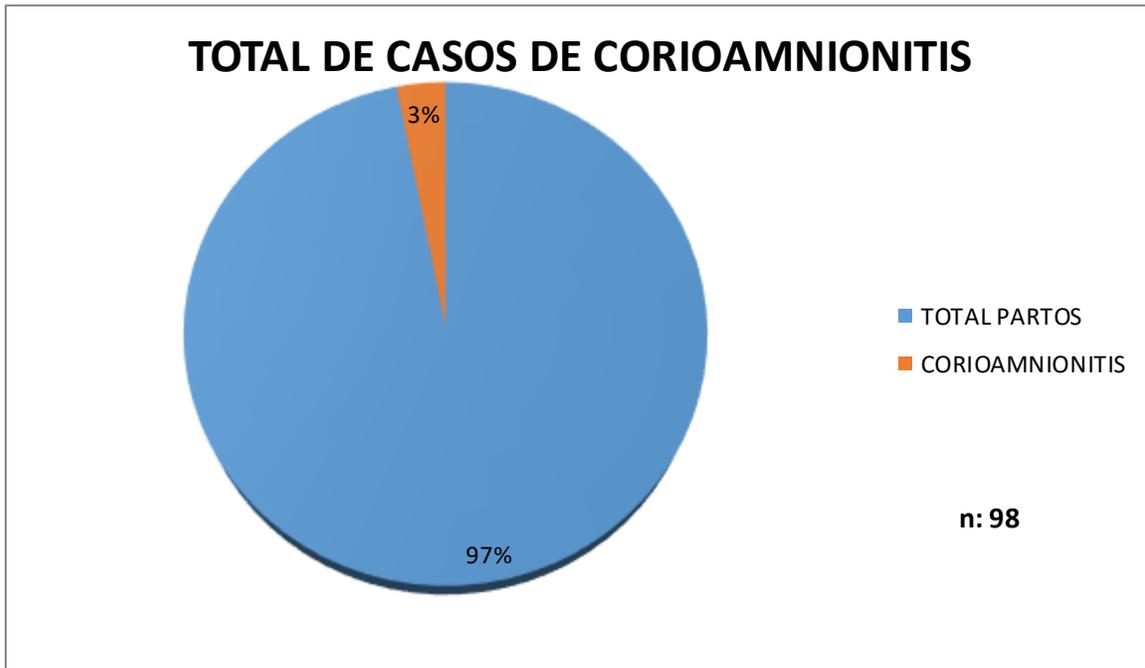
El presente estudio se realizó conforme a los siguientes criterios:

- Se utilizaron métodos de investigación documental retrospectivos.
- No se revelo la identificación de los sujetos en estudio.
- No se presentó información que ponga en riesgo la dignidad de las personas en estudio.
- Se mantuvo la confidencialidad de la información relacionada con su privacidad, para salvaguardar la identidad de las pacientes y su derecho a intimidad.

CAPÍTULO V HALLAZGOS DE LA INVESTIGACION

Del período de tiempo que se investigó, de enero a diciembre de 2018, se encontraron un total de 154 expedientes codificados con diagnóstico de corioamnionitis que fueron diagnosticadas en el Hospital Nacional San Juan de Dios de Santa Ana, de los cuales se excluyeron 56 ya que no contaban con los criterios de inclusión previamente establecidos, dejando así una muestra de 98 casos, de los cuales 77 corresponden a corioamnionitis subclínica, y 21 casos corresponden a corioamnionitis clínica. Del total de partos atendidos en el año 2018 los cuales fueron 4,846 partos, siendo de estos 98 casos los que verificaron parto en esta institución y que fueron diagnosticados como corioamnionitis deja un porcentaje de 2.02 % del total de todos los partos. Si se toman en cuenta todos los casos que fueron diagnosticados como corioamnionitis que fueron 154 casos eso da un porcentaje de 3.1 del total de partos atendidos en el 2018 en esta institución.

