



SOCIEDAD ARGENTINA DE PEDIATRÍA
Dirección de Congresos y Eventos



3° Congreso Argentino de Neonatología
9° Jornadas Interdisciplinarias de Seguimiento del Recién Nacido de Alto Riesgo
3° Jornada Nacional de Perinatología
3° Jornadas Argentinas de Enfermería Neonatal
29 y 30 de Junio y 1° de Julio de 2016
Panamericano Buenos Aires Hotel & Resort – Carlos Pellegrini 551 – Ciudad de Buenos Aires
Jornada de Actualización de Reanimación Cardiopulmonar Neonatal – Jornada ACoRN
28 de Junio de 2016

Sesión interactiva de casos clínicos

Dr. Casale Roberto MD, FACOG
Jefe de Servicio de Obstetricia.
Hospital Nacional Profesor A Posadas Bs As
Docente Autorizado Facultad de Medicina UBA



1er Caso Clínico

Paciente de 42 años 5 embarazos previos.

1 parto normal y 4 cesáreas previas.

Diabetes gestacional A1

(glucemias normales en ayunas y PP de 163)

Lúes 24 semanas

medicada con Penicilina benzatínica (2 dosis)

Placenta previa oclusiva total

Consulta el 17/02/16

Cursando embarazo de 28 semanas y perdidas vaginales serohemáticas.

¿CUAL ES SU SOSPECHA CLINICA?

¿Cuál es su sospecha clínica?

1. Complicación de su diabetes
2. Amenaza de parto pretérmino
3. Complicación de su lúes
4. Acretismo placentario
5. Rotura prematura de membranas

¿Cuál es su sospecha clínica?

1. Complicación de su diabetes
2. Amenaza de parto pretérmino
3. Complicación de su lúes
- 4. Acretismo placentario**
5. Rotura prematura de membranas

Acretismo placentario

Relación entre cesáreas, placenta previa y acretismo placentario

Nº de cesáreas previas	Placenta Previa (%)	Acretismo en Placenta Previa (%)
0	0,3	5
1	0,6	24
2	1,8	47
3	3	49
4	10	67



¿Qué conducta propone?

1. Corticoides – control glucémico
2. Interrupción del embarazo
3. No efectuar corticoides por su diabetes
4. Control por consultorio
5. Mejorar el diagnóstico

¿Qué conducta propone?

- 1. Corticoides –control glucémico**
2. Interrupción del embarazo
3. No efectuar corticoides por su diabetes
4. Control por consultorio
5. Mejorar el diagnóstico

Evoluciona con

Perfiles Glucémicos normales (pre y post)

Sin pérdidas genitales

Buena reactividad fetal

Completa maduración pulmonar fetal

Recibe 3 dosis de penicilina

**Al 4 día de internación presenta pérdidas vaginales
líquidas serohemáticas.**

Sospecha clínica de RPM

QUE EXAMEN CONFIRMATORIO PROPONE

¿Qué examen confirmatorio propone?

1. Repetir ecografía para confirmar oligoamnios y RPM
2. Test de cristalización
3. Test de nitrazina
4. Examen clínico confirmatorio de RPM
5. Doppler fetal

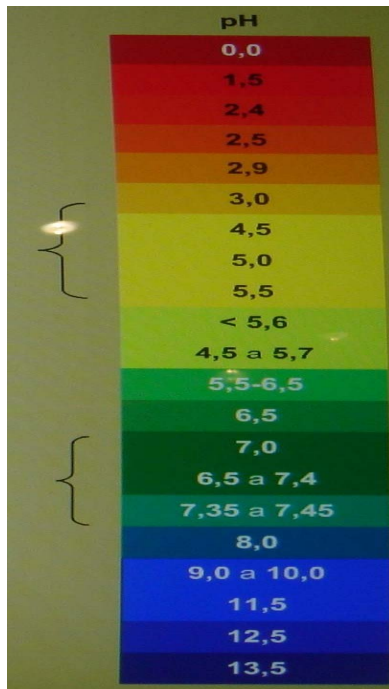
¿Qué examen confirmatorio propone?

1. Repetir ecografía para confirmar oligoamnios y RPM
- 2. Test de cristalización**
3. Test de nitrazina
4. Examen clínico confirmatorio de RPM
5. Doppler fetal

Test de cristalización
microscopio óptico,
aglutinación de los
cristales de cloruro de
sodio
(sensibilidad 56%).



Ecografía: Oligoamnios



Test de nitrazina

Mercer B. Preterm premature rupture of the membranes:
diagnosis and management. Clin Perinatol 31 (2004)
765– 782.

Confirmado el Dx de RPM

¿Qué conducta tomaría?

