



UNIVERSIDAD JOSÉ CARLOS MARIÁTEGUI

VICERECTORADO DE INVESTIGACIÓN

ESCUELA DE POGRADO

SEGUNDA ESPECIALIDAD EN OBSTETRICIA

TRABAJO ACADÉMICO

**“RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANA EN CESAREADA
ANTERIOR EN UN HOSPITAL DE NIVEL III-1, JULIO 2019”**

PRESENTADO POR:

LIC. SALINAS HIDALGO, SILVIA REBECA

ASESOR:

MGR. OLINDA ALICIA NAVARRO SOTO

**PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN
OBSTETRICIA CON MENCIÓN EN EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS, ALTO
RIESGO Y CUIDADOS CRÍTICOS MATERNOS**

MOQUEGUA – PERÚ

2021

ÍNDICE DE CONTENIDO

	Pág.
PÁGINA DE JURADOS	ii
DEDICATORIA	iii
AGRADECIMIENTOS	iv
ÍNDICE DE CONTENIDO	1
RESUMEN.....	2
ABSTRACT	v
CAPÍTULO I PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN	1
1.1. Descripción del Problema	3
1.2. Justificación.....	3
1.3. Marco Teórico.....	4
1.3.1. Antecedentes	4
1.3.2. Bases Teóricas	7
CAPÍTULO II CASO CLÍNICO	17
2.1. Objetivos	17
2.1.1 Objetivo General	17
2.1.2. Objetivos Específicos	17
2.2. Caso Clínico	17
2.2.1. Identificación.....	18
2.2.2. Hoja Perinatal	18
2.2.3. Motivo de Referencia	19
2.2.4. Exploración Física:	19
2.2.6. Exámenes auxiliares:	20

2.2.7. Tratamiento Farmacológico:	20
2.2.8. Epicrisis:	25
2.3. Discusión.....	25
2.4. Conclusiones	27
2.5. Recomendaciones.....	28
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	29

RESUMEN

El presente trabajo académico tiene como objetivo describir el manejo clínico del parto vaginal en cesareada anterior con ruptura prematura de membrana en un Hospital de Nivel III-1. La metodología que se utilizó fue la revisión de historia clínica, investigación descriptiva, retrospectiva de corte transversal, cuyo caso se desarrolló en un Hospital de Nivel III-1 en el mes de julio del año 2019. Gestante de 23 años atendida por emergencia con el diagnóstico de segundigesta de 36 semanas por fecha de última menstruación, cesareada anterior, RPM (aproximadamente 4 días). En los exámenes de laboratorio no se encontraron alteraciones, el monitoreo electrónico fetal reportó un feto reactivo activo. Por indicaciones médicas se inició antibiótico terapia como manejo conservador. Los hallazgos del parto fueron recién nacido vivo de sexo femenino talla: 52.5 cm Peso. 3.536 g. P.C: 35.5cm P.T: 33cm. Se continuó con una estricta vigilancia durante el puerperio inmediato encontrando una evolución favorable y fue dada de alta. Se concluye que la ruptura prematura de membrana es considerada como emergencia obstétrica

Palabras Clave: Cesareada Anterior, Ruptura Prematura de Membranas, Mortalidad fetal, Complicaciones Perinatales.

ABSTRACT

The objective of this academic work is to describe the clinical management of vaginal delivery in previous cesarean section with premature rupture of the membrane in a Level III-1 Hospital. The methodology used was the review of clinical history, descriptive, retrospective cross-sectional research, whose case was developed in a Level III-1 Hospital in July 2019. A 23-year-old pregnant woman treated for an emergency with the Diagnosis of second digest of 36 weeks by date of last menstruation, previous caesarean section, PROM (approximately 4 days). In the laboratory tests no alterations were found, the electronic fetal monitoring reported an active reactive fetus. Due to medical indications, antibiotic therapy was started as conservative management. The delivery findings were a live newborn female, height: 52.5 cm Weight. 3,536g P.C: 35.5cm P.T: 33cm. Strict surveillance continued during the immediate puerperium, finding a favorable evolution and she was discharged. It is concluded that premature rupture of the membrane is considered an obstetric emergency.

Keywords: Previous Caesarean section, Premature Rupture of Membranes, Fetal Mortality, Perinatal Complications.

CAPÍTULO I

PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN

1.1. Descripción del Problema

La Organización Mundial de la Salud, menciona que la ruptura prematura de membrana es causa principal de morbilidad infecciosa en la madre y el recién nacido y se presenta entre el 8 a 10% de todas las gestantes, así mismo, se sabe que causa aproximadamente un tercio de los partos prematuros. En tal sentido es considerado un problema obstétrico de gran importancia que viene trayendo como consecuencias mortalidad fetal, prematuridad, sufrimiento fetal agudo, distrés respiratorio, asfixia perinatal, prolapso de cordón; entre otras. (1) A nivel mundial, la RPM se le considera un problema de Salud Pública con consecuencias desfavorables para los indicadores de salud materna neonatal. La incidencia de esta patología es 4 a 8% aproximadamente en las naciones en crecimiento. (2) En USA la incidencia de ruptura prematura de membrana es de 12 al 13%. En Europa se calcula la incidencia del 5 al 9% por otro lado, en Canadá encontraron una incidencia de 2,3%. Así mismo, al sur de Nigeria la incidencia es de 2,5%. (3) La FLASOG indica que se ha registrado aproximadamente 3% de las embarazadas con ruptura prematura de membrana tuvieron 32 semanas, el 28% tuvieron entre 28

y 31 semanas y el 31% tuvieron previo a la semana 28. Menciona también que la RPM pretérmino dificulta el 10% de los embarazos el diagnóstico y tratamiento precoz son de gran importancia para un mejor pronóstico. (3)

