



**UNIVERSIDAD JOSÉ CARLOS MARIÁTEGUI**  
**VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN**

**ESCUELA DE POSGRADO**  
**SEGUNDA ESPECIALIDAD EN OBSTETRICIA**

**TRABAJO ACADÉMICO**

**RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS EN GESTANTES**  
**PRETÉRMINO DE 35 SEMANAS EN EL HOSPITAL DE APOYO NIVEL**  
**II-1. LIMA 2017**

**PRESENTADO POR:**

**MONTAÑEZ MACHCO, CIRILA TEODOSIA**

**ASESOR**

**Mgr. PIERINA CÁCERES CAVALLO**

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

**MOQUEGUA – PERÚ**

**2017**

#### **IV. RESUMEN:**

La ruptura Prematura de Membranas Pretérmino, viene a ser una patología obstétrica que causa elevados índices de riesgo para casos de morbilidad fetal, pese que en la actualidad prevalece la indiferencia para una administración adecuada. (1)

La ruptura prematura de membranas pretérmino (RPMP) resulta de la persistencia o detrimento de la integridad de las membranas corioamnióticas usualmente se presenta desde aproximadamente las 20 semanas de gestación, pudiendo tener incidencia incluso antes del iniciar labor de parto.

Ruptura prematura de membranas prolongada; es cuando la ruptura tiene una duración que se extiende a mas de las 24 horas. El tiempo de latencia es un lapso que sucede entre el momento en que ocurre la ruptura de las membranas y el momento en que inicia la labor de parto

El Ministerio de Salud Pública del Ecuador en el 2015, nos refiere que las gestantes con ruptura prematura de membranas ocurren en un 10%, mientras que las rupturas de membranas pretérmino pueden suceder en el 3%, vinculando a los casos de prematuridad en un 30 – 40%. El peligro de muerte fetal viene siendo del 1-2% en la RPMP lejos de término y se relaciona con infecciones, además de comprometer el cordón umbilical. (2)

Esta patología obstétrica puede afectar a todas las pacientes gestantes además de que puede llegar a generar complicaciones, incrementando el riesgo de morbimortalidad materno perinatal, primordialmente se considera las siguientes usuales complicaciones: corioamnionitis, hemorragia intraventricular, sepsis

materna, infección posparto, membrana hialina, desprendimiento prematuro de placenta, sepsis neonatal, enterocolitis necrotizante, riesgo neurológico y compresión de cordón umbilical, etc. (2)

La severidad de estas complicaciones neonatales es relativa, principalmente después de la RPMP, y un factor de importancia que hace que varíe es la edad de la gestación. Los peligros de mayor importancia para el feto con RPMP es que se presenten estas complicaciones en su etapa prematura. La complicación más seria durante el embarazo antes del término es el síndrome de dificultad respiratoria (SDR). (2)

Entre de los agentes de peligro para RPM se tiene a las infecciones de transmisión sexual, nivel socioeconómico bajo, la contaminación del tracto urinario, índice bajo de masa corporal, tabaquismo, parto pretérmino previo, distensión uterina por polihidramnios o embarazo gemelar, conización cervical, cerclaje cervical, amniocentesis, deficiencias nutricionales, y la hemorragia vaginal durante aproximadamente el segundo trimestre del embarazo, incluso el tercer trimestre. (2)

Según el Ministerio de Salud de Ecuador refiere que la causa de esta patología es multifactorial y se modifica con la edad gestacional la cual se asocia mayormente con infecciones corioamnióticas, y cuando sucede en edad gestacional mayor esto se relaciona con incremento del contenido de colágeno, produciendo colágenasa, proteasa y mucinasas.(2)

Diagnóstico: La Ruptura Prematura de Membranas podemos documentarlo utilizando varios métodos:(2)

1. Observación del líquido amniótico por cuello uterino o por la acumulación del líquido en fondo del saco vaginal.
2. Por Ecografía.
3. Realizar prueba de Nitrazina.
4. Prueba del hehecho.
5. Búsqueda de la proteína alfa microglobulina-1 de la placenta (PAMG-1).

Evolución y pronóstico: aumenta representativamente la morbilidad materno neonatal

Para el manejo de esta patología dependerá principalmente de la edad gestacional.

(2)

En gestantes menos de 24 semanas el manejo expectante no es suficiente, es por ello que se recomienda la interrupción del embarazo, el pronóstico neonatal es desfavorable y el peligro para la madre se incrementa. En gestantes de 24 a 34 semanas 6 días, se recomienda un manejo expectante con antibiótico profiláctico y con maduración pulmonar al feto, con la finalidad de alcanzar un buen pronóstico y contribuir a reducir la morbi-mortalidad materna.

Se sugiere terminación del embarazo en gestantes más de 35 semanas. Si ocurriese que la integridad del feto se ve comprometido, muerte fetal, o suceda desprendimiento normoplacentario y con 35 semanas de gestación, terminar de inmediato la gestación. **Palabra clave:** Ruptura prematura de membranas, parto pretérmino y líquido amniótico.

## ÍNDICE

PÁGINA DE JURADO.....	I
DEDICATORIA.....	II
AGRADECIMIENTO.....	III
RESUMEN.....	IV

## CAPÍTULO I

1.1 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA.....	1
1.2 JUSTIFICACIÓN.....	2
1.3 MARCO TEÓRICO:	
1.3.1 ANTECEDENTES.....	3
1.3.2 BASES TEÓRICAS	
A. DEFINICIÓN.....	12
B. INCIDENCIA.....	14
C. ETIOLOGÍA.....	15
D. FISIOPATOLOGÍA.....	20
E. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL.....	21
F. FACTORES DE RIESGO.....	21

G.	CLASIFICACIÓN.....	23
H.	DIAGNÓSTICO.....	24
I.	COMPLICACIONES.....	25
J.	TRATAMIENTO.....	27

## **CAPÍTULO II**

### 2.1 CASO CLÍNICO

INTRODUCCIÓN.....	32
OBJETIVO GENERAL.....	34

## **CAPÍTULO III**

3.1 CONCLUSIONES.....	65
3.2 RECOMENDACIONES.....	65
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	67

## **CAPÍTULO I**

### **1.1 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA:**

Tellez y otros autores refieren a la Ruptura Prematura de Membranas como una patología obstétrica que causa un alto peligro de morbilidad fetal. A pesar de ello predomina la inseguridad de un manejo adecuado. (1)

El parto prematuro ocasiona problemas para el sistema asistencial por los recursos económicos que causa la atención y por el vínculo que se tiene con la mortalidad neonatal.

La incidencia no ha cambiado del parto prematuro, ocurre en un 5 a 10% de todos los nacimientos. A pesar del tratamiento tocolítico y la investigación en su etiología.(3)

El parto pretérmino es y sigue siendo uno de los grandes dilemas de morbilidad y mortalidad neonatal.

Está considerada como una emergencia obstétrica la ruptura prematura de membranas independientemente de la edad gestacional en la que se encuentre.

La ruptura prematura de membranas es probablemente una de las patologías más asociadas a casos de parto pretérmino y complicaciones neonatales, principalmente cuando hay dificultades de carácter infeccioso que suelen desencadenar septicemia neonatal y corioamnionitis .

## **1.2 JUSTIFICACIÓN:**

La rotura prematura de membranas es una de las complicaciones más continuas y uno de los problemas obstétricos que causa discusión para su manejo; afectando perjudicialmente la gestación.

Teniendo gran cantidad de información literaria sigue existiendo el debate y la diferencia de opiniones para el manejo de esta enfermedad.

En vista de existir gestantes con Ruptura Prematura de Membranas, hay una elevada cantidad de pacientes que acuden a los distintos centros hospitalarios, siendo uno de los circunstancias que predispone al parto pretérmino ocasionando posteriormente complicaciones maternas y neonatales, por tal motivo se realiza este trabajo académico de Ruptura Prematura de Membranas en pacientes Gestantes Pretérmino de 35 semanas en el Hospital de Apoyo II-1- Lima - 2017.

### **1.3 MARCO TEÓRICO:**

#### **ANTECEDENTES:**

##### **A. INTERNACIONALES:**

**Arias D, Mogrovejo M, Iñiguez J (2015). "Determinación de BHCg E en fluido vaginal como método diagnóstico de ruptura prematura con Amnisure y Cristalografía en el Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora en el año 2014"**

Arias en el 2015 nos refiere que la ruptura prematura de membranas ocurre aproximadamente en un 80% de gestantes, con una prevalencia del 3 al 4% en embarazos pretérmino, y asociado con el 30% de los nacimientos prematuros. La RPM conlleva una elevada morbimortalidad. La infección intraamniótica se relaciona con la morbilidad materna (13% - 60%) infecciones postparto (2%-13%) y la morbilidad fetal en etapa prematura. Objetivo: Determinar de manera específica la aparición de la hormona gonadotropina coriónica humana durante el proceso de lavado cérvicovaginal como método diagnóstico de RPM frente a cristalografía y amnisure. Metodología: observacional analítico de prueba diagnóstica, efectuado con 102 madres de forma voluntarias, durante las 20 a 42 semanas de gestación, que acudieron al HGOIA refiriendo eliminación de líquido transvaginal. Se recolectaron muestras de fluido vaginal mediante examen especular, se determinó, en forma cualitativa  $\beta$ hCG y se comparó con la prueba comúnmente utilizada, la cristalografía, y con otra prueba no invasiva, el amnisure. Resultado: El amnisure (determinación de alfa microglobulina 1-placentaria o PAMG-1) y la cristalografía demostraron ser las pruebas

diagnósticas no invasivas más útiles para el diagnóstico de RPM con una sensibilidad de 93.3% y especificidad de 85.7% para el amnisure; y 86.7% de sensibilidad y 90.5% de especificidad para la cristalografía. Si bien el lavado cervicovaginal de  $\beta$ hCG por sí solo no puede ser considerado una prueba adecuada para el diagnóstico, sensibilidad 53.3%, especificidad 81%, ésta puede ser tomada en cuenta por su rapidez, fácil realización y bajo costo. Conclusión: Así, las pruebas no invasivas con mayor sensibilidad y especificidad para diagnóstico de RPM serían el amnisure seguido por la cristalografía. La determinación cualitativa de  $\beta$ hCG en lavado cervicovaginal, probablemente no constituya una buena opción, sin embargo aún queda su determinación cuantitativa que parecería ofrecer mejores resultados. (4)