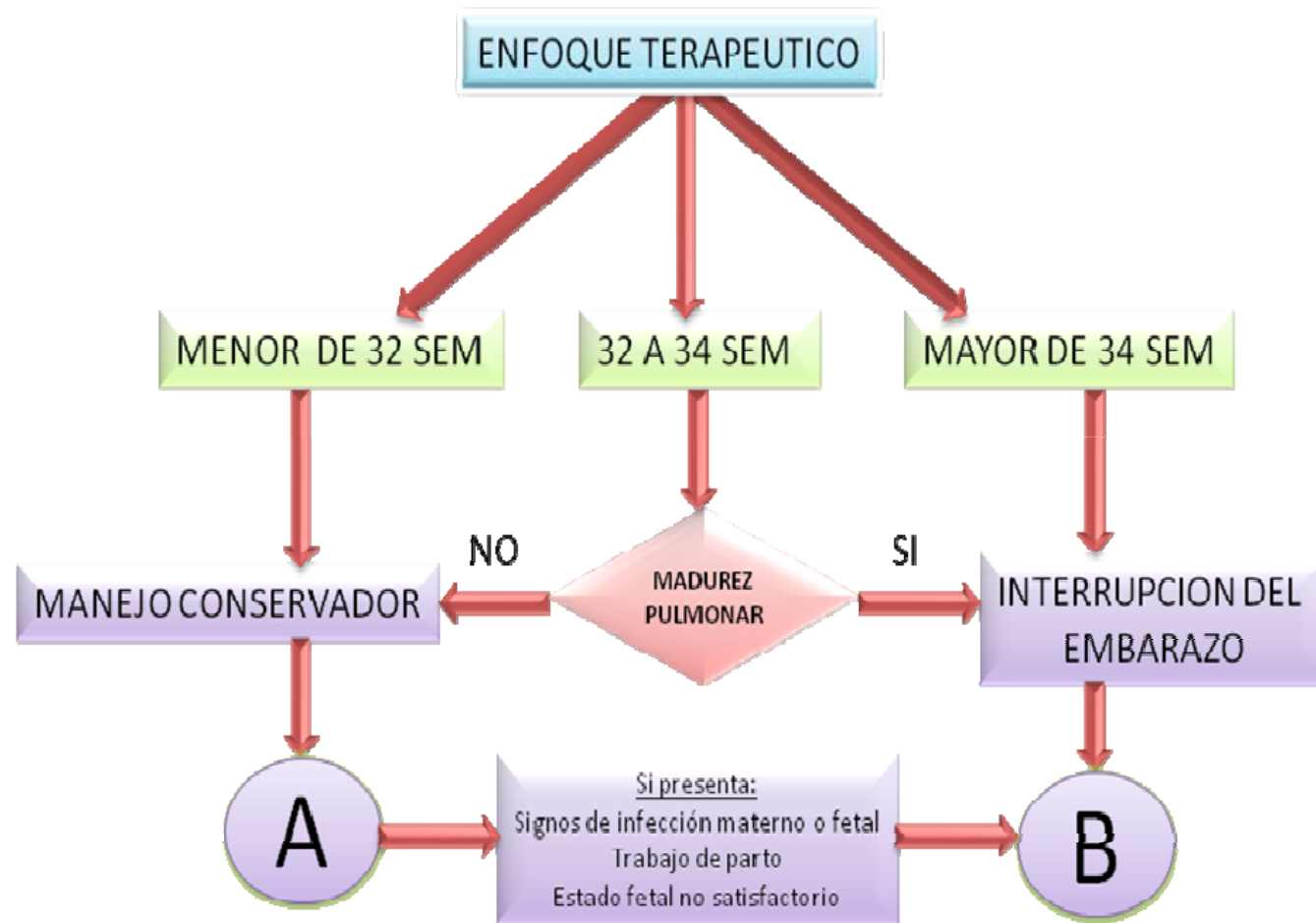
1. Interrupción del embarazo
2. Repetir corticoides e interrumpir a las 48 hs.
3. Conducta expectante: SI útero-inhibición,
No ATB.
4. Conducta expectante: NO útero-inhibición,
No ATB
5. Conducta expectante: NO útero-inhibición,
SI ATB

Confirmado el Dx de RPM

¿Qué conducta tomaría?

1. Interrupción del embarazo
2. Repetir corticoides e interrumpir a las 48 hs.
3. Conducta expectante: SI útero-inhibición,
No ATB.
4. Conducta expectante: NO útero-inhibición,
No ATB
- 5. Conducta expectante: NO útero-inhibición,
SI ATB**

Conducta clásica en RPM



A systematic review of intentional delivery in women with preterm prelabor rupture of membranes (ECCA) Hartling L, Chari R, Friesen C, Vandermeer B, Lacaze-Masmonteil T: J Matern Fetal Neonatal Med 2006, 19:177-87

Período de latencia

Tiempo transcurrido entre la ruptura de membranas y el inicio del trabajo de parto.

La incidencia de infección aumenta a medida que disminuye la edad gestacional porque aumenta la latencia

Incidencia	Corioamnionitis Clínica
40%	28 semanas
20%	28 – 34 semanas
5%	> 37 semanas

Newton E. Preterm Labor, Preterm Premature Rupture of Membranes, and Chorioamnionitis. Clin Perinatol32(2005)571-60

- **Evaluación periódica**

- .FC materna*

- .Contracciones y dolor uterino*

- .Temperatura*

- .Monitoreo Fetal*

- .Laboratorio: Hemograma, cultivos TGI*

Descartar infección, Desprendimiento placentario, procidencia del cordón

- **Finalización del embarazo**: Corioaminonitis

ACOG. Premature rupture of membranes. Practice Buletins No 139. Obstet Gynecol 2013 Oct; 122(4) : 919-30

Antibióticos

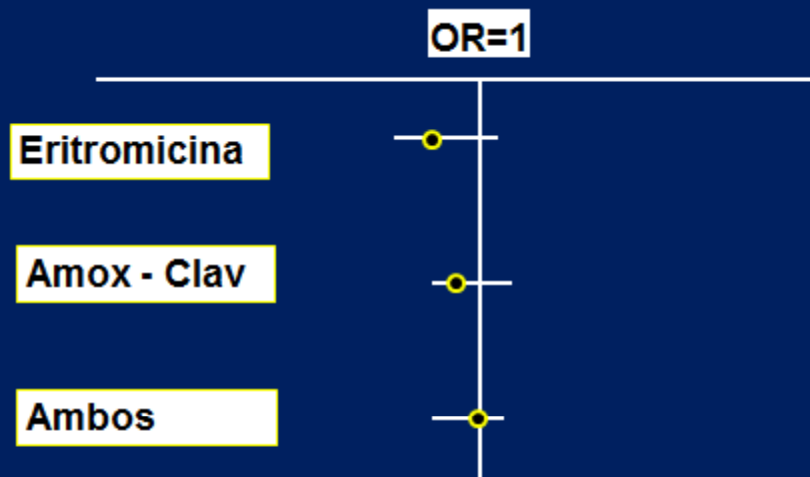
- Retraso del parto → Mayor latencia
- Disminuye la endometritis post parto
- Eritromicina (de elección)
- No amoxiclavulánico → ECN.