La incidencia de RPM en el Perú es de 4 a 14% y en su mayoría terminan en partos prematuros. Se encontraron diversos factores relacionadas a la RPM, tenemos: traumatismos de tactos vaginales, coitos continuos al finalizar la gestación, polihidramnios, anomalías en la presentación y situación del feto, embarazos múltiples, infecciones, consumo de drogas, antecedentes de abortos, mala alimentación, anemia, déficit de vitamina C; entre otros. (4)

En el hospital Regional de Ayacucho se efectuó un trabajo de análisis sobre los factores de peligro para RPM y se halló asociación entre la ITU presente en 77,8% y las infecciones de cérvix y vagina que se presentaron en 58,3%. (5)

Por otro do, a nivel local tenemos un trabajo de investigación donde nos habla de los elementos de peligro para RPM hallándose una frecuencia del 62,4% y los factores fueron la infección cérvico vaginal 42,2%, ITU 31,2%. (6)

En tal sentido y por todo lo mencionado es necesario realizar el presente estudio sobre los factores vinculados a RPM y las emergencias perinatales en el Hospital María Auxiliadora, además siendo considerado como una patología frecuente en el Perú incrementando la morbilidad de la madre y neonato.

1.2. Justificación

El desarrollo del presente estudio es importante ya que nos permitirá identificar los elementos maternos (edad, estado civil, grado de instrucción, hábitos nocivos) y obstétricos (intervalo intergenésico, paridad, anemia, control prenatal inadecuado, infecciones vaginales, infección urinaria y embarazo múltiple) vinculadas a ruptura prematura de membrana y conjuntamente se identificará las complicaciones perinatales más frecuentes.

El presente estudio se sustenta desde el punto de vista teórico porque la RPM se considerada como problemática de Salud Pública que complica la salud materna y perinatal. En tal sentido, el estudio aportará con información sobre las diversas estrategias para la prevención, diagnóstico y tratamiento oportuno de las complicaciones utilizando pruebas como evaluación ultrasonográfica, prueba de hehecho; entre otras.

El presente análisis es relevante del punto de vista práctico, porque a partir de los resultados encontrados se podrían de alguna manera evitar y detectar de una forma oportuna, por consiguiente, se podrá reducir la morbimortalidad materno perinatal.

En el Hospital María Auxiliadora son escasos los estudios con referencia a los factores asociados a ruptura prematura de membrana y sus efectos perinatales, sin embargo, son frecuentes los casos registrados. En tal sentido, dicho estudio servirá como una contribución científica para futuras investigaciones.

1.3. Marco Teórico

1.3.1. Antecedentes

Internacionales

Suárez, J. et al, En Cuba, año 2016, realizó su estudio: “La rotura prematura de membranas pretérmino y su vínculo con los efectos maternos y perinatales”. Análisis descriptivo prospectivo de corte transversal, cuantitativo. Así mismo se encontró los siguientes resultados, la RPM estuvo presente en los 150 nacimientos prematuros, predominando las gestantes que tenían más de un parto con 58% y la EG reiterada fue de 34 a 36 semanas en un 64%. Con relación a las complicaciones pre natales el peso del neonato fue la más afectada ya que ocasionó bajo peso al nacer con 1 500 - 2 499 gramos, se reportó 15 óbitos y muertes neonatales. Donde concluye que los neonatos presentan complicaciones como el bajo de peso al nacer e incluso la muerte cuando las mujeres tuvieron RPM (de 34 y 36 sem). (7)

Gutiérrez, C. En su investigación titulada: “Factores sociodemográficos asociados a ruptura prematura de membranas” tuvo el fin de registrar los factores socio demográficos vinculados a ruptura prematura de membranas. El estudio fue descriptivo de corte transversal, prospectivo. Así mismo se halló una edad promedio de 27 años; de las cuales el 46.9% eran casadas, el 40.3% eran bachiller, el 48.7% eran empleados. Por otro lado, el 45% de g antes

presentaron ruptura prematura de membrana en la semana 36. Concluye que la mayor parte de encuestadas con RPM mostraron clase social baja, gestantes con presencia de anemia e hipertensión arterial. (8)

Alvarado, K., en su estudio tiene como objetivo dar a conocer la prevalencia de RPM en embarazadas de 16 a 35 años, siendo la investigación descriptiva, prospectiva, transversal. Tiene como resultados: 60% presentaron flujo vaginal, 60% primíparas, 48% convivientes, y los controles prenatales deficientes como elementos que incurren en la morbilidad materna y perinatal. Concluyendo que en macrosomía fetal y del sector rural hay tendencia a padecer RPM. (9)

