



UNIVERSIDAD JOSÉ CARLOS MARIÁTEGUI

VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN

ESCUELA DE POSGRADO

SEGUNDA ESPECIALIDAD EN OBSTETRICIA

TRABAJO ACADÉMICO

ROTURA PREMATURA DE MEMBRANAS - HOSPITAL

REGIONAL DE MOQUEGUA 2019

PRESENTADO POR:

RITA ELIANA PAUCA SÁNCHEZ

ASESOR

MG. MARIO HERNAN BENETRES ESPINOZA

**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

PÁGINA DEL JURADO	i
DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTO	iii
ÍNDICE DE CONTENIDO.....	iv
RESUMEN.....	vi
SUMMARY	vii
CAPÍTULO I.....	1
1.1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA	1
1.2. JUSTIFICACIÓN	1
1.3. MARCO TEÓRICO	2
1.3.1. ANTECEDENTES	2
1.3.1.1. ANTECEDENTES INTERNACIONALES.	2
1.3.1.2. ANTECEDENTES NACIONALES.	4
1.3.2. BASES TEÓRICAS	7
2.1. INTRODUCCIÓN	12
2.2. OBJETIVOS	13
2.3. SUCESOS RELEVANTES DEL CASO CLÍNICO	13
2.4. DISCUSIÓN DEL CASO CLÍNICO	34

CONCLUSIONES	36
RECOMENDACIONES	37
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	38

INDICE DE FIGURAS

Figura 1: Mecanismos de la rotura prematura de membranas.	10
--	----

RESUMEN

Las membranas fetales desempeñan una función de defensa frente a infecciones que ascienden del exterior, estructuralmente está compuesta por dos capas que se diferencian histológicamente como corion y amnios.

La complicación por (RPM) se exterioriza en cualquier momento de la gestación, antes del inicio del proceso de trabajo de parto. El nivel de severidad materno perinatal va a depender si esta se muestra antes de las 37 semanas presentando un periodo de latencia el cual puede condicionar factores desencadenantes de corioamnionitis o infección puerperal.

Hay una alta incidencia de morbilidad perinatal que se agrava cuando la gestante no tiene ningún control pre natal, como es el caso clínico que se presenta en esta investigación.

Los objetivos trazados fueron de identificar los elementos de peligro o factores de riesgo que se presentaron en el caso clínico, analizar el manejo de la presente complicación y analizar el uso de protocolos en el manejo y tratamiento.

Se concluye en forma general que la paciente no mostró los elementos o factores de riesgo que se investigaron según Vallejo Barón (12).

PALABRAS CLAVE: Rotura prematura de membranas, corion, amnios.

SUMMARY

Fetal membranes play a defense function against infections that ascend from the outside, structurally it is composed of two layers that are histologically differentiated as chorion and amnion.

Complication due to premature rupture of membranes occurs at any gestational age before the start of labor, the degree of maternal perinatal severity will depend on whether it occurs before 37 weeks of gestation, presenting a latency period which may condition triggers of chorioamnionitis or puerperal infection.

There is a high incidence of perinatal morbidity and mortality that is aggravated when the pregnant woman has no prenatal control, as is the clinical case presented in this investigation.

The objectives were to identify the risk factors presented in the clinical case, analyze the management of this complication and analyze the use of protocols in the management and treatment.

It is generally concluded that the pregnant woman did not present the risk factors that were investigated according to Vallejo Barón (12).

KEY WORDS: Premature rupture of membranes, chorion, amnion.

CAPÍTULO I

1.1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

La complicación obstétrica por ruptura prematura de membranas corioamnióticas está asociada con complicaciones perinatales de alto riesgo y está íntimamente ligada con infecciones, prematurez, corioamnionitis, que amplía el riesgo materno y fetal. Esta entidad está catalogada como una dificultad de salud pública, siendo su incidencia en el mundo del 8 al 10% de las gestaciones menores de 37 semanas (4)

1.2. JUSTIFICACIÓN

Al ser considerado un problema que altera la salud pública por las serias complicaciones maternos fetales, y al ser una patología que se presenta en el Hospital Regional de Moquegua, he considerado realizar el estudio del presente caso clínico, pretendiendo evidenciar los eventos suscitados en el transcurso de

la hospitalización, así como poder detectar si la gestante presentó algún factor de riesgo que pudiera haber condicionado el inicio de la enfermedad. Es necesario fortalecer nuestras competencias cubriendo espacios de conocimientos para un mejor manejo y entendimiento, estando siempre vigilantes en la atención de calidad que se debe brindar en los diferentes establecimientos de salud.

1.3. MARCO TEÓRICO

1.3.1. ANTECEDENTES

1.3.1.1. ANTECEDENTES INTERNACIONALES.

Novoa Zamudio M. (1) efectuó una tesis de tipo comparativo observacional y transversal, acerca de la (RPM), comparando entre el dosaje de la hormona gonadotrofina coriónica vaginal (HCGV) y el examen de cristalografía, en el cual podría estar arrojando resultados falsos positivos o falsos negativos. La presente investigación tuvo como objetivo de contrastar la utilidad diagnóstica de la prueba para el diagnóstico de RPM, utilizando para ello como unidad de análisis a 100 gestantes que se atendieron en servicio de tococirugía del Hospital General “Dr. Nicolás San Juan en Toluca, México año 2013.

En el presente estudio arrojó el siguiente resultado en la prueba de dosaje de HCGV el 90% dio como resultado positivo y el 10 % dio como resultado negativo de 100 gestantes atendidas con diagnóstico certero de ruptura prematura de membranas. Se concluye que el dosaje cualitativo de la prueba de

cristalografía tiene menor rendimiento diagnóstico en comparación con el dosaje de la tira reactiva de HCGV.