Sara Kenyon ,Michel Bouvain, James P Neilson

Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 04, 2011

Resultado Neonatal primario

Muerte perinatal, enfermedad pulmonar grave o patología cerebral



Resultados Maternos

Variable	Eritro	Amox-CI	Ambos	Placebo
Parto <48 h	34.8 %	30.5 %	31.3 %	40.7 %
Parto < 7 d.	60.9 %	57.7 %	54.4 %	63.3 %
Días Intern.	4 (0 -38)	4 (0 - 183)	3 (0 - 44)	4 (0 - 61)
ATB	24.6 %	25.7 %	24.6 %	26.9 %
	p 0.004	p 0.0001	p 0.0001	
		p 0.005	p 0.0001	

Resultados Neonatales Secundarios

Variable	Eritro	Amox-CI	Ambos	Placebo
Bajo Peso	72.5 %	72.8 %	70.7 %	71.8 %
UTI	70.3 %	70.4 %	68.8 %	71.8 %
Hemocult. +	5.7 %	6.8 %	7.0 %	8.2 %
ARM	21.1 %	21.1 %	26.5 %	23.1 %
SDR Rx	19.8 %	20.0 %	20.4 %	21.7 %
ECN -clín	2.1 %	4.1 %	3.5 %	2.7 %
ECN -conf	0.9 %	1.9 %	1.7 %	0.5%
		p 0.001	p 0.005	

ARTICLES

Articles

Broad-spectrum antibiotics for preterm, prelabour rupture of fetal membranes: the ORACLE I randomised trial

S L Kenyon, D J Taylor, W Tarnow-Mordi, for the ORACLE Collaborative Group*

Summary

Background Preterm, prelabour rupture of the fetal membranes (pPROM) is the commonest antecedent of preterm birth, and can lead to death, neonatal disease, and long-term disability. Previous small trials of antibiotics for pPROM suggested some health benefits for the neonate, but the results were inconclusive. We did a randomised multicentre trial to try to resolve this issue.

Methods 4826 women with pPROM were randomly assigned 250 mg erythromycin (n=1197), 325 mg co-amoxiclav (250 mg amoxicillin plus 125 mg clavulanic acid; n=1212), both (n=1192), or placebo (n=1225) four times daily for 10 days or until delivery. The primary outcome measure was a composite of neonatal death, chronic lung disease, or major cerebral abnormality on ultrasonography before discharge from hospital. Analysis was by intention to treat.

Findings Two women were lost to follow-up, and there were 15 protocol violations. Among all 2415 infants born to women allocated erythromycin only or placebo, fewer had the primary composite outcome in the erythromycin group (151 of 1190 [12.7%] vs 186 of 1225 [15.2%], p=0.08) than in the placebo group. Among the 2260 singletons in this comparison, significantly fewer had the composite primary outcome in the erythromycin group (125 of 1111 [11.2%] vs 166 of 1149 [14.4%], p=0.02). Co-amoxiclav only and co-amoxiclav plus erythromycin had no benefit over placebo with regard to this outcome in all infants or in singletons only. Use of erythromycin was also associated with prolongation of neonatal jaundice in neonatal treatment with surfactant

Introduction

Preterm, prelabour rupture of the fetal membranes (pPROM) occurs in 2.0-3.5% of pregnancies and is the commonest antecedent of preterm birth, being present in 30-40% of cases.¹ Although the latency period between fetal-membrane rupture and birth varies with gestation, spontaneous labour and birth is a consequence and can result in the complications of prematurity—ie, death; short-term neonatal disease and long-term disability (including cerebral palsy, blindness, and deafness); the complications of infection including chorioamnionitis, maternal wound infection, and neonatal sepsis; and the complications of prolonged oligohydramnios including pulmonary hypoplasia, pneumothorax, and skeletal deformities.¹

Usually, fetal-membrane rupture is preceded by structural weakness associated with extracellular-matrix degradation and cellular apoptosis,^{2,3} but a substantial proportion of cases are associated with subclinical chorioamnionitis.⁴ Micro-organisms are believed to degrade the fetal membranes either directly through proteases or phospholipases, or indirectly by the activation of collagenases—members of the matrix metalloproteinase family.⁵ Evidence for the role of subclinical chorioamnionitis in pPROM comes from case-control and cohort studies that have shown that women with pPROM have a higher rate of abnormal microbial colonisation of the lower genital tracts than women who have normal births, and from microbiological studies of amniotic fluid taken by amniocentesis from women with pPROM. From published studies, the overall prevalence of positive amniotic-fluid cultures in such women is