Nivel Nacional

Riveros, S. En su investigación titulada: “Factores maternos vinculados a ruptura prematura de membranas en embarazadas atendidas en el Hospital Sergio E. Bernales, de enero a diciembre 2016”, tuvo como finalidad identificar los elementos maternos vinculados a RPM. Análisis observacional, cuantitativo, de casos y controles, retrospectivo. Resultados: Los elementos de peligro vinculados a la ruptura prematura de membrana son las ITU, seguido de la ruptura prematura de membrana, deficientes controles prenatales y las infecciones de transmisión sexual. Donde concluye: La deficiencia de controles prenatales con edad gestacional menos de

37 semanas, ITS e infecciones urinarias son agentes de peligro para presentar RPM. (10)

Suárez, M. En Lima, año 2018, en su investigación tiene como objetivo precisar los elementos de peligro materno y perinatal más comunes vinculados a RPM. La investigación fue analítica de casos y controles, retrospectivo, transversal. Resultados, los agentes de riesgos para presentar ruptura prematura de membrana ovulares son nuliparidad, seguido de falta de control prenatal y finalmente anemia. Donde concluye que la anemia y el no acudir a los controles prenatales se relacionan con la problemática de RPM. (11)

Según **Alfaro, K.** En Trujillo, 2017, en su tesis titulada: “Factores vinculados a ruptura prematura de membranas en el Hospital Regional Docente de Trujillo”, con la finalidad de precisar los elementos vinculados a RPM. Utiliza el método analítico, observacional, de casos y controles. Resultados, la frecuencia de ruptura prematura de membrana fue de 11%. No se halló asociación de ruptura prematura de membrana con el periodo intergenésico corto, tabaquismo, IMC bajo, metrorragia en el segundo trimestre e infecciones cervicovaginales en el tercer trimestre. Por otro lado, si se encontró asociación con la nuliparidad, anemia y ausencia de los controles prenatales. (12)

Ybaseta, M. et al. En Ica, año 2014, realizaron una investigación titulada: “Factores de riesgo vinculados a la ruptura prematura

de membranas en gestantes atendidas en el Hospital San Juan De Dios de Pisco” donde tuvieron la finalidad de precisar los elementos de peligro vinculados a RPM. En la cual desarrollaron controles no pareado e investigación de casos. Encontrando los siguientes resultados, las infecciones va ales, obesidad, Infecciones del tracto urinario y anemia son factores que se vinculan a la RPM. Donde concluye: Los elementos de peligro que se encuentran vinculados a la rpm son los controles prenatales. (13)

1.3.2. Bases Teóricas

Ruptura Prematura de Membranas (RPM)

Es definida así al romperse las membranas ovulares con anterioridad a inicio del trabajo de parto, consecutivamente hay salida del líquido amniótico. Gran parte de los casos de RPM se presenta en los embarazos a término, desencadenándose el parto de manera espontánea antes de las 24 hasta 48 horas (60-95%). Los casos de parto pretérmino son poco frecuentes, teniendo una complicación. de 2 a 4% de todos los embarazos únicos, gestaciones gemelares con 7 a 20% y el 30% se presentan en nacimientos pretérmino.

Últimamente, ha disminuido los casos de ruptura prematura de membrana, denominándose previable, si ocurre anterior a las 24 semanas de gestación. (14)

Tipos de Ruptura Prematura de Membrana

A continuación, se detalla los siguientes tipos: (14)

- **Ruptura Prematura de Membrana (RPM).** En embarazo a término.

Acontece después de la semana 37 de embarazo.

- **Ruptura Prematura de Membrana (RPM) de Embarazo Pretérmino.** Se produce anterior a la semana 37 de embarazo.

- **Ruptura Precoz de Membrana.** Se produce en la labor de parto, previo a 4 cm de dilatación.

- **Ruptura Prematura de Membrana (RPM) Prolongada.**

Aquella que sucede de 24 horas a 1 semana hasta que se produce el parto.

- **Ruptura Prematura de Membrana (RPM) muy Prolongada.**

Aquella ocurrida hace más de 1 semana

Fisiopatología

La fisiopatología de esta problemática detalla que con el pasar del tiempo en el parto, se ha imputado a la extenuación que son causadas por las CU y alargamiento repentino. Se ha logrado identificar un espacio cercano a la de la RPM, la cual altera la zona de morfología, presentándose antes de la rotura prematura de membranas y de comenzar la labor de parto.

El miometrio y las membranas fetales, se pueden presentar relación con el paracrinas, afectadas en distintas regiones del útero. (14)

Diagnóstico

La incidencia de esta problemática de ruptura prematura de membrana es de 3% de todos los recién nacidos, en los embarazos a términos la incidencia de casos es de mayor prevalencia, teniendo como complicaciones mínimas. Para la determinación de la ruptura prematura de membrana, puede utilizarse varias técnicas. (15)

La Clínica o Visualización. Esta técnica de diagnóstico confirma un 90% de los casos, mediante la salida o expulsión de líquido amniótico transcervical o por acumulación de saco vaginal (evalúa el médico ginecólogo). (15)