Abehsera Davó Daniel, (2) investigó acerca del impacto en la amniocentesis en el manejo obstétrico en relación a la RPM. Investigación realizada en la Paz Bolivia el año 2011, siendo el objetivo principal el de determinar la especificidad y sensibilidad en la prueba para diagnóstico de infección intramniótica por RPM. La muestra se constituyó en 45 casos con edad gestacional menor a 33 semanas en la cuales se realizaron 46 amniocentesis diagnósticas, posteriormente el líquido amniótico extraído fue procesado en laboratorio. El programa estadístico que se utilizó fue SPSS versión 9, para otros estudios, se ha utilizado el test chi-cuadrado, dentro de las principales conclusiones se obtiene que la validez estadística del diagnóstico, es un instrumento muy eficaz para la conducción y tratamiento de la RPM y amenaza de parto pre término.

Terminación del parto y prevalencia de RPM, tesis de investigación para optar el título profesional de médica realizada por Padilla C. y Rojas L. (3), Hospital Vicente Corral Moscoso 2014, universidad de cuenca Ecuador 2016. El objetivo principal fue de establecer la prevalencia y la vía de terminación del parto, para lo cual se utilizó un diseño descriptivo y el soporte estadístico de un software orientado al procesamiento de la información en el nivel descriptivo. La muestra fue de 360 gestantes con RPM, concluyendo lo siguiente: La

prevalencia de RPM y la vía de terminación del parto, se encuentran entre las cifras alcanzadas por los autores.

Venegas Toala María Elizabeth(4) investigó acerca de Incidencia de RPM en gestantes primíparas atendidas en el hospital Ceballos V. –Ecuador. El tiempo de estudio fue entre setiembre 2012 a febrero 2013 para la cual estableció como unidad de estudio a 41 gestantes primigestas con ruptura prematura de membranas, sin inicio de trabajo de parto, el tipo de estudio que utilizó fue explicativo descriptivo con diseño no experimental, se utilizó el software Microsoft Excel 2010 presentando los datos en tablas estadísticas y gráficos pertinentes. La investigación concluyó en que la prevalencia de RPM fue de 2.5%.

1.3.1.2. ANTECEDENTES NACIONALES.

Marquina Reynaga Gary Marco (5) 2017, investigó acerca de los factores que se asocian con la RPM y los recién nacidos pretérminos para ello utilizó el tipo de estudio observacional retrospectivo analizando casos y controles, con una muestra de 174 gestantes. El software estadístico que utilizó fue el SPSS versión 24, obteniendo los siguientes resultados: Respecto a la edad la mediana fue de 27,23 años, los factores de riesgo que prevalecieron: anemia gestacional, ITU, cervicitis, vaginitis antecedente de parto pre termino. Conclusiones: Los

factores de riesgo que se asocian a RPM pretérmino fueron: infección cérvico-vaginal, anemia, infección urinaria y antecedente de parto pre término.

Flores J. (6). En un estudio de casos y controles, realizado en Perú, investigó sobre la asociación que existe entre los factores de riesgo, embarazo pre termino y RPM. Objetivo: fue establecer los factores de riesgo que se asocian a RPM en gestaciones pre término. La muestra fue de 140 gestantes casos (RPM) y 140 controles (no RPM). Se concluyó que los factores de riesgo Infección del tracto urinario, infección vaginal, cervical no se asocian en forma significativa a ruptura prematura de membrana. El factor anemia en la gestación si se asocia a RPM.

Quispe Carla(7) en la tesis realizada en el Hospital Rezola, ubicado en Cañete año 2014, investigó acerca de las complicaciones maternas y la solución de continuidad, siendo su objetivo principal el de determinar cuáles eran las complicaciones maternas - perinatales en relación que existe con la ruptura prematura de membranas. El trabajo de investigación fue de tipo retrospectivo, cuantitativo, correlacional y transversal, seleccionando a 150 gestantes como unidad de estudio, con los siguientes resultados más resaltantes: las endometritis y corioamnioitis, fueron las complicaciones maternas que se presentaron. Las complicaciones perinatales fueron sepsis neonatal, prematuridad, sufrimiento fetal agudo. El periodo de latencia que se presento fue de 1 a 6 horas al parto, teniendo como conclusión principal según la prueba

de χ^2 de no existir relación indicadora entre el periodo de latencia y las complicaciones maternas.

Quintana Bruno E. (8), investigó sobre la asociación que existe entre los factores de riesgo y la ruptura prematura de membranas en pacientes que concurrieron al hospital regional de Loreto. La presente investigación se realizó en el año 2014, utilizando para ello el estudio cuantitativo, correlacional, observacional, para casos y controles. El objetivo principal fue el de determinar cuáles fueron los factores de riesgo que se asociaron con la ruptura prematura de membranas. La fuente de información principal fue la historia clínica, en la cual se reconoció a las gestantes que presentaron factores de riesgo y a las gestantes que no presentaron factores de riesgo. La muestra estuvo constituida por las gestantes que se hospitalizaron en el año de estudio, obteniendo los siguientes resultados: Las infecciones del tracto urinario, la procedencia rural, control prenatal incompleto y la anemia fueron los factores de riesgo que intervinieron para que se puede presentar la ruptura prematura de membranas. Conclusión: se concluye que al presentar los factores de riesgo del estudio aumenta la posibilidad de presentar RPM.