POSADAS
HOSPITAL NACIONAL

**Embarazo de 29-30 RPM Acretismo CCA
DBT G + Lúes**

Curva térmica

Pérdida de líquido no fétida

DU negativa

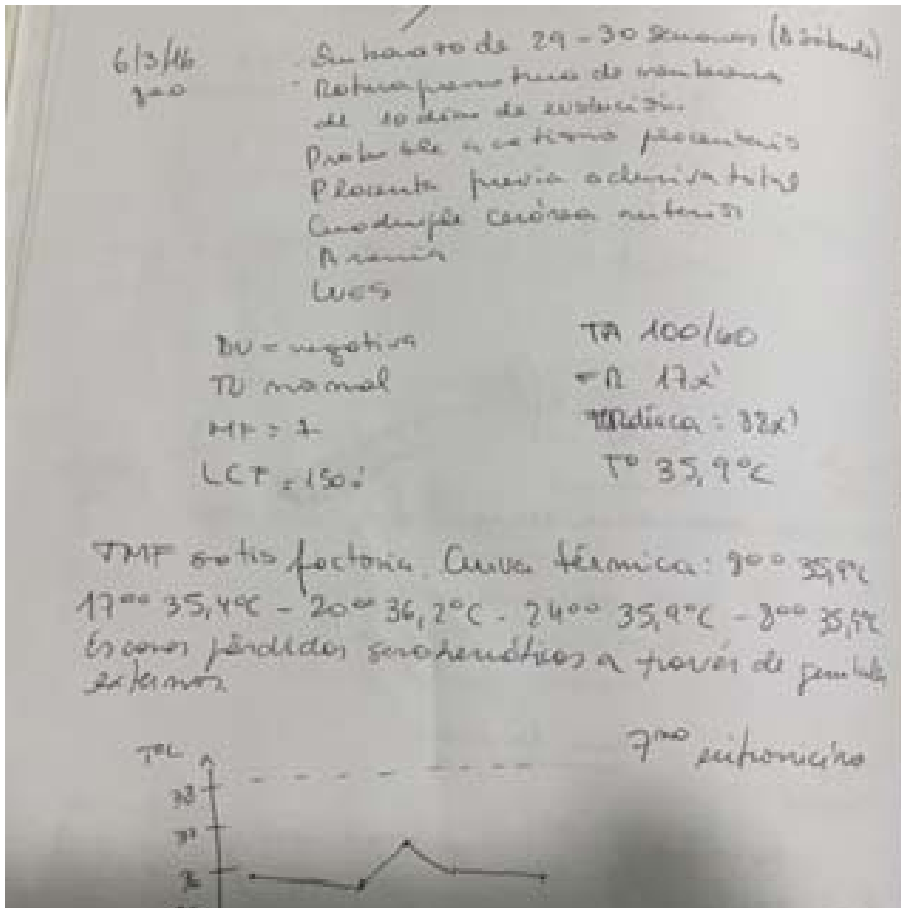
Rto de Blancos: 8100

Ecografía: Oligoamnios severo, 1000gs

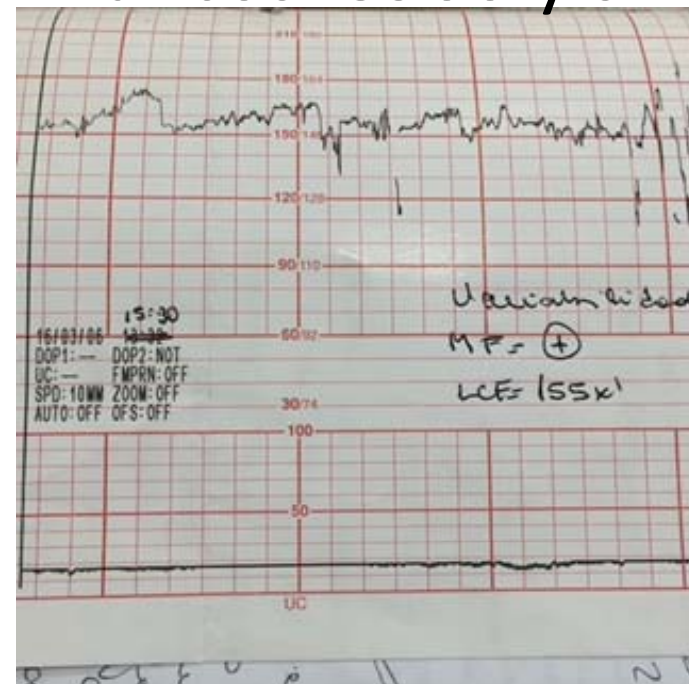
Doppler normal

Embarazo de 29-30 RPM Acretismo CCA DBT G + Lúes

12 día de internación (8 días de RPM)



15 hs: Fiebre 38°
Blancos 8900 y sin DU



¿Qué conducta tomaría?

1. Interrupción inmediata del embarazo
2. Repetir corticoides e interrumpir a las 48 hs.
3. Neuroprotección con SO_4MG e interrupción del embarazo
4. ATB de amplio espectro y continuar
5. Evaluación por clínica médica

¿Qué conducta tomaría?

1. Interrupción inmediata del embarazo
2. Repetir corticoides e interrumpir a las 48 hs.
- 3. Neuroprotección con SO_4MG e interrupción del embarazo**
4. ATB de amplio espectro y continuar
5. Evaluación por clínica médica

Corioaminonitis

Temperatura axilar $>$ a $37,8^{\circ}$

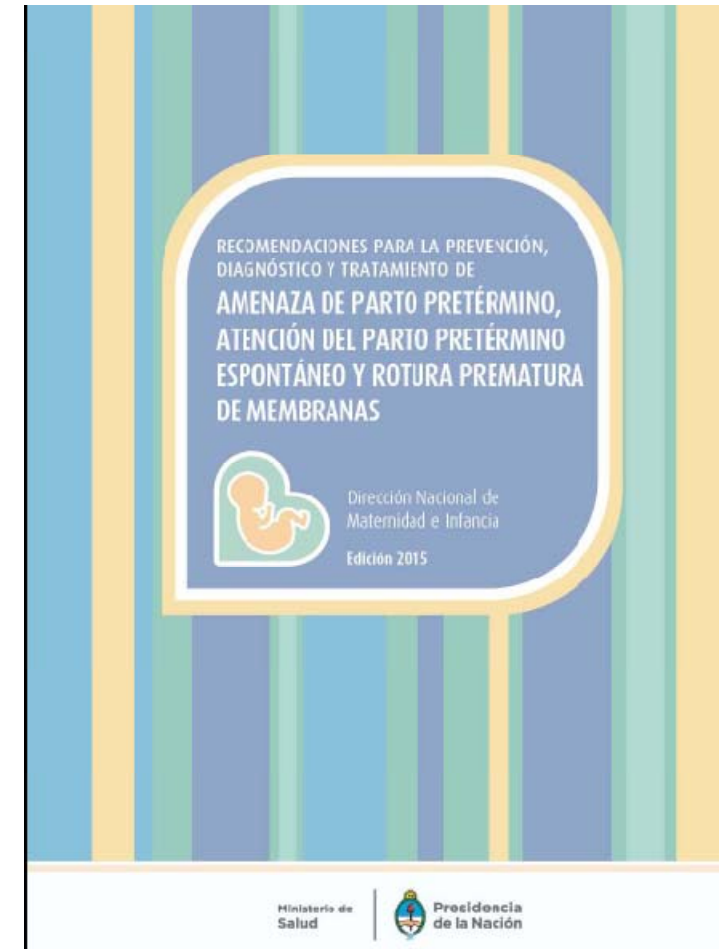
Taquicardia materna

Taquicardia fetal

Leucocitosis $>$ 15000

Irritabilidad uterina (dolor)

LA fétido



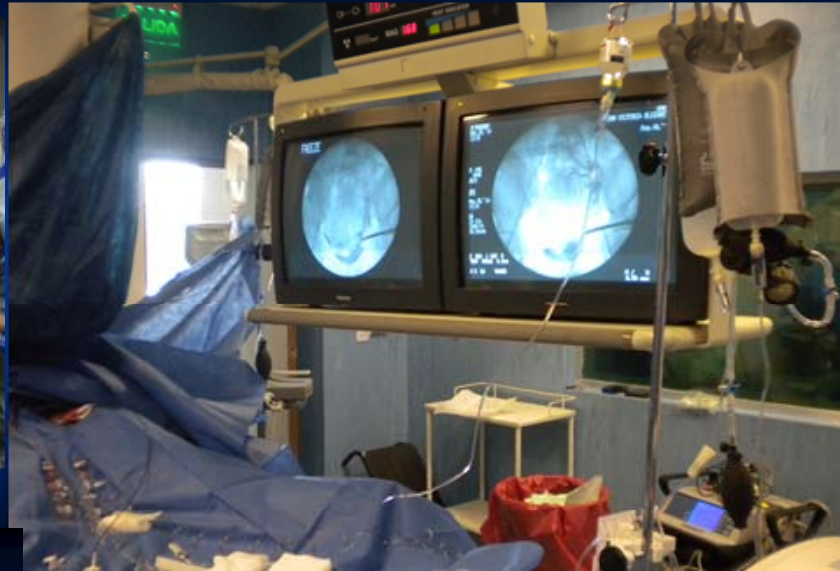
Gibbs RS, Duff P. Progress in pathogenesis and management of clinical intraamniotic infection. Am J Obstet Gynecol 1991; 164: 1317-26

