



UNIVERSIDAD JOSÉ CARLOS MARIÁTEGUI
VICERRECTORADO DE INVESTIGACION
ESCUELA DE POSGRADO
SEGUNDA ESPECIALIDAD EN OBSTETRICIA

TRABAJO ACADÉMICO

RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS EN PRIMIGESTA
CON EMBARAZO A TÉRMINO E INDICACIÓN DE CESÁREA
EN UN HOSPITAL DE III NIVEL LIMA-2017

PRESENTADO POR:

BALCAZAR VELA ANA MARIA

ASESOR

MG PIERINA CACERES CAVALLO

PARA OPTAR EL TÍTULO DE

SEGUNDA ESPECIALIDAD EN OBSTETRICIA

CON MENCIÓN EN EMERGENCIAS OBSTETRICAS, ALTO RIESGO Y
CUIDADOS CRÍTICOS MATERNOS

MOQUEGUA-PERÚ

2017

RESUMEN

La frecuencia de la ruptura prematura de membranas en el Perú (RPM) es de 16% a 21% en embarazo a término y 15% a 45% en el embarazo pretérmino, cursando este último con mayor morbimortalidad neonatal. En el embarazo a término con RPM la indicación de inducción o maduración cervical/inducción es la conducta a seguir por consenso, pero es el periodo de latencia prolongado (intervalo entre la ruptura de las membranas y el inicio del trabajo de parto) y otros factores que llevan a culminar la gestación en cesárea. La frecuencia de la cesárea en el 2016 con respecto al año 2012 en nuestro país se ha incrementado, siendo 31.6 % y 25.3% respectivamente, el incremento de esta operación es una preocupación mundial por el mayor riesgo de salud madre recién nacido y el futuro reproductivo de la mujer. La Guía de práctica clínica para la atención de emergencias del MINSA data del 2007 y existen diferentes guías a nivel hospitalario en el ámbito nacional que difieren en el manejo de la RPM e indicaciones de cesárea.

El caso clínico que se presenta consiste en una primigesta con embarazo a término que se presenta referida de un centro de salud nivel I-4 al hospital tras 12 horas de RPM, otros diagnósticos fueron Prodromos de trabajo de parto, circular simple de cordón, anemia leve y luego de 3 horas de observación es programada para cesárea con el diagnóstico de RPM de 15 horas. La paciente es dada de alta al 2º día pos cesárea con madre y recién nacido aparentemente sanos con diagnósticos de Parto distócico y RPM.

Palabras Clave: Ruptura prematura de membranas. Cesárea, primigesta.

ÍNDICE DEL CONTENIDO

PÁGINA DE JURADO.....	I
DEDICATORIA.....	II
AGRADECIMIENTO.....	III
RESUMEN	IV
ÍNDICE DEL CONTENIDO	V
CAPÍTULO I	8
1.1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA.....	8
1.2. JUSTIFICACIÓN	9
1.3. MARCO TEÓRICO.....	10
1.3.1. ANTECEDENTES.....	10
1.3.1.1. ANTECEDENTES INTERNACIONALES	10
1.3.1.2. ANTECEDENTES NACIONALES	14
1.3.2 BASES TEORICAS RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS	18
1.3.3. BASES TEÓRICAS DE LA CESÁREA.....	36
CAPITULO II	46
2.1. CASO CLÍNICO.....	46
2.1.1 INTRODUCCIÓN	46

2.1.2	OBJETIVO	47
2.1.3	NOMBRE DEL CASO CLÍNICO	47
2.1.4	HISTORIA CLÍNICA.....	47
2.1.5.	DISCUSIÓN	69
CAPITULO III.....		74
3.1	CONCLUSIONES	74
3.2	RECOMENDACIONES	75
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....		77
ANEXOS		83

CAPÍTULO I

1.1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

En el Perú en el año 2015, entre el 94.9 y 97.4 % de gestantes realizaron su control prenatal, siendo las menores de 20 años las que menos se controlan. La atención de partos en un establecimiento de salud llegó a 90.7% incrementándose 6.4 % con respecto a los cuatro años anteriores, en cuanto a las cesáreas, estas se realizan más de la mitad en mujeres con educación superior o mayor poder adquisitivo¹

RPM se define como la pérdida de continuidad de las membranas corioamnióticas que ocurre con expulsión de líquido amniótico de más de una hora, anterior a que empiece el trabajo de parto, en nuestro país aparece en el 10 % de las gestaciones a término y es causa del 15 al 45 % de los alumbramientos pre término². La grávida con RPM exige un manejo apropiado según el tiempo transcurrido hasta el inicio del trabajo de parto (periodo de latencia). Para la inducción del parto en las pacientes con RPM, el GDG y el consenso de expertos consideró que el misoprostol es efectivo para la maduración del cuello uterino y la inducción del trabajo parto³, siendo poco usado en nuestro país según se observa en las Guías de práctica clínica.

Es relevante el parto pretermino ya que la morbilidad es alta y se ha acentuado en los últimos 5 años hasta en 7.38%, en nuestro país. El centro nacional de epidemiología, prevención y control de enfermedades subraya para las DIRESAs

Lima Metropolitana, la Libertad, Tumbes, Piura, Loreto, Ucayali, Amazonas, Junín, San Martín, Puno, Apurímac, Ancash y Pasco, el uso de la Tocólisis para enlentecer el parto, corticoides prenatales y antibióticos para la RPM como medidas de disminuir el parto prematuro y consecuencias⁴.

La otra vía de parto es la cesárea, respecto a ello Ceriani J⁵, observó en su estudio, que cerca de la mitad de cesáreas se habían efectuado por trabajo de parto detenido constituyendo una valoración polémica en salud materna.

1.2. JUSTIFICACIÓN

Se inició la revisión de este caso clínico porque existe un porcentaje alto de casos de RPM a nivel nacional y como lo dice la norma el primer nivel de atención generalmente refiere y está aparentemente poco involucrado en su manejo, pero mucho depende de la calidad de atención e información durante el control pre natal que se dé a la gestante para que disminuya su incidencia y acuda a tiempo para prevenir las complicaciones, efectivamente uno de los signos de alarma durante la gestación es la pérdida de líquido y si hay demoras desde percepción del problema por parte de la gestante hasta la atención el cuadro se agrava. En el Perú, la norma nacional data del 2007; es complicado para los establecimientos de salud conformar comités de actualización de protocolos y, en un mundo globalizado existen demasiadas bases de datos, donde es arduo navegar y aún más compartir con colegas y equipo de salud. La cesárea salva vidas, pero se ha ido convirtiendo en salva circunstancias pues el promedio que ostentamos no revela los abismos que bordean el 50% en algunos hospitales, la literatura nos muestra que no obstante existen esfuerzos para incrementar los conocimientos y

prácticas adecuadas en el personal de salud, que fomentan los servicio de calidad. Es la intención de esta presentación reflexionar a la luz de la evidencia, fomentar las investigaciones, promocionar el parto vaginal, prevenir infecciones y propugnar el mejor manejo de la ruptura prematura de membranas para disminuir la tasa de cesárea, y así disminuir el riesgo en la madre y el recién nacido.

1.3. MARCO TEÓRICO

1.3.1. ANTECEDENTES

1.3.1.1. ANTECEDENTES INTERNACIONALES

En la Tesis doctoral de Santoyo T⁶, con un estudio prospectivo de cohorte y titulado “Rotura prematura de membranas a término: Influencia del momento de la Inducción en los resultados Obstétricos y perinatales” se incluyeron a todas las ingresantes con RPM (franca o fisura) antes de las 32 horas con embarazo único y presentación cefálica, durante el periodo 2007-2010, fueron excluidas las ingresadas con indicación inmediata de estimulación como RPM mayor de 12 horas y pródromos de trabajo de parto. Ingresaron al estudio 965 gestantes divididas en tres grupos según las horas de RPM: 0 a 8 horas, 8-20 horas y 20 a 0 horas. Los resultados fueron: el grupo 1 tuvieron el mayor porcentaje de inicio de partos espontáneos, se usó la oxitocina en el 70.4% de los casos, la incidencia de cesárea fue de 15.9% que tuvo como primera causa la no progresión del parto, la 2^a fue sospecha de pérdida de bienestar fetal; la incidencia de neonatos infectados fue 1.96% y la de corioamnionitis clínica de 1.3%. Concluyeron que un tiempo de latencia más largo en RPM a término

hasta el inicio de la inducción en su medio no disminuye el número de cesáreas ni de partos instrumentales, pero si genera una menor duración en la dilatación y mayor tasa de inicio espontáneo de trabajo de parto. Asimismo, no incrementa el peligro de infección materno neonatal⁶.

En la “Declaración de la OMS sobre las tasas de cesárea” divulga que las cesáreas cuando están indicadas medicamente salvan vidas, pero si se incrementa por otros motivos pueden provocar efectos graves en la salud maternoinfantil, principalmente en hospitales con baja capacidad resolutive. En el estudio ecológico (poblaciones) mundial efectuado en el 2014, no se encontró que tasas de cesárea superior al 10% disminuyan la mortalidad materna neonatal, asimismo no están claras sus consecuencias inmediatas y futuras. De igual manera recomienda usar la clasificación de Robson (anexo 1), pues tipifica características como paridad, edad gestacional, presentación fetal, numero de fetos, comienzo del trabajo de parto y cesárea a las cuales se les puede agregar datos dentro de cada grupo según necesidades locales y al compararlas optimizar el uso de la cesárea⁷.

La Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología publicita la “Guía de práctica clínica para la prevención, detección temprana y tratamiento de las complicaciones del embarazo, parto y puerperio: presenta recomendaciones:

Con la evidencia A: En pacientes con RPM, se realizara la inducción del trabajo de parto con oxitocina o misoprostol oral a dosis bajas teniendo cuidado de la hiperestimulación uterina y el bienestar fetal. No se aconseja: el uso común de tocolíticos durante la gestación y RPM, amniocentesis, proteína C reactiva en líquido amniótico para el diagnóstico de corioamnionitis. Para el tratamiento de la

corioamnionitis clínica se debe administrar gentamicina en dosis única cada 24 horas. Con evidencia B: el diagnóstico clínico de RPM será realizado a través de la historia clínica completa y el examen con espéculo estéril, en el cual se evidencie la salida de líquido a través del canal cervical o la presencia de lagos en el fondo de saco posterior. Si hay duda se efectuara prueba de cristalización, medición de pH y del índice de líquido amniótico por ecografía, amnioinfusión o determinación de microglobulina 1 alfa placentaria. Se debe cuidar signos de corioamnionitis clínica como son: fiebre (temperatura mayor de 37,8°C) acompañado de: elevación de latidos cardiacos en madre o feto, dolor en el útero, líquido amniótico purulento o incremento anormal de leucocitos. Del mismo modo usar la cardiotocografía pues documenta taquicardia fetal o la disminución de la variabilidad fetal, revelando la corioamnionitis clínica. El perfil biofísico fetal tiene un valor limitado para predecir infección fetal⁸.

En la Guía de Práctica Clínica (GPC) del Ecuador acerca de la “Atención del parto por cesárea” se establece que la cesárea urgente es la que se practica para resolver o prevenir una complicación materna o fetal en etapa crítica, y se clasifica en 3 categorías: Existe peligro inmediato para la vida de la mujer o del feto: debe hacerse inmediatamente de tomada la decisión. Dentro de los 30-75 minutos si hay compromiso materno-fetal o se requiera un parto prematuro, por indicaciones clínicamente justificadas⁹

En un estudio de cohortes retrospectivo, observacional, analítico en la provincia española de Albacete sobre las “Diferencias en el número de cesáreas en los partos que comienzan espontáneamente y en los inducidos”, de un total de 841 inducciones

para el parto (IDP) (22,9%), se indicó el 22.7% para RPM mayor de 12 horas y el 22.5% por diabetes mellitus mal controlada. La IDP es un factor que incrementa la eventualidad para una dilatación más prolongada, transfusión sanguínea, analgesia epidural, y cesárea para nulíparas y multíparas, con mayor incidencia en embarazo prolongado, hipertensión y registro cardiotocografico patológico. No hubo relación con tiempo del período expulsivo, episiotomía, desgarros, sangrado excesivo y rotura uterina. El riesgo de cesárea según el inicio de trabajo de parto fue mayor 2,4 veces en el grupo de IDP que los inicios espontáneos¹⁰

En Colombia se realizó el estudio para describir los diagnósticos asociados a la cesárea cuyo título fue “Indicación de cesárea en el instituto materno infantil” En la casuística de los primeros cuatro meses del 2011 sin criterios de exclusión, encontraron que el 1º diagnóstico fue de cesárea anterior con el 26,4%, estado fetal insatisfactorio 15,5%, trastornos hipertensivos del embarazo 15,5%, detención secundaria de la dilatación y el descenso 5,5%, RPM 4,7% y otros. Los trastornos hipertensivos del embarazo y la RPM, son diagnósticos que no se reportan en los registros internacionales¹¹

La Revisión de la literatura sobre el “Pronóstico perinatal de los fetos con circular de cordón en relación con la vía del parto”, enuncia que existen cesáreas por un supuesto incremento en el riesgo de resultados perinatales negativos en fetos expuestos a circular de cordón al cuello, por lo que se seleccionó a 40 revisiones, correspondientes a diseños de tipo transversal, de cohorte, casos y controles y revisiones sistemáticas, donde se demostró que no se presentan diferencias

significativas entre pacientes con y sin circular única de cordón respecto de parámetros de evidencia de resultados adversos perinatales: disminución en el valor de Apgar al nacer, retardo de crecimiento intrauterino (RCIU) o mortalidad perinatal. Concluye que no existen razones que soporten el uso de cesárea ante el descubrimiento de circular única en nuca del feto, pero si se halló algún riesgo en situaciones especiales como las múltiples vueltas de cordón y la circular ajustada¹²