Ecografía. Se utiliza esta técnica cuando es imposible visualizar la salida del líquido amniótico transcervical. Si en caso existe sospecha de RPM, existe la posibilidad de que se presente oligoamnios. El profesional ginecólogo, no debe de diagnosticar ruptura prematura de membrana solo porque la gestante manifieste salida de líquido amniótico o por la disminución de este. Existe casos en las cuales se diagnostica líquido amniótico normal, pero hay posibilidades de que exista RPM ovulares. Entonces, para mejor diagnóstico se recomienda realizar una ecografía en el fondo del saco vaginal, en caso de que la gestante exprese haber sentido pérdida de líquido amniótico. (16)

Prueba con Nitrazina. Dicha técnica consiste, en el uso de un papel amarillo que está preparado para su diagnóstico, mediante la cuantificación del ph, siendo normal (4.5 - 6), si el papel se tiñe de color azul o purpura, es sospecha de pérdida de líquido (7.1 - 7.3). La prueba de Nitrazina también presenta falsos positivos ya sea por la presencia de bacterias, semen o sangre. (17)

Prueba de arborización en Helecho. Con lleva a una muestra con el fin observar la cantidad de líquido amniótico, a través del microscópico, colocando el líquido que existe en el fondo del saco vaginal o pared lateral de la vagina. (17)

Amniocentesis con Indigo Carmi., Se utiliza para determinar la confirmación de RPM. Dicha técnica consiste en inyectar una infusión salina por la vía trans uterina a la cavidad, sin embargo, si se llega a observar un fluido azul por la vagina, indicaría la sospecha positiva. (18)

Fibronectina Fetal. Para determinar fibronectina Metal, según algunos investigadores han recomendado que se realice a través del nivel cérvico vaginal. Dicha prueba no es de gran utilidad para diagnosticar RPM, pues hay gran relevancia de falsos positivos. (18)

Síntomas

Toda embarazada, debe estar informada acerca de los riesgos que se presenten durante la gestación, siendo el especialista en asesorar en el momento de que acuda al control prenatal, entre sus complicaciones detallaremos la RPM, por lo cual la paciente tiene

que acudir inmediatamente al médico en caso de presentar pérdida de líquido amniótico por vía vaginal. La ruptura prematura de membrana es significativa por las siguientes razones:

La presentación no se encuentra fijada en la pelvis materna, probable prolapso de CU. En 2do lugar, el parto inicia después del embarazo término y por último como tercer lugar, si el parto es prolongado después de la RPM existe mayor posibilidad de una infección intrauterina. (19)

Tratamiento y Manejo

Gestante manifiesta salida de líquido amniótico por la vagina, el ginecólogo debe realizar lo siguiente: (19)

Primeramente, la anamnesis completa, es decir evaluar los signos y síntomas que refiere la gestante.

Realizar especuloscopia, no tacto vaginal (Si en caso existe duda del diagnóstico).

- Cristalización
- PH vaginal.
- Realizar una ecografía, para mejor diagnóstico.
- Recuento y formula de glóbulos blancos.
- Realizar la prueba de NST.

Gestación menor o igual a 33 semanas, 6 días

Descartar la corioamnionitis u otra contraindicación, se procede a indicar: (20)

- Inducción de maduración pulmonar, con Betametasona 12 mg IM C / 24 horas (2 dosis)
- Antibiótico terapia: Penicilina 5 millones vía EV luego 2,5 millones C / 4 horas, en total 48 horas
- Azitromicina 250 mg VO C / 12 horas por 3 días. Si en caso no hay contracciones. Todo el procedimiento antibiótico por 3 días.
Se repite
- . Se procede a realizar una ecografía C / 14 días para evaluar crecimiento y semanalmente para valoración de volumen del LA.
Recuento y formula de glóbulos blancos de manera semanal.
- Después de 7 días de culminado el procedimiento antibiótico, se ejecutará cultivo endocervical, desde el fondo del saco vaginal y rectal, se repite C / 10 días si es negativo. Si el resultado tiene cultivo positivo se debe realizar tratamiento según antibiograma

Embarazo igual o mayor a 37 semanas

- Se inicia con la inducción de labor de parto.
Considerar indicaciones de antibioticoterapia para prevenir sepsis neonatal por estreptococo

Complicaciones Perinatales

Prolapso de Cordón. Se produce antes o durante el parto, esta condición consiste en el descenso dentro de la vagina prematuramente, frecuentemente esta complicación aparece después de que las membranas se hayan roto. (20)

Sepsis Neonatal. Es un cuadro clínico que se determina por la infección de los microorganismos patógenos, presentados en el bebé que nace antes de 90 días de edad. Las manifestaciones clínicas que se presentan son inespecíficas, produciendo hipoactividad, hipotermia, fiebre, dificultad para succión; según la infección avanza, aparecen vómitos, hinchazón del abdomen, convulsiones, ictericia y al final, signos de coagulopatía intravascular diseminada o shock séptico. (20)

Sufrimiento fetal agudo. Es presentado durante el trabajo del parto. Mayormente en estos casos se instala rápidamente, teniendo como consecuencia de distocias en la contractibilidad uterina. Presentando complicación como la hipoxia (disminución de oxígeno al feto). (20)

Asfixia perinatal (APN). Definida como perfusión tisular que se origina en el momento del parto conllevando en ocasiones a la mortalidad neonatal. (20)