Embarazo de 29-30 Corioamnionitis Acretismo placentario

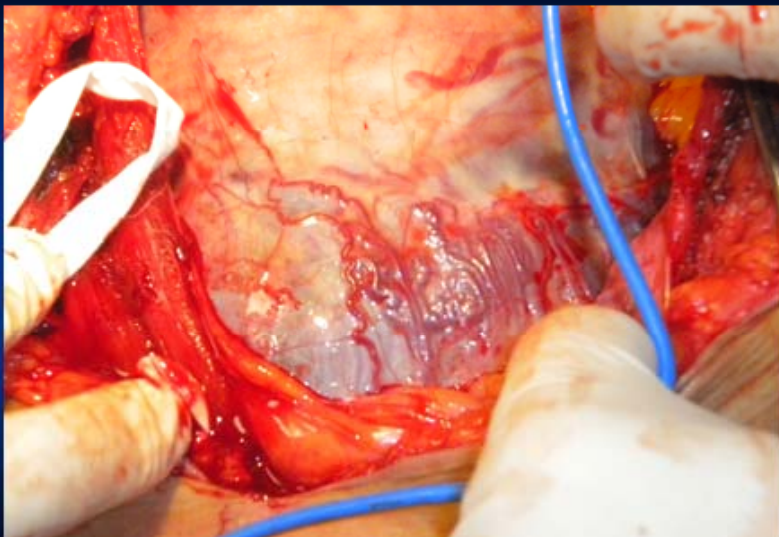
Acretismo placentario



Acretismo placentario Embolización selectiva



Acretismo placentario Segundo tiempo quirúrgico



**RN masculino 1250 gs. 8/10
Corioamnionitis, Distress respiratorio, Sepsis, Sífilis congénita, enteritis, Convulsiones
Madre: buena evolución alta 11 PO
RN: 89 días en TIN**

2do Caso Clínico

Paciente de 32 años 1er embarazo, controlado.

Sin antecedentes patológicos

Consulta el 22/01/16

Cursando embarazo de 33.5 semanas con RPM de 6 hs. de evolución. Sin signos de infección y sin T de P.

Ecografía: FUC biometría 34sem. 2466gs.

LA severamente disminuido.

Placenta heterogénea GII

NST Reactivo

¿QUÉ CONDUCTA SUGIERE?

¿QUÉ CONDUCTA SUGIERE?

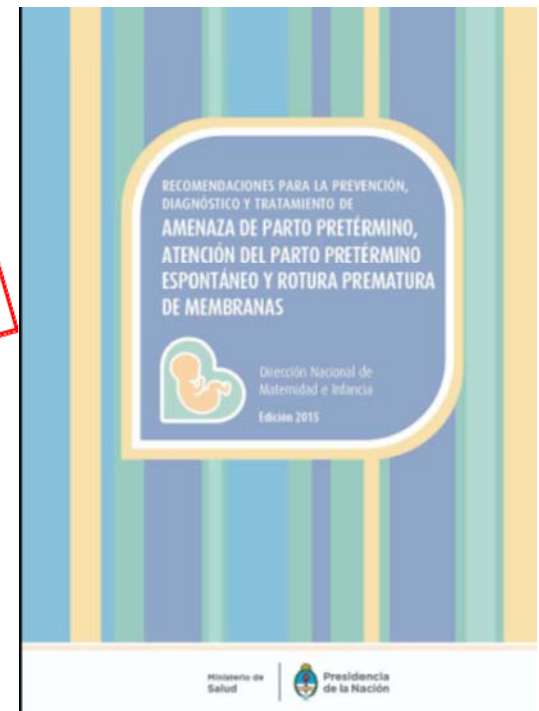
1. Interrupción inmediata por cesárea
2. Inducción inmediata al parto
3. Corticoides e interrupción luego de 48 hs
4. Inducción al parto a las 24 hs.
5. Conducta expectante

¿QUÉ CONDUCTA SUGIERE?

1. Interrupción inmediata por cesárea
2. Inducción inmediata al parto
3. Corticoides e interrupción luego de 48 hs
4. Inducción al parto a las 24 hs.
- 5. Conducta expectante**

<p>Mayor a 37 semanas</p>	<p>Finalización del embarazo</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Monitoreo fetal electrónico. ■ Inducción del trabajo de parto si no existen contraindicaciones para la misma. ■ Profilaxis antibiótica iv para EGB. <ul style="list-style-type: none"> ■ Superadas las 12 hs de RPM con cultivo EGB - ■ Con cultivo para EGB + ■ Ante falta de resultado de cultivo EGB
<p>De 34 a 37 semanas</p>	<p>Finalización del embarazo dentro de las 24 hs</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Nacimiento en un servicio con la capacidad adecuada. ■ Monitoreo fetal electrónico. ■ Inducción del trabajo de parto. <p>...mente en situaciones especiales (por ejemplo, por necesidad de traslado a un servicio de mayor complejidad).</p>
<p>De 24 a 34 semanas</p>	<p>Manejo expectante si no existiera una indicación materna o fetal para la interrupción del embarazo; descartar signos y síntomas de Corioamnionitis, compromiso de salud fetal.</p> <p>Se indicará:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Reposo absoluto y medidas higiénicas. ■ Monitoreo fetal electrónico (en > 28-30 semanas). ■ Pesquisa de infecciones (recuento de glóbulos blancos cada 72 hs-urocultivo). ■ Control Ecográfico semanal o bisemanal (volumen LA). ■ Antibioticoterapia combinada por 7 días. ■ Maduración Pulmonar Fetal: Corticoides. ■ Uteroinhibición EV por 12 hs. ■ Profilaxis antibiótica iv para EGB. (48 hs) + Eritromicina vo (7 días) <p><i>Nota: De existir indicación materna y/o fetal de finalización del embarazo, administrar infusión de Sulfato de Mg para Neuroprotección fetal entre las 24 y 31,6 semanas.</i></p>

NO





Australian Government
National Health &
Medical Research Council



THE UNIVERSITY OF
SYDNEY

Immediate delivery compared with expectant management after preterm pre-labour rupture of the membranes close to term (PPROMT trial): a randomised controlled trial