1.3.1.2. ANTECEDENTES NACIONALES

En la Tesis de segunda especialización de la Universidad Privada de Ica denominada “Rotura prematura de membranas” concluye que la razón primordial que contribuye a la morbimortalidad materna y fetal es la demora en reconocer la emergencia por parte de la gestante y familiares siendo muy importante el control prenatal adecuado, asimismo es decisivo para mejores resultados, la edad gestacional y la capacidad resolutive de establecimiento de salud donde acude la gestante en los tres primeros niveles de atención en Latinoamérica¹³

En el Hospital San Juan de Lurigancho en el 2014, se llevó a cabo un estudio descriptivo correlacional, retrospectivo, de corte transversal “Características y complicaciones de gestantes con ruptura prematura de membranas pretérmino y a término”. Se estudiaron 90 pacientes con RPM en toda edad gestacional y encontró el investigador que la frecuencia total de RPM fue de 2.39%. Asimismo una relación significativa entre RPM pretérmino y a término con el estado civil [chi2 6.007 p = 0.0496], paridad [chi2 8.154 p = 0.0429]; al igual que con complicaciones de la gestación como, infecciones del tracto urinario [chi2 15.13 p = 0.0017], infecciones

vaginales [chi2 7.966 p = 0.0467] y anemia [chi2 8.36 p = 0.0391]. No se encontró relación relevante con las complicaciones en el parto¹⁴

En Tumbes con el objetivo de determinar cuáles fueron los factores maternos y fetales asociados a la cesárea y la frecuencia de la operación, se diseñó una investigación descriptiva, prospectiva y longitudinal, denominada “Factores determinantes de la cesárea en los hospitales de Tumbes”, durante seis meses. Se encontró que en el Hospital del Ministerio de Salud, la edad promedio fue de 26,4 años, mientras que en el de EsSalud fue de 29,4. Las gestantes tenían más de 6 controles prenatales y con embarazo previo, pero no se les explicó las consecuencias de la operación. La cesárea anterior ocupó el primer lugar como causa de cesárea para ambos hospitales, le siguen enfermedad hipertensiva y presentación alta, cabe resaltar que en ESSALUD el 4º lugar fue la RPM. Los recién nacidos en el hospital del Ministerio de Salud tuvieron en promedio un peso de 3194 g y un apgar de 9,1, mientras que en la seguridad social el peso fue de 3200 g y un apgar promedio de 9,2. La frecuencia de cesárea en el hospital de EsSalud fue de 58,76 %, y de 49,52 % en el MINSA¹⁵

Ticona M.& Huanco D., efectuó el estudio prospectivo, analítico, de casos y controles, en Tacna “Risk factors of perinatal mortality in hospitals from the Health Ministry of Perú” y menciona que la mortalidad perinatal es un indicador de riesgo de muerte ligado a la reproducción y refleja la atención prenatal, durante el parto y posparto. El objetivo fue identificar factores de riesgo asociados a mortalidad perinatal en hospitales del Ministerio de Salud del Perú y determinar su capacidad predictiva. En 23 hospitales del Ministerio de Salud; de 48 422 nacimientos atendidos

el 1° semestre de 2008, los casos fueron 951 muertes perinatales (muerte fetal tardía y neonatal precoz de 1 000 g a más) y los controles 951 nacidos vivos, seleccionados al azar. Encontró que la tasa de mortalidad perinatal fue 19,64 por 1 000 nacimientos, la fetal tardía 10,74 y neonatal precoz 9,03. Los factores de riesgo del recién nacido depresión al nacer, bajo peso y prematuridad, tienen mayor asociación y alto valor predictivo (91 %) para mortalidad perinatal en hospitales del Ministerio de Salud del Perú¹⁶

En el estudio descriptivo retrospectivo, tipo casos y controles llevado a cabo en el Hospital Nacional Cayetano Heredia, en un período de 5 años denominado “Rotura prematura de membranas en gestantes a término: factores asociados al parto abdominal” se estudiaron 140 grávidas a término con RPM que se hospitalizaron para inducción de labor de parto, la mitad de ellas fueron casos y la otra mitad controles, se determinó que los factores de riesgo para una cesárea en gestantes con RPM fueron el Bishop menor de 4 al ingreso, la preeclampsia y la edad materna, se halló además que la multiparidad fue factor protector¹⁷

En el Perú, las guías de práctica clínica para la atención de emergencias obstétricas según nivel de capacidad resolutive nos ilustra: la atención prenatal es la vigilancia y evaluación integral de la gestante y el feto, que realiza el personal de salud destinadas a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los factores que puedan condicionar morbimortalidad materna y perinatal. Considerar que todo embarazo es potencialmente de riesgo. En el manejo de la RPM los Establecimientos con Funciones Obstétricas y Neonatales Básicas (FONB): En gestación a término y feto

maduro: Hospitalización y reposo absoluto, iniciar antibiótico terapia con Ampicilina 2 gr EV c/6 horas, más Eritromicina de 500 mg cada 8 hrs vía oral por 48 horas. Luego agregar la Amoxicilina 250 mg cada 8 horas vía oral por 5 días, retirando el tratamiento endovenoso. Solicitar exámenes auxiliares. Ecografía para evaluar edad gestacional, presentación fetal, cantidad de líquido amniótico, situación placentaria. Examen obstétrico; absteniéndose de realizar tacto vaginal. Especuloscopia para precisar condiciones cervicales y recoger muestra de fondo de saco vaginal para pruebas de confirmación. Inducción de trabajo de parto dentro de las 12 a 14 horas siguientes, restringiendo tactos al máximo. Si fracasa la inducción o sospecha de corioamnionitis transferir a establecimiento con FONE, agregar Gentamicina 5 mg por kg/peso corporal y Clindamicina 600mg EV en vez de ampicilina. En gestación pre término entre 31 y 33 semanas iniciar maduración pulmonar fetal: con Betametasona 12 mg intramuscular por día, 2 dosis, o Dexametasona 4 mg intramuscular c/ 6 horas por 8 dosis¹⁸

Ticona-Rebagliati D et al¹⁹ En su estudio de tipo descriptivo transversal denominado “Conocimientos y prácticas sobre signos de alarma de las gestantes atendidas en el Hospital Nacional Docente Madre- Niño San Bartolomé Lima Perú” publicado en la Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia halló que el 93% de las gestantes tomaban en consideración los signos de alarma y consideraron entre los más importantes la convulsión, sangrado vaginal, disminución de movimientos fetales y perdida de líquido; el signo de alarma al que le dieron menos importancia fue el dolor abdominal o epigástrico y es que se encontró que en poco menos de la mitad de

signos no llegan al 70 % de que acudirían, posiblemente por falta de reconocimiento del problema¹⁹

1.3.2 BASES TEORICAS RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS

1.3.2.1. Definición²⁰: Es la rotura espontánea de las membranas corioamnióticas en una gestante mayor de 22 semanas de gestación, antes del inicio de la labor de parto.

1.3.2.2 Incidencia²⁰: Sucede con regularidad del 4-18% de los partos y origina el 50% del parto pretérmino y aporta el 20% del total de las muertes perinatales. Embarazos a término: 16 al 21%.

Embarazos menores de 37 semanas: 15 al 45%.

1.3.2.3 Clasificación de la RPM²⁰: Por el tiempo gestacional que se produce:

Mayor de 37 semanas

De 32-34-36 semanas

A las 25-32-33 semanas

Hasta las 24 semanas

Por su evolución:

Sin infección intraamniótica o corioamnionitis

Con infección intraamniótica o corioamnionitis²⁰

1.3.2.4 Etiología: su causa es incierta

1.3.2.5. Factores de riesgo²⁰: Intervenciones quirúrgicas de cuello uterino, parto pretérmino y RPM previos, independiente del tamaño de cuello, incompetencia

cervical, defecto local en membranas; escasa vitamina C, Cobre o zinc, hipercontractibilidad uterina, polihidramnios, embarazo múltiple, infección de: cérvix, vaginosis bacteriana, tracto urinario, intraamniótica. Placenta previa, desprendimiento prematuro de placenta, defectos congénitos del feto, presentaciones anómalas, pruebas auxiliares invasivas, biopsia de vellosidad corial, escaso control prenatal amniocentesis, amnioscopia, coito después del 2^{do} trimestre del embarazo, traumatismos, tacto vaginal a repetición, pobreza, tabaquismo²⁰.

Se constata que 51,4 % de las pacientes con RPM presentó anemia posiblemente por la alimentación inadecuada o anemia pre- embarazo esto permite infecciones vaginales polimicrobianas cambiando el pH vaginal que favorece el incremento de la flora anaeróbica y la virulencia de los gérmenes que se encuentran en vagina. El 90 % de los líquidos amnióticos de gestantes malnutridas carecen de actividad antimicrobiana, esto permite la infección fetal y reafirma que la desnutrición materna es uno de los orígenes de los procesos infecciosos.

1.3.2.6. Fisiopatología: La RPM en el proceso del parto, se inicia con un debilitamiento de las membranas en razón de las contracciones uterinas y al frecuente estiramiento. Se ha corroborado que existe antes de la RPM una “zona de morfología alterada”, también se reconoce actualmente que la RPM evoluciona debido a factores bioquímicos, fisiológicos, patológicos y ambientales.

Figura 1

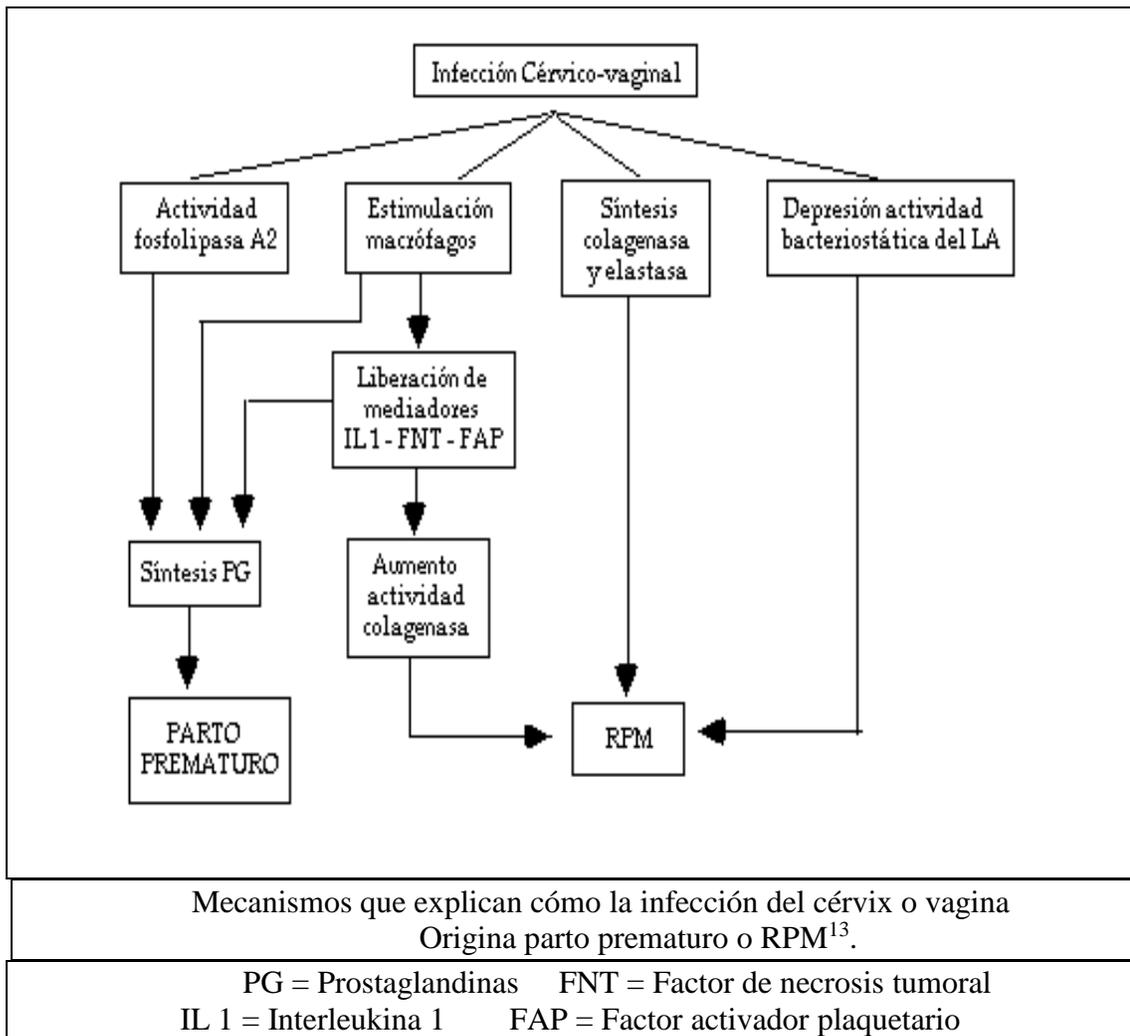
MEMBRANAS FETALES A TÉRMINO Y COMPOSICIÓN EXTRACELULAR
 (Parry S, Strauss JF **Premature Rupture of the Fetal Membranes** N Eng J Med 1998; 338 :663)

Capa	Composición de la Matrix extracelular
Amnios	
Epitelio	
Membrana basal	Colageno tipo III, IV, V, lámina fibronectina
Capa compacta	Colageno tipo I, III, IV, fibronectina
Capa fibroblástica	Colageno tipo III, IV, V, I, lámina fibronectina
CAPA INTERMEDIA (ESPONJOSA)	Colageno tipo I, III, IV, proteoglicanos
Corion	
Capa reticular	Colageno tipo I, III, IV, V, VI, proteoglicanos
Membrana basal	Colageno tipo IV, fibronectina, lámina
Trofoblasto	

El amnios está constituido mayormente por colágeno que es el que le da plasticidad y estiramiento. La colagenasa es una enzima lítica que se encuentra en altas cantidades en la gestación a término (en la placenta) y otras enzimas como: elastasa de neutrófilos, metaloproteasas, gelatinasa, proteogluconasa y cisteinaproteinasas, la cascada de activación del plasminógeno y metaloproteinasas (MMP familia de enzimas dependientes de zinc) de la matriz, remodelan la matriz extracelular durante el embarazo y el trabajo de parto. Las MMP pueden degradar los componentes de la matriz extracelular incluyendo el colágeno. Durante la gestación existe baja concentración de MMP y alta concentración de TIMP (inhibidores tisulares de las metaloproteinasas), y lo contrario ocurre durante el trabajo de parto. Actualmente, la

infección intraamniótica es causa confirmada de parto prematuro y de probable origen de RPM²¹

Figura 2



1.3.2.6. Clínica de la RPM²⁰: En la RPM sin amnionitis encontramos solo pérdida de líquido por cuello uterino antes del inicio del trabajo de parto En la RPM con corioamnionitis podemos encontrar pérdida de líquido turbio, purulento o mal olor.