**Gutiérrez C. (2014). “Factores Socio-Demográficos Asociados a Ruptura Prematura de Membranas”**

En un estudio realizado por Gutierrez 2014, manifiesta que la ruptura prematura de membranas (RPM) es un evento obstétrico donde ocurre solución de continuidad de las membranas corioamnióticas y además se presenta pérdida de líquido amniótico antes de iniciarse la labor de parto. Su origen es incierto, según señalan algunos autores como la primera causa a la infección siendo predisponentes la edad, la edad gestacional, multiparidad, procedencia, escolaridad, estado civil, control prenatal de inicio tardío. Objetivo: Identificar las causas o circunstancias socio-demográficos los cuales están asociados a la ruptura prematura de membranas. Metodología: Diseño transversal, prospectivo y

descriptivo; que se realizó en embarazadas de la UMF 61, entre los 18 y 35 años de edad con diagnóstico de RPM, de Julio a Diciembre del 2014, con eliminación de pacientes con discapacidad mental, enfermedades inmunosupresoras y discrasia sanguínea. Se estudiaron las variables edad, semana de gestación de la RPM, número de embarazos, hemoglobina, kilos en el embarazo, entre otras, se analizó con medidas de tendencia central y proporciones mediante el paquete estadístico SPSS 22.0. Resultados: Se identificaron 226 pacientes con RPM, edad promedio de  $27 \pm 5$  años; el 46.9% (106) se hallaban casadas, cursaban bachillerato 40.3% (91), eran empleados 48.7% (110); el número de horas que labora la paciente de pie fue de 5 hrs., el 33.6% (76); de siete hrs., 21.2% (48), el aumento en kg en el embarazo mayor a 9 fueron 45.2% (102). Con hemoglobina menor a 11 fueron 19.9% (45), y con dos gestas el 48.7% (110). La semana de gestación en que se presentó la ruptura prematura de membranas fue la semana 37 con 45.1% (102), dentro del número con dos pareja sexuales 46% (104). Conclusión: En nuestro grupo de pacientes con RPM presentaron clase social baja, falta de control prenatal, segundigestas, presencia de anemia e hipertensión arterial. (5)

**Cuenca E (2013). “Prevalencia y factores asociados a ruptura prematura de membranas en gestantes del Hospital Vicente Corral Moscoso, Cuenca-Ecuador, noviembre 2011-noviembre 2012”**

Según Cuenca, determinar la prevalencia de ruptura prematura de membranas y causas asociadas en las madres gestantes con el método de estudio transversal de prevalencia, acudieron 657 embarazadas al Hospital Vicente Corral Moscoso. - Hipótesis: Esta patología es más usual cuando se asocia a infección de las vías

urinarias, parto pretérmino, bacteriuria, referencia clínica de ruptura prematura de membranas, inapropiado control prenatal. Se determino que la prevalencia de la ruptura de membranas corresponde al 15,7%. Demostrando que se encuentra asociado con valores estadísticos de significancia con los siguientes antecedentes de RPM con una RP 6.59 IC 95% (1.96-7.52) p 0.000, para Infección del tracto urinario RP 4.08 IC 95% (2.88-5.48) p 0.000, peligro de parto prematuro RP 3.25 IC 95% (1.20-5.38) p 0.020, bacteriuria previo a las 20 semanas RP 2.25 IC 95% (1.45-3.32) p 0.001, bacteriuria pasadas las 20 semanas RP 2.14 IC 95% (1.36-3.20) p 0.002. – se concluye que la ruptura prematura de membranas está asociada con infecciones planteadas, registros de inminencia de parto pretérmino y de ruptura prematura de membranas previa. (6)

**Ortega M (2012).“Cumplimiento del Protocolo de Manejo de la Ruptura Prematura de Membranas en mujeres ingresadas en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Provincial Isidro Ayora de la ciudad de Loja y factores de riesgo materno asociados.”**

Ortega establece tener conocimiento de la existencia del cumplimiento del protocolo establecido por el Ministerio de Salud Pública que están relacionados con la Ruptura Prematura de Membranas para el manejo en las madres que fueron ingresadas al servicio de gineco-obstetricia del Hospital Regional Isidro Ayora de la ciudad de Loja entre el 1 de marzo y el 1 de setiembre del 2011 también de suma importancia es tener conocimiento acerca de los factores de riesgo que originan la RPM en gestantes. Para ello se ejecutó un estudio descriptivo

prospectivo, de la ruptura prematura de membranas. Mediante el proceso de revisión de las respectivas historias clínicas y preguntando a las pacientes que tenían esta patología, se procedió a comparar el tipo de tratamiento y el manejo a efectuar para estos casos, y determinar cómo se encuentra relacionado con el protocolo planteado por el Ministerio de Salud. También se realizaron preguntas a los mismos pacientes sobre su estilo de vida, de esta manera se buscaba conocer los factores que causan esta importante patología. A todas las pacientes diagnosticadas con ruptura prematura de membranas fueron consideradas como parte de la unidad experimental, ello a lo largo del periodo entre el 1 de marzo al 1 de setiembre del 2011, analizando datos como edad gestacional, antecedentes previos, sintomatología, manejo que se les dio a sus casos al llegar al hospital, de este modo se quiso obtener conocimiento sobre los factores de riesgo responsables de propiciar y originar esta patología y su manejo respectivo, al este último se le relaciona con el protocolo de manejo del MSP. Conclusiones: para el 84% de pacientes que presentaron ruptura prematura de membranas se efectuó el protocolo completo del MSP para el respectivo manejo de esta patología, quedando un 16% de casos con diagnósticos similares en los cuales los procedimientos del manejo respectivo fueron incompletos en relación al protocolo. De toda la unidad experimental el 100% de las pacientes tenían infección del tracto urinario, además de recibir un diagnóstico con ruptura prematura de membranas, sin embargo de todas ellas el 15% describió síntomas, pero el 85% que resta no mostró síntomas, no obstante el examen elemental de orina y el examen microscópico arrojó resultados que muestran infección de vías urinarias en el 100% de los casos; dentro de los cuales el 89% de gestantes con

RPM presentaron vaginitis, el 80% tuvo relaciones sexuales al menos 7 días antes de presentar ruptura prematura de membranas, se concluyo que estos son los factores de riesgo de mayor importancia que originan esta patología. El 87% presentaron partos pretérmino, con este dato se concluye que la ruptura prematura de membranas, origina un elevado porcentaje de partos prematuros. (7)

### **B: NACIONALES:**

**Uriarte A (2013). “Complicaciones maternas asociados a ruptura prematura de membranas en gestantes de 28 a 34 semanas.”**

Según Uriarte del 2013 refiere tener conocimiento de complicaciones en pacientes gestantes que se asocian a rotura prematura de membranas (RPM), en mujeres con 28 a 34 semanas de gestación .el método aplicado en el estudio fue descriptivo, retrospectivo y transversal. Constituyeron la muestra 81 pacientes ingresadas en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales, en el periodo comprendido entre enero 2010 a diciembre 2011, estos casos cumplían con los criterios de inclusión. Resultados: En el 55.6% de los casos de rotura prematura de membranas se identifico como factor de riesgo recurrente a la vaginosis bacteriana. El 51.9% de pacientes tuvieron parto por cesárea. En el 61.7% de los casos se indico concluir la gestación mediante el parto pretérmino. En el 91.4% se usó nifedipino, en el 97.5% betametasona. En cuanto a antibióticos en el 40.7% se usó cefalosporina de primera generación. Para el 24.7% de pacientes hubo incidencia frecuente de corioamnionitis. Se concluyó que las complicaciones de mayor incidencia que se relacionan a la RPM en pacientes de 28 a 34 semanas de edad gestacional son la infección urinaria, corioamnionitis, y endometritis. Para el manejo antibiótico se

utilizo los siguientes esquemas: cefalosporinas de primera generación (40.7%), para el (25.9%) cefalosporina de primera generación + eritromicina. Se usaron frecuentemente como corticoide y como tocolítico la betametasona y el nifedipino respectivamente. Se procedió con cesárea para la mayoría de partos. (8)

**Miranda A (2011).“Resultados maternos y perinatales del manejo conservador de la rotura prematura de membranas en gestantes de 24 a 33 semanas”**

Los partos prematuros son la causa principal de morbimortalidad neonatal. Objetivo: Determinar los resultados de la aplicación de un manejo conservador de la ruptura prematura de membranas pretérmino en embarazos de 24 a 33 semanas, entre 2010-2011, tanto a nivel materno como perinatal, en pacientes del Instituto Nacional Materno Perinatal (INMP). Con un método no experimental, observacional, retrospectivo, transversal, descriptivo. Se constituyo la población con pacientes de embarazo pretérmino y ruptura prematura de membranas. Se recogió antecedentes clínicos. Encontrando que 142 pacientes que concluyeron el parto por cesárea (71,8%), de aproximadamente  $26,36 \pm 7,418$  años. Las que tuvieron mayor incidencia fueron las nulíparas (45,8%). La edad gestacional media fue  $29,06 \pm 2,590$  semanas; control prenatal,  $2,35 \pm 2,101$ ; promedio del período de latencia fue,  $10,68 \pm 12,305$  días. Se obtuvo que los resultados maternos para 34,5% (49 casos), el más frecuente con (23,9%) fue coriamnionitis. Entre los resultados perinatales en 32,4% (46 casos), el más frecuente fue el síndrome de dificultad respiratoria (21,8%). El media del peso del nacido fue de

1653,14g  $\pm$  460,219g La mayor parte de neonatos pretérminos tuvieron buen Apgar al nacer. Para el internamiento de la paciente se halló un promedio de 15,30 días  $\pm$  12,912. Se concluye que el síndrome de dificultad respiratoria y la coriamnionitis han sido los resultados perinatales y maternos con mayor frecuencia.(9)

**Castro E (2010). “Resultados materno-perinatales de la rotura prematura de membranas pretérmino en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión del Callao en el periodo, 2006 – 2008”**

En un estudio realizado por Castro en el 2010 sobre la rotura prematura de membranas pretérmino (RPMPT) se le determinó como la rotura de las membranas que se da lugar antes de 37 semanas del embarazo. Siendo su Objetivo General: Determinar los resultados materno-perinatales de la Rotura Prematura de Membranas Pretérmino en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión del Callao entre el 2006-2008. Se ha empleado un método descriptivo, retrospectivo transversal. Concluyendo en los siguientes resultados, las pacientes gestantes entre 21 y 25 años representan un 39.30%, luego con 38% en pacientes entre 17 y 20 años, los casos más frecuentes son de las mujeres segundigesta, seguidos de las primigestas. El 87.3% de gestantes con RPM tuvieron de 1-4 CPN. Se observó que el examen físico en recién nacidos está mayormente dado entre las 31-34 semanas. Correlacionando los parámetros del tiempo de latencia de RPM en preterminos y resultados perinatales, se puede observar que a periodos menores a 1 semana, la tasa de morbilidad perinatal no es muy alta. Por lo tanto no existe diferencia de significancia estadística relacionada a Trastornos metabólicos, Membrana Hialina, NEC, Malformación fetal, Uso de Oxígeno, e

Intubación Endotraqueal, Sepsis, SALAM. El 29.3% de embarazos acabaron en cesárea mientras que un 70.7% en parto vaginal. En mayor porcentaje la terminación del embarazo ocurre al primer día, y a la primera semana, la diferencia estadística entre la vía de culminación y tiempo de latencia de RPM no tuvo mayor significancia. A las 31-34 semanas el examen físico represento su porcentaje más alto con (52.6%); el 80% con RPM mostró líquido claro, 18% líquido verde, y un 2% líquido verde espeso.(3)