Jonathan M Morris, Christine L Roberts, Jennifer R Bowen, Jillian A Patterson, Diana M Bond, Charles S Algert, Jim G Thornton, Caroline A Crowther, on behalf of the PPROMET Collaboration

The Lancet 2016 Jan 30;387(10017):444-52



- **RCT multicéntrico.** 65 centros (11 países)

Elegibilidad: Embarazo único

RPM entre 34-36.6 semanas

Exclusión: Trabajo de parto. LAM



- **Intervención:** Nacimiento planeado inmediato (dentro de las 24 hs).
- **Control:** Aguardar hasta comienzo del trabajo de parto o nacimiento planeado a término o por alguna indicación médica.
- Manejo de acuerdo a guías locales
- Tamaño de la muestra: 1812 neonatos
- Intención de tratar



Resultado Primario

Incidencia de sepsis neonatal

Cultivo positivo a un patógeno conocido en sangre o fluido cerebroespinal de los RN tratados con atb por 5 o más días y presencia de 1 o más signos clínicos de infección.

Resultados Secundarios Neonatales

Morbi-mortalidad Neonatal

ventilación mecánica ≥ 24 hs, nacido muerto,
muerte neonatal

Resultados Secundarios Maternos

**Hemorragia postparto, trombosis, prolapso de cordón,
tto postparto con atb, fiebre intraparto, modo de parto,
comienzo trabajo de parto, estadía hospitalaria.**