GRÁFICO 1

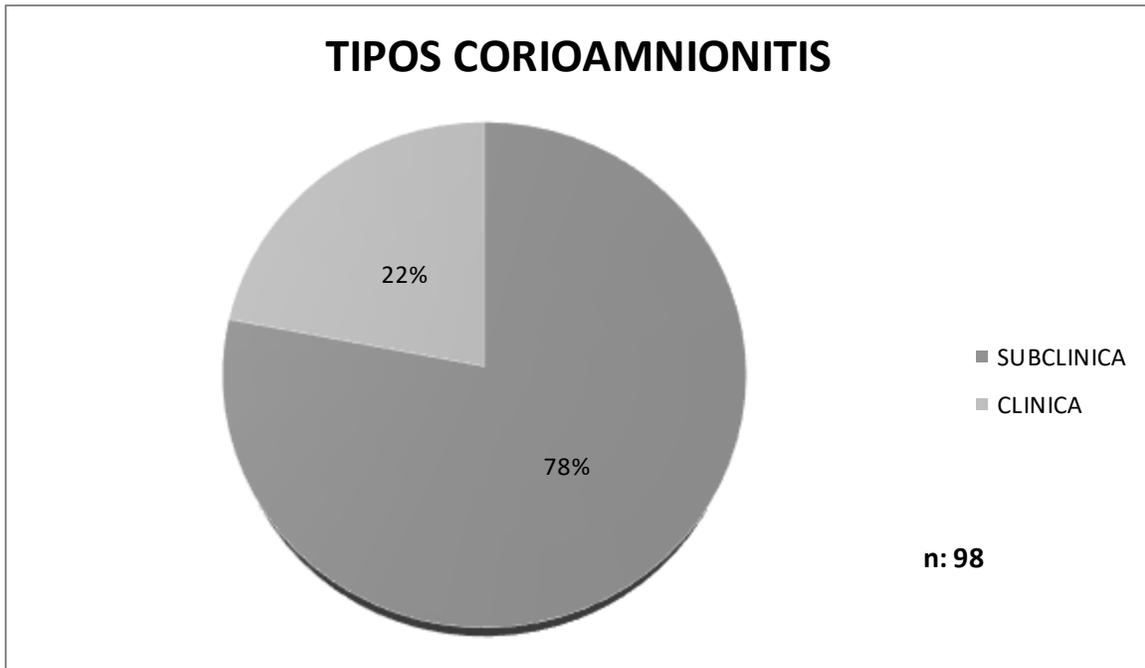


FUENTE: SIMMOW

ANÁLISIS:

En esta tabla se refleja el total de partos atendidos en el Hospital Nacional San Juan de Dios de Santa Ana siendo un total de 4,846 partos en el periodo de enero a diciembre de 2018, de estos un total de 98 partos verificados fueron catalogados como corioamnionitis, lo que da en cuanto a un total de 3% de todos los partos verificados, lo cual concuerda con estadísticas de la OMS en las cuales la corioamnionitis corresponde a un 2-4 % del total de partos verificados según estudios.

GRAFICO 2



FUENTE: EXPEDIENTES CLINICOS

ANALISIS:

Del total de los 98 casos identificados como corioamnionitis que se estudiaron en el presente trabajo se encontró el total de 77 casos de corioamnionitis subclínica lo que corresponde a un 78 %, mientras que se documentaron 21 casos de corioamnionitis clínica lo que corresponde a un 22 % del total de casos. Estas cifras demuestran la prevalencia de la corioamnionitis subclínica sobre la clínica. Lo que concuerda con datos proporcionados por la OMS en la cual la corioamnionitis subclínica prevalece sobre la corioamnionitis clínica en un total de 70- 80 % de los casos.