Fiebre. Frecuencia Cardiaca materna > de 90 latidos por minuto y en feto > de 160 latidos por minuto. Dolor o irritabilidad en útero, síntomas de sepsis o Shock séptico.

1.3.2.7. Diagnóstico diferencial: Se efectuará con:

Tapón mucoso acuoso o sanguinolento.

Flujo vaginal, pérdida del control de micción.

Infección del Tracto Urinario²⁰

1.3.2.8. Exámenes complementarios:

Para confirmar o descartar RPM usaremos:

- El test del helecho o de Fern: Colocar un aplicador de algodón para humedecerlo en el líquido del orificio cervical o fondo de saco vaginal. Se frota el contenido en una lámina de vidrio se deja que seque y pasa al microscopio para observar si encontramos arborización en forma de helecho (las sales de cloruro de sodio se cristalizan) es positivo a RPM.

Figura 3: Vision microscopica del Test de helecho positivo IN slide share



El test de Nitrazina: se humedece un aplicador de algodón en el líquido del fondo del saco vaginal y se frota en el papel de Nitrazina; No hay RPM si el color cambia a amarillo verdoso pues el pH es igual a 5. Si es verde – azulado el pH es 6.0

Constituye sospecha de RPM y si se torna azul: pH > 6.0 es compatible con RPM

- Colpocitograma: Se toma 1 cc de líquido de fondo vaginal y se hace dos frotices: primero para Tinción de Papanicolaou: Donde se observaran células escamosas de la piel del feto.

Segundo para teñir con colorante de Azul de Nilo: Se observaran células anucleadas (anaranjadas)de la piel del feto.

-Ecografía: Buscando si disminuye la cantidad del líquido amniótico

-Amniocentesis: Se Inyecta Azul de Evans o Índigo carmín en el lago mayor de la cavidad amniótica y se contempla una gasa limpia colocada en cérvix o vagina, si se torna azul corrobora la RPM.

-Determinación de alfa microglobulina 1 placentaria en fondo de saco vaginal, indica presencia de líquido amniótico.

Para diagnóstico de corioamnionitis: Se debe vigilar cada 24 horas, con un hemograma: buscando leucocitos > de 12,000 con desviación izquierda. Proteína C reactiva. Si > 5, repetir cada 24 horas x 4 días después cada 2 días.

Gram de líquido amniótico: leucocitos >50 por campo y células plasmáticas.

Cultivo de líquido amniótico: para búsqueda de Streptococo grupo Beta, gonococo, Chlamydia, micoplasma y ureaplasma.

Glucosa en líquido amniótico < 14 mg/dl

Valoración de la concentración de IL-6 en suero materno. Si >8 ng/ml (sensibilidad del 81% y una especificidad del 99%, VPP del 96% y VPN del 95%)

Monitoreo fetal: Buscando latidos cardiacos fetales $>$ de 160 latidos por minuto y/o <120 latidos por minuto, o mayor contractilidad uterina; pero es poco sensible.

Buscar en la secreción cervical concentraciones aumentadas de IL-8 con un cervix ecográficamente acortado. La ausencia de respiración fetal y de movimientos corporales en un periodo de 30 minutos se asocia con Infección intraamniótica.

A las 32 semanas determinar madurez pulmonar fetal.

-Amniocentesis: evaluar la relación Lecitina y Esfingomielina (L/E $>$ de 2 indica pulmón maduro). Determinación de Fosfatidil glicerol y de fosfatidil inositol (surfactantes).

Test de Clements: Hay madurez si se forma un anillo de burbujas en la superficie líquida. Presencia de fosfatidil glicerol en un pool de líquido amniótico en fondo de saco vaginal (amniostat) indica madurez.

Índice de Maduración Pulmonar Ecográfico: El puntaje > 7 es positivo a madurez.

Doppler del Tronco de la Arteria Pulmonar con un Índice Tiempo de Aceleración sobre Tiempo de Desaceleración (TA/TD) > 0.5715 .

Para evaluar bienestar fetal: Monitoreo del bienestar fetal: 2 veces a la semana.

-Ecografía obstétrica: evaluación del Índice de Líquido Amniótico (ILA) que sea > 2 ; edad gestacional y peso fetal; posición fetal, descartar circulares de cordón, grado de madurez placentaria.

Perfil biofísico fetal: Buscar la presencia de movimientos respiratorios.

-Monitoreo Electrónico Fetal: Test No Stresante en menores 32-34 semanas: para ver reactividad cardiaca, compresión funicular y dinámica uterina.

Test Stressante Desde las 32-34 semanas: para conocer la tolerancia al parto vaginal y la dosis de sensibilización a la oxitocina.

Flujometría Doppler: en casos de placenta envejecida y/o oligoamnios.

Medición cervical por vía transvaginal: Se predecirá alto riesgo de parto inminente si es < 1.5 y bajo riesgo de > 3.5 cm.

Concentración de glucosa en LA: Sera anormal si es < 15 mg/dl.

Prepararse para el parto con los siguientes analisis: Grupo sanguíneo y Rh. Hemoglobina, Perfil de coagulación, renal y Hepático, Serología: HIV RPR o VDRL ECO o urocultivo²⁰ En cuanto a marcadores tempranos Vallejo J⁴ expresa: que el síndrome de respuesta inflamatoria sistémica en la corioamnionitis incrementa de 2-4 veces la morbimortalidad, cuidar pues su presencia con temperatura mayor a 38°C acompañada de dos de estos signos: taquicardia materna o fetal, distensión intrauterina, flujo vaginal fétido, leucocitosis.

Exámenes en sangre materna: Cuantificación de la PCR es el indicador de corioamnionitis histopatológica y de infección intrauterina más confiable comparado con el recuento de leucocitos y la VSG.

Citocinas la IL-6: mayor de 8 pg/ ml en infección intrauterina tiene excelente valor predictivo positivo y negativo.

Los productos de degradación de los neutrófilos en plasma materno: lactoferrina y defensina, son buenos para detectar primariamente la infección intraamniótica.

La tinción de Gram: 10 organismos por mL es positiva, no detectan micoplasmas.

Se halló una asociación inversamente proporcional entre la longitud del cuello y el riesgo de presentar RPM, se realiza fibronectina fetal para mejor diagnóstico⁴.

Exámenes auxiliares para diagnóstico de Corioamnionitis: Según Guías Clínicas del Hospital María Auxiliadora 2012²² e Instituto Materno Perinatal 2014²⁰.

Tipo	Hospital María Auxiliadora	Instituto Materno Perinatal
De patología clínica	Leucocitosis mayor de 15,000/ml	Leucocitos > de 12,000 con desviación izquierda o leucopenia (< 4000)
	Proteína C reactiva (PCR) positiva.	Proteína C reactiva > 2mg/dl (+)
	Gram del líquido amniótico con presencia de gérmenes e infiltrado inflamatorio.	Tinción Gram de líquido amniótico: presencia de gérmenes y leucocitos >50 por campo
	Cultivo de líquido amniótico y antibiograma.	Cultivo de líquido amniótico y/o secreción cervical
	Estearasa leucocitaria (en ausencia de leucocitos intactos tiene una sensibilidad y especificidad del 90%).	Velocidad de sedimentación >60mm
	Glucosa en L A bajo (VN: 10-20mg/dl)	Perfil de coagulación.
	+ si Presencia de citoquinas (interleu kina 1, 6 y factor de necrosis tumoral	
De imágenes	perfil biofísico:disminuye movimientos respiratorios fetales, infección inicial	perfil biofísico fetal alterado con oligohidramnios y no reactividad
	Perfil biofísico menor de 5 tiene un 75% de predicción de corioamnionitis	NST No reactividad, variabilidad dis. Test estresante (TST) DIP II y III
Cuadro de elaboración propia		

1.3.2.9 Manejo según nivel de complejidad y capacidad resolutive²⁰:

En RPM en gestación mayor o igual a 34 semanas, con o sin corioamnionitis: Hospitalizar, indicar reposo en posición decúbito lateral (DCL). Hidratar. Se debe iniciar a la sexta hora de RPM, Ampicilina o Cefalosporina 1°Generacion 1-2 gr Endovenoso cada 6 horas. En coriamnionitis se indicara Cefalosporina de tercera G 2gr Endovenoso cada 24 horas más Amikacina 1gramo endovenoso cada 24 h

Terminar gestación dentro de las 24 horas: Inducir el trabajo de parto y atender el parto vaginal monitorizado, si Bishop igual o mayor a 7. Si no, realizar maduración del cuello uterino con 2 mU de oxitocina por 10 horas e inducir el parto. Si a la 6^{ta} hora no responde diagnosticar inducción fallida ejecutar la cesárea²⁰.

En RPM en gestación 24 a 33 semanas sin corioamnionitis: Hospitalizar e indicar reposo en cama de cubito lateral. Limitar tactos vaginales, colocación de apósito vaginal, control de signos vitales y obstétricos cada 6 horas.

Hidratación: Abrir vía endovenosa con aguja N° 18 y administrar CINA al 9%.

Iniciar a la 6^{ta} hora de RPM: Ampicilina o Cefalosporina de 1°Generacion (1-2 gr endovenoso cada 6 horas) o Eritromicina (250-500 mg endovenoso cada 6 hs) por 24 – 48 horas, luego pasar a Amoxicilina o Cefalosporina de 1°Generacion 500 mg o Eritromicina 250 mg VO cada 6 horas por 7 días. Si se demuestra madurez fetal y el test de Bishop es mayor o igual a 7: Inducir y atender parto vaginal. Si el test de Bishop es < de 7 o se diagnostica inducción fallida, indicar cesárea segmentaria.

Sistema de Puntuación de Bishop modificado (Puntuación de Calder)²⁰

Factor	0	1	2	3
Estación	-3	-2	-1,0	+1 +2
Borramiento %	0 - 30	40 - 50	60 -70	>80
Consistencia	Firme	Intermedia	Blanda	
Posición cervical	Posterior	Media	Anterior	-
Dilatación (cm)	< 1	1-2	3-4	>4

6 = Favorable 9 = éxito seguro 10 = Puntaje máximo

Si no hay madurez pulmonar: Manejo expectante con control estricto de funciones vitales, hemograma y Proteína C reactiva seriada. Administrar corticoides y culminar gestación cuando se logre maduración pulmonar. El uso de tocolíticos está en debate. Cuando se utiliza para darle tiempo al efecto de corticoides se administra por 48 horas.

RPM en gestación menor de 24 semanas (feto preciable) sin corioamnionitis: Hospitalizar. La decisión está entre la conducta expectante y la interrupción. Esta última es obligatoria por motivo de distress fetal, infección materna, ecografía con oligoamnios severo (ILA < 2).

En gestantes con RPM a término, la finalización de la gestación en las siguientes 24 h no aumenta morbilidad materna, cesáreas o partos instrumentados. En el 60-95% se iniciara el parto espontáneo dentro de los dos días, no obstante se elige la finalización activa de la gestación y antibioterapia sin superar las 24 horas desde la RPM, en portadoras de SGB se iniciará antibioticoterapia desde el ingreso.

FLASOG²³ reconoce que el misoprostol es más apropiado con un cérvix inmaduro (Bishop menor a 6), Esta indicado en Corioamnionitis Hipertensión inducida por el embarazo Síndrome Preeclampsia - Eclampsia RPM Embarazo posmaduro Restricción del crecimiento intrauterino, isoinmunización, Condiciones médicas maternas: diabetes mellitus, hipertensión arterial crónica, enfermedad pulmonar o renal crónica, enfermedades autoinmunes, enfermedades hematológicas, neoplasias, etc.

Contraindicaciones para el uso de misoprostol:

Absolutas: cesárea previa o de otra cicatriz uterina (miomectomías, histerorrafias, etc.), Situación fetal transversa. Prolapso del cordón umbilical, placenta previa, vasa previa, cirugía previa del cuello uterino, embarazo gemelar con primer feto en situación transversa Antecedentes de hipersensibilidad al medicamento El riesgo de rotura de cicatriz de cesárea es 4 a 5 veces mayor durante la inducción con misoprostol que con oxitocina.