28 de Mayo 2004-30 de junio 2013

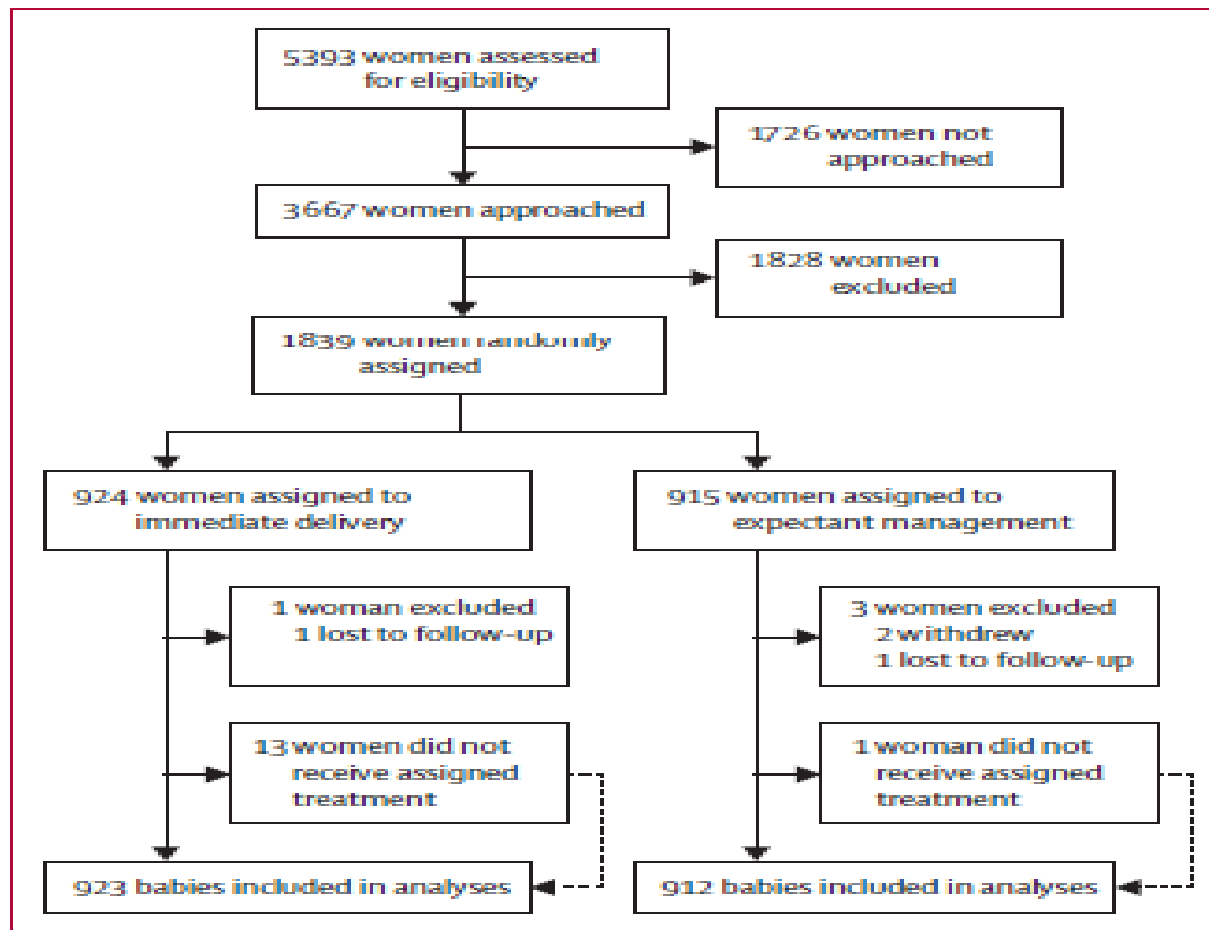


Figure 1: Trial profile

1835 Neonatos evaluados para el resultado primario

Tabla 1- Características Basales de la Población



	Immediate delivery (n=923)	Expectant management (n=912)
Maternal age (years)	27.9 (6.2)	28.0 (6.2)
Duration of pregnancy at rupture of membranes		
<28 weeks	13 (1%)	14 (2%)
28 weeks to 29 weeks and 6 days	14 (2%)	9 (1%)
30 weeks to 31 weeks and 6 days	21 (2%)	34 (4%)
32 weeks to 33 weeks and 6 days	161 (17%)	129 (14%)
34 weeks to 34 weeks and 6 days	212 (23%)	225 (25%)
35 weeks to 35 weeks and 6 days	279 (30%)	271 (30%)
36 weeks to 36 weeks and 6 days	223 (24%)	230 (25%)
Duration of pregnancy at randomisation		
34 weeks to 34 weeks and 6 days	363 (39%)	355 (39%)
35 weeks to 35 weeks and 6 days	278 (30%)	292 (32%)
36 weeks to 36 weeks and 6 days	282 (31%)	265 (29%)
PPROM >24 h before randomisation	328 (36%)	302 (33%)
Previous pregnancies		
0	426 (46%)	430 (47%)
1	232 (25%)	241 (26%)
≥2	265 (29%)	241 (26%)
Cephalic presentation	880 (95%)	876 (96%)
Previous caesarean delivery*	93 (10%)	85 (9%)
Previous PPRM or preterm delivery †	137 (15%)	125 (14%)
Previous stillbirth or neonatal death †	21 (2%)	24 (3%)
Pregnancy hypertension (onset ≥20 weeks)	24 (3%)	33 (4%)
Gestational diabetes	50 (5%)	48 (5%)
Antenatal urinary tract infection	99 (11%)	87 (10%)
Vaginal swab collected at randomisation ‡	725 (79%)	707 (78%)
Any positive culture	186 (26%)	192 (27%)
Group B streptococcus positive	88 (12%)	83 (12%)
Antibiotics given §	795 (86%)	787 (86%)
Intravenous (with or without oral) ¶	321 (35%)	286 (31%)
Oral only ¶	473 (51%)	500 (55%)
Steroids given	383 (41%)	354 (39%)

Data are mean (SD), number (%), or n/N (%). Some percentages do not add up to 100 because of rounding. PPRM=preterm pre-labour rupture of membranes. *Data missing for one patient in each group. †Data missing for one patient in the expectant management group. ‡Culture resulting from vaginal swab after PPRM and at or before randomisation. §Antibiotics at randomisation or in the preceding 48 h. ¶Data for route of administration missing for one patient in the immediate delivery group and one in the expectant management group.

Table 1: Baseline maternal and pregnancy characteristics

Mediana EG aleatorización:
247 días RIQ 241-253

Mediana hs RPM aleatorización:
30.4 hs RIQ 10-76



Figura 2-Tiempo desde la aleatorización al nacimiento

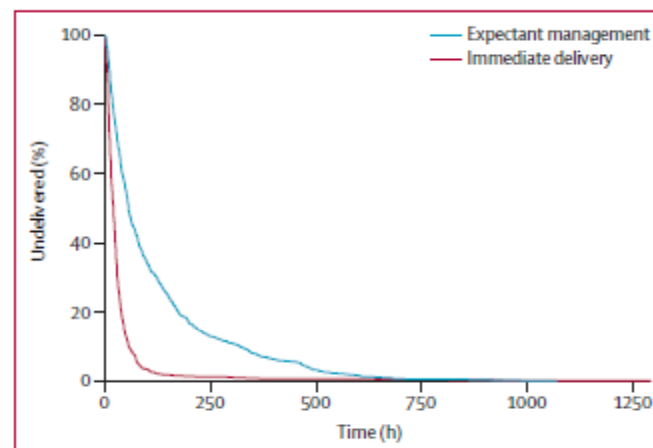


Figure 2: Time from randomisation to delivery

	Immediate delivery (n=923)	Expectant management (n=912)	p value
Onset of labour			
Spontaneous	180 (20%)	549 (60%)	<0.0001*
Induced	647 (70%)	310 (34%)	<0.0001
Pre-labour caesarean	96 (10%)	53 (6%)	0.0003
Cephalic presentation at birth	874 (95%)	879 (96%)	0.08
Gestational age at birth			
34 weeks	315 (34%)	161 (18%)	<0.0001†
35 weeks	273 (30%)	268 (29%)	0.93
36 weeks	306 (33%)	295 (32%)	0.71
37 weeks	23 (2%)	174 (19%)	<0.0001
38 weeks	1 (<1%)	7 (1%)	0.03
39 weeks	1 (<1%)	2 (<1%)	0.37
40 weeks	1 (<1%)	5 (1%)	0.09
41 weeks	3 (<1%)	0	0.13

Data are number (%). Some percentages do not add up to 100 because of rounding.
*p value for difference in mode of delivery across treatment groups. †Wilcoxon p value for test of null hypothesis of no difference in distribution between treatment arms.

Table 2: Labour characteristics

Tabla 2- Características del nacimiento

Tabla 3-Resultados neonatales y Maternos



	Immediate delivery	Expectant management	Relative risk (95% CI)	p value	
Primary outcome					
Neonatal sepsis	23/923 (2%)	29/912 (3%)	0.8 (0.5-1.3)	0.37	NS
Secondary infant outcomes					
Composite of neonatal morbidity and mortality (sepsis, ventilation ≥24 h, or death)	73/923 (8%)	61/911 (7%)	1.2 (0.9-1.6)	0.32	NS
Perinatal or infant mortality	3/923 (<1%)	3/910 (<1%)	1.0 (0.2-4.9)	0.31	
Respiratory distress syndrome	76/919 (8%)	47/910 (5%)	1.6 (1.1-2.3)	0.008	
Pneumonia	3/919 (<1%)	4/910 (<1%)	0.7 (0.2-3.3)	0.27	
Any mechanical ventilation (CPAP or ETT)	114/923 (12%)	83/912 (9%)	1.4 (1.0-1.8)	0.02	
Mechanical ventilation for ≥24 h	56/923 (6%)	37/912 (4%)	1.5 (1.0-2.2)	0.05	
Birthweight (g)	2574.7 (400.3)	2673.2 (405.5)	--	<0.0001*	P<0.0001
SGA (<10th percentile size)	32/922 (3%)	35/906 (4%)	0.9 (0.6-1.4)	0.66	
Apgar score <7 at 5 min	15/918 (2%)	18/906 (2%)	0.8 (0.4-1.6)	0.57	
Antibiotics in first 48 h	422/920 (46%)	398/910 (44%)	1.0 (0.9-1.2)	0.36	
Lumbar puncture	33/921 (4%)	38/911 (4%)	0.9 (0.5-1.4)	0.51	
Circulatory compromise	11/921 (1%)	13/910 (1%)	0.8 (0.4-1.9)	0.66	
Days in hospital	6.0 (3.0-10.0)	4.0 (3.0-8.0)	--	<0.0001†	P<0.0001
Days in SCN or NICU	4.0 (0.0-10.0)	2.0 (0.0-7.0)	--	<0.0001†	P<0.0001
Receiving breastmilk at discharge	695/883 (79%)	712/877 (81%)	1.0 (0.9-1.0)	0.19	
Secondary maternal and pregnancy outcomes‡					
Antepartum or intrapartum haemorrhage	27/923 (3%)	46/912 (5%)	0.6 (0.4-0.9)	0.02	
Cord prolapse	3/923 (<1%)	2/912 (<1%)	1.5 (0.2-8.8)	0.31	
Intrapartum fever	7/923 (1%)	18/912 (2%)	0.4 (0.2-0.9)	0.02	
Post-partum antibiotics	151/923 (16%)	180/912 (20%)	0.8 (0.7-1.0)	0.06	
Post-partum haemorrhage	29/803 (4%)	27/782 (3%)	1.0 (0.6-1.8)	0.56	
Duration of hospital stay	5.0 (3.0-7.0)	6.0 (4.0-9.0)	--	<0.0001†	P<0.0001
Caesarean delivery	239/923 (26%)	169/912 (19%)	1.4 (1.2-1.7)	0.0001	P<0.0001
After spontaneous labour	24/180 (13%)	54/549 (10%)	1.4 (0.9-2.1)	0.19	
After labour induction	119/647 (18%)	62/310 (20%)	0.9 (0.7-1.2)	0.55	
Before labour	96/923 (10%)	53/912 (6%)	1.8 (1.3-2.5)	0.0003	