**Mestanza J (2009). “Creatinina en fluido vaginal como método diagnóstico de ruptura prematura de membranas en el Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé": agosto 2008-enero 2009.”**

Según Mestanza evalúa la ventaja que puede representar hallar concentración de creatinina en el fluido vaginal al momento de realizar un diagnóstico de ruptura prematura de membranas en embarazadas con 24 semanas de gestación o más. En 104 gestantes de 24 o más semanas de embarazo se procedió a determinar la concentración de creatinina en el fluido vaginal, a las pacientes se les dividió en 2 grupos: el grupo A con ruptura prematura de membranas (44 pacientes) y el grupo B sin ella (60 pacientes). Resultó que en el grupo A, el promedio de concentración de creatinina fue de  $1.33 \pm 0.65$  mg/dl, con extremos de 0.19 y 2.04. Mientras que en el grupo B no se encontraron evidencias de presencia de creatinina en fluido vaginal. La sensibilidad y especificidad fue del 100%. Concluimos en que las concentraciones de creatinina en fluido vaginal con valores mayores o iguales a 0.19 mg/dl, comprenden un marcador de confianza en su aplicación como método de diagnóstico para ruptura prematura de membranas. (10)

## **BASES TEÓRICAS:**

### **DEFINICIÓN:**

Según el Ministerio de Salud del 2007 define a la Ruptura Prematura de Membranas como a la pérdida del líquido amniótico transvaginal después de las 22 semanas de embarazo y previo del inicio del trabajo de parto. (11)

Si la ruptura prematura de membranas sucede previo a las 37 semanas de embarazo se denomina ruptura prematura pretérmino de membranas ovulares (RPPM). (12)

La rotura prematura de membrana es una patología que se manifiesta con evidentes parámetros clínicos, tiene alta frecuencia de ocurrencia en mujeres gestantes, y repercute tanto en la madre como en el feto. (13)

Vallejo nos refiere que la Ruptura Prematura de Membranas (RPM) viene a ser la pérdida del producto de la gestación antes que empiece la labor de parto a cualquier edad gestacional. (14)

Tenemos dos categorías principales en general: (15)

1. Ruptura de membranas a término: se da pasadas las 37 semanas de embarazo.
2. Ruptura de membranas pretérmino: ocurre previo a las 37 semanas de embarazo, esta categoría se subdivide en:
  - Previa (≤23 semanas),
  - Remota del término (entre 24 y 32 semanas) y

- Cercana al término (entre 33 y 36 semanas)

Según León – Gonzales refiere que la Ruptura Prematura de Membranas pretérmino. Es la que se da lugar previo a 37 semanas de gestación.(16)

- Ruptura precoz de membranas. Es espontánea conjuntamente con el inicio de actividad uterina en la hora contigua.
- Ruptura extensa de membranas. Se prolonga dentro de las 24 horas o más previo a iniciar la labor de parto.
- Periodo de latencia. Actualmente se necesita un periodo de latencia que sea mínimamente de una hora, para el cumplimiento de la definición de RPM.
- Periodo de intervalo. Es el lapso de tiempo que transcurre entre la ruptura de membranas y el parto.
- Falsa ruptura de membranas, quiste corioamniótico o ruptura de doble saco ovular. Se da cuando se acumula el líquido amniótico en el espacio virtual corioamniótico suele filtrarse secreciones a través del amnios o por ruptura y cierre posterior. El líquido amniótico sale al exterior por la ruptura del corion, mientras que el amnios permanece íntegro, simulando ruptura prematura de membranas.



La rotura prematura de membranas se define como la rotura espontánea de las membranas o bolsa que rodea al bebé

Fuente: (17)

### **INCIDENCIA:**

La Ruptura Prematura de Membranas es muy variante siendo entre 2.1 y 22% del total de las gestaciones; mostrándose números de 14 – 17% .La desigualdad es producto de los factores de peligro tanto materno como fetales.

En nuestro medio se están reportando incidencias de 15% a 22%, pero en los países desarrollados refieren una incidencia de 4% a 8% (16)

La Ruptura Prematura de Membranas complica en el 1% a 4% de todas las embarazadas, relacionándolos con los recién nacidos de pretérmino en un 30%. (16)

La frecuencia es de 16% a 21% en gestaciones a término y 15% a 45% en gestaciones de pretérmino. (11) (18)

## **ETIOLOGÍA:(16)**

Según León – Gonzales, nos refiere que el origen de la Ruptura Prematura de Membranas es ocasionada por múltiples factores de riesgo y que esto se altera con la edad gestacional.

1. La madre con infección, establece el factor Causal principal para la patología de la Ruptura Prematura de Membranas.

1.1. Infección del tracto urinario.

1.2. Infección de las vías urinarias nivel bajo (vulvovaginitis) Se confirma en un porcentaje muy significativo la presencia de gérmenes al realizar el estudio del líquido amniótico en gestantes con RPM y/o en labor de parto prematuro. Los microorganismos encontrados son:

- Neisseria gonorrhoeae.
- Escherichia coli.
- Streptococos del grupo B.
- Estafilococo dorado.
- Bacteroides sp.
- Trichomona vaginalis.
- Chlamydia trachomatis
- Gardnerella vaginalis.
- Mycoplasma hominis.
- Ureaplasma urealyticum.
- Bacterias aerobias y anaerobias.
- Levaduras.

1.3. Infecciones de transmisión sexual.

1.4. Corioamnionitis.

1.5. PH vaginal

Es muy común que ocurra Ruptura Prematura de Membranas en las mujeres con presencia de vaginosis bacteriana, y que teniendo un PH más de 4.5 el riesgo se incrementa a RPM. Los microorganismos, específicamente los anaerobios son los que alteran el PH de la vagina, eliminándolo a los lactobacilos.

Por estimulación del metabolismo del ácido araquidónico produce el parto pre-término por la colonización de gérmenes que hay en la vagina generando incremento de las prostaglandinas E2.

## 2. Incompetencia cervical(11)

Las membranas expuestas a bacterias de la vagina aumentan el peligro de la infección en las gestantes durante la dilatación cervical y, como consecuencia, la probabilidad de Ruptura Prematura de las Membranas. En gestantes a quienes se realizó cerclaje tardíamente se ha encontrado un aumento muy notorio de corioamnionitis, presentándose un 52% de ruptura Prematura de Membranas, la manipulación en el cuello uterino y el material utilizado incrementa este riesgo, teniéndolo como cuerpo extraño también aumentan las prostaglandinas.

## 3. Procedimientos prenatales especiales(11)

- Amniocentesis.

- Biopsia de vellosidades coriónicas.

## 4. Inspecciones del cuello uterino (11)

Incrementan el peligro por el estímulo de la síntesis de prostaglandinas y ocasionar que las membranas ovulares sufran una contaminación por bacterias.

## 5. Deficiencias nutricionales (11)

Se encontraron defectos maternos en vitaminas y oligoelementos los cuales se relacionan con la RPM. Son importantes el cobre y la vitamina C para la maduración normal del colágeno y el metabolismo.

Con respecto al ácido ascórbico se considera concentración baja a los 0.2 mg/dl; intermedia del 0.2 a 0.59 mg/dl; y adecuada a 0.6 mg/dl, esta última puede ser mayor o igual a este valor. La RPM se presentó en 15% de casos con concentración menor a 0.2 mg/dl y 1.5% en casos con una concentración mayor a 0.6 mg/dl.

La densidad del zinc tiene un rol de importancia dentro de los procesos antimicrobianos y antivirales propios del líquido amniótico. El desperfecto del zinc como mecanismo de patogenia de Ruptura Prematura de Membranas se da por los siguientes motivos:

- La fabricación de proteínas esenciales insuficiente.
- Hay estímulo de deterioro de la célula.
- Alteración de las células.
- Contracciones uterinas patológicas.
- La variación de las prostaglandinas.
- Hay superior sensibilidad a las infecciones vaginales.

El cobre es un elemento primordial de los procesos enzimáticos, en concentraciones bajas puede hacer que altere la maduración del colágeno y disminuir la prolactina.

#### 6. Tabaquismo(11)

Según el Ministerio de salud del 2007 nos refiere que el tabaquismo disminuye el ácido ascórbico, afectando el estado nutricional en general. También Altera el sistema inmunitario de la madre, produciendo una respuesta menor a infecciones causadas por virus y bacterias. El tabaquismo lo tenemos como segundo lugar, este disminuye la amplitud del sistema inmunológico activando a los inhibidores de las proteasas, esto significa que las membranas se tornen más vulnerables a infecciones.

#### 7. Coito (11)

En ruptura Prematura de Membranas se ha observado 11 veces en casos de coito reciente asociándose con corioamniomnitis. Las membranas ovulares pueden ponerse en peligro al imponerse las enzimas seminales permitiendo el traslado de bacterias a través de los espermatozoides a la cavidad intrauterina.

#### 8. Sus concentraciones de prolactina (11)

Se apreció concentración mayor de prolactina en las membranas coriónicas de mujeres gestantes con Ruptura Prematura de Membranas. Siendo esta hormona la que participa en la normalidad del medio fetal, regulando la osmolaridad, el volumen y la concentración de los electrolitos en el líquido amniótico. Es así que la prolactina puede tener participación dentro de las permutaciones de las

propiedades de las membranas ovulares, ello a través del efecto de las concentraciones de electrolitos y agua en las membranas.

## 9. Otras (11)

9.1. Cuando existe referencias pasadas de Ruptura de Membranas y/o parto de pretérmino.

9.2. Cuando haya existido técnicas quirúrgicas (cerclaje).

9.3. Desordenes patológicos de la placenta (DPP) Desprendimiento de la placenta, desprendimiento o inserción marginal del cordón, placenta previa.

9.4. Grupo de enfermedades que son hereditarias del tejido conectivo el Síndrome de Ehlers - Danlos, con demostraciones que incluyen, fragilidad hiperextensibilidad del tejido de la piel, debilidad articular y Ruptura Prematura de Membranas. Se pueden heredar diversos tipos de síntomas con una incidencia del 83% al cromosoma X, autónoma dominante o recesiva.

9.5. Gestantes con embarazos de gemelos.

9.6. Polihidramnios por distensión uterinaincrementada.

9.7. Otros factores como las malformaciones fetales, traumatismos de la madre gestante y las malas presentaciones fetales.

9.8. Muchos factores fisiopatológicos van a conllevar a que se pierda la resistencia de las membranas del corion y amnios.

-Por un aumento de la actividad proteolítica, hay disminución de colágeno por la deficiencia de la síntesis del mismo.

-Así como la reducción de la flexibilidad de las membranas y la fuerza tensil.

-La debilidad de las membranas ovulares.