1.3.2. BASES TEÓRICAS

1.3.2.1. ROTURA PREMATURA DE MEMBRANAS

Se denomina rotura prematura de membranas (RPM) a la solución de continuidad de las membranas corioamniótica y se presenta antes del inicio del trabajo de parto, mostrando una relación directa y significativa en el aumento de la morbilidad materna debido a corioamnionitis e infección puerperal.

FUNCIÓN

Las membranas fetales desempeñan una función de defensa frente a infecciones que ascienden del exterior, estructuralmente está compuesta por dos capas que se diferencian histológicamente como corion y amnios.

El corión y amnios comprenden las siguientes estructuras (09):

A) El amnios presenta en su formación 5 capas denominadas:

- Eitelio
- Lámina basal
- Capa compacta
- Capa fibroblástica celular
- Capa intermedia

B) El corion presenta en su formación 3 capas denominadas:

- Capa reticular
- Membrana basal
- Capa trofoblástica.

La mayoría de las capas contiene colágeno, nidógeno, fibronectina, laminina.

Estas capas poseen mayor fuerza tensil (4)

ETIOLOGÍA.

Se desconoce la etiología, pero hay factores desencadenantes como la disminución de la longitud cervical, o la infección intraamniótica (10). La infección amniótica se encuentra presente en un 30 a 60% de las gestantes. También se ha descrito como causas desencadenantes a procedimientos invasivos, traumatismos, sobredistención uterina, etc. (11).

FISIOPATOLOGÍA (11)

Se ha inculcado a una debilidad de las membranas posiblemente por la presentación de dinámica uterina, reconociendo un área de probable lesión en las membranas, llamada “zona de morfología alterada”

FACTORES DE RIESGO (12)

1. Lupus eritematoso

2. Factores nutricionales deficientes, deficiencia de cobre, de ácido ascórbico, deficiencia de hierro, anemia
3. Vaginosis bacterianas frecuentes
4. Bajo índice de masa corporal
5. Infección pélvica
6. RPM en embarazos anteriores
7. Niveles de fibronectina fetal elevada
8. Traumatismos

CUADRO CLÍNICO

La madre observa salida de líquido a través de la vagina incoloro, o amarillo claro o verde dependiendo del estado fetal (11)

CONFIRMACIÓN DEL DIAGNÓSTICO

Especuloscopia: observar la salida de líquido amniótico a través del orificio externo del cuello uterino, el cual se deposita en el fondo de saco posterior;

- Realizar prueba de nitracina. Esta prueba se basan en que la exudación vaginal así como la orina tiene Ph ácido, por el contrario el líquido amniótico es alcalino. Se determina la alcalinidad (presencia de líquido amniótico) cuando cambia y se torna de coloración azul.

- Realizar prueba del helecho, extendiendo la muestra de líquido en un portaobjetos y dejarlo secar.

TRATAMIENTO (13)

Se debe confirmar la pérdida del líquido amniótico mediante la visualización directa (maniobra de mansalva), se debe realizar especuloscopia, solicitar exámenes auxiliares que puede ser: Test de Fern, papel de la nitracina etc., se debe descartar leucorrea. De confirmarse la paciente debe ser hospitalizada, descartando signos de infección intrauterina, para ello se debe solicitar hemograma, proteína C reactiva, amniocentesis. Verificar si gestante presenta fiebre o líquido saliente con mal olor.

Se debe de confirmar edad gestacional y posibilidad de madurez fetal.

Se debe de administrar antibióticos.

Administrar corticosteroides a la madre cuando la gestación es menor a 34 semanas para optimizar la maduración pulmonar fetal (14):

El tratamiento recomendado en caso de infección (13):

- Ampicilina 2 g vía endovenosa lenta distribuido cada 6 horas, gentamicina 80 mg. endovenoso lento distribuido cada 8 horas.
- Si el feto presenta edad gestacional de 35 semanas a más con madurez fetal se sugiere terminar la gestación.
- Cuando el feto tiene menos de 35 semanas de gestación y no presenta signos de infección se debe de iniciar con corticoides. El antibiótico de elección es Eritromicina 250 mg cada 8 horas complementando con 500 mg de amoxicilina vía oral cada 8 horas por un espacio de 7 días.

- A la presencia de infección, sufrimiento fetal, terminar el embarazo.