Relativas: Embarazo gemelar con ambos fetos en cefálica, polihidramnios, feto en presentación podálica, hipertensión arterial crónica, no compensada o con deterioro materno, enfermedad cardíaca de la madre, antecedente de enfermedades cerebrovasculares o cardiovasculares, hepatopatías, nefropatías, neuropatías, etc. Diabetes mellitus o hipertensión arterial crónica, no compensadas, asma bronquial descompensada. Trastornos de la coagulación. Alergia a las prostaglandinas.

Dosis y vías de administración: Emplear 25 o 50 µg de misoprostol por vía vaginal ya que es muy efectivo y menos riesgoso. Humedecer la tableta con agua, porque

aumenta las concentraciones sanguíneas del fármaco, administrar una 2^{da} dosis a la 6^{ta} hora, si no se observa igual o mayor que 2 contracciones en 10 minutos.

En caso de RPM Ovulares se sugiere 50 µg la vía oral o 25 µg vía sublingual y administrar una 2^{da} dosis a las 4 o 6 horas si no se observa contracciones uterinas (el promedio esperado es de 10 horas, pues a la primera dosis se incrementa el tono uterino).

Se conoce que en edades tempranas de la gestación la sensibilidad del útero al misoprostol esta disminuida motivo por el que se aumentara la dosis a 50 mg, hasta un máximo de tres (3) dosis en 24 horas. Si no empieza el trabajo de parto reevaluar en la mañana siguiente. El promedio para el parto varía entre 13 y 20 horas

Efectos secundarios y complicaciones: Acontece en menos del 2% los efectos secundarios o adversos, generalmente de corta evolución: náuseas, vómitos, fiebre, escalofríos diarrea, en 8 - 100 minutos aproximadamente.

Hipercontractilidad uterina: Taquisistolia: 6 contracciones en 10 minutos, por 2 periodos o más.

Hipertonía: una contracción que dure 2 o más minutos

Síndrome de hiperestimulación uterina: está definido como taquisistolia con la aparición de alteraciones en la frecuencia cardiaca fetal, iniciar manejo tocolítico con nifedipino oral.

La hipercontractilidad uterina pueden ocasionar: Desprendimiento prematuro de la placenta, inminencia de rotura o rotura uterina, estado fetal no satisfactorio.

Precauciones: la paciente debe internarse en una institución hospitalaria. Monitorizar la frecuencia e intensidad de las contracciones uterinas, frecuencia cardiaca fetal

(cada 30 minutos desde el inicio de las contracciones uterinas) con recurso humano capacitado, medicamentos tocolíticos, sala de operaciones para efectuar una cesárea de urgencia en caso de que no responda al tratamiento. Para aceleración del trabajo de parto de inicio espontáneo; se sugiere utilizar una infusión endovenosa con Oxitocina, usarla después de 6 horas de administrada la última dosis del misoprostol.

Evaluando las condiciones del cuello y de la presentación fetal, se hará un pronóstico del parto e informará a la gestante y familiares.

Se conoce que en la inducción de parto hay mayor incidencia de hipercontractilidad uterina con el uso de misoprostol que con oxitocina pero sin diferencia en el puntaje de Apgar e ingreso a la unidad de cuidados intensivos neonatales. Se presume que hay un efecto directo del misoprostol en el tracto gastrointestinal fetal pues se ha encontrado aumento de meconio en el líquido amniótico.

Se debe referir a una institución hospitalaria de mayor complejidad si se presenta: trabajo de parto estacionario, sufrimiento fetal agudo, inminencia de ruptura uterina, abrupcio placentae, embolia de líquido amniótico, alguna complicación descrita que no haya respondido al tratamiento médico²².

Administrar penicilina G 5.000.000 IV dosis inicial, seguida de 2,5- 3.000.000 unidades IV cada 4 horas desde el inicio hasta el parto, o ampicilina 2 g IV dosis inicial, seguida por 1 g IV cada 4 horas hasta el parto, en pacientes portadoras de Estreptococo grupo B (EGB) excepto cultivos negativos en las 5 semanas previas.

En alergia documentada a la penicilina sin reacciones severas, usar cefazolina 2 g IV, seguida de 1 g IV cada 8 horas. En pacientes con antecedente de anafilaxis,

angioedema, depresión respiratoria o urticaria severa, usar clindamicina 600 mg IV cada 6 horas, previo estudio de sensibilidad; si hay resistencia, vancomicina 1 g IV cada 12 horas hasta el parto.

Amnionitis: Ampicilina 2 gr IV C/6 horas + Gentamicina 5 mg / Kg IV cada 24 h
Cloramfenicol 500 mg c/6 hrs. Si se produce el parto vaginal, cesar antibióticos. Si termina en cesárea continuar hasta 48 horas sin fiebre. Induzca el parto, si el cuello no es favorable: madúrelo con oxitocina o misoprostol.

Controlar al recién nacido y descartar infección: Hemocultivo y administración de antibióticos²⁰

1.3.2.10 Las Complicaciones maternas de la RPM son²: Corioamnionitis, endometriitis, pelviperitonitis, sepsis. Endometriitis, infección de episiorrafia o de pared.

Dentro de las causas de sepsis grave y shock de origen obstétrico tenemos a la corioamnionitis, endometriitis posparto (más frecuente durante la cesárea) aborto séptico, tromboflebitis pélvica séptica, infección de herida de cesárea o de la episiotomía. En la sepsis severa y shock séptico la madre ingresa a la unidad de cuidados intensivos, edema pulmonar, síndrome de dificultad respiratoria, insuficiencia renal aguda hígado de choque, émbolos sépticos a otros órganos , isquemia miocárdica o cerebral coagulación intravascular diseminada, muerte perinatal, parto prematuro, sepsis neonatal, hipoxia perinatal o acidosis muerte fetal o neonatal.

En el feto y recién nacido el síndrome de dificultad respiratoria, es la causa más frecuente de mortalidad perinatal en gestaciones por debajo de las 34 semanas (18%). La infección neonatal se evidencia con neumonía, bronconeumonía, meningitis y/o sepsis. Los gérmenes causantes son Escherichia coli, Klebsiella y Estreptococo grupo B (Streptococcus Agalactiae). También coadyuva la compresión del cordón secundaria al oligoamnios, el desprendimiento prematuro de placenta normoinserta, las distocias de presentación y la propia infección materna y/o fetal, Deformidades ortopédicas: por la “secuencia de oligoamnios” hipoplasia pulmonar, facies típica y posiciones aberrantes de manos y pies, así como piernas curvadas, luxación de cadera y pie equino varo¹²

1.3.2.11 Prevención de la RPM: la prevención está basada en¹⁹:

Detección de factores de riesgo y enseñanza de signos de alarma: En nuestro país son cruciales los retrasos en la atención de la gestante con signos de alarma: falta de reconocimiento de complicaciones del embarazo y señales de peligro, demora en las decisiones para procurar atención y por barreras para acceder a ella, demora en seleccionar y llegar a la institución de salud y la falla en la calidad de atención, aproximadamente el 79,3 % acudiría siempre a un establecimiento de salud en caso de ruptura de bolsa amniotica¹⁹

Incidir en el tratamiento inmediato de infecciones de la vagina y del cuello uterino

Reposo de gestantes con factores de riesgo y evitar tactos vaginales a repetición.

Tratamiento de la incompetencia cervical.

1.3.2.12 Criterios de referencia y contrareferencia²:

En la comunidad: Gestantes mayores de 22 semanas con RPM deben referirse al establecimiento de salud más cercano.

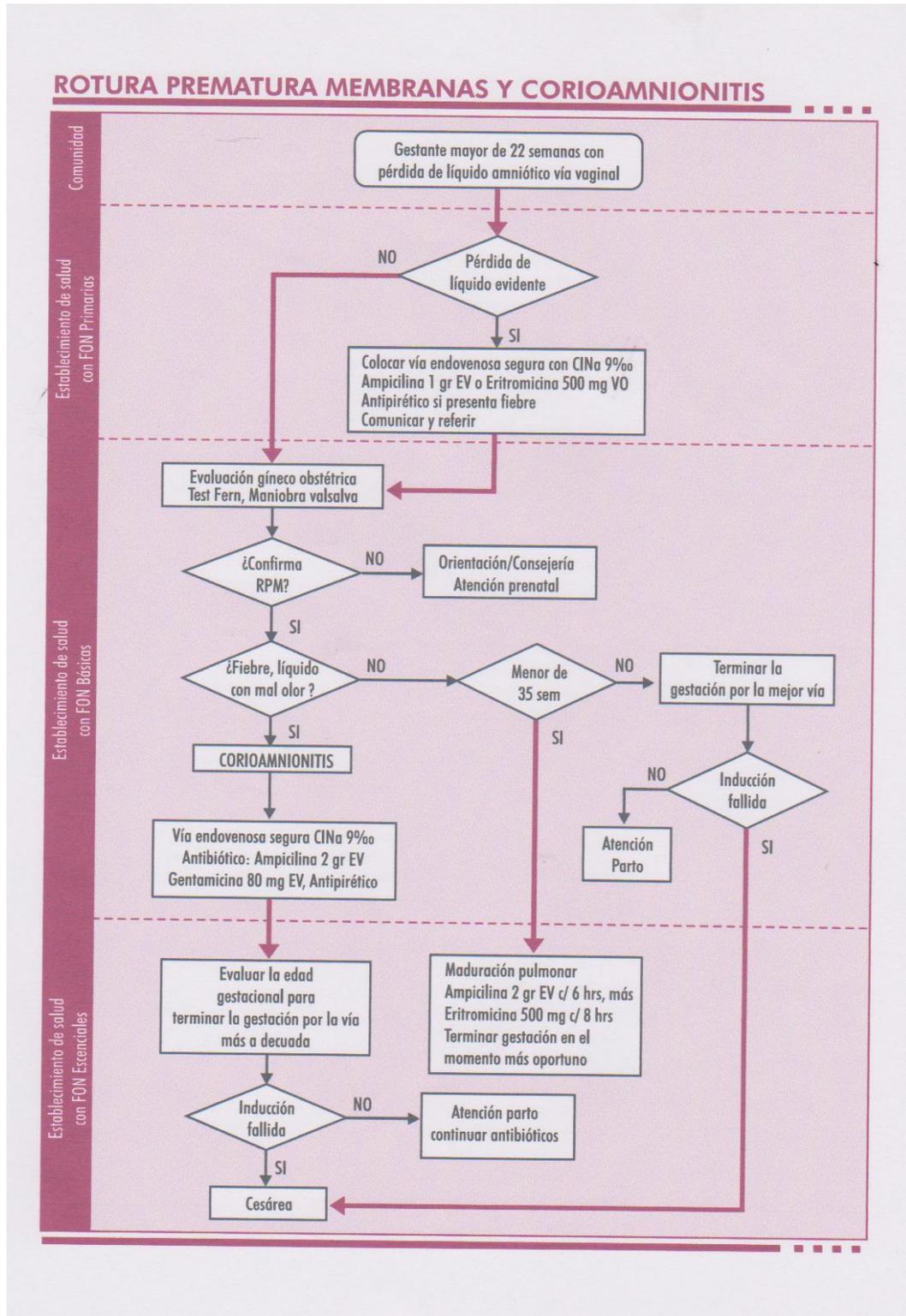
Establecimientos con Funciones Obstétricas y Neonatales Primarias FONP (Categorías I-1, I-2, I-3) Toda gestante que refiera pérdida de líquido y/o fiebre, debe ser referida a un establecimiento con FONB para su evaluación. Iniciar antibióticos si tiene más de 12 horas de RPM.

Establecimientos con Funciones Obstétricas y Neonatales Básicas FONB (Categoría I-4)

Toda gestante pretérmino con evidencia de pérdida de líquido, inducción fallida de gestantes a término con RPM y corioamnionitis con vía EV segura y antibióticos deben ser referidas a un establecimiento con FONE.

La contrareferencia en el documento obligatorio a ser llenado por el profesional de salud que atendió la referencia o el alta se debe efectuar una vez culminado la atención de la paciente, para el seguimiento del nivel correspondiente y dar la continuidad de su atención, se considera oportuna cuando llega dentro de los primeros 7 días de emitida¹⁸.

1.3.2.13. Flujograma de atención²



1.3.3. BASES TEÓRICAS DE LA CESÁREA²⁰

1.3.3.1. Definición: Es el nacimiento de un feto mayor de 22 semanas por medio de una incisión en la pared abdominal y en la pared uterina cuando hay contraindicaciones de la vía vaginal, disminuyendo riesgos y complicaciones en la madre y feto.

1.3.3.2. Incidencia: En el Perú la frecuencia de la cesárea en el 2016 fue de 31.6%¹

1.3.3.3. Objetivo: Realizar el parto quirúrgico ante la imposibilidad o riesgo de que se produzca por vía vaginal

1.3.3.4 Clasificación: Cesárea Electiva: Indicada en el control prenatal y se programa en las mejores condiciones.
Cesárea de Emergencia: se decide de manera imprevista por una patología de aparición súbita que obliga a terminar el embarazo en la brevedad posible, pero cumpliendo los requisitos para la intervención quirúrgica²⁰

1.3.3.5. Causas: Barriga MA et al¹¹ en su estudio consideraron 488 casos, dentro de los cuales hallaron que en primer lugar estuvo el diagnóstico de cesárea anterior con 26,43%, el segundo y tercero fueron el estado fetal insatisfactorio y trastornos hipertensivos del embarazo (en Colombia es primera causa de muerte materna), con 15,57% cada uno, le siguen la detención secundaria de la dilatación y el descenso 5,53% y la RPM con 4,47% y otros. Estos dos últimos componen patologías de gran impacto social que coincide con la situación socioeconómica de las gestantes que son atendidas en el Instituto Materno Infantil, y que exigen instituir políticas públicas que permitan rebajar su incidencia y mejorar los resultados de gestantes y de neonatos¹¹.