-Procesos inflamatorios que van a producir cambios degenerativos.

Todos estos causantes están acompañados por una complicación obstétrica, ambientales que conllevan a la ruptura prematura de membranas. El binomio madre y feto son afectados por estos factores modificando el equilibrio así como el daño de las membranas.

### **FISIOPATOLOGÍA:(14)**

La ruptura de las membranas fetales durante la labor de parto, es asignada a la fragilidad general que se debe al estímulo de las contracciones y estiramiento uterino repetido. Una zona próxima a la ruptura se le describe como “zona de morfología alterada”, la que se origina por efectos de la labor de parto y se observa antes de la ruptura de la membrana.

### **DEGRADACIÓN DE LA MATRIZ EXTRACELULAR**

La membrana amniótica se compone de una sustancia de colágeno que tiene la propiedad de flexibilidad y fuerza tensil. Las colágenas son enzimas líticas que tienen incrementadas concentraciones en la placenta de la gestante a término; a medida que se desarrolla la labor de parto a término, incrementa su actividad, y el mecanismo que manifiesta insuficiencia de equidad entre los factores de síntesis de la matriz extracelular y degradación. Existen otras enzimas que colaboran al proceso de cambios estructurales del colágeno como son la gelatinasa, elastasa de neutrófilos, cisteinaproteinasas, metaloproteasas y proteoglucanasa. Sistemas

enzimáticos proteolíticos, finamente regulados, metaloproteinasas de la matriz y cascada de activación del plasminógeno. Una familia representativa de enzimas dependientes de zinc son las MMP, con la capacidad de producir la degradación de los mecanismos extracelulares de la matriz, incluido el colágeno. Las membranas fetales se mantienen íntegras sin cambios a lo largo del embarazo, ello se debe a una disminución en las concentraciones de MMP y por el contrario las concentraciones de TIMP (inhibidores tisulares de las metaloproteinasas) son altas. Se halla un incremento concentrado de MMP y baja de TIMP durante la labor de parto.

#### **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:(19)**

- Secreción vaginal (leucorrea).
- Incontinencia urinaria.
- Expulsión del tapón mucoso.
- Quiste vaginal roto.
- Hidrorrea deciduo.
- Bolsas amnióticas rotas.

#### **FACTORES DE RIESGO:(15)**

Estudios en clínica y epidemiología han reconocido una cadena de factores que aumentan el riesgo de RPM. Estos incluyen:

Infección o infecciones en aparato reproductor de la paciente (gonorrea, vaginitis bacteriana, clamidia, tricomonas, y corioamnioitis oculta); factores de conducta (abuso de sustancias, tabaquismo, nutrición y relaciones sexuales);

complicaciones de carácter obstétrico (polihidramnios, embarazo gemelar, incapacidad ístmico cervical, sangrado vaginal y traumatismos en la gestación) factores de variación ambiental (presión barométrica).

Las conclusiones de los estudios histológicos, epidemiológicos, microbiológicos, biología molecular, clínicos; muestran que las infecciones focales y la inflamación están inmersos directa e indirectamente propiciando que se genere la Ruptura Prematura de Membranas.

La infección constituye la causa como resultado de la ruptura prematura de membranas. Algunos microorganismos debilitan al corion y amnios ocasionando Ruptura de Membranas y una infección ascendente, propiciando una infección fetal, corioamniotitis o deciduitis . Al analizar el líquido amniótico se confirma la presencia de un buen porcentaje de microorganismos en gestantes en labor de parto pretérmino y/o con RPM, entre ellos se ha podido encontrar: (Streptococcus grupo B, Escherichia Coli, Ureoplasma urealyticum, Chlamydia trachomatis, Micoplasma hominis, Gardnerella vaginalis, y Neisseria gonorrhoeae).

Existen diversos factores que cumplen el papel de elevar el riesgo de padecer una Ruptura Prematura de Membranas, teniendo como resultado en gran parte de los casos una infección ascendente, siendo la causa de RPM desconocida.

## **CLASIFICACIÓN: (11)**

Tenemos dos categorías principales en general: (15)

1. Ruptura de membranas a término: se da pasadas las 37 semanas de embarazo.

2. Ruptura de membranas pretérmino: sucede previo a las 37 semanas de embarazo, esta categoría se subdivide en:

- Previa (≤23 semanas),
- Remota del término (entre 24 y 32 semanas) y
- Cercana al término (entre 33 y 36 semanas)
  - Ruptura precoz de membranas. Es espontánea conjuntamente con el inicio de actividad uterina en la hora contigua.
  - Ruptura extensa de membranas. Se prolonga dentro de las 24 horas o más previo a iniciar la labor de parto.
  - Periodo de latencia. Actualmente se necesita un periodo de latencia que sea mínimamente de una hora, para el cumplimiento de la definición de RPM.
  - Periodo de intervalo. Es el lapso de tiempo que transcurre entre la ruptura de membranas y el parto.
  - Falsa ruptura de membranas, quiste corioamniótico o ruptura de doble saco ovular. Se da cuando se acumula el líquido amniótico en el espacio virtual corioamniótico suele filtrarse secreciones a través del amnios o por ruptura y cierre posterior. El líquido amniótico sale al exterior por la ruptura del

corion, mientras que el amnios permanece íntegro, simulando ruptura prematura de membranas. (16)

### **DIAGNOSTICO:(19)**

La ruptura de membranas puede diagnosticarse empleando varios métodos diagnósticos.

**La clínica u observación** salida del líquido amniótico a través del cuello uterino o permaneciendo en el fondo de saco vaginal, juntamos a la historia clínica de la gestante de pérdida de líquido por la vagina confirmando el diagnóstico de ruptura de membranas en un 90%.

**Ecografía** en caso de que no se observe la salida de líquido amniótico transcervical. Por lo cual se intuye que hay ocurrencia de ruptura de membranas esta probabilidad incrementa cuando aparecen oligoamnios, no obstante es muy necesario e importante corroborar la ruptura de membranas. Hay casos en los que se procede a examinar mediante una ecografía y encontrar que el líquido amniótico no ha sufrido pérdidas, sin embargo toparse con la ruptura de membranas ovulares. Es recomendable hacer una inspección ecográfica para casos en los que se sospecha de la presencia del líquido amniótico en el fondo de saco vaginal por lo cual no se puede ver la salida transcervical, ello ayuda a incrementar la posibilidad de tener un diagnostico más certero.

**Prueba con Nitrazina**, hacer una revisión y cuantificar la variación del pH normal de la vagina (4.5 - 6.0), la prueba se realiza tomando el papel amarillo respectivo colocarle el líquido del que se sospecha y si se torna de color azul/púrpura (pH 7.1-7.3), estaríamos confirmando la presencia de líquido amniótico.

**Prueba de arborización en Helecho**, en el fondo del saco vaginal se coloca el líquido existente en la vagina, pero al microscopio podemos observar una formación muy similar a los helechos. Pudiendo tratarse de un falso positivo en caso de que incluya el moco del cérvix.

**Amniocentesis con Índigo Carmín**, esta es otra prueba de verificación de ruptura de membranas, en la que se inyecta solución salina a la cavidad uterina, y al pasar por la vagina se aprecia un color azul.

**Fibronectina Fetal**, No es recomendado como parte de las pruebas para el diagnóstico de ruptura prematura de membranas, ya que incide en falsos positivos.

### **COMPLICACIONES: RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS LEJOS DEL TÉRMINO, 24 A 34 SEMANAS(19)**

La mayoría de las gestantes con ruptura de Membranas e independiente dela utilización dada, a las 24 a 34 semanas del embarazo con una ruptura prematura de membranas es recomendable culminar la gestación dentro de la primera semana.

Conlleva a riesgos maternos y riesgos fetales la Ruptura Prematura de las Membranas.

#### **Riesgos Maternos:**

La Infección intraamniótica, se incrementa en un 13 y 60% con los exámenes vaginales realizados muy frecuentes.

En un 4 a 12% puede presentarse Desprendimiento prematuro de placenta.

También puede darse en un 2% a 13% la infección después del parto.

### **Riesgos Fetales:**

Los recién nacidos prematuros tienen mayor peligro para afrontar numerosas complicaciones, teniendo la probabilidad de desarrollar enterocolitis necrotizante, síndrome de membrana hialina (complicaciones respiratorias), sepsis, sangrado o hemorragia intraventricular, compresión y/o prolapso del cordón umbilical y muerte neonatal.



*Prolapso de cordón umbilical*

Oligohidramnios. La cantidad del líquido amniótico después de una Ruptura Prematura de Membranas empleando el índice de líquido amniótico, con valores menores a 5 cm ha participado con duraciones cortas de latencia y acompañado de

ciertos peligros neonatales, que no incluyen riesgos de infección neonatal o peligros maternos.

La determinación para la culminación de la gestación va a depender estrictamente de 3 condicionantes:

Edad gestacional, condición del feto y la decisión que vaya a tener el nosocomio donde ocurra el parto. Dando un manejo conservador con antibióticos y corticoides a la gestante de 24 a 34 semanas parece tener mayor beneficio para el feto. Sin embargo cuando la paciente se encuentra entre las 31 y 34 semanas y muestra signos de corioamnionitis, existe cierta controversia de opiniones al respecto. Ciertos autores indican que se debe proceder con la culminación del embarazo pero otros autores sugieren que procedan a evaluar probabilidades de efectuar un manejo conservador y expectante. Esta última opción probablemente es la que mejor se adecua a estas edades gestacionales y seguirla hasta se dé inicio a la labor de parto.

#### **TRATAMIENTO:(18)**

a. **Gestantes con Rotura prematura de membranas de 34 sem , con presencia o sin presencia de corioamnionitis:**

- Se le debe hospitalizar, estar en reposo en decúbito lateral izquierdo.

Hidratación

- Pasado las 6 horas de Ruptura Prematura de Membranas se debe iniciar con antibióticos profilácticos como:

La ampicilina o Cefalosporina 1°G (1-2 gr EV c/6 hs);cuando se trata de una coriamnionitis: empezar con Cefalosporina 3°G (2gr EV c/24 hs) con Aminoglucósido (Amikacina 1gr EV c/24 hs).

- Se debe concluir con el embarazo en un lapso de 24 horas teniendo:
  - Un test de Bishop igual o mayor a 7, se procederá a realizar una inducción de labor de parto, previa monitorización de la madre y el feto.
  - Y si el resultado de un Bishop es menos de 7: se debe proceder a una Maduración Cervical con 2 mU de Oxitocina por 10 horas y proceder a inducir el parto.
- En caso que la inducción no responda en un lapso de 6 horas, proceder a una cesárea de emergencia.