Prematuridad. Primer motivo de morbimortalidad neonatal. En los últimos años se ha incrementado casos de prematuridad con un porcentaje de 7 a 9% de partos. (21)

Bajo peso al nacer (BPN). Es clasificado como el nacimiento del peso menor a 2500 gramos, en la cual se vigila la salud materna y neonatal. Se considera también como un indicador social, se encuentra asociado a la pobreza, desnutrición, bajo nivel educativo en la mujer. (21)

Distrés respiratorio. Afectando a los menores de 35 semanas de edad gestacional, siendo originada por falta de surfactante, ocasionada por neumocitos de tipo II. (21)

Muerte perinatal. Ocurre entre las 22 semanas de edad gestacional (154 días) o peso de 500 gramos. También puede ocasionarse los 7 días después del nacimiento (0 - 6 días de vida del neonato). (21)

1.3 DEFINICION DE TERMINOS

a. Ruptura Prematura de Membranas (RPM).

Complicación en el embarazo , cuando ocurre espontáneamente después de las 22 semanas de embarazo, puede extenderse hasta 1 hora anterior de iniciada la labor de parto. (22)

b. Edad materna. Periodo transcurrido desde el momento de nacer de la madre hasta la fecha ingresada en la HC. (22)

c. Edad gestacional. Periodo transcurrido desde el 1er día de la última menstruación hasta la fecha del examen. (23)

d. Paridad. Cantidad de nacimientos que fueron registrados en la historia clínica de la mujer, considerando a los nacimientos de hijos vivos o de neonatos muertos. (23)

e. Embarazo Múltiple. Resultado de fecundación de más de un ovocito, o la fecundación de un solo ovocito con su posterior división. Presencia de 2 o más fetos en el útero, (23)

f. Línea de Base. Medida de la FCF siendo estable, por un periodo de 10 minutos.

g. La Aceleración. Se define como un aumento brusco de la FCF sucede en <30 segundos desde que inicia.

h. Cesárea. Procedimiento quirúrgico para el nacimiento del bebe por vía abdominal.

CAPÍTULO II

CASO CLÍNICO

2.1. Objetivos

2.1.1 Objetivo General

Describir el manejo clínico y las complicaciones de ruptura prematura de membrana y trabajo de parto en cesareada anterior en un Hospital de Nivel III – 1, Julio 2019.

2.1.2. Objetivos Específicos

- Identificar el manejo clínico del parto en cesareada anterior.
- Describir el manejo clínico de la ruptura prematura de membrana en cesareada anterior.

2.2. Caso Clínico

“Segundigesta de 36ss 5/7 x FUR acude a tóxico de emergencia refiriendo pérdida de líquido amniótico, en el Hospital Regional María Auxiliadora 2019”

Historia Clínica

2.2.1. Identificación

Apellidos y nombres: N.N.

Edad: 23 años.

Religión: católica.

Fecha de nacimiento: 14/febrero/1996

Lugar de nacimiento: Huancavelica.

Lugar de procedencia: Av. Micaela Bastidas 968.

Distrito actual: Santa Marta - Naranjillo.

Ocupación: Ama de casa.

G I: Secundaria completa.

Viene acompañada: Si.

2.2.2. Hoja Perinatal

1) Antecedentes Obstétricos

Antecedentes

Menarquia: 12FUR: 16/11/19

RC: 4/28

G-0

IRS:14 NPS:3

Dispareunia: Niega

Formula obstétrica: Anticonceptivos: G3P1011

ITS: Niega.

Control prenatal: 5

Gesta: Segundigesta.

controle prenatal: 5

2) Antecedentes Familiares y Personales

ITU (positivo) Quirúrgicos (cesareada anterior).

Niega Hipertensión arterial, transfusiones sanguíneas , RAM y alergias .

Niega familiares con patologías.

2.2.3. Motivo de Referencia

El día 29. julio .2019, a las 14:50 horas, paciente ingresa a tópico de emergencia indicando pérdida de líquido amniótico más de 4 días por vía vaginal de color claro sin mal olor y refiere dolor tipo contracción de regular intensidad, manifiesta sentir movimientos fetales, niega signos premonitores de eclampsia

2.2.4. Exploración Física:

Funciones Vitales:

T°: 36,1 °C

FR: 24 x'

PA: 110/90 mmHg.

pulso: 90 x'

Ectoscopía: Atención Gineco-obstétrica en emergencia

AREG-LOTEP-AREN

Exploración Física.

A U: 35 cm, SPPMCI, LCF: 138 por minuto.

M F: (++) , Dinámica uterina: (2/10/++).

AI T V: Dilatación: 4 cm. Incorporación: 90%.

Altura de presentación. -2 Membranas: Rotas se evidencia
perdida de líquido por el canal vaginal.

Pelvis: Ginecoide.

2.2.5. Diagnóstico:

1.Segundigesta de 36ss 5/7 x FUR.

2.FALP.

3.Cesareada anterior (Hace 6años).

4.RPM prolongado

Plan de Trabajo:

- Se indica colocar paño perineal.
- Reevaluación con resultados.

2.2.6. Exámenes auxiliares:

•Se solicita Hemograma,

Grupo y Factor Rh

Orina.