Ruiz-Sánchez J, et al²⁴ señalan dentro de sus conclusiones que es imperativo determinar reglas para la indicación de una cesárea y especificar los beneficios y riesgos que permitan tener un sustento vasto que fundamente su indicación como primera elección.

Desde Chil IN slide share, Schnapp C et al²⁵, mencionan que el ingreso a la maternidad en etapas precoces del trabajo de parto y el aumento de inducciones han sido asociadas a mayor tasa de cesáreas, al punto que la “Falta de Progreso del Trabajo de Parto” ha pasado a ser el origen del mayor número de estas intervenciones. Como sabemos el uso de anestésicos, las contingencias propias de la técnica quirúrgica y los relacionados con el futuro reproductivo por el acrecentamiento de acretismo placentario y otros, incrementan los riesgos madre niño²⁵.

En Argentina, en el estudio cualitativo encontraron que no cuentan con obstétricas y anestesiólogo a tiempo el 30 y 33 % respectivamente. El 30 % de médicos considera que el tiempo que se dedica a la atención del trabajo de parto hace preferir la cesárea y el 50 % que la solicitud materna es causa de cesárea, asimismo las demandas judiciales son generalmente en atenciones de partos vía vaginal y resultan favorables a médicos existe estrés y gastos económicos. Los médicos aceptaron ser contribuyentes al incremento de cesáreas por condicionamientos del entorno médico, sanitario y social y parece ser que es una respuesta adaptativa, es necesario estudiar también a los demás actores antes de diseñar políticas²⁶.

Patiño G¹⁵ en su estudio concluye que los factores maternos que incidieron más en la indicación de cesárea fueron las cesáreas anteriores en pacientes mayores de 25 años, con una gestación previa y más de seis controles prenatales (ver siguiente tabla)

Diagnóstico de las cesáreas en Hospitales de Tumbes, 2011¹⁵

Causa de cesárea	Hospital MINS A %	Hospital ESSALUD %
Cesárea anterior	20,0	20
Cesárea anterior + Enfermedad hipertensiva embarazo	13,3	
Estrechez pélvica + cesareada anterior	13,3	
Macrosomía fetal	13.3	
Presentación alta		20
Ruptura Prematura de Membranas		10
Presentación podálica	6,7	
Trabajo de parto disfuncional	6,7	
Distocia de presentación	6,7	
Estrechez pélvica	6,7	10
Cesarea anterior + Presentación alta	6,7	

Cuadro de elaboración propia

Muñoz-Aznarán G. et al¹⁷ encontraron en su investigación que el Bishop era factor de riesgo de una cesárea, pues colocando inducción con oxitocina al 1% las gestantes

que tenían un puntuación Bishop favorable tenían más factibilidad de terminar en parto vaginal, que las que tenían calificación de Bishop bajo.

Ruiz-Sanchez J. et al²³ dice que se ha propuesto que la relación médico paciente tiene que ver con el incremento de cesáreas así como razones económicas o de comodidad pues se ve el incremento en las instituciones privadas.

En nuestro país en la ENDES del año 2016¹, se registró que el 59,0% de cesáreas se efectuaron a gestantes del quintil superior, el 49,9% de ellas tenía educación superior por otro lado el 10,9% y 9,9% correspondió a las madres sin educación y ubicadas en el quintil inferior de riqueza respectivamente ². Esto nos hace pensar que existe mayor accesibilidad a dicha operación o que se está incrementando a pedido de las pacientes, respecto a esto Vásquez JC²⁶ expone, la cesárea no debería ser elección de la gestante, pues esto desnaturaliza el propósito de la misma. Si a pesar de ello lo fuera esta participación será con una comunicación veraz acerca de los beneficios y riesgos de esta cirugía, y asegurar de esta manera que su decisión sea ecuánime y confirme la búsqueda de mayor salud de ella y el recién nacido²⁶.

1.3.3.6. Indicaciones²⁰:

Absolutas: Cesárea iterativa o anterior con periodo intergenésico corto. Cirugía uterina previa y antecedente de plastia vaginal. Presentación distócica Desprendimiento prematuro de placenta. Placenta previa centro total. Macrosomía fetal. Incompatibilidad céfalo pélvica. Estrechez pélvica Situación transversa. Prolapso de cordón umbilical. Sufrimiento fetal. Infección por VIH. Infección por herpes activa. Tumores obstructivos benignos y malignos

Relativas: Distocia del trabajo de parto, embarazo múltiple (tres o más fetos), pélvis asimétrica Psicosis, retardo mental, trastorno de conciencia Trastornos hiperetensivos en el embarazo. Insuficiencia cardio –respiratoria. Papiloma virus humano. Miopía>6 dioptrías, previo desprendimiento de retina.

1.3.3.7. Contraindicaciones: No tiene contraindicación establecida

1.3.3.8. Procedimiento²⁰: Requisitos: Consentimiento Informado.

En caso de cesárea electiva. Historia Clínica completa Nota preoperatorio

Exámenes preoperatorios: Hemograma, hemoglobina o hematocrito, grupo y factor Rh, perfil de coagulación, tiempo de coagulación, tiempo de sangría, recuento de plaquetas, glicemia, urea, creatinina, VIH, RPR y sedimento de orina. Electrocardiograma Descarte de hepatitis b en zonas endémicas.

En cesárea de Emergencia: Nota de ingreso o nota preoperatorio de piso. Los mismos exámenes pre operatorio indicados anteriormente excepto el sedimento urinario.

Preparación previa. Consejería psicológica. Evaluación y medicación por anestesiólogo. Ayuno de horas, no portar alhajas ni dentadura postiza, limpieza de maquillaje de manos y uñas. Bañarla, sujetar el cabello, vestir con bata. Recortar vello en el área operatoria con tijera. En la cesárea programada vendas que compriman las extremidades inferiores para prevenir trombo embolia:

Es importante la aclimatación del quirófano para realizar el contacto piel con piel inmediato, la compañía del familiar, música elegida, luces tenues inmediatamente antes de la salida del bebé, extraer despacio al bebé, mutismo del personal de salud,

para que la voz de la madre sea la primera que el bebé escuche, el corte del cordón umbilical después de 2 minutos o cuando no se perciba su latido⁸.

Técnicas Quirúrgicas:

- 1- Corporal o clásica.
- 2- Extraperitoneal.
- 3- Segmento corporal.
- 4- Cesárea Segmentaría Transversa²⁰: La que desarrollaremos por ser la más utilizada por sus ventajas múltiples. Asepsia y antisepsia de región abdominal. Bloqueo epidural (la más usada por sus ventajas) Colocación de campos estériles, incisión transversa de la pared abdominal 2 dedos por encima de la sínfisis púbica (Plannenstiel).

Después de la incisión en piel con curvatura anatómica y de una longitud aproximada de 15 cm, realizar la apertura por planos hasta ingresar a cavidad abdominal, ahí palpar el útero o restaurar la dextrorrotación. Incidir el peritoneo en la reflexión vesico uterina y disecar digitalmente, dejando un amplio campo para permitir la apertura del útero. En el segmento uterino en sentido transversal hacer una incisión de 2cm aproximadamente, con el bisturí sin tocar a las membranas y feto. Luego, ampliar la incisión, con tijeras en forma lateral y luego levemente hacia arriba. Usar los dos índices si el segmento es delgado. A continuación introducir la mano en la cavidad uterina, levantar levemente la cabeza fetal, hasta que el occipucio se encuentre en la incisión, el segundo cirujano presiona el fondo uterino, extrayendo la cabeza y los hombros, finalizando con el resto del cuerpo. Aplicar oxitócicos, extraer la placenta y limpiar cavidad uterina²⁰.

Se recomienda realizar clampeo tardío de cordón umbilical y para retirar la placenta no extraerla en forma manual sino traccionarla por el cordón y así disminuir el índice de endometritis. La histerorrafia se ejecuta con sutura continua con catgut crómico 1 o ácido poliglicólico 1 en un plano, el punto inicial lateral se inicia en el ángulo de la histerotomía; si persisten puntos sangrantes o la aproximación no es satisfactoria, puede colocarse otra capa de sutura. Luego con sutura continua catgut crómico 2/0 aproximar los bordes de la serosa del útero y la vejiga. La Guía clínica del Ecuador recomienda que ni el peritoneo visceral ni el parietal se deba suturar porque esto mejora la satisfacción materna, reduce el tiempo quirúrgico y la necesidad de analgesia postoperatoria⁸. La exteriorización del útero no se recomienda, ya que se asocia con más dolor y no mejora la hemorragia y la infección. Limpiar pliegues y correderas parietocólicas de sangre y líquido amniótico. Realizar recuento de gasas. Cerrar peritoneo parietal con catgut crómico 2/0.²⁰

En la Guía del Hospital María Auxiliadora encontramos que el peritoneo visceral y parietal pueden dejarse sin sutura o si lo realizan suturan con catgut cromado o Vycril 2-0, punto corrido no cruzado²². Afrontar plano muscular con con catgut crómico 2/0 puntos interrumpidos. Afrontar la aponeurosis en sutura continua con ácido poliglicólico. Usar sutura subdèrmica en piel y si hay riesgo de infección puntos separados. Pos clampaje de cordón cefazolina 1 gramo endovenoso u otro antibiótico de amplio espectro.

Pasar a sala de recuperación por 4 horas, vigilando funciones vitales, sangrado vaginal, contracción uterina cada 15 minutos. Fluidoterapia, oxitócicos y analgésicos: Ketorolaco 60 mg intramuscular cada 8 horas. Si existe perfusión renal disminuida

(Preeclampsia severa, Sepsis y post hemorragia): no usar pirazolonas ni antiinflamatorios esteroideos. Si se tiene bomba de infusión se puede usar diluido en 100 cc de ClNa al 9% Fentanilo 50 mg con goteo de 5 cc/hora. Movilizar a la paciente en forma precoz.²⁰

El reporte operatorio deberá contener: la fecha y hora de inicio y termino, el nombre de los cirujanos, asistentes, anestesiólogo, instrumentista y circulante, el diagnóstico pre y post operatorio, el tipo de anestesia, la duración de la cesárea, procedimiento, hallazgos, condición del recién nacido, incidentes, estimación del sangrado, estado de la puérpera al salir de sala de operaciones.²⁰

1.3.3.9. Complicaciones intraoperatorias: Daños en órganos circundantes, hemorragia por atonía uterina o desgarros del segmento que comprometa vasos uterinos, embolia de líquido amniótico, que puede llevar a paro cardiorrespiratorio y muerte materna. Lesión o muerte fetal.

Complicaciones anestésicas- Problemas peridurales o nervios

-Respiratorias: apnea, edema laríngeo, bronco aspiración, paro respiratorio y otros.

-Cardiovasculares: arritmias, hipertensión, paro cardíaco y otros.

-En el feto traumatismos, bronco aspiración, depresión respiratoria.

Complicaciones postoperatorias inmediatas: Atelectasias, neumonía, tromboembolismo pulmonar, trombosis venosa profunda, tromboflebitis, infección urinaria, infecciones del útero, peritonitis, dehiscencia de histerorrafia, evisceración, hematomas, absceso de herida quirúrgica, anemia, meningitis y cefalea postpunción. Taquipnea transitoria del recién nacido.

Complicaciones postoperatorias tardías: Dolor pélvico, adherencias, acretismo, placenta previa, ruptura uterina, endometriosis de la herida quirúrgica, hernia incisional, queloides, fístulas vésico-vaginales, vésico-uterinas y otras²⁴

Se debe favorecer el inicio de la lactancia materna inmediatamente para disminuir las probabilidades de no comenzar la lactancia materna en las primeras horas después del nacimiento. Las mujeres que no tienen complicaciones después de la cesárea pueden comer y beber según sus necesidades. La estancia hospitalaria es de 3 días como promedio. El alta temprana y el seguimiento en el hogar no están asociados con más reingresos al hospital de la madre o recién nacido. Para el dolor leve, se indicara el paracetamol, para el moderado, paracetamol, codeína y para el dolor severo, se usara paracetamol, codeína ó ibuprofeno⁸

1.3.4 Circular de Cordón²⁷: Se presenta en 25 a 30% de los nacimientos, enrollado en cuello, tronco y miembros fetales Las causas son el incremento de líquido amniótico, el movimiento excesivo del feto y la longitud larga anormal del cordón. Sedano C²⁷ en su estudio concluye que en el Hospital Departamental de Huancavelica del 100% de gestantes atendidas solo el 30% son sometidas a test estresante y de ellas solo el 20% fue diagnosticado como circular de cordón umbilical. También del 100% de pacientes con el diagnostico circular de cordón umbilical el 50% coincidió su diagnóstico con la ecografía y un 67% fue corroborada por el parto. Existe significancia en el valor predictivo del test estresante para el diagnóstico de circular de cordón umbilical; para el valor (+) de 99% y para el valor (-) de 1%.

Mercado M²⁸ refiere que cuando existen: anoxia fetal sin causa aparente, presentación alta, desprendimiento prematuro de placenta o dolor uterino localizado se debe pensar en un posible cordón demasiado corto. Asimismo en su capítulo de Distocias nos dice que las circulares del cordón ocasionan desaceleraciones variables percibidas en el monitor fetal y a través de la ecografía se confirma al contemplar el cordón rodeando la nuca fetal, encajamiento o existe sufrimiento fetal, el tratamiento es la intervención cesárea. Cuando no hay encajamiento se puede producir sufrimiento fetal agudo en el período expulsivo entonces se debe concluir el parto usando fórceps o espátulas²⁸.