**b. Gestantes con Rotura prematura de membranas con 24 a 33 semanas sin presentar corioamnionitis:**

- Paciente con esta patología se le debe hospitalizar, colocándole en decúbito lateral izquierdo.
- Se deben quedar restringidos los tactos vaginales en las gestantes con RPM.
- La madre se le debe monitorizar las funciones vitales de forma estricta en periodos de 6-8 horas, básicamente el pulso y la temperatura.
- Monitoreo estricto materno fetal cada 6-8 horas.
- Aperturar una vía endovenosa con aguja número 18 para la administrar CIna al 9‰ x 1000cc.

- Después de las 6 horas de RPM se debe iniciar con tratamiento profiláctico con la Ampicilina o Cefalosporina 1°G (1-2 gr EV c/6 hs) o Eritromicina (250-500 mg EV c/6 hs) por 24 – 48 horas, posteriormente administrar vía oral con Amoxicilina o Cefalosporina 1°G (500 mg VO c/6 hs) o Eritromicina (250 mg VO c/6 hs) hasta completar el tratamiento de 7 días.

La administración de los antibióticos disminuye las complicaciones o patologías de la infección y retrasa el trabajo de parto.

Optar por Eritromicina, evite Amoxi + Acido .Clavulánico

- Hay mas esquemas que se utilizan de forma empirica siendo los siguientes:

- Clindamicina + Gentamicina - Clindamicina + Cefalosporinas

- Penicilina + Cloramfenicol + Gentamicina

- Diagnosticar la madurez de los pulmones a través del estudio de líquido amniótico y amniocentesis.

- Se debe concluir el embarazo al demostrarse madurez del feto:

- Si el test de Bishop mayor o igual a 7: inducir la labor de parto y proceder a atender el parto Eutócico.

- en casos en los que la inducción no logra un patrón de trabajo de parto luego de 6 horas, se deberá realizar una cesárea de emergencia por inducción fallida.

- Si el test de Bishop es menos de 7: proceda a realizar de forma inmediata cesárea.

- Se tendrá en cuenta el manejo expectante en aquellas gestantes con feto prematuro y sin madurez pulmonar, realizando control de las funciones vitales así como laboratoriales como el hemograma, Proteína C reactiva.
- Para la maduración pulmonar se administrara corticoides, siendo de elección la dexametasona y betametasona: Siendo la Betametasona de 12mg por vía IM por 2 dosis cada 24 horas y la dexametasona de 6 mg por vía IM cada 12 horas en 4 dosis.

Cuando hay rotura prematura de membranas o infección más de 48 horas no se debe usar corticoides.

- Tocolíticos: todavía está en discusión, se debe dar por lo menos 48 horas para favorecer la maduración pulmonar.

**c. En embarazadas menor a 24 semanas con Rotura prematura de membranas (feto viable) sin corioamnionitis: (25-26 semanas 0 700 gr)**

- Reposo en cama se debe hospitalizar.
- Culminar el embarazo versus ante un procedimiento expectante.

**d. Se terminará la gestación en caso de presentarse corioamnionitis independientemente de la edad gestacional, ya sea por de origen materno como las infecciones o fetal como los distrés etc.**

- Aceleración cardiaca del feto de forma continua.
- Aceleración cardiaca de la madre persistente.

- Con alza térmica de hasta 38° a más.
- Útero que no se relaja después de una contracción uterina.
- Líquido amniótico con mal olor.
- Proteína C reactiva mayor de 2 mg/dl 5 mg.
- Una leucocitosis más de 12,000 por campo o Abastionados más del 6%.
- Resultado de ecografía con pozos encontrados < de 2 el ILA diagnosticándole un aligomnios severo.

## CAPÍTULO II

### 2.1 CASO CLÍNICO:

#### a. INTRODUCCIÓN:

Según León Gonzales define a la Ruptura Prematura de Membranas como resultado de continuidad de las membranas corioamniótica, ocurre en el 10% de las gestaciones antes que se desencadene el trabajo de parto de forma espontánea.(16)

También es aquella que se presenta previo a las 37 semanas del embarazo siendo ruptura prematura de membranas pretérmino (RPMP). Clasificándose en previsible, remoto del término y cerca del término.

La edad gestacional está relacionada con el pronóstico perinatal y el manejo en el momento en que se rompen las membranas.

La relación que exista entre el inicio de la labor de parto y la ruptura prematura de membranas y el feto llega a ser pretérmino se tornará en una complicación de salud por las dificultades a la que se tendrá que afrontar.

Tras 24 horas como intervalo entre la ruptura y el inicio de la labor de parto, significara que nos encontramos frente a una situación de ruptura prematura prolongada de las membranas. El tiempo transcurrido en este periodo es inversamente proporcional a la edad gestacional. En 10.7% de pacientes se presenta RPM. Cerca del 94% de casos mostraron que el feto está maduro (20% de los cuales presentaron rotura prolongada). Casi 5% de los fetos fueron prematuros (1000 a 2500g), mientras que del total (aproximadamente 50% de los

casos son prolongados), mientras que los fetos inmaduros (<1000g) constituyen 0.5% (cerca de 75% de los casos son prolongados). (14)

La mortalidad perinatal se ha relacionado con la morbimortalidad materna con un 10%; siendo la causante en una tercera parte de nacidos prematuros en un 3% la Ruptura Prematura de membranas. La continuidad y daño de las complicaciones de los recién nacidos después de la RPMP se altera según la edad gestacional. También hay peligro de sufrir desprendimiento prematuro de placenta normoinserta (DPPNI) (4-12%); corioamnioitis y compresión del cordón umbilical a causa del oligohidramnios.(20)

Los peligros de mayor importancia para el feto con RPMP son: los indicios de dificultades respiratorias (SDR) es una de las complicaciones de mayor seriedad en todas las edades durante el embarazo antes del término, también tenemos la prematuridad La enterocolitis necrotizante (ENC), hemorragia intraventricular (HIV) y sepsis son poco comunes en la RPMP cerca del término. Es doblemente frecuente en RPMP la sepsis perinatal, comparándolos con los neonatos pretérmino, luego del parto con membranas intactas.(20)

La inflamación o infección del corion y decidua parece tener un rol importante en esta patología, porque en la actualidad no se conoce la causa de la RPMP. La colonización ascendente del tracto genital es el resultado de la infección intrauterina, provocando la activación de neutrófilos y macrófagos, que suscita la elaboración de proteasas, prostaglandinas, metaloproteasas, apoptosis y debilitando a las membranas.

Hay estudios realizados donde nos muestran que los gérmenes o bacterias tienen la amplitud de pasar las membranas corioamnióticas intactas. La RPM se da por múltiples factores, ya que la gestante puede tener uno o más cursos fisiopatológicos.

Entre los factores de peligro para Ruptura Prematura de Membranas se encuentran las ITS, el tabaquismo, parto prematuro, infecciones del tracto urinario, índice de masa corporal, nivel socioeconómico bajo, etc. Hay una recurrencia de RPMP de un 16 a 32%. Las gestantes que se realizan amniocentesis en el 2do trimestre es del 1.2% de peligro, y el riesgo a la pérdida de un embarazo es del 0.6%. (20)

Existen gran cantidad de literatura a pesar de tener todo esto existe discusión y diferencia de opiniones sobre el manejo en las gestantes. (20)

**b. OBJETIVO GENERAL:**

Evaluar el esquema de profilaxis y terapia apropiado para la ruptura prematura de membranas pretérmino.

**c. TÍTULO DEL CASO CLÍNICO:**

“Ruptura prematura de membranas en gestantes pretérmino de 35 semanas en el Hospital de Apoyo Nivel II-1. Lima2017”

## **A. ANAMNESIS:**

### **1. DATOS DE FILIACIÓN:**

Nombre y apellidos : XXXX

Edad : 21 años

Ocupación : Ama de casa

Grado de Instrucción : Secundaria completa

Estado Civil : Conviviente

Religión : Católica

Lugar de Nacimiento : XXXX

Fecha de Nacimiento : XXXX

Fecha de Ingreso : 11/febrero/2017

Hora de ingreso : 10:50horas

Informante : Paciente

### **2. MOTIVO DE CONSULTA:**

Tiempo de Enfermedad : 10 horas

Forma de Inicio : Insidioso

Curso : Progresivo

**Síntomas Principales:** Contracciones uterinas, pérdida de líquido, sangrado vaginal.

Relato: Paciente refiere pérdida de líquido amniótico en regular cantidad acompañado con sangrado vaginal en poca cantidad y además presenta contracciones uterinas esporádicas, a las 01.00 horas de hoy cuando estaba durmiendo en su cama moja ropa interior, pantalón y sábana, acude al hospital de Apoyo Nivel II - 1, ingresa por el servicio de emergencia.

### **3. FUNCIONES BIOLÓGICAS:**

Apetito : Conservado Sed : Aumentado

Sueño : Conservado Orina : Aumentado

Deposiciones : Normal Libido : Conservado

### **4. ANTECEDENTES PERSONALES: PATOLÓGICOS:**

Hipertensión Arterial : No Diabetes : No

TBC : No Convulsiones : No

Hepatitis : No Alergias : No

Endocrinas : No Várices : No

Transfusiones : No Cáncer : No

Inter. Quirúrgicas : No Hospitalizaciones : No

Otros : No

## **5. ANTECEDENTES GÍNECO OBSTÉTRICOS:**

### **GINECOLÓGICOS:**

Menarquia : 13 años R/C : 5/28 días

Cantidad : 4 paños por día Historia ATC : No

IRS : 17 años Dismenorrea : Niega

Telarquia : 13 años ITS previa : No

PAP : No ha realizado Frecuencia de R.S : 2v/semana

Nº parejas sexuales: 02

Fecha última de R.S. Hace 3 días Regularidad Menstrual: Si

Comportamiento sexual de riesgo: No

### **OBSTETRICAS:**

## **6. ANTECEDENTES FAMILIARES: PATOLÓGICOS:**

Hipertensión Arterial : No Diabetes : No

TBC : No Cáncer : No

Malfor.Congénitas : No Gemelares : No

Otros : No

Pareja: 28 años

Ocupación: Trabajo Independiente

Grado de Instrucción: Secundaria Completa

Patológicos: No

### HÁBITOS NOCIVOS

Tabaco :No

Café :No

Coca : No

Drogas :No

Alcohol :No

### 7. EMBARAZO ACTUAL:

G: 1 P: 0000

FUR : 18/06/2016

FPP: 25/03/2017

EG : 34 semanas

### B.EXAMEN FÍSICO:

#### 1. Examen general:

Talla : 147 cm

Peso : 58 Kg

IMC: 26,85

#### Control Funciones Vitales:

Presión Arteria : 124/79 mmHg.

Frecuencia Cardiaca : 68 latidos por minuto

Frecuencia Respiratoria : 20 respiraciones por minuto

Temperatura : 36,8°C

a. Aspecto general: AREG, AREN, AREH.

- b. Piel y anexos: Normotérmica, no cianosis.
- c. TSCS: No edemas.
- d. Sistema locomotor: Movimientos activos y pasivos conservados.
- e. Sistema linfático: No adenopatías.