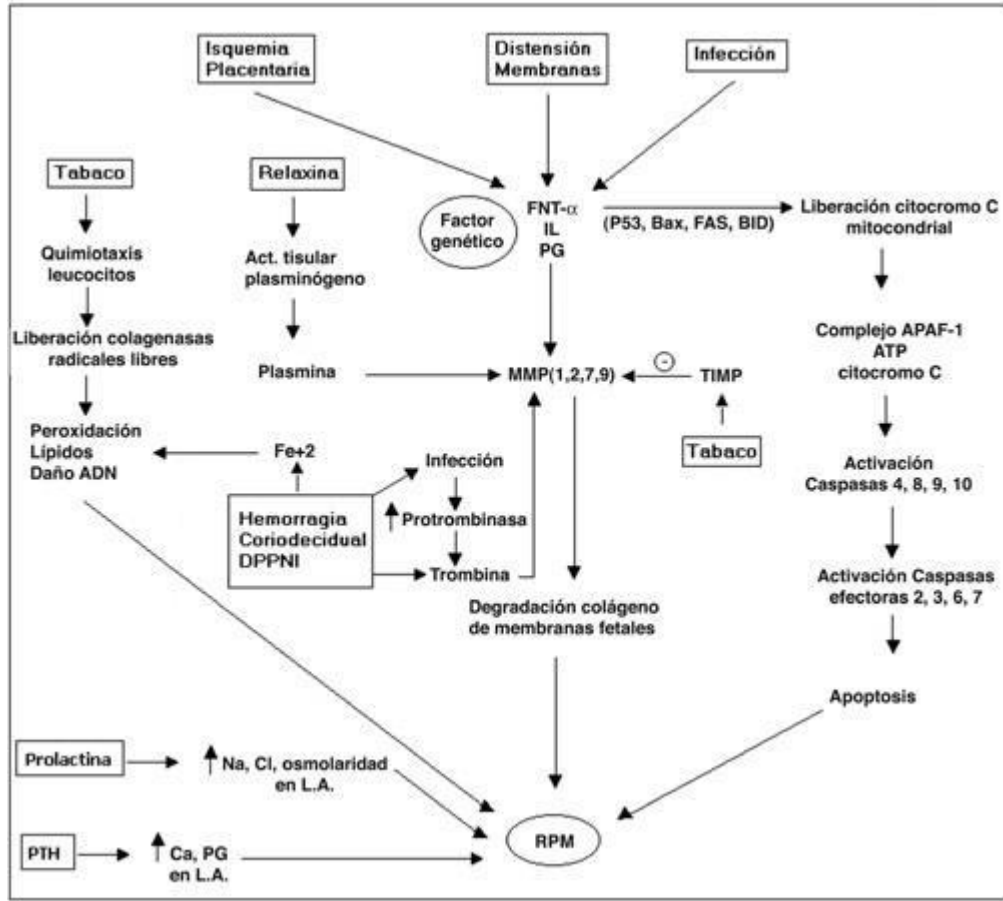


Fig. 1 Mecanismos de la rotura prematura de membranas.

CAPÍTULO II

CASO CLÍNICO

2.1. INTRODUCCIÓN

La rotura prematura de membranas se encuentra condicionada por diversos mecanismos los cuales pueden actuar en forma conjunta o separada sin relación con el trabajo de parto o edad gestacional. Estudios recientes demostraron que también el feto podría favorecer a la RPM debido a ciertas hormonas que se encuentran en el líquido amniótico como es la prolactina fetal y decidual. Estas hormonas fetales tienen una concentración mayor a la prolactina materna, la cual podría modificar la integridad de las membranas en sus diversas capas, a través de un aumento en la concentración de la osmolaridad del líquido amniótico. (9)

La gestante en estudio al parecer presenta problemas sociales y psicológicos, teniendo malas relaciones interpersonales familiares, según se aprecia en las interconsultas resueltas por los profesionales tanto de psicología como servicio social, hecho que agravan su condición por poder presentar depresión puerperal que generalmente se instala durante los 3 primeros días después del nacimiento.

Es trascendental además conocer los factores de riesgo que condicionan o desencadenen la RPM para el manejo respectivo en la atención prenatal.

2.2. OBJETIVOS

- ✓ Identificar qué factores de riesgo se presentan en el caso clínico
- ✓ Analizar el manejo de la presente complicación
- ✓ Analizar el uso de protocolos en el manejo y tratamiento.

2.3. SUCESOS RELEVANTES DEL CASO CLÍNICO

FECHA: 06 – 03- 2018

HORA: 16:00

SERVICIO DE EMERGENCIA.

Gestante de 24 años que acude al establecimiento acompañada de su pareja por presentar eliminación de líquido amniótico en regular cantidad desde el día 05 – 03 – 2018, a las 23 horas, el cual se incrementa acompañada de dolor tipo contracción uterina. Refiere no tener control prenatal, no sabe con certeza la edad gestacional.

Fs, Vs: Presión arterial (P/A): 100/65 mm Hg, FC: 82 x minuto, Tp: 36.8 (axilar), FR:20 x minuto, peso: 64 Kg, talla: 1.57 cm.

Al examen preferencial:

Gestante lúcida orientada, en regular estado de hidratación, aparente buen estado de nutrición. Aparente buen estado general, quejumbrosa.

Altura uterina 30cm feto en longitudinal cefálico izquierdo latidos cardio fetales en 128, 132 por minuto, presenta dinámica uterina de 3 contracciones en 10 minutos de 25 segundos de duración y una intensidad de 3 cruces

TACTO: genitales externos de nulípara, se observa salida de líquido amniótico en regular cantidad, de color amarillo sin mal olor. Cuello uterino centralizado, dilatación de 4 cm borramiento de 80% membranas ovulares rotas.

Se realiza ecografía obstétrica.

IMPRESIÓN DIAGNOSTICA

Gestación de 35.2 semanas de gestación por ecografía del tercer trimestre

Alto riesgo obstétrico

Trabajo de parto

Rotura prematura de membranas

D/C sufrimiento fetal

D/C corioamnionitis

PLAN DE TRABAJO

Se hospitaliza

Dieta completa más líquidos orales a voluntad

Cloruro de sodio por mil, 1000 cc pasar en bolo 300 cc luego a 45 gotas x'

Ceftriazona 2 gr. Por día EV lento en 100cc de Cl Na

Clindamicina 600 mg EV cada 8 horas en 100cc de Cl Na.

Control de funciones vitales cada 4 horas.

Control de funciones biológicas

Control obstétrico estricto

Test no estresante

Monitoreo electrónico permanente

Decúbito lateral izquierdo

Reposo absoluto

Oxígeno 4 litros por minuto condicional a LCF menor de 120 ó mayor de 160

Vigilar signos de alarma

EXAMENES AUXILIARES

Hemograma completo, Hb, Hto, grupo factor, tiempo de coagulación, tiempo de sangría, plaquetas, glucosa, creatinina, RPR, HIV.

Examen completo de orina.