La ecografía Doppler detecta el circular de cordón con un 85% a 95% de sensibilidad y 87% al 92% de especificidad¹²

CAPITULO II

2.1. CASO CLÍNICO

2.1.1 INTRODUCCIÓN

La RPM es la ruptura de las membranas amnióticas antes de que haya empezado el trabajo de parto, el diagnóstico de la salida de líquido amniótico está dado por su visualización y olor característico, usando un espéculo esterilizado. Su prevención es básica para disminuir la morbimortalidad generada, especialmente si es pre término. La corioamnionitis ante una ruptura prolongada de membranas obliga a tomar el manejo personalizado de las gestantes.

La presentación de este caso clínico propicia explorar las necesidades de la promoción de la salud en las mujeres en edad fértil y gestantes, el manejo de la ruptura de membranas con maduración del cérvix uterino y la gestión hospitalaria para la reducción de las cesáreas

La literatura presentada cuestiona en cierto sentido el uso de la cesárea a favor del uso de la maduración del cuello y luego la inducción, pues no solamente constituye mayor riesgo para la madre y el recién nacido si no que el futuro reproductivo también se verá alterado. En la elección de la vía del parto existen diferentes factores

que conllevan a la elección de dicha operación, también es cierto que a la luz de la “experiencia” se saltan etapas para llevar a cabo dicho manejo quirúrgico.

La educación de la paciente para acudir a la emergencia ante un signo de alarma, el control prenatal, el plan de parto, la visita domiciliaria a veces no es suficiente para disminuir la demora en acudir al establecimiento de salud, como ha sucedido en este caso, los factores socioeconómicos también inciden, por lo que se debe alentar la participación comunitaria.

La RPM es una complicación obstétrica que puede incrementar el riesgo de la salud materna fetal, en el presente caso la salud materna fetal se conservó al optar por una cesárea, pero es trascendental estimular a la discusión para ver si existió también la posibilidad de un segundo manejo para lograr la vía vaginal y a la luz de la evidencia proponer medidas que pueden implementarse para un correcto manejo de cada caso.

2.1.2 OBJETIVO

Identificar los factores de riesgo, prevención y tratamiento de la Ruptura de Membranas en un hospital de nivel III.

2.1.3 NOMBRE DEL CASO CLÍNICO

Ruptura prematura de membranas en primigesta con embarazo a término e indicación de cesárea en un Hospital de III nivel 2017

2.1.4 HISTORIA CLÍNICA

A) ANAMNESIS

FECHA: El 25 de Abril 2017 a las 15.20.

a. DATOS DE FILIACIÓN : X

Nombre del establecimiento : HOSPITAL NACIONAL
MINSA
Categoría del establecimiento : III Nivel de atención
Nombres y apellidos del paciente : NN
Lugar de nacimiento : Lima
Fecha de nacimiento : X
Edad : 21 años
Sexo : Femenino
Domicilio actual : Lima
Domicilio de Procedencia : Lima
Estado civil : Conviviente
Grado de instrucción : Secundaria incompleta
Ocupación : Ama de casa
Nombre de la persona acompañante : X
Domicilio de la persona acompañante : Lima
Parentesco de la persona acompañante : Madre

a. **TITULO DEL CASO CLÍNICO :**

“La Ruptura Prolongada de Membranas en Primípara con Embarazo a Término e Indicación de Cesárea en un Hospital III Nivel Lima-2017”

El 25 de Abril 2017 a las 15.20 ingresa paciente con motivo de atención por pérdida de líquido de más o menos 12 horas, acude a emergencia por presentar dolor en región abdominal con irradiación hacia la zona lumbar de intensidad 6/10, no

sangrado, pérdida de líquido mucoso, no náuseas, no vómitos. Alergias y antecedentes de importancia: niega. Método anticonceptivo: niega

Fecha probable de parto: 06/04/17 Fecha de última regla: 02/08/16

Edad gestacional 38 semanas 3/7 por ecografía I trimestre G1 P0000

Funciones Vitales PA: 100/70 FC: 80 por minuto T: 36.7°C FR: 20 por minuto SPO2 98 %, Glasgow: 18. Al examen: Aparente regular estado general (AREG). Lúcida, orientada en tiempo, espacio, persona (LOTEP). Piel normal hidratada, Cardiovascular: ruidos cardiacos no soplos. Tórax: murmullo vesicular pasa bien, no ruidos agregados.

Abdomen; AU: 32 cm latidos cardiacos fetales: 135-142 por minuto, longitudinal cefálico derecha. Tacto vaginal: cérvix dehiscente 1 dedo, altura de presentación: -2 membranas ovulares planas, pelvis: ginecoide.

Especuloscopia se visualiza abundante líquido amniótico orificio externo cervical claro.

DX: Primigesta 38 semanas 3/7 por ecografía del I trimestre.

Pródromos de trabajo de parto. RPM de más o menos 12 horas.

Plan: Monitoreo por 20 m. Pasar a Observación Revaluación con resultados.

Vía endovenosa con Dextrosa al 5% 1000 cc a chorro luego 60 gotas por minuto. Interno X - Ginecoobstetra X

15.30 Paciente mujer de 21 años acude a emergencia por presentar dolor en región abdominal tipo contracciones, no sangrado por vagina, no pérdida de líquido amniótico, percibe poco movimiento de su bebe.

Al examen: piel normal hidratada, mamas blandas no secretantes. Abdomen; aumentado de tamaño por feto único AU: 32 cm latidos cardiacos fetales: 126 por minuto, Movimientos fetales ++, Dinámica uterina 1/10 minutos, duración 15", intensidad: +.Tacto vaginal: cérvix dehiscente 1 dedo, altura de presentación: -2 membranas: planas pelvis: ginecoide. Miembros inferiores: no edema

DX: Primigesta 38 semanas 3/7 por ecografía del I trimestre Prodromos de parto RPM de más o menos 12 horas.

Se coloca vía permeable cloruro de sodio 9 por mil, se hidrata con dextrosa 5 por mil 500 cc a chorro por indicación del Dr. X, continua con monitor permanente. Se adjunta resultado de laboratorio en historia clínica.

17.06 h Revaluación: Paciente refiere contracciones uterinas cada 10 m. percibe movimientos fetales, niega signos y síntomas de alarma Al examen: A.U.:32cm, Latidos cardiacos fetales: 140-146 latidos por minuto, Movimientos fetales ++, Dinámica uterina: 1/10,+20 segundos. Tacto vaginal cérvix posterior permeable 1 dedo altura de presentación:-2, membranas planas, pelvis ginecoide.

Diagnóstico: Primigesta 38 semanas 3/7 por ecografía del I trimestre. Z359

Prodromos de trabajo de parto.

Ruptura prematura de membranas alta de más o menos 14 horas. O42

Circular simple de Cordón. O36

Anemia Leve O99

Plan: se hospitaliza en ARO

Rp. Dieta Blanda más líquidos a voluntad (LAV).

Cloruro de sodio 9 por mil cc. Vía periférica.

Cefazolina 1 gr. Endovenoso cada 6 horas.

Control obstétrico. Control de funciones vitales y pérdidas vaginales

Médico cirujano-gineco obstetra X

17.30 h Se administra cefazolina 1 gr. Endovenoso por indicación del Dr.X. Latidos cardiacos fetales: 147 por minuto. Movimientos fetales ++, Dinámica uterina esporádicas. Tacto vaginal cérvix central altura de presentación -3 membranas rotas (liquido claro) hematocrito facturado. NST. CST. Ecografía. Riesgo quirúrgico

17.44 Anamnesis directa: ocupación: ama de casa. Conviviente. Año de instrucción 1° de secundaria. Antecedentes socioeconómicos: vivienda de madera, agua potable de cisterna, sin energía eléctrica.

Antecedentes familiares: Niega. Antecedentes Patológicos: Niega.

Ginecoobstetricos: Menarquia: 13 años régimen catamenial 2/30. PAP: Negativo

No métodos anticonceptivos

Fecha probable de parto: 06/04/17 Fecha de última regla 28/07/16 dudas: si

Edad gestacional 38 semanas 3/7 por ecografía I trimestre. G1 P0000

Funciones Vitales PA: 100/70 FC: 80 por minuto T: 36.7°C FR: 20 por minuto

Control prenatal (9) en centro de salud y materno infantil. Vacuna antitetánica 1 dosis

Datos extraídos de la Ficha de CPN: Hemoglobina: 11.5 gr. Glucosa: normal RPR: negativo PRVIH: no reactivo, examen completo de orina: normal (20 diciembre 2016). En la repetición de análisis: Hemoglobina: 11.5 gr, resto (-) (8 marzo 2017).

Peso inicial: 53 kilos ecografía (15 09 2016) 6.5 semanas. No violencia de género

Funciones Vitales: PA: 100/70 FC: 80 por minuto T: 36.7°C FR: 18 por minuto

Peso 63k talla 1.49cm SPO2 98% Glasgow: 18.

Al examen: AREG.LOTEP, piel normal hidratada, llenado capilar c 2 m Corazón: ruidos cardiacos regulares, no soplos. Pulmones: no estertores, mamas blandas. Abdomen; ocupado por útero grávido. AU: 32 cm latidos cardiacos fetales: 140-149 por minuto, Movimientos fetales ++, Dinámica uterina 1/10-20 minutos, duración 15", intensidad: +.Genitales externos: perdida líquido amniótico, dilatación permeable 1 dedo. Incorporación: 50% .Altura de Presentación :-2

Tacto vaginal: cérvix dehiscente 1 dedo, altura de presentación: -2 membranas: planas pelvis: ginecoide pelvis ósea; promontorio no se toca, sacro cóncavo, espinas ciáticas romas, ángulo su púbico 90° diámetro isquiático 8 o más cm

Especuloscopia: se evidencia pérdida de líquido amniótico por OCE

Imp. Diagnostica: Primigesta 38 semanas 3/7 por ecografía del I trimestre. Anemia Leve. Prodromos de trabajo de parto. RPM de más o menos 14 horas. Circular simple de Cordón. Plan: se hospitaliza en ARO

Rp. Dieta Blanda más líquidos a voluntad. Cloruro de sodio 9 por mil cc. Vía periférica. Cefazolina 1 gramo Endovenoso c/6 h. Control de: dinámica uterina, F. cardiaca fetal, funciones vitales y pérdidas vaginales. Reposo relativo, tacto vaginal restringido, se hospitaliza en ARO. Médico cirujano-gineco obstetra X

19.00 Emergencia Presión Arterial: 100/65 Temperatura: 37°C Pulso: 89 l. por minuto Se encuentra hospitalizada a paciente de 21 años se encuentra con vía permeable en hospitalización por pasar dextrosa al 5% por 1000cc, por pasar 300 cc. Al examen: Abdomen ocupado por útero grávido, AU: 32 cm, latidos cardiacos fetales: 150-155 por minuto, SPP: longitudinal cefálica derecha Movimientos fetales ++, Dinámica uterina 1/10 minutos, duración 20", intensidad ++.

DX: Primigesta 38 semanas 3/7 por ecografía del I trimestre Prodromos de trabajo de parto RPM de más o menos 16 horas. Dr. Xx

19.10 Latidos cardiacos fetales: 140-147 por minuto. Movimientos fetales ++, Dinámica uterina 2/10 minutos, duración 20", intensidad ++.

19.20 Latidos cardiacos fetales: 138-143 por minuto. Movimientos fetales ++, Dinámica uterina 2/10 minutos, duración 20", intensidad ++.

19.30 Latidos cardiacos fetales: 142-149 por minuto. Movimientos fetales ++, Dinámica uterina 2/10 minutos, duración 20", intensidad ++.

Genitales externos tacto vaginal cuello largo sin cambios. Se hospitaliza en Alto Riesgo Obstétrico por indicación médica. Ordenes facturadas, RPR, Ecografía obstétrica, CST, NST y cardiología

20.00 Gestante a término de RPM de 14 horas percibe movimientos fetales

Al examen: Altura uterina 32 cm, latidos cardiacos fetales 140-145 por minuto. Movimientos fetales ++ Feto en longitudinal cefálica derecha.

Tacto vaginal dehiscente 1 dedo ap: -4, líquido amniótico claro, pelvis ginecoide.

Dg. G1 38 semanas. Prodromos de Trabajo de parto. RPM de más o menos 15 horas. Circular simple de cordón.

Rp: Se programa para cesárea. Nada por vía oral. Cloruro de sodio 9%0 1000cc. Control obstétrico Control de funciones vitales

20.20 Dr. 3x evalúa a paciente, realiza tacto vaginal indica preparar para cesárea. Tacto vaginal: cérvix dehiscente 1 dedo, altura de presentación -2 membranas planas pelvis ginecoide.

22.30 Latidos cardiacos fetales: 150-155 por minuto. Movimientos fetales ++, Dinámica uterina. 1/10 minutos, duración 15", intensidad +. Obstetra X

22.35 Se coloca sonda Foley con bolsa colectora, en espera de sala de operaciones.

22.45 Paciente pasa a sala de operaciones con medicinas.

BALANCE HIDRICO

	25-04-2017	HORA	7.0-19.00	19.00-7.	TOTAL	B.H. -683.3
INGRESOS	ORAL			0	0	324.95
	PARENTERAL			200	200	
	AGUA METABOLICA		0.3 * 7 *	59.5	124.95	
EGRESOS	ORINA			500+300	800	1,008.25 OBSTETRA xx
	VOMITOS					
	SIALORREA					
	HECES					
	PERD.INSENSIBLES		0.5 * 7 *	59.5	208.25	
	DRENAJE					

25-04-2017 17.29 EMERGENCIA Patología posible: Hipocromía G.S.“O” RH: +

ERI	4.02	10 ⁶ /mm ³
Hb	10.7	g/dL
Hct	34.5	%
VCM	86	μm ³
HCM	26.7	10 ³ /mm ³
CHCM	31.1	g/dL
IDEcv	11.3	%
IDEsd	35	L μm ³
PLA	282	10 ³ /mm ³
VPM	8.7	μm ³

PCT 0.246

IDP 15.0 %G

LEU	8.3	10 ³ /mm ³	FORMULA MANUAL
	%	#	BANDAS 0.2
NEU	75.7	6.25	74
LIN	20.1	1.66	20

MON	3.4	0.28	0.2
EOS	0.8	0.07	0.1
BAS	0.0	0.00	0.0

25-04-2017 REPORTE DE PACIENTE SERVICIO DE PATOLOGIA CLINICA
 AREA DE BIOQUIMICA-EMERGENCIA

ANALISIS	METODO	RESULTADO
UREA	UV	17 mg/dL
CREATININA	JAFFE	0.62 mg/dL
GLUCOSA	GOD-POD	273 mg/dL

ORINA: COLOR AMARILLO

ASPECTO TRANSPARENTE

LEUCOCITOS 0-1 POR C.