## **2. Examen regional:**

### a. Cabeza:

- Cráneo: Normocéfalo, cabello en buena implantación
- Cara: Simétrica
- Ojos: Pupilas isocóricas, fotoreactivas
- Oídos: Conducto auditivo externo permeable
- Nariz: Fosas nasales permeables
- Boca: Mucosa oral húmeda
- Faringe: No signos inflamatorios

### b. Cuello: Móvil, cilíndrico, no dolor a la palpación

### c. Tórax:

Mamas : Blandas, no secretantes

Pulmones : Murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares

d. Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos, no soplos

e. Abdomen: Blando, depresible, ruidos aéreos (+), ocupado por útero grávido

AU: 28 cm            DU: esporádicas            SPP: LCI            LCF: 144x´

f. Genitourinario:

- Genitales            : Se evidencia pérdida líquido amniótico sanguinolento en poca cantidad

- TV                    : Cérvix posterior, dehiscente a 1 dedo MO: planas

- Pelvis                : Ginecoide

g. Ano y recto : Permeable

### **C. IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA**

1. Primigesta de 34 semanas por UR / 35 semanas x eco actual

2. RPM de 10 horas

3. Oligohidramnios leve

### **D.PLAN DE TRABAJO A SEGUIR**

1. Reposo absoluto

2. Dieta completa más líquidos a voluntad

3. Control de funciones vitales, control obstétrico estricto

4. Cloruro de sodio 9‰ x 1000cc a xxx gotas/minuto

5. Ceftriaxona 1gr EV c/12 horas

6. Dexametasona 6 mg IM c/12 horas x 4 dosis

7. Monitoreo de signos de corioamnionitis

8. Paño perineal permanente.

9. Avisar a cualquier eventualidad

SS. Hemograma completo

Ecografía Obstétrica

Examen completo de orina

Perfil de coagulación

Examen complementario: 11/febrero/2017 Hora: 11:20horas

. Ecografía:- Gestación única activa de 35semanas x BFP

- Oligohidramnios leve

- Exámenes de laboratorio: 11/febrero/2017 Hora: 11:30 horas

## HEMOGRAMA

Hematocrito: 34%

Hematíes: 3'590, 000 x mm<sup>3</sup>

Hemoglobina: 11,0 mg/dl

Leucocitos: 7,600 x mm<sup>3</sup>

Neutrófilo:	75%
Mielocito:	00%
Abastondados:	03%
Segmentados:	72%
Eosinófilos:	02%
Basófilo:	00%
Monocitos:	03%
Linfocitos:	20%

### Valores Normales

De 70 – 110 mg/dl

Dosaje de glucosa: 65 mg/dl

## PERFIL DE COAGULACIÓN

Tiempo de Coagulación: 7'00" Mét.de Lee White ((5-10')

Tiempo de Sangría: 1'30" Mét. De Duke (1-5')

Recuento de Plaquetas: 338,000 pla/mm<sup>3</sup> 150,000-400,000 pla/mm<sup>3</sup>

## EXAMEN COMPLETO DE ORINA

### EXAMEN FÍSICO:

Densidad :1010  
Color :Amarillo Paja  
Aspecto :Ligeramente turbio  
Reacción PH :Neutro (7)

### EXAMEN BIOQUÍMICO:

Hemoglobina :POSITIVO (+)  
Urobilinógeno :NEGATIVO  
Bilirrubinas :NEGATIVO  
Proteinas :NEGATIVO  
Nitrito :NEGATIVO  
Cetonas :NEGATIVO  
Ácido Ascórbico :NEGATIVO  
Glucosa :NEGATIVO

### EXAMEN MICROSCÓPICO:

Leucocitos :0 -2 Leuc./c

Hematíes	: 6 – 8 Hem./c
Cel. Epiteliales	: 8 – 10 Cel./c
Cristales	: No se observa
Cilindros	: No se observa
Piocitos	: No se observa
Gérmenes	: (+)
Otros	: Filamentos mucinosos (++)

---

Fuente: Hospital de Apoyo Nivel II-1

### **E. EVOLUCIÓN DE LA PACIENTE:**

#### **SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN:**

#### **EVOLUCIÓN DÍA 1: 11/febrero/2017**

Hora: 11:30 horas

Evaluación Obstétrica:

Paciente gestante de 34 semanas por UR / 35 semanas x ECOentra a hospitalización en una camilla con su vía permeable de CINA 9‰ x 1000cc a xxx gotas/min, por presentar pérdida de líquido amniótico desde las 01.00 horas de hoy, pérdida de tapón mucoso desde las 09.00 horas y contracciones uterinas esporádicas.

Presión Arterial : 114/62mmHg.

Frecuencia Cardiaca :64latidos por minuto

Frecuencia Respiratoria : 21respiraciones por minuto

Temperatura :36,4°C

Al examen General: AREG, ABEH, ABEN

Al examen Regional:

- Piel : Normotérmica, no cianosis.
- Cabeza : Normocéfalo.
- Ojos : Pupilas isocóricas, fotoreactivas, conjuntivas irrigadas.
- Boca : Mucosa oral húmeda.
- Mamas : Blandas no secretantes.
- Ap. Respiratorio : Murmullo vesicular pasa ambos campos pulmonares, no ruidos agregados.
- AP. Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos no soplos.
- Abdomen: B/D; RHA (+), Ocupado por Útero grávido; AU: 29cm; LCF: 138x';  
SPP: LCI ; MF: presentes; DU: Esporádicas
- Genitales Externos: Se observa pérdida de líquido amniótico en escasa cantidad, no se evidencia sangrado vaginal.

**DX: 1. Primigesta de 34 semanas por UR / 35 semanas x ECO actual**

2. RPM de 10.30 horas

3. Oligohidramnios leve

Hora: 18:50 horas

Paciente queda aparentemente tranquila con vía permeable de ClNa 9‰ x 1000cc a xxx gotas/min, con monitoreo materno fetal en hoja adicional, con contracciones uterinas esporádicas.

Hora: 19:00 horas

Paciente gestante de 34 semanas por UR / 35 semanas x eco se encuentra en el servicio de hospitalización con vía permeable de ClNa9‰ x 1000cc a xxx gotas/min, refiere pérdida de líquido amniótico en poca cantidad, leve dolor lumbo sacra.

Control Funciones Vitales:

Presión Arterial : 110/60 mmHg.

Frecuencia Cardiaca : 75 latidos por minuto

Frecuencia Respiratoria : 21respiraciones por minuto

Temperatura : 36,2°C

Control Funciones Biológicas:

Micción : 2

Deposición : 1

Al examen General : AREG, ABEH, ABEN

Al examen Regional:

- Piel: Normotérmica, no cianosis.

- Cabeza: Normocéfalo.

- Ojos: Pupilas isocóricas, fotoreactivas, conjuntivas irrigadas.

- Boca: Mucosa oral húmeda.

- Mamas: Blandas no secretantes.

- Ap. Respiratorio: Murmullo vesicular pasa ambos campos pulmonares, no ruidos agregados.

- AP. Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos no soplos.

- Abdomen: B/D; RHA (+), Ocupado por Útero grávido; AU: 28cm; LCF: 140x';  
SPP: LCI; MF: presentes.

- Genitales Externos: Se evidencia perdida de líquido amniótico en escasa cantidad, no se evidencia sangrado vaginal.

DX: 1. Primigesta de 34 semanas por UR / 35 semanas x ECO actual

2. RPM > de 12.00 horas

3. Oligohidramnios leve

12/febrero/2017

Hora: 06:50 horas

Paciente refiere que ha pasado la noche tranquila, no presentó ninguna complicación, percibe movimientos fetales.

### **EVOLUCIÓN DÍA 2: 12/febrero/2017**

Hora: 07:00 horas

Evaluación Obstétrica:

Paciente gestante de 34 semanas por UR / 35 semanas x ECO se encuentra en el servicio de hospitalización con vía permeable de CNa 9‰ x 1000cc a xxx gotas/min, refiere pérdida de líquido amniótico en poca cantidad y contracciones uterinas esporádicas.

Control Funciones Vitales:

Presión Arterial : 115/68 mmHg.

Frecuencia Cardiaca : 72 latidos por minuto

Frecuencia Respiratoria : 23 respiraciones por minuto

Temperatura : 36,1°C

Control Funciones Biológicas.

Micción : 2

Deposición : 1

Al examen General : AREG, ABEH, ABEN

Al examen Regional:

- Piel: Normotérmica, no cianosis.
- Cabeza: Normocéfalo.
- Ojos: Pupilas isocóricas, fotoreactivas, conjuntivas irrigadas.
- Boca: Mucosa oral húmeda.
- Mamas: Blandas no secretantes.
- Ap. Respiratorio: Murmullo vesicular pasa ambos campos pulmonares, no ruidos agregados.
- AP. Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos no soplos.
- Abdomen: B/D; RHA (+), Ocupado por Útero grávido; AU: 29cm; LCF: 136x';  
SPP: LCI; MF: presentes; DU: Esporádicas
- Genitales Externos: Se evidencia pérdida de líquido amniótico en escasa cantidad, no se evidencia sangrado vaginal.

DX: 1. Primigesta de 34 semanas por UR / 35 semanas x ECO actual

2. RPM > de 12.00 horas

3. Oligohidramnios leve

Indicación Médica:

1. Reposo absoluto en cama.
2. Dieta completa y líquidos a voluntad
3. Control de signos vitales, control obstétrico estricto
4. Cloruro de sodio 9‰ x 1000cc a xxx gotas/minuto
5. Ceftriaxona 1gr EV c/12 horas
6. Dexametasona 6 mg IM c/12 horas completar Tto.
7. Monitoreo de signos de corioamnionitis
8. Paño perineal permanente
9. Avisar a cualquier eventualidad

Hora: 18:50 horas

Paciente queda aparentemente tranquila con vía permeable de ClNa 9‰ x 1000cc a xxx gotas/min, con monitoreo materno fetal en hoja adicional, con contracciones uterinas esporádicas.

Hora: 19:00 horas

Paciente gestante de 34 semanas por UR / 35 semanas x ECO se encuentra en el servicio de hospitalización con vía permeable de ClNa 9‰ x 1000cc a xxx gotas/min, refiere pérdida de líquido amniótico en poca cantidad.

Control Funciones Vitales:

Presión Arterial : 118/70 mmHg.

Frecuencia Cardiaca : 78 latidos por minuto

Frecuencia Respiratoria : 22 respiraciones por minuto

Temperatura : 36,5°C

Control Funciones Biológicas.

Micción : 2

Deposición : 1

Al examen General: AREG, ABEH, ABEN

Al examen Regional:

- Piel: Normotérmica, no cianosis.

- Cabeza: Normocéfalo.

- Ojos: Pupilas isocóricas, fotoreactivas, conjuntivas irrigadas.

- Boca: Mucosa oral húmeda.

- Mamas: Blandas no secretantes.

- Ap. Respiratorio: Murmullo vesicular pasa ambos campos pulmonares, no ruidos agregados.