GRAFICO 3

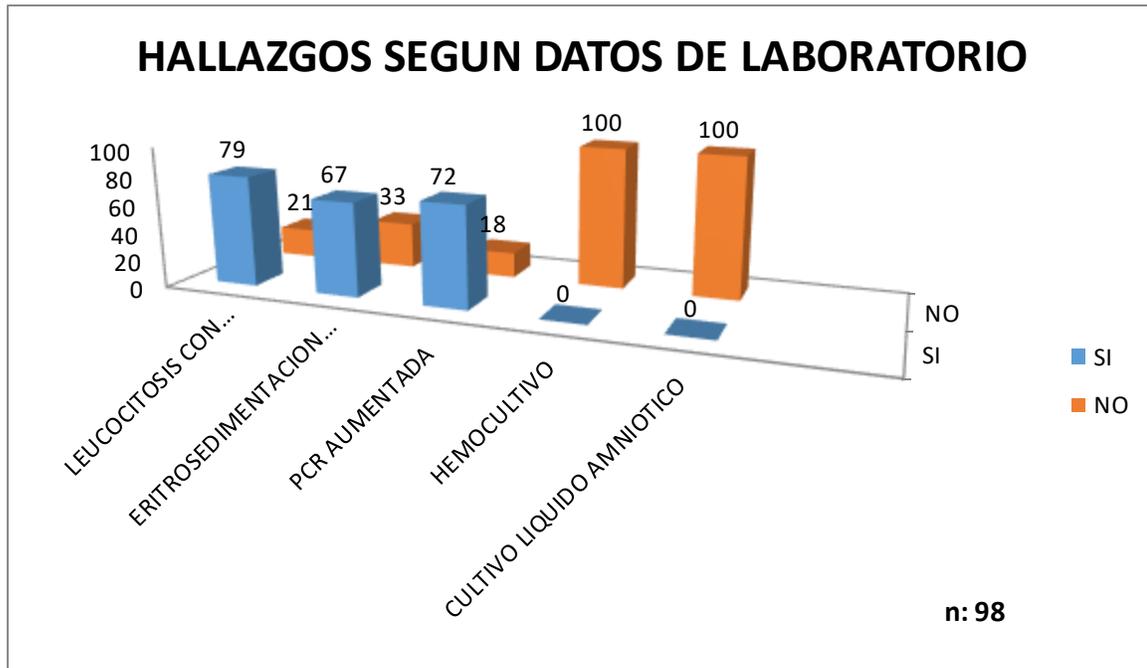


FUENTE: EXPEDIENTES CLINICOS

ANALISIS

En la presente tabla se analizan en conjunto las manifestaciones clínicas de las pacientes diagnosticadas con corioamnionitis la cual nos proporciona los siguientes hallazgos: Fiebre materna con un total de 22 % (21) como principal sintomatología, seguida de alteraciones fetales como taquicardia fetal con un 18 % (19) y líquido amniótico fétido un 17 % (18), tomando en cuenta que la sintomatología que más predomina, son afectaciones feto ovulares, pues es de donde se toma para hacer un diagnóstico inicial.

GRAFICO 4



FUENTE: EXPEDIENTES CLINICOS

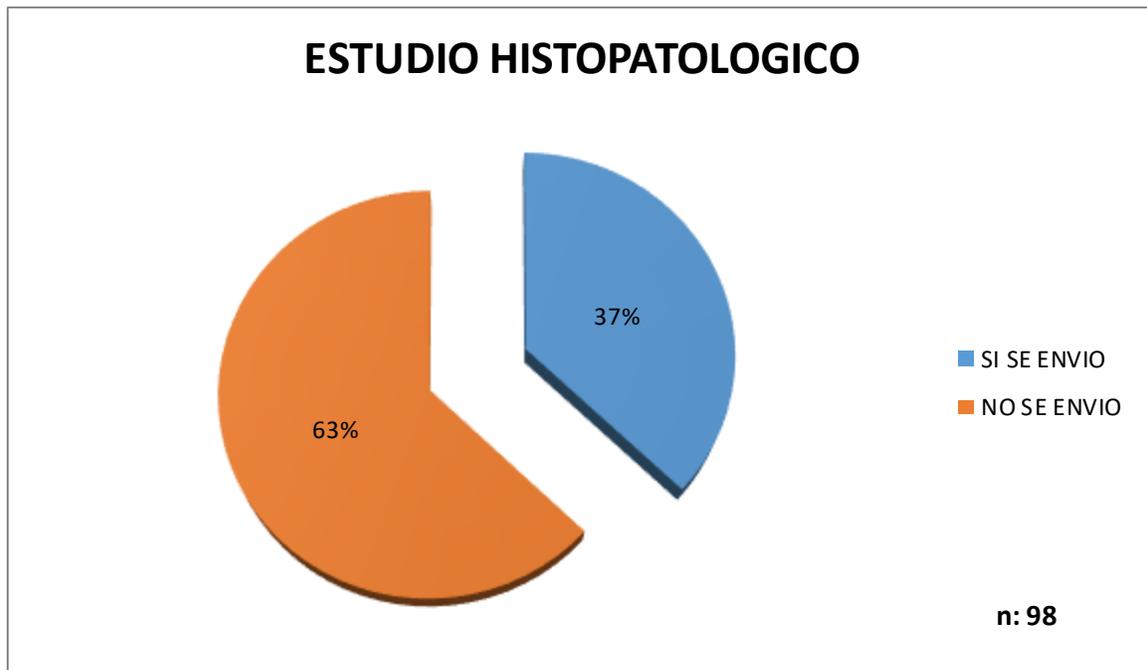
ANALISIS

En el presente grafico se analizan los datos que arrojan los exámenes de laboratorio en las pacientes que fueron diagnosticadas con corioamnionitis en el presente estudio, los cuales son los siguientes:

- a) Leucocitosis y neutrofilia: del total de casos estudiados 78 de estos lo que corresponde a un 79 % que si presentaron esta característica dejando un total de 20 casos o sea un 21 % del total que no lo presentaron, como vemos esta característica es un común denominador y un pilar a la hora de hacer diagnóstico de esta patología.
- b) Velocidad de eritrosedimentacion aumentada: del total de casos 66 de estos presentaron esta característica equivalente a 67 %, siendo un total de 32 casos que no la presento o igual a un 33% como vemos, este dato de igual manera es muy común encontrarlo alterado en las pacientes que han sido diagnosticadas con esta patología.

- c) Proteína C Reactiva elevada: un total de 71 casos presento esta característica o igual a 72 % mientras que 27 casos no la presentaron o 28 % del total de casos.
- d) Hemocultivo positivo: en el presente estudio el 100 % de casos no fue enviado este examen por lo que vemos que no es tomado en cuenta a la hora de hacer un diagnóstico.
- e) Cultivo de líquido amniótico: se verifico que en ninguno de los 98 casos se envió dicho examen, dato muy importante a tomar en cuenta ya que este es muy específico para llegar al diagnóstico de corioamnionitis.

GRAFICO 5

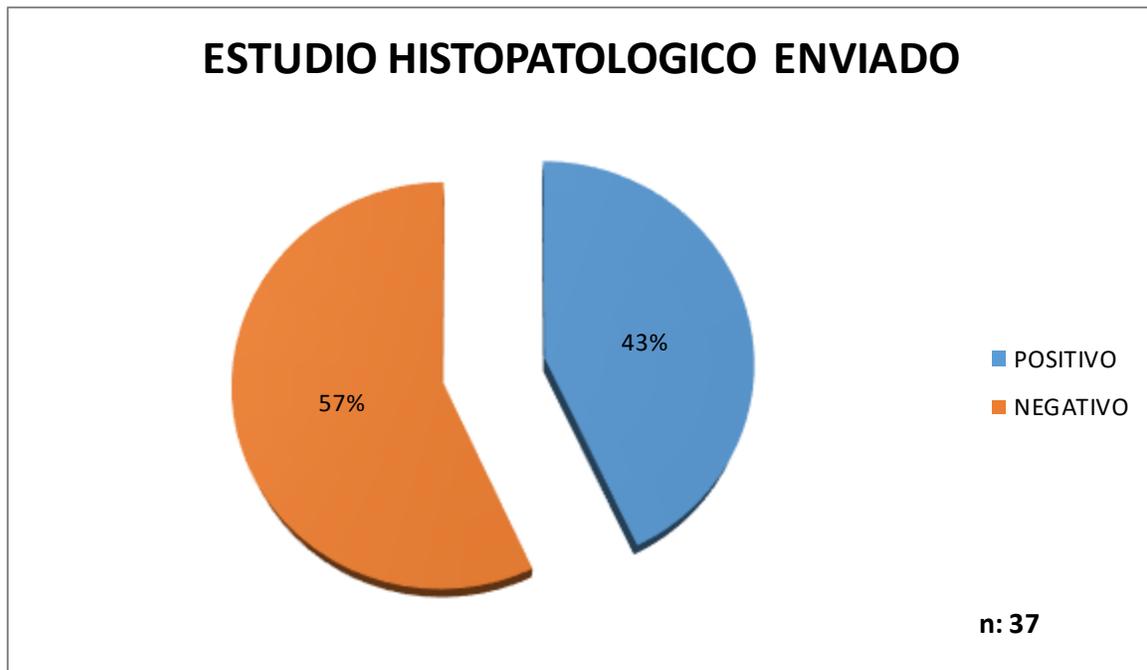


FUENTE: EXPEDIENTES CLINICOS

ANALISIS

En la presente grafica se observa que del total de 98 casos 37.8 % si se envió estudio histopatológico mientras que en 62.2 % de los casos no en el presente estudio, dato muy importante ya que esta característica de presentarse positiva es el estándar de oro para hacer diagnóstico de corioamnionitis.