CEL.EPITELIALES ESCASAS

GERMENES ALGUNOS

26-04-2017 HEMATOCRITO: 32 %

25-04-2017 HOJA DE INTERCONSULTA

**SERVICIO DE GINECOOBSTETRICIA A: SERVICIO/ESPECIALIDAD
CARDIOLOGIA**

RESUMEN DE LA ENFERMEDAD ACTUAL: PACIENTE EN PRÓDROMOS
DE TRABAJO DE PARTO, PERDIDA DE LÍQUIDO.

MOTIVO DE LA INTERCONSULTA: EKG + RIESGO QUIRURGICO

DIAGNOSTICO PRESUNTIVO:

1. PRIMIGESTA DE 38 SEMANAS POR ECOGRAFIA DEL 1°TRIMESTRE
2. PRODROMOS DE TRABAJO DE PARTO
3. RPM MAS O MENOS DE 14 HORAS
4. CIRCULAR SIMPLE DE CORDON UMBILICAL

INFORME DE LA INTERCONSULTA 25-04-2017 HORA: 22.00

Descripción de Hallazgos: mujer de 21 años P.A. 120/80 mm Hg FC:
64 por m. Tc: 6` Ts: 2`

Antecedentes: DM (-) RAM (-) HTB (-) DG (-) PNEU (-)

DIAGNOSTICO: T y P MV pasa AHT no estertores C V RCR y no
soplos ECG RS FC 4 por m

Tratamiento y recomendaciones: Riesgo Quirúrgico II/IV

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PROCEDIMIENTOS
ANESTESICOS EN EL HOSPITAL**

Yo.....de 21 años de edad
identificada con DNI N°.....con H C N°.....

1. Declaro que el médico anesthesiólogo me ha explicado que por mi dg de primigesta de 38 semanas, rpm más o menos de 12 horas es conveniente realizar en mi persona un procedimiento anestésico de Anestesia Raquídea y está acorde con mis condiciones clínicas.
2. Entiendo que aun usando la técnica adecuada y en forma correcta pueden surgir consecuencias no deseables: los riesgos reales de todo procedimiento anestésico que son: nauseas vómitos y los riesgos potenciales paro cardiaco.
3. El médico me ha explicado que pueden surgir imprevistos los cuales se resuelven mayoritariamente con tratamiento médico, pero se puede necesitar una técnica adicional, existiendo siempre el riesgo de mortalidad.
4. Manifiesto he comprendido las explicaciones realizadas por el medico anesthesiólogo las cuales han sido hechas en un lenguaje claro, sencillo, aclarando todas las dudas planteadas procedo a firmar el presente consentimiento para que se realice en mi persona el procedimiento anestésico propuesto. Consto que en cualquier instante puedo anular el consentimiento que ahora firmo. XX

Hoja operatoria

DIAGNOSTICO PRE OPERATORIO GESTANTE DE 38 S. RPM PROLONGADA		DIAGNOSTICO POST-OPERATORIO :LOS MISMOS	
OPERACIÓN INDICADA CESAREA t p		OPERACIÓN REALIZADA LA INDICADA	
TIEMPO OPERATORIO 30 MINUTOS		RIESGO QUIRURGICO GRADO II	
CIRUJANO DR. XXXXX		PRIMER AYUDANTE SEGUNDO AYUDANTE MEDICO RESIDENTE II RESIDENTE I	
ANESTESIOLOGO DR. XXXXXX		TIPO DE ANESTESIA Electiva	INSTRUMENTISTA Interno de medicina XX
ENFERMERA DE SALA		PERSONAL CIRCULANTE	TIPO DE OPERACIÓN DE MEDIANA
SOLICITUD DE EXAMEN ANATOMOPATOLOGICO no		CUENTA DE GASAS completas	TIPO DE INVESTIGACIÓN A b c
<p>Posición del paciente: DDU</p> <p>Procedimientos y hallazgos</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Desinfección y colocación de campos estériles 2. Incisión en piel tipo pfanestil. Apertura de pared por planos 3. Histerotomía segmentaria transversa 4. Extracción de recién nacido en cefálico 5. Extracción manual de placenta 6. Histerorrafia en planos. Revisión de hemostasia 7. Pasa a URPP <p>Hallazgos: Recién N vivo Líquido amniótico ausente. Sangrado total 400cc XX</p>			

EVALUACION DE ENFERMERIA POSTANESTESICA

26 Abril 2017 HORA DE INGRESO 23.50

DG PREOPERATORIO PRIMIGESTA DE 38 SEMANAS RPM DE 14 HORAS

INTERVENCION QUIRURGICA REALIZADA: CESAREA

CIRUJANO: DR.XXX ANESTESIOLOGO: DRXXXX

TIPO DE ANESTESIA: EPIDURAL

EVALUACION AL INGRESO A LA UNIDAD

ENFERMERA; XX ANTECEDENTES: NO SIDA, NO ANTICOAGUL.NO ASMA

ALDRETE	CONTROLES VITALES EN LA URPA
----------------	-------------------------------------

PARAMETROS	0	1	2	Hora	PA	FC	FR	SpO2	Enfermera
Conciencia			x	23.50	108/64	84	20	96	
Respiración			x	00.05	112/72	80	19	95	
Actividad Musc.		x		00.20	113/83	79	20	97	
Circulación			x	00.40	106/71	82	19	96	
SpO2			x	01.00	108/70	84	20	95	
TOTAL	9			01.20	112/75	80	19	95	
APOYO VENTILATORIO: NO REQUIERE FLUIDOS: CLNa9 % CATETERISMO: C.V.PERIFERICO VIA AEREA: TUBO OROFARINGEO SIGNOS/SINTOMAS: NINGUNO				01.40	113/79	81	19	96	
				02.00	113/83	82	20	95	
				02.15	105/70	78	19	95	
				02.30	108/68	80	20	95	
				02.45	106/73	80	20	94	
				03.00	99/67	79	20	96	
				03.15	100/67	76	19	96	
				03.30	105/70	78	19	96	

BALANCE HIDRICO DE EVALUACION POSTANESTESICA

INGRESOS				EGRESOS			
TURNOS	M	T	N	TURNOS	M	T	N
Cl Na 9%			400 cc	Diuresis			500 cc
Medicinas			100 cc	Sangrado vg.			30
TOTAL			500 cc				530
BALANCE HIDRICO -30 cc							

HORA	TERAPEUTICA	NOTAS DE ENFERMERIA	E	
02.00	Metamizol 2 gr Dexametasona 4 mg Ranitidina 50 mg Cefazolina 1 gr Ketoprofeno 100 mg Cl Na 9% 1000 cc Oxitocina 20 UI Metamizol 2 gr.	sala de operacio XXX gotas *m.	Paciente poi de cesárea ingresa a URPA, bajo efectos de anestesia epidural despierta, ventila espontáneamente c/UPP en ns i herida operatoria cubierta con gasa seca, útero contraído. Se monitoriza funciones vitales Se realiza masaje uterino se administra tratamiento. Paciente con alta e anestesiología pasa a su servicio despierta, ventila espontáneamente con útero contraído Lleva hematocrito facturado. EUPP 1000 cc Diuresis = 0	xxx
02.10				

EVALUACION A SU EGRESO

HORA	ALDRETE			DESTINO : GINECOOBSTETRICIA	
PARAMETROS	0	1	2	EXAM.AUXILIARES	
Conciencia			X	RESULTADOS	
Respiración			X	INTERCONSULTAS	
Actividad Muscular			X	PENDIENTES	
Circulación			X	COMPLICACIONES	
SpO2			x	INDICACIONES ESPECIALES	
TOTAL			10		

23.38 RP /PO Nada por vía oral. Cloruro de sodio 9 %0 1000 cc +Oxitocina 20 UI
+Metamizol 2 gr →I frasco a XXX gotas por m.

Dextrosa al 5% 1000cc +Hipersodio al 20 % 1 ampolla+ Oxitocina 20 UI
+Metamizol 2 gr→ II frasco a XXX gotas por minuto.

Cefazolina 1 gr. Endovenoso c/6 horas. Ketoprofeno 100 mg c/8 horas. Tramadol
100 mg s/condicional PRN o dolor

Control de funciones vitales y sangrado vaginal. Ss. Hematocrito Dr.xx

26 abril 2017 Se encuentra hospitalizada a paciente de 21 años, con vía permeable
más agregados, 900 centímetros cúbicos por pasar, obstétricamente estable, refiriendo
dolor en herida operatoria. Al examen aparente regular estado general, LOTEPE.
Abdomen; útero contraído debajo de cicatriz umbilical.

26 abril 2017 03.30 Anestesiología PA: 103/71 FC: 79 SPo2: 94 %
Temperatura: 37.1°C UCIM Ingres a paciente procedente de sala de operaciones con
vía permeable I frasco Paciente ventila espontáneamente, hemodinamicamente
estable. Alta. M. Anestesiólogo

03.45 PA: 120/80 FC: 71 Temperatura: 37°C

Cloruro de sodio 9 %0 + agregados por pasar 900cc obstétricamente estable,
refiriendo dolor en herida operatoria. Al examen AREG. LOTEP.

04.30 Se administró tramadol 100 mg endovenoso.

26-04-2017 07.00 UCIM 01 PA: 110/70 FC: 78 por minuto T: 36.5°C Frecuencia
Respiratoria: 18 por min. Paciente refiere leve dolor en herida operatoria, niega otros
Apetito: N Sed: N sueño: N deposición: 1 día orina: 3 veces

Al examen. Piel turgente hidratada Tórax y pulmones: Normal ACV: ritmo cardiaco
regular, 89, no soplos. Mamas blandas, no dolorosas poca secreción láctea. Abdomen
útero contraído 3cm encima de cicatriz umbilical apósito sin manchas. Genitales
externos loquios hemáticos.

Dg. Postoperada de cesárea de 7 horas por RPM de 12 horas. Anemia Leve.

Rp. Masaje uterino. Antibiótico terapia. Control de funciones vitales. Interno X. Dr X

07.00 PA: 115/62 FC: 77 Temperatura: 36.8°C, queda obstétricamente estable
con I frasco 800 cc por pasar. Diuresis: 300 cc. Obstetra x

07.00 turno mañana UCIM Paciente post cesareada de más o menos 8 horas, se halla reposando, estable, con Recién Nacido. No manifiesta molestias. Al examen AREG. LOTEPE. Piel hidratada. Mamas: blandas secretantes. Abdomen blando depresible leve dolor a la palpación, útero contraído. Herida operatoria: apósito seco y limpio Genitales externos: loquios sanguinolentos, 5 cc sin mal olor. E.inferiores sin edemas

07.30 Se brinda orientación y consejería en planificación familiar, se da preservativos.

26 abril 2017 08.00 ORDENES MÉDICAS: dieta completa más líquidos a voluntad Dextrosa al 5 % 1000 cc +cloruro de sodio 20 % 1 ampolla + oxitocina 20 UI a XLV gotas por minuto. II terminar y retirar. Cefazolina 1 gramo. EV cada 6 horas Ketoprofeno 100 mg c/8 horas. Simeticona 80 mg via oral cond.

Control de funciones vitales y sangrado vaginal. Masaje uterino Dr.x

08.00 Se administra cefazolina 1 gramo endovenoso

11.00 Se administra ketoprofeno 100 mg endovenoso

13.00 Se toman funciones vitales PA: 90/65 FC: 82 por minuto Temper: 36.9°C

14.00 Se administra cefazolina 1 gramo endovenoso.

15.00 Se administra: ketoprofeno 100 mg endovenoso y simeticona 80 mg EV.

19.00 Paciente no refiere molestias .Queda estable. Obstetra xxxx

19.00 Turno Noche PA: 100/60 FC: 80 por minuto Temperatura: 37°C

Paciente post cesárea se le encuentra con vía salina. Al examen: Aparente regular Estado general, orientada en espacio, tiempo y persona abdomen: útero contraído nivel de cicatriz umbilical no dolor. Herida operatoria: seca y limpia. Loquios: +

20.00 Se administra cefazolina 1 gramo endovenoso. Se administra tramal 50 mg

20.30 Pasa a hospitalización con medicinas se le retira vía. Obstetra xxxxxx.

21.00. PA: 110/70 FC: 80 por minuto Temperatura: 36.4°C Paciente mujer de 21 años con diagnostico post cesareada por RPM prolongado .ingresa al servicio sin vía periférica con tratamiento vía oral con alojamiento conjunto. Niega molestias.

Al examen REG.LOTEP. Mamas blandas secretantes abdomen: blando depresible leve dolor a la palpación útero contraído debajo de cicatriz umbilical.

Herida operatoria: con apósito seco y limpio.