- AP. Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos no soplos.

- Abdomen: B/D; RHA (+), Ocupado por Útero grávido; AU: 28cm; LCF: 148x';  
SPP: LCI; MF: presentes.

- Genitales Externos: Se evidencia pérdida de líquido amniótico en escasa cantidad, no se evidencia sangrado vaginal.

DX: 1. Primigesta de 34 semanas por UR / 35 semanas x ECO

2. RPM > de 12.00 horas

3. Oligohidramnios leve

13/febrero/2017

Hora: 06:50 horas

Paciente refiere contracciones uterinas más frecuentes, percibe movimientos fetales, continúa pérdida de líquido amniótico.

### **EVOLUCIÓN DÍA 3: 13/febrero/2017**

Hora: 07:00 horas

Paciente gestante de 34 semanas por UR / 35 semanas x ECO se encuentra en el servicio de hospitalización con vía permeable de CNa 9‰ x 1000cc a xxx gotas/min, refiere pérdida de líquido amniótico en poca cantidad y contracciones uterinas más frecuentes.

Control Funciones Vitales:

Presión Arterial : 124/78 mmHg.

Frecuencia Cardiaca : 82 latidos por minuto

Frecuencia Respiratoria : 24 respiraciones por minuto

Temperatura : 36,9°C

Control Funciones Biológicas.

Micción : 2

Deposición : 1

Al examen General: AREG, ABEH, ABEN

Al examen Regional:

- Piel: Normotérmica, no cianosis.

- Cabeza: Normocéfalo.

- Ojos: Pupilas isocóricas, fotoreactivas, conjuntivas irrigadas.

- Boca: Mucosa oral húmeda.

- Mamas: Blandas no secretantes.

- Ap. Respiratorio: Murmullo vesicular pasa ambos campos pulmonares, no ruidos agregados.

- AP. Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos no soplos.

- Abdomen: B/D; RHA (+), Ocupado por Útero grávido; AU: 28cm; LCF: 152x´;

SPP: LCI; MF: presentes.

DU: 2/10´/20´+/

- Genitales Externos: Se evidencia pérdida de líquido amniótico en escasa cantidad, no se evidencia sangrado vaginal, pérdida de tapón mucoso.

- Miembros Inferiores: Sin edema, sin várices

DX: 1. Primigesta de 34 semanas por UR / 35 semanas x ECO

2. RPM > de 12.00 hras

3. Oligohidramnios leve

Hora: 08.00 horas

Evaluación Médica:

Gestante de 34 ss. X FUR con contracciones uterinas frecuentes

Tacto Vaginal: D:0 B: 20% AP: -2 MO: R

Indicación Médica:

1. Reposo absoluto

2. NPO

3. Control de funciones vitales, control obstétrico estricto de FCF y DU.

4. Cloruro de sodio 9‰ x 1000cc a xxx gotas/minuto

5. Ceftriaxona 1gr EV c/12 horas

6. Monitoreo de signos de corioamnionitis

7. Paño perineal permanente

8. Avisar a cualquier eventualidad

Reporte Obstétrico:

Hora: 09.00	FCF: 144 x´	DU: 2/10´/30´´/+
11.00	FCF: 138 x´	DU: 2/10´/30´´/+
13.00	FCF: 148 x´	DU: 3/10´/30´´/+
14.00	FCF: 140 x´	DU: 3/10´/30´´/++
15.00	FCF: 136 x´	DU: 3/10´/30´´/++

Tacto Vaginal: D: Dehiscente 1 dedo B: 30% AP: -2

MO: R

Obstetra comunica al médico de guardia sobre situación de la paciente por lo que deciden terminar el parto por vía alta, e indica se prepare a la paciente para la intervención quirúrgica.

Se prepara a la paciente para su intervención quirúrgica.

Hora: 15.30 horas.

Paciente pasa a sala de operaciones previa firma de hoja de autorización para intervención quirúrgica, con vía permeable de Cloruro de sodio 9‰ x 1000cc, LOTEPE.

Control Funciones Vitales:

Presión Arterial : 128/75 mmHg.

Frecuencia Cardiaca : 88 latidos por minuto

Frecuencia Respiratoria : 24 respiraciones por minuto

Temperatura : 36,8°C grados centígrados

FCF: 136 x´

## REPORTE OPERATORIO

Diagnóstico operatorio: Primigesta de 34ss x UR/ RPM Prolongado /Oligoamnios leve.

Diagnóstico post operatorio: Idem

Tipo de intervención quirúrgica practicada: CSTP

Reporte operatorio: Hallazgos (RNPT de 35ss, sexo femenino, APGAR 71´ 85´)

LA verde claro en poca cantidad, no mal olor, placenta en región fúndica posterior, ISO +o- 1000 cc

Atención Inmediata del RN.: Por Enfermera.

## DATOS DEL PARTO

FECHA: 13/febrero/2017

HORA: 15:54horas

RN: Vivo

TIPO DE PARTO: Distócico Cesárea x RPM prolongado

SEXO: Femenino

PESO: 2570 gr

TALLA: 44 cm

PC: 32 cm

PT: 31 cm

APGAR: 7 al min; 9 a los 5min

EG: 35 semanas

Pasa a alojamiento conjunto

Orden médica post operatoria:

13/febrero/2017, 17: 30 Horas

1. Nada por vía oral
  2. Control de funciones vitales estricto
  3. Cloruro de Sodio 9‰ x 1000cc a 45 gts x´
- Oxitocina 20 UI
  - Metamizol 2 gr
  - Tramadol 100 mg
  - Metoclopramida 10 mg

4. Ceftriaxona 1gr EV c/12 horas
5. Metamizol 2gr EV c/8 horas
6. Vigilar signos de alarma
7. Pasa al servicio de hospitalización Gineco – Obstetricia

13/febrero/2017

Hora: 16:25 hrs

Paciente sale de sala de operaciones LOTEP con vía permeable de Cloruro de Sodio 9‰ x 1000cc a 45 gts x´

- Oxitocina 20 UI
- Metamizol 2 gr
- Tramadol 100 mg
- Metoclopramida 10 mg

Con útero contraído, apósito de herida post operatoria limpio y seco y loquios escasos, se controla paciente por 2 horas.

HORA	PA.	FC:	ÚTERO	LOQUIOS
16.30	119/60mmHg	93x´	Contraído	Escasos
16.45	121/61mmHg	67x´	Contraído	Escasos
17.00	111/60mmHg	65x´	Contraído	Escasos
17.15	117/67mmHg	62x´	Contraído	Escasos

17.30	113/69mmHg	65x´	Contraído	Escasos
17.45	112/65mmHg	60x´	Contraído	Escasos
18.15	119/76mmHg	59x´	Contraído	Escasos
18.30	119/79mmHg	58x´	Contraído	Escasos

Temperatura:36,2°C

Frecuencia Respiratoria: 20 respiraciones por minuto

Paciente queda estable con útero contraído, loquios hemáticos escasos y apósito de herida operatoria limpio y seco

Hora: 19:00 horas

Paciente puérpera post operada se encuentra en el servicio de hospitalización con vía permeable de ClNa 9‰ x 1000cc a xxx gotas/min + agregados, refiere leve dolor a nivel de herida operatoria.

Control Funciones Vitales:

Presión Arterial : 119/59 mmHg.

Frecuencia Cardiaca : 70 latidos por minuto

Frecuencia Respiratoria : 20 respiraciones por minuto

Temperatura : 36,2°C

Control Funciones Biológicas.

Micción : 2

Deposición : 1

Al examen General : AREG, ABEH, ABEN

Al examen Regional:

- Piel: Normotérmica, no cianosis.
- Cabeza: Normocéfalo.
- Ojos: Pupilas isocóricas, fotoreactivas, conjuntivas irrigadas.
- Boca: Mucosa oral húmeda.
- Mamas: Blandas con presencia de calostro en poca cantidad.
- Ap. Respiratorio: Murmullo vesicular pasa ambos campos pulmonares, no ruidos agregados.
- AP. Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos no soplos.
- Abdomen: B/D; RHA (+); úterocontraído; AU: 16cm; con apósito de herida post operatoria limpio y seco.
- Genitales Externos: Con loquios hemáticos escasos.
- Miembros Inferiores: Sin edema, sin várices

DX: 1. Puérpera inmediata post cesareada de 03.00 horas

2. RPM Prolongado

## **EVOLUCIÓN DÍA 4: 14/febrero/2017**

Hora: 07:00 horas

Paciente puérpera post operada se encuentra en el servicio de hospitalización con vía permeable de ClNa 9‰ x 1000cc a xxx gotas/min + agregados, refiere leve dolor a nivel de herida operatoria

Control Funciones Vitales:

Presión Arterial : 105/50 mmHg.

Frecuencia Cardiaca : 71 latidos por minuto

Frecuencia Respiratoria : 21 respiraciones por minuto

Temperatura : 36,9°C

Control Funciones Biológicas:

Micción : 1

Deposición : 0

Al examen General: AREG, ABEH, ABEN

Al examen Regional:

- Piel: Normotérmica, no cianosis.

- Cabeza: Normocéfalo.

- Ojos: Pupilas isocóricas, fotoreactivas, conjuntivas irrigadas.

- Boca: Mucosa oral húmeda.

- Mamas: Blandas con presencia de calostro.
- Ap. Respiratorio: Murmullo vesicular pasa ambos campos pulmonares, no ruidos agregados.
- AP. Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos no soplos.
- Abdomen: B/D; RHA (+); útero contraído; AU: 15cm; con apósito de herida post operatoria limpio y seco.
- Genitales Externos: Con loquios hemáticos escasos.
- Miembros Inferiores: Sin edema, sin várices

DX: 1. Puérpera inmediata post cesareada de 15.00 horas

2. RPM Prolongado

Hora: 08.00 horas

Indicación médica:

1. Dieta Líquida
2. Control de funciones vitales
3. Cloruro de Sodio 9‰ x 1000cc a 30 gts x´
- Oxitocina 20 UI
- Metamizol 2 gr
4. Ceftriaxona 1gr EV c/12 horas
5. Paracetamol tab. 500mg. VO c/8 horas

6. Vigilar signos de alarma

14/febrero/2017

Hora: 19:00 horas

Paciente estable de evolución favorable, cumple tratamiento indicado, con funciones vitales estables, no signos de alarma, pasa la noche tranquila.

### **EVOLUCIÓN DÍA 5: 15/febrero/2017**

Hora: 07:00 horas.

Paciente post operada del II día de evolución favorable, cumple tratamiento indicado, con funciones vitales estables, con útero contraído, loquios escasos, no signos de alarma.

Indicación médica:

1. Dieta Blanda
2. Control de funciones vitales
3. Cloruro de Sodio 9‰ x 1000cc a 25 gts x´
4. Ceftriaxona 1gr EV c/12 horas
5. Paracetamol tab. 500mg. VO c/8 horas

Hora: 12:00 horas

Se realiza curación de herida operatoria.