GRAFICO 6

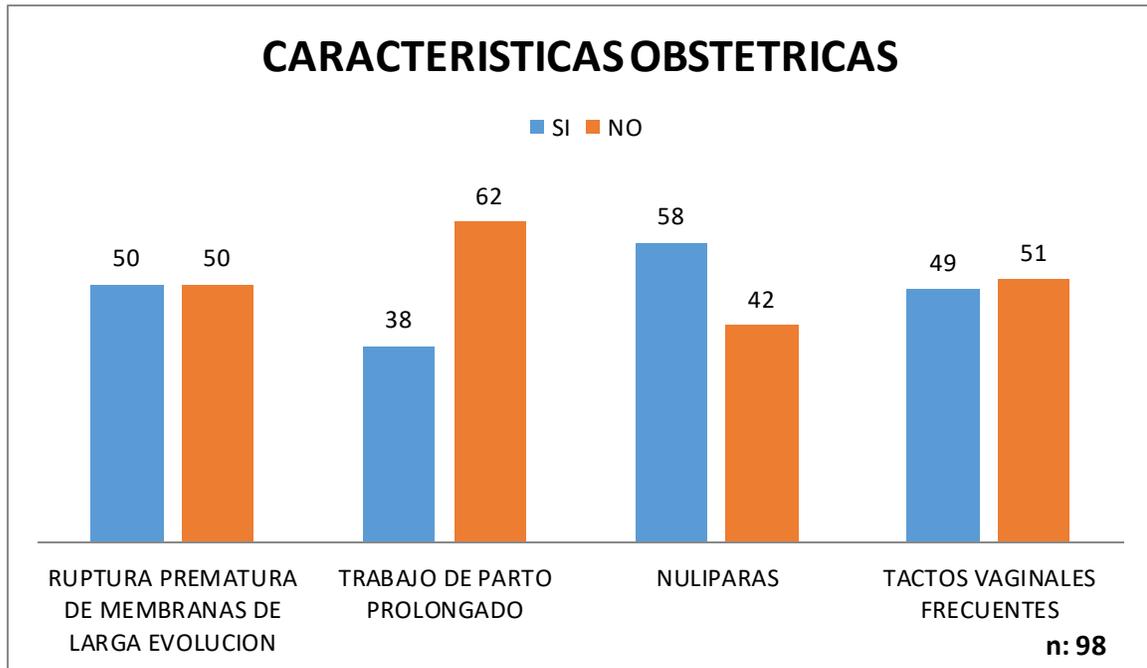


FUENTE: EXPEDIENTES CLINICOS

ANALISIS

En este grafico del total de 37 casos que si fue enviado dicho estudio 16 de estos fueron diagnosticados como corioamnionitis por patología, mientras que 21 casos no se identificó hallazgos concordantes con dicha entidad.

GRAFICO 7



FUENTE: EXPEDIENTES CLINICOS

ANALISIS

En cuanto a características obstétricas en las pacientes diagnosticadas con corioamnionitis se identificó lo siguiente:

- a) Aumento de PH vaginal: en ninguno de los casos se identificó esta característica ya que no fue estudiado.
- b) Ruptura prematura de membranas de larga evolución: del total de casos documentados 49 presentaron esta característica mientras que 49 no la presentaron.
- c) Trabajo de parto prolongado: 37 casos del total se documentó esta característica mientras que 61 casos no la presentaron.
- d) Nuliparidad: solo 57 casos del total son pacientes nulíparas mientras que 41 no lo eran o eran múltiparas.