HISTORIA CLÍNICA

A. FILIACIÓN:

Nombre : **XXXX**

Edad : 24 años

Raza : Mestiza

Estado Civil : Conviviente

Grado de Instrucción : Superior Incompleto

Idioma : Castellano

Ocupación : Gestora en empresas “Claro”

Religión : Católica

Lugar y Fecha de Nacimiento : Moquegua, 12/12/1992

Lugar de Procedencia : Moquegua

Residencia Actual : Moquegua

Fecha de Ingreso : 06/03/2018

Hora : 16:30 horas

Informante : Directa

Traída por : Pareja

B. ENFERMEDAD ACTUAL:

Tiempo de Enfermedad : 1 día aproximadamente

Síntomas Principales : Dolor abdominal, pérdida de líquido amniótico.

Historia de la Enfermedad :

Paciente de 24 años, primigesta de 35. 2/7 semanas de gestación, refiere inicio de episodio con dolor abdominal tipo contracción en hemiabdomen inferior, concomitantemente con pérdida de líquido desde hace 19 horas aproximadamente con restos sanguíneos. Motivo por el cual es traída a este Nosocomio al servicio de emergencia del Hospital Regional de Moquegua, para luego ser hospitalizada en el Servicio de Gineco-Obstetricia.

Funciones Biológicas:

- **Apetito** : Conservado
- **Sed** : Conservado
- **Deposiciones** : Conservado
- **Orina** : Conservado
- **Sueño** : Conservado

C. ANTECEDENTES:

C.1 PERSONALES:

a) Fisiológicos:

- Nacido de parto : Eutócico
- Lactancia Materna : Sí

b) Gineco-obstétricos :

- Menarquia : 9 años
- I.R.S. : 19 años
- F.U.M. : No refiere
- M.A.C. : Ninguno
- Último Parto : Niega
- Gravidez anterior : Ninguna

c) Alimentación : Variada

d) Condición Socioeconómica:

Vivienda de abuelos, de material noble, cuenta con todos los servicios básicos. Recojo de basura cada 03 días.

Económicamente depende de su madre.

e) Patológicos:

- Eruptivas : Niega
- Accidentes : Niega

- Alergias : Niega
- Transfusiones : Niega
- Hospitalización : Niega
- Operaciones : Niega

C.2 FAMILIARES:

- a) Padre: Aparentemente sano, de 50 años de edad.
- b) Madre: Aparentemente sana, de 45 años de edad.
- c) Hermanos: 01 varón, aproximadamente sano.
- d) Hijos: Niega.

D. EXAMEN FÍSICO:

D.1 FUNCIONES VITALES:

- Presión arterial (P/A): 100/60 mm Hg
- Frecuencia cardiaca (FC): 68 x minuto
- Temperatura (Tp): 36.4 (axilar)
- Frecuencia respiratoria: 20 x minuto

DATOS ANTROPOMÉTRICOS

- Talla: 1.57 cm
- Peso: 65 Kg.

D.2 ASPECTO GENERAL:

Gestante lúcida orientada en tiempo, espacio y persona de aparente buen estado general, buen estado de nutrición e hidratación, facies normal colabora al interrogatorio.

D.3 EXAMEN SEGMENTARIO:

a) Cabeza y cuello:

Normocéfalo, Mesaticéfalo, Cuello cilíndrico, central, no ingurgitación yugular.

Aparato Respiratorio:

Tórax y pulmones con amplexación y elasticidad conservadas, no se ausculta ruidos agregados.

b) Mamas:

Mamas aumentadas de tamaño, simétricas. Areolas y pezones hiperpigmentados.

c) Aparato Cardiovascular:

No se palpa Choque de Punta. Ruidos Cardíacos normofonéticos. No se ausculta soplos cardíacos.

d) Abdomen:

Globuloso, ocupado por útero grávido con feto único, vivo.

AU: 34cm,

Feto en longitudinal presentación cefálica posición izquierda.

LCF: 148-154 x'

e) Aparato Genitourinario:

Genitales externos de nulípara, se observa salida de líquido al parecer amniótico incoloro

Tacto: Dilatación: 5 cm, Borramiento: 90%, Altura de presentación: -2

f) Sistema Nervioso:

Glasgow 15, no signos meníngeos ni de focalización, ROT conservados.

g) Sistema Osteomuscular:

Movimientos osteomusculares conservados.

Edemas +/-

h) Sistema Linfático:

Adenopatías ausentes.

i) Diagnóstico Inicial:

- Primigesta de 35 2/7 semanas por ecografía del III trimestre
- RPM de 19 horas
- ARO: Gestante no controlada
- Fase activa de Trabajo de Parto
- Prematuridad

E. EVOLUCIÓN:

06/03/18 19:00 Al examen D: 6 cm, B: 90%, AP: -2, Prueba de Trabajo de Parto.

06/03/18 20:00

Paciente en dinámica uterina de 3 a 4 contracciones en 10 minutos, de regular intensidad. Al examen: Al TV: D: 10 cm, B: 100%, AP: -3, MO: Rotas, DU: 3-4/10 minutos, Intensidad: ++ Duración: 25 segundos.

IDX: Periodo Expulsivo.

PLAN:

- Pasa a Sala de Partos
- Conducción de Trabajo de Parto.

06/03/18 20:10

Paciente en Sala de Partos, con dinámica uterina de 2-3/10 minutos de leve intensidad.

Al examen: D: 10cm, B:100%, AP: -2, MO: Rotas, variedad de presentación: OIDP, LCF: 140-148 x'

PLAN:

- Vigilar Signos de sufrimiento fetal agudo.
- Continuar con atención de parto.