2.2.7. Tratamiento Farmacológico:

16:40 Se coloca vía periférica con abocath n°18 +CL NA 9% x
1000cc 16:43 Prueba de VIH (NO REACTIVO) Hepatitis B (NO

REACTIVO) 16:55 Se administra Ampicilina 1gr EV diluido y lento.

Se administra Gentamicina 80mg EV diluido y lento.

17:00 Se administra Cloranfenicol 1gr EV diluido y lento. 17:05 Se administra Ampicilina 1gr EV diluido y lento.

17:10 Se toma muestra de hemograma, grupo sanguíneo y factor

Hospitalización

17:45 Paciente gestante ingresa al servicio de hospitalización a las

17:45 procedente de emergencia con vía permeable de CL NA

9% x 700cc con el siguiente diagnóstico:

1. Gestante de 36 semanas 5/7 días

2. FALP

3. Cesareada anterior (Hace 6 años)

AI examen: P.A: 110/70 F.C: 76x' F.R: 18x' T°: 36.3°

QC: AREG/LOTEP

Piel y Mucosas: Tibias / Hidratadas /

Elástica Mamas: Blandas/ No Secretantes.

Abdomen: útero grávido ocupado por feto único Au: 33 cm

L.C. F: 149x' MF: ++ D.U: 3/10/++ T.V: D:5cm AP:-

2 I. 90%

G.E: PSV (-) Perdida de líquido amniótico:(Si)

Miembros inferiores: Sin edemas/ No varices

Diagnostico.

1. Segundigesta de 36semanas x FUR.

2. FALP.
3. RPM prolongado.
4. Cesareada anterior (Hace 6 años).

Plan:

1. CFV+OSA.
2. MMF.
3. Se administra Ampicilina 1gr EV diluido y lento.
4. Se administra Gentamicina 80mg EV diluido y lento.
5. Se administra Cloranfenicol 1gr EV diluido y lento

Reevaluación

19:20 Se encuentra gestante en la unidad de dilatación con diagnóstico de.:

1. Segundigesta de 36 semanas x FUR.
2. FALP.
3. RPM prolongado.
4. Cesareada anterior (Hace 6 años) Actualmente asintomática.

AI examen: P.A: 100/70 F.C: 78x' F.R: 16x' T°. 36.2°.

L.C.F: 138x' M F: ++ D.U: 3/10/+++ /25".

T.V: D:8 cm AP: -2 I: 90%.

G.E: PSV (-) Perdida de líquido amniótico: (Si) Miembros inferiores: Sin edemas/ No varices.

Reporte de parto

Fecha: 30-07-2019 - 01:35 Horas.

Paciente con dilatación completa y vía permeable de GL NA 9%
pasa a sala de partos.

Diagnóstico: Parto:

1. Multigesta de 36 semanas x FUR.
2. FALP.
3. C.A (Hace 6años).

Procedimiento

1. Colocación de paciente en posición ginecológica.
2. Se realiza lavado vulvoperineal.
3. Se colocan campos estériles.
4. Se realiza episiotomía afrontada.
5. Se produce parto eutócico + distocia funicular (1 vuelta) con RN vivo de sexo femenino talla: 52.5 cm Peso: 3.536 g. P.C. 35.5cm P.T: 33cm
6. Se produce alumbramiento completo de placenta en modalidad Shultze.
7. Se realiza episiorrafia afrontada.
8. Se realiza lavado vulvoperineal.
9. Se indica a la paciente realizarse masaje uterino.
10. Pasa a puerperio inmediato.

Nota de puerperio

03:45 Puérpera inmediata de 2 horas con alojamiento conjunto, refiere leve dolor en zona de episiorrafia, niega otras molestias

AI examen: P.A: 90/60 F.C: 70x' F.R: 19x' T°: 36.8° SNC:
AREG/LOTEP.

Mamas: Turgentes/ Secretantes de calostro.

Piel y mucosas: Tibia, Hidratadas, Elásticas, Llenado capilar <2" /
no palidez

Tórax: Murmullo vesicular pasa bien en ambos campos.

Cardiovascular: Ruidos rítmicos, no soplos.

Abdomen: Útero contraído, blando depresible, poco doloroso a la
palpación profunda a la altura de la cicatriz umbilical.

Genitales externos: Loquios hemáticos escasos, episiorrafia
afrontada sin signos de flogosis.

Se administra Ampicilina 1gr EV y Gentamicina 80mg EV. Paciente
clínicamente estable, afebril, ventilando adecuadamente.

Evolución puerperio

06:30 Actualmente no refiere molestia.

AI examen: P.A: 90/60 F.C: 70x' F.R: 19x' T°: 36.8° SNC:
AREG/LOTEP

P y M: Tibia/ Hidratadas/ Elásticas.

Mama: Blandas/ Secretantes.

Abd: Blando/ depresible/ poco doloroso a la palpación profunda

Útero: Contraído a la altura de la cicatriz umbilical.

G.E: Loquios hemáticos de escasa cantidad sin mal olor M.I: Sin
edemas/ no varices.

Paciente queda en su unidad con RN vivo + LME.

Se administra Ampicilina 1gr EV, Gentamicina 80mg EV y Cloranfenicol 1gr EV.

Condiciones de alta: Favorable

Consejería de planificación familiar.