Data are n/N (%), mean (SD), or median (IQR). p values are from χ^2 test unless otherwise specified. CPAP=continuous positive airway pressure. ETT=endotracheal tube. NICU=neonatal intensive care unit. SGA=small for gestational age. SCN=special care nursery. *t test. †Wilcoxon p value for test of null hypothesis of no difference in distribution between groups. ‡The secondary endpoint of onset of labour is shown in table 2; there were no events reported for the secondary endpoints of antepartum or postpartum thrombosis.

Table 3: Infant and maternal outcomes

El nacimiento inmediato luego de una RPM cercana al término, no mejora los resultados en neonatos de pretérmino y podría exacerbar los riesgos de la prematuridad.

Se decide internación y conducta expectante

Corticoides y Eritromicina

Controles clínicos, Rto de blancos y curva térmica

Ecografía y Monitoreo fetal

Buena evolución

5 día de internación

DU + y Blancos: 19.700

Inicio de T de P + Corioamnionitis

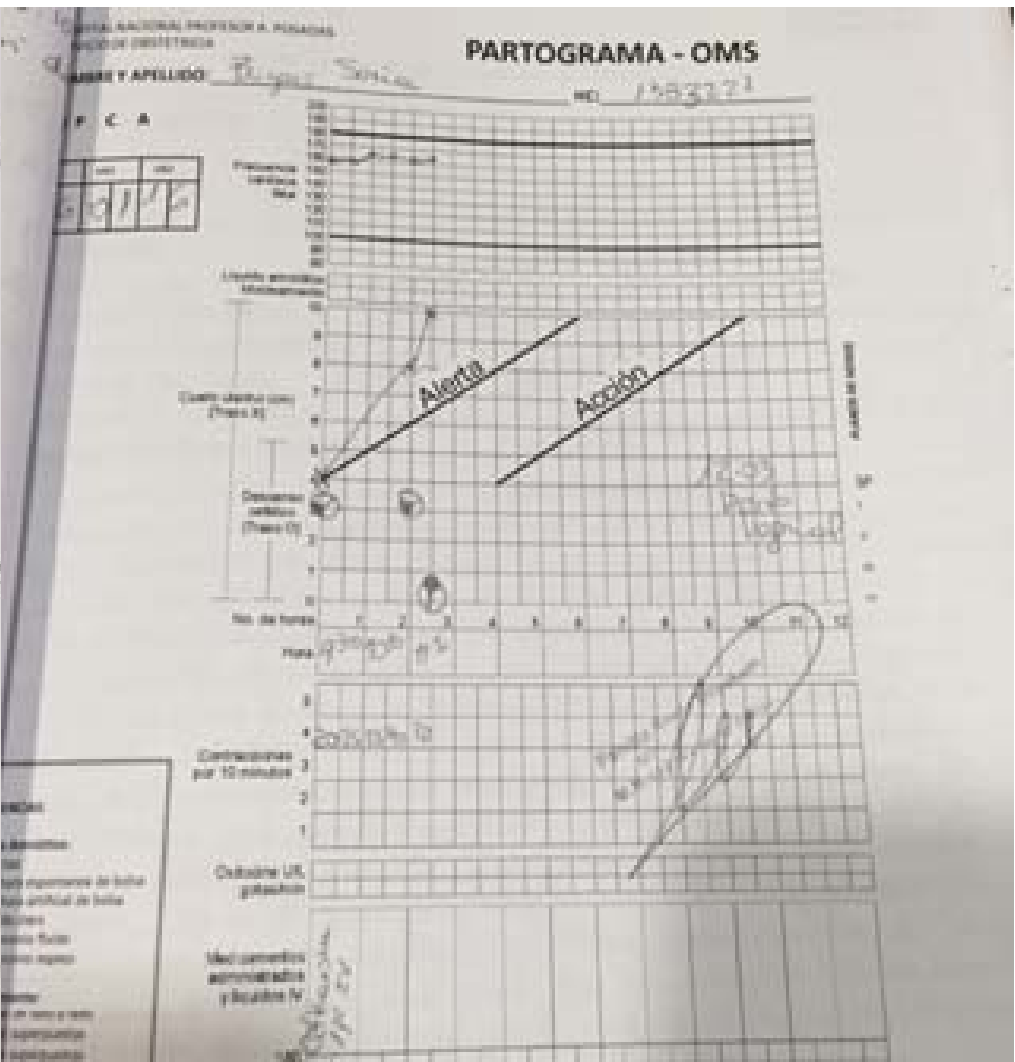
26/11/16
 9:30 PM laborioso por infame: Aro 33,5,
 CG: 19.700; placentas: 10800. Br. decus
 viduo infame se reconstitula como:
 - Bolsa de 34.3 semanas
 - Inicio de trabajo de parto
 - Bolsa rota
 - Corioamnionitis

Se administra lpr de Ceftriaxona IV. Pa
 partograma

MARIANO MIREN
 FODONCOO
 N. 12345 N. 12345

POSADAS HOSPITAL NACIONAL

POSADAS HOSPITAL NACIONAL



12.03 Parto Normal: RN 2420 9/10 35 semanas
Corioamnionitis, Prematurez, Hiperbilirrubinemia
Continuo en tratamiento ATB
Alta 8º día



Gracias por su atención
Dr. Casale