06/03/18 21:00

Paciente quejumbrosa por dinámica uterina. Al examen: TV: D:10cm, B: 100%, AP: +2, VP: OIDA. DU: 3-4/10 minutos, D: 30-35 segundos. FCF: 136 – 148 x'.

PLAN:

- Continuar Periodo Expulsivo de Parto.

06/03/18 21:10

Se produce la Atención de Parto, obteniendo un recién nacido vivo envuelto en meconio con APGAR de 6 al minuto y 9 a los 5 minutos, color rosado, de sexo femenino y peso de 2900 gramos, edad gestacional de 36 semanas.

Alumbramiento en Boudeloque Shultze membranas disociadas incompletas, de coloración verde claro, brevedad de cordón umbilical de aproximadamente 30 cm. de mala implantación con desgarro de serosa.

Se procede a realizar episiorrafia.

IDX:

- Parto distócico
- Alumbramiento Incompleto

PLAN:

- Preparar para sala de operaciones.

06/03/2018 23:00 Pasa a SOP para legrado uterino

07/03/18 06:50 < 1 DH>

Paciente de 25 años de edad, primípara, puérpera inmediata, se encuentra en alojamiento conjunto recién nacido de sexo femenino, peso de 2900 gramos refiere que pasa la noche tranquila, concilia el sueño, no presenta molestias y sus funciones biológicas se encuentran conservadas.

Paciente en AREG, REN, REH, piel tibia al tacto, manchas equimóticas periorbitarias, mucosas orales semihúmedas. MV pasa bien en ACP. CV: RC rítmicos, normofonéticos, no soplo. Abdomen: Ligeramente globuloso, B/d con útero contraído a la altura de la cicatriz umbilical, con altura uterina de 17 cm, GU: Presencia de secreción de loquios hemáticos en escasa cantidad, no presenta mal olor. Episiorrafia sin signos patológicos.

Extremidades: No edemas, movilidad activa y pasiva conservada. Neurológico: LOTEPE.

Evolución: Favorable.

DX:

- Puérpera Inmediata por Parto Distócico
- Alumbramiento Incompleto

07/03/18 06:50

Paciente en su primer día de puerperio por parto distócico y en su primer día post legrado uterino por retención de restos postparto, con antecedente de RPM, además de leucocitosis por dichos datos se considera probable corioamnionitis.

INDICACIONES:

- Hemograma, VSG, PCR
- Evaluación con resultados.

Llega Hemograma 19800, Abastionados: 6, VSG: 50

INDICACIONES:

- Se agrega: Control Pulso y Temperatura cada 2 horas.
- Clindamicina 900 mg cada 8 horas VEV.

08/03/18 07:00

< 2 DH>

Presión arterial 100/60; F.C. 80 x 'Tp: 36.6 FR: 20 x'

Peso: 60 Kg.

Talla: 1.57

IMC: 24.39

Paciente mujer de 25 años de edad, en su unidad sin RN. Refiere pasar la noche intranquila, ligero dolor en zona de episiorrafia que se exagera al miccionar.

Al examen: Conjuntivas palpebrales rosadas, mucosas orales húmedas, abdomen: globuloso, b/d, no doloroso a la palpación, útero en proceso de involución, AU: no apreciable. GU: Loquios hemáticos en moderada cantidad, episiorrafia en buen estado. Refiere ardor al terminar de miccionar.

IDX:

- Puérpera mediata por parto distócico
- Endometritis Puerperal
- Anemia Moderada

09/03/18 07:00

< 3 DH>

Paciente de 25 años de edad, primípara, puérpera inmediata con Recién Nacido de sexo femenino con APGAR 6 al primer minuto y 9 al minuto 5, peso de 2900 gramos en alojamiento conjunto, refiere que pasa la noche tranquila, concilia el sueño, no nauseas, no vómitos y sus funciones biológicas se encuentran conservadas.

Paciente en AREG, REN, REH, piel tibia al tacto, conjuntivas rosadas, equimosis periorbitaria inferior de lado izquierdo, mucosas orales semihúmedas. Tórax y pulmones: MV pasa bien en ACP. CV: RC rítmicos, normofonéticos, no soplo. Abdomen: Ligeramente globuloso, B/d, doloroso a la palpación en hipogastrio, con útero contraído a 3 dedos por debajo de la cicatriz umbilical, RHA (+), GU: Presencia de secreción de Loquios hemáticos en moderada cantidad, no presenta olor. Episiorragia sin signos patológicos.

Extremidades: No edemas, movilidad activa y pasiva conservada. Neurológico: LOTEPE.

Evolución: Estacionaria.

DX:

- Puérpera Inmediata por Parto Distócico
- Anemia Moderada.

INTERCONSULTA:

SERVICIO SOCIAL: (07-03-18)

Paciente con problemas familiares por no haber concluido estudios universitarios, antes de tener a su hijo.

Al momento del alta empezará a vivir con padre de su hijo, ya que sus padres no le permiten regresar a su casa. Mantiene buenas relaciones con su pareja.

Indicaciones:

No se hizo CPN por temor a madre.

Paciente no quiere que madre se entere de actual domicilio por temor a que se inmiscuya en su relación actual.

Se orienta a paciente y madre.

PSICOLOGÍA: (08-03-18)

Diagnóstico: La familia no conoce al padre del Recién Nacido pero la paciente refiere que tiene buena relación con él y que van a formar su propio hogar. Refiere también que no ha asistido a control en su gestación debido a que no quería que la familia se entere de su proceso gestacional, debido a los problemas familiares que existe, y la relación inestable con su madre.