Consejería de lactancia materna exclusiva.

Descarte de violencia familiar.

Consulta Psicológica: Depresión y ansiedad.

2.2.8. Epicrisis:

Diagnóstico de contrarreferencia: Gestante de 36 semanas 5/7 días por FUR, Cesareada anterior, RPM prolongado.

Exámenes auxiliares realizados: hemograma completo, examen completo de orina, grupo y facto Rh.

Controles y/o procedimientos realizados: Parto eutócico con RN vivo. Control de Puerperio normal.

Tratamiento farmacológico: Ampicilina 1 gr. EV diluido y lento. Gentamicina 80 mg EV, cloranfenicol 1 gr EV.

Puérpera se encuentra estable con RN vivo, más LME.

Condición de alta favorable.

2.3. Discusión

En el presente trabajo académico encontramos:

La presentación del siguiente caso clínico sobre una paciente que ingreso al tópico de emergencia de necrología de un Hospital (establecimiento de salud

de nivel de atención III en el cono sur - provincia de Lima), cuenta con profesionales médicos especialistas, laboratorio, ecografía y monitoreo fetal. Teniendo estas fortalezas para la atención materna las cuales favorecen la disminución de las complicaciones obstétricas que se dan, como este caso. Se realizó el estudio del caso clínico en donde se encontró que la gestante tuvo un aproximado de 5 controles prenatales en donde se evidenció la presencia de infección urinaria durante el II trimestre, no se tiene información si la paciente recibió tratamiento, de tal manera que es considerado como agente de peligro para la RPM.

Luego de haber ingresado a la paciente en el tópico de ginecología y obstetricia, se realizaron exámenes y procedimientos para el diagnóstico de la RPM los cuales confirmaron la sospecha de acuerdo a la anamnesis obtenida de la paciente donde refirió pérdida de líquido amniótico de más de 4 días por vía vaginal de color claro sin mal olor. La paciente fue hospitalizada y se inició el tratamiento según protocolos con el objetivo de reducir el riesgo de corioamnionitis.

Se realizó a la gestante el examen de monitoreo electrónico fetal durante su estadía con la finalidad de tener un estricto control de los latidos cardiacos fetales, encontrando como resultado un feto reactivo activo. En cuanto a los exámenes de laboratorio no se encontraron resultados patológicos, se inició el tratamiento adecuado por indicaciones del médico ginecólogo el cual garantizó el bienestar del feto y de la madre hasta culminar el trabajo de parto con un recién nacido de 36 semanas por Capurro, el parto fue vaginal, neonato de sexo femenino con peso de 3458g.

El caso clínico, concuerda con el estudio de Alvarado K, donde menciona que existe vínculo entre los CPN insuficientes y la RPM. Dicho estudio presenta un alto porcentaje de controles inadecuados vinculados a la RPM. Para Ybaseta M, et al, el 8 de los casos tuvieron 4 controles prenatales lo que incrementa el riesgo RPM. Suarez M, menciona que el control prenatal insuficiente en 57 tuvo relación estadística con la RPM. En otra investigación realizada por Suárez J; et al, los casos de RPM manifestaron infección urinaria durante la etapa de embarazo, Para Gutiérrez C, la infección del tracto urinaria tuvo asociación con la RPM de la misma manera concluye Alvarado, K en su investigación.

2.4. Conclusiones

1. El manejo clínico del parto en gestantes con antecedente de cesárea está bajo la supervisión clínica de un especialista en ginecología y obstetricia en donde se evaluó la fecha de la última intervención quirúrgica, las condiciones maternas para un parto vaginal y las condiciones fetales (menor a 4000 gramos).
2. El manejo de RPM en embarazadas con antecedente de cesárea es manejo exclusivo de un médico especialista en ginecología y en un establecimiento que cuente con la capacidad resolutive correspondiente. El manejo de la ruptura prematura de membrana es condición para hospitalizar e iniciar tratamiento de antibiótico terapia, el término del embarazo estará condicionado a las semanas de gestación y el tiempo y características del líquido amniótico.