- e) Tactos vaginales frecuentes: de los 98 casos estudiados 48 si se pudo observar que se realizó múltiples tactos durante la fase activa del trabajo de parto mientras que 50 no fue documentado esta característica.
- f) Estados de inmunosupresión: solo 10 casos se documentaron que presentaron algún estado de inmunosupresión durante el embarazo mientras que 88 casos no lo presentaron.
- g) Tabaquismo-Alcoholismo: del total de casos según historia clínica 15 pacientes refiere alcoholismo o tabaquismo mientras que 83 casos no lo manifiestan.
- h) Realización de cerclaje: del total de casos documentados solo 2 pacientes dieron historia de haberse realizado cerclaje por lo que vemos que esta característica no es muy común.
- i) Coito cerca del término del embarazo: en ningún expediente se encontró que este dato haya sido documentado por lo que se tomó como un dato negativo en el cual no presento esta característica.
- j) Desnutrición: del total de expedientes en 7 de estos se identificó esta característica mientras que 91 casos no la presentaron.
- k) Técnicas invasivas de diagnóstico y tratamiento: en ningún expediente se encontró que se haya realizado alguna técnica de este tipo por lo que este dato no es significativo en el presente estudio.
- l) Infecciones orales: del total de pacientes de este estudio en 6 de este si está documentado la presencia de enfermedad periodontal mientras que en 92 casos no está documentado esta característica.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES

- Podemos concluir que en base a los datos recogidos durante la presente investigación, se pudo observar que la incidencia de corioamnionitis, en las pacientes obstétricas que verificaron parto en el Hospital San Juan de Dios de Santa Ana en el periodo de enero a diciembre de 2018, fue un total de 98 casos que fueron la muestra de estudio lo que corresponde a un 3% del total de 4846 partos verificados durante el 2018 (SIMMOW,2019), porcentaje que no pude pasar desapercibido para fines epidemiológicos, sobré todo teniendo en cuenta las complicaciones maternas y fetales que pueden haber al diagnosticar inoportunamente esta patología.
- En base a las manifestaciones clínicas que presentaron las pacientes diagnosticadas como corioamnionitis tanto subclínica como clínica, podemos concluir que la fiebre continua siendo un síntoma y signo muy importante a la hora de sospechar el diagnostico de esta patología, con el seguido por la presencia de taquicardia fetal, además la presencia de líquido amniótico fétido, durante el trabajo de parto también es un factor muy importante a la hora de diagnosticar esta entidad y la vez catalogarla en su forma clínica, en base a los datos bibliográficos los datos del presente estudio no distan mucho, de los obtenidos en los textos afines a este tema.
- En cuanto a datos obtenidos por medio de exámenes de laboratorio podemos concluir que: la leucocitosis con neutrofilia demostrada a través de leucograma es un dato muy fuerte e inequívoco a la hora de diagnosticar esta enfermedad, además en ningún expediente pudo verificarse él envío de cultivo de líquido amniótico por lo que se está dejando de lado un dato muy importante para el diagnóstico de esta entidad.

RECOMENDACIONES

- Al ministerio de Salud, en base a la información recopilada y analizada en el presente estudio se recomienda, poner especial énfasis durante los controles prenatales ante la presencia de cualquier indicio, o factor de riesgo que puedan presentar las pacientes para desarrollar corioamnionitis en cualquiera de sus 2 variedades, así contribuir a la disminución de la incidencia de esta entidad en el Hospital Nacional San Juan de Dios de Santa Ana.
- A la Institución fomentar a las nuevas generaciones de médicos residentes que, al identificar una paciente con esta enfermedad en cualquiera de sus dos variedades, se tome en cuenta y se envíe de una manera rutinaria la muestra de placenta y cordón umbilical para estudio histopatológico, ya que se encontró que el número de muestras enviadas a sido muy bajo con respecto al total de casos verificados.
- Al ministerio de salud, y a las jefaturas del departamento de ginecología y obstetricia de este centro hospitalario, realizar jornadas de retroalimentación continua sobre los temas que más afectan a las usuarias embarazadas, en las cuales se incluya esta patología en específico, y de esta manera mantener a los médicos tratantes al día con la información actualizada en cuanto a avances en el diagnóstico y tratamiento, para evitar complicaciones maternas y fetales.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- MINSAL. (2012). Guías Clínicas De Atención De Las Principales Morbilidades Obstétricas, El Salvador: Editores.
- Danforth, Ronald Gibbs, Beth Karlan, Arthur Haney. (1996). Obstetricia Y Ginecología de, Texas: Ubuntu.
- Benson- Pernoll. (2000). Manual De Obstetricia Y Ginecología, Uruguay: Cheney.
- L. Cabero, D. Saldivar, E. Cabrillo. (2013). Obstetricia y Medicina Materno Fetal, España: Darel.
- Creasy & resniks. (2006) Maternal – Fetal Medicine Principles and Practice. Utah: Ross.
- Norbert gleicher MD. (2015). Tratamiento de Complicaciones Clínicas Del Embarazo, Canada: Batarse.
- Instituto Universitario de Texas. (2016). Protocolos de Obstetricia y Medicina Perinatal. Texas: lubre.
- Sergio Fiorelli (2010). Complicaciones Médicas en el Embarazo, Uruguay: Yersy.
- Williams, Obstetricia. (2015). Miami: danfort.
- Fernando Arias. (2016). Guía Práctica Para El Embarazo y Parto De Alto Riesgo, Uruguay: rotter.
- Rodrigo Cifuentes. (2011). Obstetricia de Alto Riesgo B. MD PhD. Paraguay: saller.
- Schwarcz - Sala- Duverges. (2014). Obstetricia. New York: donniest.