## **EVOLUCIÓN DÍA 6: 16/febrero/2017**

Hora: 07:00 horas.

Paciente post operada del III día de evolución favorable, cumple tratamiento indicado, con funciones vitales estables, con útero contraído, loquios escasos, no signos de alarma.

Indicación médica:

Paciente de evolución favorable es dado de alta con indicaciones.

Cefadroxilo 500mg c/12 horas x 4 días

Paracetamol tab. 500mg. VO D/A/C x3 días

Hora: 10:00 horas

Se realiza curación de herida operatoria.

Hora: 11:00 horas.

Paciente sale de alta con indicaciones médicas con su RN

## **CAPÍTULO III**

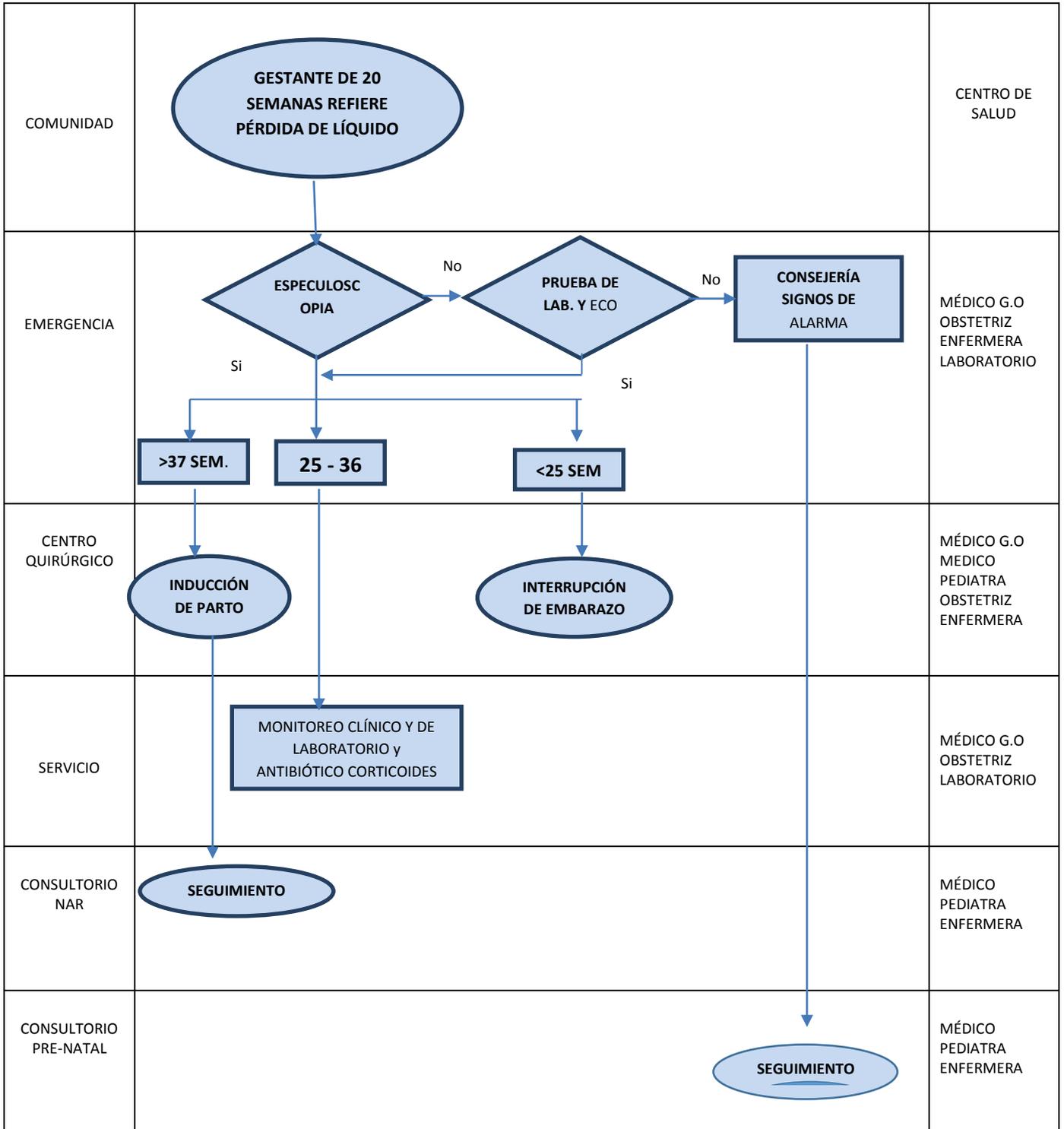
### **3.1 CONCLUSIÓN:**

- En el presente caso clínico se evidenció que al inicio no se cumplió con el tratamiento médico ni farmacológico de la ruptura prematura de membranas en gestantes pretérmino, en cumplimiento de los protocolos de atención obstétrica vigentes, porque el profesional responsable no es especialista, a pesar de ello, gracias al personal de Obstetricia, el manejo posterior fue satisfactorio para la madre y el recién nacido, por cuanto realizaron una cesárea de emergencia a insistencia del Obstetra de servicio.

### **3.2 RECOMENDACIONES:**

- Implementar protocolos de atención para el manejo de las gestantes con diagnóstico de RPM prematuro.
- Mantener antibiótico profiláctico a toda paciente que se encuentra en labor de parto pretérmino.
- La revisión de los casos clínicos deben ser práctica diaria de los Obstetras junto con el equipo de salud para mejorar los procesos de atención.

## FLUJOGRAMA DE LA RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS



Fuente: (18)

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Tellez D, Ramirez S, Parada N, Fernandez J. Inducción del parto versus manejo expectante en ruptura prematura de membranas pretérmino. Revista de la Universidad Industrial de Santander. Salud. Vol. 49, número. 1. 2017.
2. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Ruptura Prematura de Membranas Pretérmino. Guía de Práctica Clínica 1era. edición Quito. Dirección Nacional de Normatización. Quito - Ecuador;; 2015.
3. Castro E. Resultados materno-perinatales de la rotura prematura de membranas pretérmino en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión del Callao en el periodo 2006 - 2008. Lima - Perú;; 2010.
4. Arias D, Mogrovejo M, Iñiguez J. Determinación de BHCG en Fluido Vaginal como Método Diagnóstico de Ruptura Prematura de Membranas en Comparación con Amnisure y Cristalografía en el Hospital Gineco-Obstetricia Isidro Ayora en el año 2014. Quito;; 2015.
5. Gutierrez C. "Factores Socio-Demográficos Asociados a Ruptura Prematura de Membranas". Veracruz;; 2015.
6. Cuenca E. Prevalencia y factores asociados a ruptura prematura de membranas en gestantes del Hospital Vicente Corral Moscoso, Cuenca - Ecuador, noviembre 2011 - noviembre 2012. Cuenca - Ecuador;; 2013.
7. Ortega M. Cumplimiento del Protocolo de Manejo de La RPM en mujeres ingresadas en el Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Provincial Isidro Ayora de la Ciudad de Loja y Factores de Riesgo Asociados. Loja - Ecuador;; 2012.
8. Uriarte A. Complicaciones Maternas Asociadas a Ruptura Prematura de Membranas en Gestantes de 28 a 34 semanas. Lima - Perú;; 2013.
9. Miranda A. Resultados Maternos y Perinatales del Manejo Conservador de la Ruptura Prematura de Membranas en Gestantes de 24 a 33 sem. Lima;; 2011.
10. Mestanza J. Creatinina en fluido vaginal como método diagnóstico de ruptura prematura de membranas en el Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé": agosto 2008 - 2009. Lima - Perú;; 2009.
11. Ministerio de Salud. Guías de Práctica Clínica para la Atención de Emergencias Obstétricas Según Nivel de Capacidad Resolutiva Perú; 2007.

12. Vigil De Gracia P, Savransky R, Pérez-Wuff J, Delgado J, Nunez de Morais E. Ruptura Prematura de Membranas.FLASOG, GC. ; 2011.
13. Koch MO, Seltzer-Bruzzo PA, Pezzini A, Sciangula MD. Rotura Prematura de Membranas. Revista de Posgrado de la VIa Cátedra de Medicina N° 182. 2008.
14. Vallejo-Barón J. Fisiopatología de la Ruptura Prematura de Membranas y Marcadores. Revista Médica de Costa Rica LXX (607). 2013;; p. 543 - 549.
15. Instituto Mexicano del Seguro Social. Guía de Referencia Rápida Prevención, Diagnóstico y tratamiento de la Ruptura Prematura de Membranas (RPM). México;; 2009.
16. Leon-Gonzales HL, Nitola M. Guía de Manejo Ruptura Prematura de Membranas. Bogota.
17. INFOGEN. INFOGEN. [Online].; 2015. Available from: [infoген.org.mx/ruptura-o-rotura-prematura-de-membranas/](http://infoген.org.mx/ruptura-o-rotura-prematura-de-membranas/).
18. Instituto Nacional Materno Perinatal. Guías de Práctica Clínica y de Procedimientos en Obstetricia y Perinatología. Lima;; 2010.
19. Gutierrez MJ. Rotura Prematura de Membranas en Gestantes Adolescentes en el Centro de Salud Mazan I-3. 2014. Lima - Perú;; 2014.
20. Colegio Mexicano de Especialistas en Ginecología y Obstetricia. Manejo de Ruptura Prematura de Membranas. In. México; 2010. p. 171 - 196.
21. Salazar G, Tercero M. Factores de Riesgo Asociados a Ruptura Prematura de Membranas en Mujeres Embarazadas entre la semana 28 a la 36 6/7 Atendidas en el Servicio Alto Riesgo Obstétrico (ARO) del Hospital Bertha Calderón Roque en el IV Trimestre del año 2014. Managua;; 2015.
22. Gómez L, Muñoz J, Tovar D, Mejía M. Pronóstico del Recién Nacido Pretérmino con Ruptura Prematura de Membranas y Manejo Expectante Activo. Colombia;; 2013.
23. Navia R. Ruptura Prematura de Membranas en Primigestas Adolescentes en Edades Comprendidas entre 12 y 18 años, y su Relación con Infección de Vías Urinarias en el Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda de la Ciudad de Portoviejo, en el Area de Obstetricia. Manabi - Ecuador;; 2011.

24. Garibay J. Proteína C-reactiva como predictor de coriamnionitis histológica en ruptura prematura de membranas pretérmino: Instituto Nacional Materno Perinatal, febrero - mayo 2009. Lima - Perú; 2009.
25. Pasapera-Alban N, Purizaca-Benites M, Cardoza-Jimenez K, Matorel-Ruiz M. Características Clínica-Epidemiológica de la Ruptura Prematura de Membranas en Gestantes Jóvenes del Hospital EsSalud III José Cayetano Heredia - Piura. Cuerpo Médico HNAAA 8 (3). 2015;: p. 158 - 161.