2.5. Recomendaciones

- 1) Se recomienda evaluar el bienestar fetal mediante la ecografía y el monitoreo clínico y electrónico (a partir del tercer trimestre) estricto de latidos cardíacos fetales. Por otro lado, es necesario realizar exámenes de laboratorio para *Chlamydia trachomatis* y *Neisseria gonorrhoeae* y estreptococo del grupo B, siendo los cultivos cervicales el examen requerido para identificar una infección en el aparato genital con finalidad de iniciar el tratamiento profiláctico intraparto.
- 2) Promover la capacitación continua del profesional de la salud en el proceso de atención prenatal con la finalidad de identificar los distintos factores de riesgo para la RPM de tal manera se pueda brindar el tratamiento oportuno y adecuado a las diferentes patologías.
- 3) Dar educación a las gestantes mediante charlas educativas de la importancia del inicio precoz del control prenatal para identificar los riesgos para RPM en la gestación.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud (2018). Nacimientos prematuros. Recuperado el 2 de agosto del 2019, Disponible en <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth/>
2. Miranda A. (2014). Resultados maternos y perinatales del manejo conservador de la rotura prematura de membranas en gestantes de 24 a 33 semanas. Acta Médica Perú. 31(2): 84-89.
3. Federación Latino Americana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología (2014). Estadísticas de impacto de la Ruptura Prematura de Membrana .Recuperado el 2 de agosto del 2019, Disponible en <http://www.sogiba.org.ar/documentos/GC1RPM.pdf>
4. Aguirre, L. (2015). Características de las gestantes con ruptura prematura de membranas pretérmino-atendidas en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales – Comas 2014. Repositorio de la Universidad San Martín de Porres. Perú.
5. Gutiérrez, E. (2014). Frecuencia de los factores de riesgo obstétricos en la ruptura prematura de membranas pretérmino, Hospital Regional de Ayacucho. Revista Médica Panacea. Perú. 4 3-9.
6. Laguna J. (2015). Prevalencia de los Factores de riesgo asociados a la ruptura prematura de membranas en gestantes del Hospital Nacional Docente Madre- Niño San Bartolomé en el periodo Enero - diciembre 2014. [tesis de médico cirujano]. Repositorio de la Universidad Mayor de San Marcos. Perú.
7. Suárez J, Gutiérrez M, Noorani A, Gaibor P.(2016). La rotura prematura de membranas pretérmino y su relación con las consecuencias maternas y perinatales. Recuperado el 2 de agosto del 2019. Disponible en <http://www.revactamedicacentro.sld.cu/index.php/amc/article/view/684>.
8. Gutiérrez C. (2015). Factores sociodemográficos asociados a ruptura prematura de membranas. [Tesis de post grado]. Repositorio de la Universidad Veracruzana. México.
9. Alvarado, K. (2015) Factores de riesgo y complicaciones maternas fetales en pacientes con ruptura prematura de membranas antes de las

37 semanas de gestación. [tesis de médico cirujano]. Repositorio de la Universidad de Guayaquil. Ecuador.

10. Riveros S. (2018) Factores maternos asociados a ruptura prematura de membranas en gestantes atendidas en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales durante el periodo de enero a diciembre 2016. [Tesis de médico cirujano]. Repositorio de la Universidad Ricardo Palma. Perú.
11. Suárez M. (2018). Factores de riesgo materno y perinatal más frecuentes asociados a la rotura prematura de membranas ovulares en embarazos pretérmino-atendidos en el Hospital Nacional Hipólito Unanue en el año 2016. [Tesis de Licenciatura]. Repositorio de la Universidad San Martín de Porres. Perú.
12. Alfaro K. (2017). Factores asociados a ruptura prematura de membranas en el Hospital Regional Docente de Trujillo. [Tesis de médico cirujano]. Repositorio de la Universidad Privada Antenor Orrego. Perú.
13. Ybaseta J, Barranca M, Fernández-Enciso L, Vasquez-Lavarello F. (2014). Factores de riesgo asociados a la ruptura prematura de membranas en pacientes atendidas en el Hospital San Juan de Dios de Pisco, 2012. *Rev méd panacea*. Perú,4(1): 13-16.
14. Cunningham G, Leveno K, Bloom S. (2013). *Williams Obstetricia*. 23a ed. Mexico: Mcgraw-Hill Interamericana.
15. Miller E, Lee k. (2013). *Ginecología y Obstetricia*, 1ra ed. México: El manual moderno; 96-105.
16. Rojas M, Ucharima R. (2017). Factores de riesgo materno y ruptura prematura de membranas en un Hospital Regional de Huancayo. [tesis de médico cirujano]. Repositorio de la Universidad Peruana los Andes. Perú.
17. Flores, J. (2016). Factores de riesgo asociado a la ruptura prematura de membranas en embarazos pretérmino-atendidos en el Instituto Nacional Materno Perinatal durante el periodo enero diciembre, 2015. [tesis de Licenciatura]. Repositorio digital de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Perú.
18. Díaz, V. (2015). Factores de riesgo asociados a ruptura prematura de membranas en gestantes pretérmino-atendidas en el Hospital Vitarte durante el año 2015. [tesis de médico cirujano]. Repositorio de la Universidad Ricardo Palma. Perú.
19. Quintana, E. (2014). Factores de riesgo maternos asociados a ruptura prematura de membranas en pacientes atendidas en el Hospital

Regional de Loreto del año 2014. [tesis de médico cirujano]. Repositorio de la Universidad Nacional de la Amazonia Peruana. Perú.

20. Padilla, C. (2016). Prevalencia de la ruptura prematura de membranas y la vía de finalización del parto en el Hospital Vicente Corral Moscoso, período 2014. [tesis de médico cirujano]. Repositorio de la Universidad de Cuenca. Ecuador.

21. Gabriel, L. (2013). Determinación de los principales factores de riesgo maternos con relación a la ruptura prematura de membranas en pacientes atendidas en el Hospital Provincial Docente Ambato periodo enero 2011enero 2012. [tesis de médico cirujano]. Repositorio Digital Universidad Técnica de Ambato. Ecuador.

22. Aguilar, A. (2013). Factores de riesgos materno-fetales asociados a ruptura prematura de membranas en mujeres con embarazo pretérmino atendidas en el Hospital Victoria Motta de Jinotega de enero a diciembre de 2013. [tesis de médico cirujano]. Repositorio de la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua. 2013.