ANEXOS

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA DE OCCIDENTE
UNIDAD DE POSTGRADO
BOLETA DE RECOPIACION DE LA INFORMACION



Nombre de la investigación: Comparación de características diagnósticas entre corioamnionitis versus corioamnionitis subclínica en pacientes obstétricas que verificaron parto en el Hospital Nacional San Juan de Dios Santa Ana de enero a diciembre de 2018.

Objetivo 1: Definir la incidencia de corioamnionitis y corioamnionitis subclínica en pacientes obstétricas que verificaron parto en el Hospital Nacional San Juan de Dios Santa Ana en el periodo de enero a diciembre de 2018.

1. Fecha de recolección de datos: _____
2. No. de expediente: _____
3. ¿Fue diagnosticada como corioamnionitis?:
 Sí No
4. ¿Qué tipo de corioamnionitis?
 A. Clínica
 B. Subclínica

Objetivo 2: Identificar los métodos diagnósticos tanto clínicos como de laboratorio para pacientes con diagnóstico de corioamnionitis.

5. ¿Presento fiebre?
 Sí No
6. ¿Hay Hipersensibilidad uterina?
 Sí No
7. ¿Presento taquicardia materna?
 Sí No
8. ¿Hubo taquicardia fetal?
 Sí No
9. ¿Líquido amniótico fétido?
 Sí No

10. ¿Secreción vaginal fétida?
Sí No
11. ¿Leucocitosis y neutrofilia?
Sí No
12. ¿Velocidad de eritrosedimentación aumentada?
Sí No
13. ¿Proteína C reactiva aumentada?
Si no
14. ¿Se reportó hemocultivo positivo?
Si no
15. ¿Cultivo de líquido amniótico?
Si no
16. ¿tiene estudio histopatológico?
Si no

Objetivo 3: Comparar las características obstétricas comunes en pacientes con diagnóstico de corioamnionitis.

17. ¿Aumento del Ph vaginal?
Sí No No se hizo
18. ¿Ruptura prematura de membranas prolongada?
Sí No
19. ¿Trabajo de parto prolongado?
Sí No
20. ¿Nuliparidad?
Sí No
21. ¿Tactos frecuentes más de 4?
Sí No
22. ¿Tabaquismo – Alcoholismo?
Sí No
23. ¿Estados de inmunosupresión?
Sí No

24. ¿Vaginosis bacteriana?

Sí No

25. ¿Cerclaje?

Sí No

26. ¿Coito cerca del término?

Sí No

27. ¿Desnutrición?

Sí No

28. ¿Técnicas invasivas de diagnóstico y tratamiento?

Sí No

29. ¿Infecciones orales?

Sí No

PRESUPUESTO ESTIMADO DE LA INVESTIGACIÓN

PAPELERÍA	PRECIO	CANTIDAD	TOTAL
PAPEL BOND	\$ 4.50	5	\$22.50
IMPRESIONES	\$0.04	1100	\$44.00
MATERIAL INFORMATIVO	\$2.00	10	\$ 20.00
EMPASTADO DE TESIS	\$20.00	4	\$80.00
ANILLADOS	\$2.00	3	\$6.00
IMPRESIÓN DE CD	\$1.25	10	\$12.50
TOTAL			\$184.00