IDX:

- T. Adaptativo con tendencias depresivas.

INDICACIONES:

- Recibir terapia Psicológica durante su permanencia en hospitalización.
- Entrevista a los familiares.

F. EXÁMENES AUXILIARES:

ECOGRAFÍA OBSTÉTRICA: (06-03-18)

- Gestación única activa de 35 2/7 semanas por biometría fetal
- Anhidramnios.

(06-03-18)

EXÁMENES DE RIESGO QUIRÚRGICO:

- ✓ Leucocitos: 18930/ mm³
- ✓ Hemoglobina: 14.9 g%
- ✓ Hematocrito: 46%
- ✓ Grupo Sanguíneo: O
- ✓ Factor Rh: Positivo
- ✓ Glucosa: 92 mg%
- ✓ Creatinina 0.63 mg%
- ✓ HIV: No Reactivo
- ✓ RPR: No Reactivo
- ✓ HBsAg: No Reactivo

EXAMEN COMPLETO DE ORINA:

✓ Examen Físicoquímico:

- Color: amarillo
- Reacción: Ácida
- Nitritos: -
- Glucosa: +++
- Cetonas: +
- Hemoglobina: ++
- Aspecto: Turbio
- Densidad: 1010

✓ Examen Microscópico:

- Leucocitos: 8-10 por campo
- Bacterias: + por campo
- Eritrocitos: >30 por campo
- Células Epiteliales: 3-5 por campo

PLAQUETAS: 254 000 plaquetas/mm³

TIEMPO DE COAGULACIÓN: 5'30"

TIEMPO DE SANGRÍA: 1'30"

(07-03-18) Hemograma completo:

- Leucocitos: 19800/mm³.
- Abastados: 06%
- Segmentados: 86%
- Linfocitos: 08%

VSG: 50 mm/h

PCR: No Reactivo

HEMOGLOBINA CONTROL: 9,5 gr%

REPORTE OPERATORIO (06-03-18)

- Diagnóstico preoperatorio: Alumbramiento incompleto
- Diagnóstico postoperatorio: El mismo
- Cirugía: Curetaje Uterino.
- Complicaciones: Ninguna

TRATAMIENTO:

06/03/2018 16:00

- Dieta completa + LAV
- ClNa 0,9% 1000 cc, 20 gts.
- Ceftriaxona 2 gr. EV cada 24 horas
- Clindamicina 600 mg c/ 8 horas EV

06/03/2018 23:25 horas <POSTOPERATORIO>

- DC + LAV
- CFV
- ClNa 0.9% 1000 cc 30 gts
Oxitocina 10 U 1 ampolla
- Ceftriaxona 2 gr EV cada 24 horas.
- Ranitidina 50 mg EV STAT
- Masaje Uterino
- Control de sangrado transvaginal
- Hemoglobina control en 6 horas.

07/03/2018

- DC + LAV
- CFV
- ClNa 0.9% 1000 cc XV gts
- Oxitocina 10 U 1 ampolla
- Ceftriaxona 2 gr EV cada 24 horas.
- Ranitidina 50 mg EV STAT
- Masaje Uterino
- Sulfato Ferroso 300 mg VO,
- Control de sangrado transvaginal
- Hemoglobina control en 6 horas.
- Clindamicina 900 mg EV cada 8 horas.
- Metamizol 1 gr EV PRN a T°
- $\geq 38.5^{\circ}\text{C}$.

08/03/2018 06:50

- DC + LAV
- CFV
- ClNa 0.9% 1000 cc XV gts.
- Oxitocina 10 U 1 ampolla
- Clindamicina 900 mg EV cada 8 horas.
- Gentamicina 80 mg EV cada 8 horas.

- Metamizol 1 gr IM PRN a $T^{\circ} \geq 38.5^{\circ}\text{C}$.

09/03/2018 08:00

- Dieta completa
- LAV
- Clindamicina 300 mg cada 8 horas VO
- Gentamicina 160 mg cada 24 horas IM
- Hg de control 12,000 leucocitos.
- Alta medica
- Control en 7 días por consultorio externo.

2.4. DISCUSIÓN DEL CASO CLÍNICO

A. Según Vallejo Barón (12) son 8 los factores de riesgo para que se presente la complicación de RPM. En el presente caso clínico, no se pudo determinar la presencia de Lupus eritematoso, deficiencia de cobre, deficiencia de ácido ascórbico, niveles elevados de fibronectina fetal, por no haber realizado los estudios correspondientes para el dosaje de estos valores.

Niega infecciones vaginales frecuentes, así como traumatismo abdominal.

Paciente es nulípara, por lo tanto, el factor de riesgo de RPM en embarazos anteriores no está presente

Paciente no presenta anemia al inicio de la hospitalización.

El IMC es de 24.39, considerando un peso de: 60 Kg., talla de: 1.57, por lo que el IMC se encuentra dentro de los valores normales, siendo los parámetros de normalidad entre 18.5 – 24.9.

B. El manejo de RPM fue: hospitalización, se solicitó exámenes auxiliares correspondientes, se realizaron estudios de ecografía y pruebas de bienestar fetal, así como se instaló el uso de antibióticos al corroborar in situ la salida de líquido amniótico. No se realizó las pruebas de la nitracina ni test de Fern.

C. El tratamiento instalado no se ajusta a lo que corresponde según las Guías nacionales de atención integral de la salud sexual reproductiva.

CONCLUSIONES

- 1.- La gestante no acudió a ningún establecimiento de salud para realizar sus CPN, por lo tanto, no se ha podido realizar las actividades preventivo promocionales que corresponden para evitar o minimizar el impacto de las complicaciones.
- 2.- La paciente no ha presentado factores de riesgo que pudieron condicionar la RPM.
- 3.- Se ha evidenciado según la interconsulta realizada de Servicio social que la paciente presenta problemas familiares y no realizo los CPN por temor a la madre
- 4.- Según la interconsulta a Psicología, presenta un diagnóstico de Trastorno Adaptativo con tendencias depresivas, por la relación inestable que tiene con la madre.
- 5.- El tratamiento no corresponde a lo expresado en las guías nacionales, no se especifica en la historia clínica el motivo ni discusión del uso de antibióticos.
- 6.- No especifica en la historia clínica el uso de protocolos internos.

RECOMENDACIONES

- 1.- Los establecimientos del primer nivel de atención, deben de realizar campañas de sensibilización, sobre la importancia del control pre natal, así mismo realizar detección de gestantes a través de sus líderes de salud.
- 2.- Realizar seguimiento a la puérpera y continuar con las atenciones en servicio social y sobre todo en Psicología por el trastorno adaptativo que presenta, pudiendo agravar más el cuadro sobre todo por perturbación depresivo pos parto.
- 3.- Realizar seguimiento multidisciplinario al recién nacido al encontrarse en un hogar aparentemente inestable.
- 3.- Elaborar y aplicar protocolos de las complicaciones obstétricas, siendo socializados por el personal del servicio.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Novoa Zamudio M. Utilidad comparativa entre la determinación de hormona gonadotropina coriónica humana vaginal y la prueba de cristalografía para el diagnóstico de ruptura prematura de membranas en pacientes obstétricas del hospital general Dr. Nicolás San Juan Toluca México. (2013) (fecha de acceso 19 de julio de 2019) disponible en:

<http://ri.uaemex.mx/bitstream/handle/20.500.11799/13855/414805.pdf?sequence=1>

2. Abehsera Davó D. Amenaza de parto pretérmino y rotura prematura de membranas pretérmino. Impacto de la amniocentesis diagnóstica en la conducta obstétrica (fecha de acceso 19 de junio 2019) Hospital universitario La paz-Bolivia2011 disponible en:

https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/10306/52382_Abehsera_daniel.pdf?sequence=1

3. Padilla C, Rojas L. Prevalencia de la ruptura prematura de membranas y la vía de finalización del parto (en línea) Ecuador 2016 (fecha de acceso 19 de julio 2019) disponible en:

<http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/25347/1/TESIS.pdf>

4. Venegas M. Incidencia de Ruptura Prematura de Membranas en pacientes primigestas Hospital Verdi Cevallos Balda De Portoviejo (en línea) 2013 (fecha de acceso 19 de julio 2019) disponible en:

<http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/1815/1/tesis%20lista.pdf>
5. Marquina Reynaga G. Factores asociados a ruptura prematura de membrana con productos pretérmino en pacientes del Hospital Santa Rosa de enero a noviembre del 2017 (TESIS) Universidad Ricardo Palma Facultad de Medicina Humana. Lima Perú 2018.

<http://repositorio.urp.edu.pe/bitstream/handle/URP/1168/Tesis%20MARQUINA%20REYNAGA%20HECHO.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
6. Flores J. Factores de riesgo asociados a la ruptura prematura de membranas en embarazos pretérminos atendidos en el Instituto Nacional Materno Perinatal durante el periodo Enero-Diciembre, 2015 [Tesis] Lima: Universidad Nacional Mayor San Marcos. Facultad de Medicina; 2016
7. Quispe Maldonado C. Ruptura prematura de membranas y complicaciones maternas - perinatales en gestantes atendidas en el hospital Rezola (Tesis)- Cañete 2014

http://www.repositorioacademico.usmp.edu.pe/bitstream/usmp/2310/3/QUISP E_Carla.pdf
8. Quintana Bruno (8) Factores de riesgo maternos asociados a ruptura prematura de membranas en pacientes atendidas en el Hospital Regional de Loreto del año

2014 (tesis) Universidad Nacional de la Amazonia Peruana Facultad de Medicina “Rafael Donayre Rojas” Iquitos-Perú 2016.

9. Rivera R., Caba F., Smirnow M., Aguilera J., Larraín A. Fisiopatología de la rotura prematura de las membranas ovulares en embarazos de pretérmino. Rev chil obstet ginecol; [en línea] 2004 [fecha de acceso 5 de Julio 2019]; 69(3): 249-255 disponible en:

https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262004000300013

10. Meller CH, Carducci ME, Ceriani Cernadas JM, Otaño L. Ruptura prematura de membranas en nacimientos de pretérmino. Arch Argent Pediatr 2018;116(4):e575-e581

11. Prosego. Protocolos asistenciales en obstetricia. Rotura prematura de membranas (en línea) 2012 (fecha de acceso mayo 2019) disponible en:

<file:///E:/Users/amd/Downloads/S0304501312002920.pdf>.

12. Vallejo Barón J. Fisiopatología de la ruptura prematura de membranas y marcadores. Revista médica de Costa Rica y Centroamérica (607) 543 - 549, 2013 (fecha de acceso Junio 2019) disponible en:

<https://www.medigraphic.com/pdfs/revmedcoscen/rmc-2013/rmc133zb.pdf>

13. Ministerio de salud, Guías nacionales de atención integral de la salud sexual reproductiva. Dirección ejecutiva de atención integral de salud Lima 2016.

14. OMS, FNUAP, UNICEF, Banco Mundial, Manejo de las complicaciones del embarazo y del parto Guía para obstetrices y médicos. 2003.