Loquios sanguinolentos escasa cantidad sin mal olor. Extrem. inferiores sin edemas

23.00 Se administra simeticona 80 mg vía oral.

27 abril 2017 03.30 Rp: Dieta completa más líquidos a voluntad

Clindamicina 300 mg vía oral cada 6 horas por 5 días. Cefazolina 500 mg. vía oral cada 12 horas por 5 días .Ketoprofeno 100 mg vía oral c/8 horas por 3 días. Simeticona 80 mg vía oral cada 8 horas por 3 días. Sulfato ferroso 300 mg vía oral c/24 horas por 3 días.

Masaje uterino. Curación de herida operatoria. Control de sangrado vaginal y signos de alarma. Alta médica Dr. X

07.00 Se administra simeticona 80 mg vía oral paciente queda en reposo y estable.

Obstetra X

07.00 turno mañana PA: 110/70 FC: 80 por minuto Temperatura: 36.4°C

Se encuentra paciente mujer de 21 años de parto distócico, en alojamiento conjunto.

Abdomen: blando depresible leve dolor a la palpación útero contraído a nivel de cicatriz umbilical. Herida operatoria: sin apósito. Loquios 10 cc s/g. Miembros sin edemas.

09.00 Dr X paso visita y deja indicada la alta médica Obstetra

27 abril 2017 08.00 PUERPERIO 01 PA: 112/60 FC: 71 por minuto Temperatura: 36.7° Frecuencia Respiratoria: 19 por min

Apetito: + Sed: sueño: deposición: 1 vez, orina: 3 veces. Paciente refiere leve dolor en hemiabdomen inferior a la movilización, niega nauseas vómitos, cefalea. Al examen físico despierta ventilando espontáneamente regular estado nutricional, regular estado hidratación. no edemas. Tórax y pulmones: Ruidos respiratorios Normales Aparato CV: ritmo cardiaco regular de 87 por minuto. Abdomen: levemente dolor a la palpación profunda, útero contraído a nivel de ombligo, herida quirúrgica sin signos de inflamación. Genito urinario: loquios hemáticos 8cc aproximadamente, sin mal olor. Sistema nervioso central: Glasgow 15/15. Paciente mujer de 21 años, hemodinamicamente estable

Dg. Postoperada del 1 día de cesárea por RPM de 12 horas. Anemia Leve

Rp Masaje uterino y Antibióticoterapia. Interno de Medicina X Dr X

EPICRISIS

ANAMNESIS: PACIENTE ACUDE POR PRESENTAR CONTRACCIONES UTERINAS, NO SANGRADO, PERDIDA DE LÍQUIDO CLARO, NO NAUSEAS, NO VÓMITOS.

EXAMEN CLINICO: Aparente regular estado nutricional, regular estado hidratación regular estado general. Tórax y pulmones: murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares Aparato CV: ritmo cardiaco 87, no soplos. Abdomen: útero contraído debajo de la cicatriz umbilical .loquios escasos.

EXAMENES AUXILIARES: hemograma completo, examen de orina, electrocardiograma

EVOLUCION: EVOLUCIÓN FAVORABLE

MEDICAMENTOS PRESCRITOS

1. KETOPROFENO 100 MG VÍA ORAL C/8 HORAS POR 3 DÍAS
2. SIMETICONA 80 MG VÍA ORAL CADA 8 HORAS POR 3 DÍAS
3. SULFATO FERROSO 300 MG VÍA ORAL C/24 HORAS POR 1 MES

PROCEDIMIENTOS BASICOS Y TERAPEUTICOS: CESÁREA

COMPLICACIONES: NINGUNA

DATOS DEL EGRESO: FECHA: 27abril 2017 HORA: 10.00 DIAS: 02

TIPO DE ALTA: INDICACIÓN MEDICA

CONDICION DEL ALTA: MEJORADO **PRONÓSTICO:** BUENO

DIAGNOSTICO PRINCIPAL PARTODISTOSICO O828

DIAG. SECUNDARIOS.RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS O420

Dr. X

2.1.5. DISCUSIÓN

La RPM es la complicación más usual a raíz de la alta incidencia de infección urinaria, vaginal y el periodo intergenesico menor de 3 años como se encontró en el hospital Ventanilla cuya frecuencia de RPM era 11.9% en el 2014²⁹ o como factor de riesgo significativo tener la infección urinaria, menos de 6 controles prenatales o anemia, en el Hospital Regional de Loreto con 7.8% de RPM en gestantes en el mismo año ³⁰, estando dentro del promedio nacional.

La presencia del líquido amniótico emanado por vagina es un signo de alarma importante, pues es advertencia de RPM, con su posible sepsis ovular, sepsis puerperal, prematuridad, sepsis del neonato, corioamnionitis y la morbilidad neonatal elevada por la inmadurez. Ticona R¹⁹ en sus conclusiones señala que se necesitan estudios cualitativos para establecer el por qué algunas gestantes no acuden a tiempo a pesar de conocer el riesgo, ¹⁹ en el caso clínico la paciente llega al hospital después de 12 horas de RPM, después de acudir a su primer establecimiento de referencia, que a pesar de estar dentro del mismo distrito se calcula 1 hora en transporte y 1 hora en la espera de atención y atención propiamente dicha en ambos establecimientos.

Ticona M. & Huanco D¹⁶ concluyen que desde hace 8 años permanecen invariables los factores de riesgo de la mortalidad perinatal, de igual manera su reducción en solo 15 % en el MINSA y 40 % en EsSalud corrobora que la capacidad resolutive de los hospitales del MINSA no ha progresado en forma notable, contrariamente lo que ha ocurrido en EsSalud¹⁶ En nuestro caso clínico, el no contar con resultado de ecografía en la historia clínica nos hace dilucidar la escases de este, en dicho hospital.

El presente caso es importante pues se trata de una cesárea primaria en RPM de 12 horas, tuvo como agregados tener circular de cuello simple, índice de bishop inadecuado (no expuesto en la historia clínica) y una altura de presentación de -2 que progreso a -4 que aparentemente decidió la operación.

Asimismo una de las indicaciones en RPM es tacto vaginal restringido solo a la toma de decisiones, en el caso clínico se observa varias evaluaciones con tacto vaginal que sin trabajo de parto es para evaluar los mismos factores de riesgo que tenía nuestra paciente. Encontramos en la literatura que no se aconseja efectuar pelvimetría para descubrir "falta de progreso" en el parto y escoger opciones sobre el modo de nacimiento⁸

Dentro de las indicaciones de cesárea no está RPM como encontró rev fac medic Colombia puesto que la indicación primaria es inducción en toda la literatura. Cuando se decide realizar una cesárea, deben registrarse en la Historia Clínica todos los factores que influyeron en la decisión y cuál de éstos es el más importante⁸ Una elección es tender a la operación cesárea, pues cubre la "seguridad" de la madre y el feto, rapidez y "menos dolor" para la paciente. Schnapp C. et al²⁴ nos dice que es la intervención de cirugía mayor más común en el Sistema Nacional de Salud. Las variaciones entre hospitales y la disminución efectiva lograda al instaurar nuevos procesos de atención y capacitación, sugieren que hay muchas oportunidades para la reducción de cesáreas. La valoración de cesárea en los partos de bajo riesgo, por su orientación en la relación riesgo/beneficio de la cesárea es más dudosa, se puede trabajar cambios con mayor facilidad²⁴.

Bolzan A, & Lopez F³¹ refiere que se debe diseñar un sistema normatizado de referencia a servicios capacitados para atender emergencias obstétricas, diseñar y difundir protocolos o guías de atención del embarazo normal y de riesgo, reconocer legal y económicamente el trabajo de las obstétricas, generar un sistema de incentivos para que tanto los obstetras como los anesthesiólogos se dispongan a acompañar el trabajo de parto, identificar y actuar sobre los diversos condicionantes de la judicialización de las prácticas del nacimiento, diseñar estrategias de información y concientización sobre las ventajas y los riesgos de las diferentes formas de nacimiento y asegurar una adecuada preparación de las madres para atravesar la experiencia del parto, son algunas de las estrategias que pueden contribuir a mitigar los efectos de este fenómeno³¹

El uso de la gestión clínica entendida como la reorganización de los recursos en donde interviene el equipo multidisciplinario para la toma de decisiones en la atención de salud a las personas y que deben arrojar resultados clínicos³²

Runmei M. et al³³, en su estudio retrospectivo concluyen que la educación al personal y pacientes y las auditorías disminuyeron la tasa de cesáreas en un hospital de tercer nivel sin incrementar los ingresos a la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales. La auditoría de calidad de atención de las historias clínicas en nuestro medio generalmente solo es efectuada para casos de muerte materno neonatal.

La usuaria es informada rápidamente de la necesidad de la cesárea y pronta a firmar el consentimiento, respecto a esto en la Guía de práctica clínica de Colombia consta que se invita a explicar a la embarazada sobre los eventos no deseados, utilidad y

posibilidades de la cesárea en confrontación con el parto vaginal, considerando sus contingencias individuales, intereses, preferencias y proyecto reproductivo⁸

La obstetra tiene el perfil para actuar, pero no se cumple con su actualización permanente de parte de su centro laboral tal como lo dice la Ley de trabajo de la obstetrix, con la única finalidad de proteger la vida y la salud de las personas, en especial de la gestante y su producto así como ejercer su trabajo profesional dentro de las políticas de salud establecidas³⁴

Respecto a los análisis de laboratorio en contraposición a nuestras Guías, Amaya J⁴, en su revisión concluye que no se fundamenta usar la PCR para el diagnóstico de corioamnionitis y RPM, salvo situaciones clínicas especiales. Asimismo el uso repetido del perfil biofísico y del Doppler genere efectos positivos para el embarazo. Recomienda el inicio inmediato con clindamicina 600 mg intravenoso cada 6 horas + gentamicina 240 mg intravenoso cada 24 horas y terminar con el embarazo⁴

Respecto al incremento de cesáreas en nuestro país, se puede implementar medidas tales como los observados en México en donde se ha implementado un Plan para incrementar los partos vaginales, incentivando a pacientes y personal, identificando por servicio sus programaciones de cesárea, supervisando en la primera cesárea la congruencia diagnóstica, para reducir el riesgo obstétrico y mejorar el riesgo reproductivo de la paciente³⁵ El Ministerio de Salud Pública del Ecuador (MSP) aplica el manual de estándares, indicadores de entrada, proceso y salida e instrumentos para medir la calidad de la atención Materno Neonatal: El primordial para el monitoreo de cumplimiento de la guía de práctica clínica: % de pacientes

embarazadas con RPM que fueron manejadas de acuerdo a la norma, porcentaje de insumos, equipos y medicamentos esenciales, tasa hospitalaria de letalidad por complicaciones obstétricas directas de la misma manera él % de complicaciones obstétricas por el total de complicaciones esperadas³⁵

El uso de antibióticos es esencial en el manejo de RPM, cuando existe una rotura mayor de 18 horas, ante el riesgo de infección por estreptococo beta hemolítico (EGB); y cuando se indica manejo expectante para prevenir la corioamnionitis. El manejo antibiótico se relaciona con decrecimiento del uso de surfactante, riesgo de corioamnionitis, infección neonatal, necesidad de oxígeno posnatal y ecografías del recién nacido anormales³⁶

CAPITULO III

3.1 CONCLUSIONES

En el presente trabajo se identifica los factores de riesgo en la usuaria quien presentó: anemia leve, índice de Bishop bajo y posible acortamiento del cordón por presentar circular simple y presentación alta.

Respecto a la prevención hubo un control prenatal adecuado, pero tardo en acudir al establecimiento de salud ante un signo de alarma.

En el tratamiento de la RPM en un hospital de III nivel la decisión de cesárea se toma perentoriamente, en hallazgos no se anota tamaño de cordón umbilical, peso de recién nacido que pudiera ayudar al diagnóstico final. El incremento desmedido de tasa de cesáreas en algunos hospitales o clínicas revela que esta ocasionado por múltiples factores que necesitan ser investigados e intervenidos en nuestro país.

Actualmente en el Perú el tema está siendo poco investigado, por lo que existen diferentes protocolos de atención en los hospitales y centros de primer nivel de atención, especialmente los factores socioeconómicos y psicológicos para la intervención adecuada.

El MINSA a través de sus continuos cambios políticos no permite consolidar avances en calidad de atención, modernización, ampliación de servicios y aprovisionamiento adecuado de insumos y materiales.

Como hospital docente con internos el cumplimiento de protocolos pareciera difícil de respetarse, por ejemplo tacto vaginal restringido en RPM.

3.2 RECOMENDACIONES

Es necesario identificar adecuadamente los factores de riesgo de las mujeres principalmente en niveles de menor capacidad resolutive, para disminuir la posibilidad de complicaciones y muerte maternoperinatales (especialmente prematuros) con actividades de promoción y prevención de la salud. Se debe fortalecer la participación de la familia y comunidad en el apoyo a la embarazada.

Las obstetras deben impulsar los conversatorios y discusión de casos clínicos a fin de buscar concordancia en la calidad de atención que se debe a las mujeres en edad fértil, embarazadas y recién nacidos.

En nuestro país se conoce que existen esfuerzos aislados para disminuir la tasa de cesáreas, es necesario que se transforme en una política pública a fin de velar por la salud madre niño.

Se podría llevar a cabo mediciones de indicadores respecto a estas patologías, además de impulsar el sistema de clasificación de Robson tal como propone la OMS para evaluar y comparar las tasas de cesárea y validar intervenciones dirigidas a mejorar el uso de esta operación quirúrgica.

Es puntual que a nivel central y regional se preste especial atención al abastecimiento de medicamentos e insumos para que no tengan retrasos en el tratamiento y evite la zozobra familiar. Respecto a la suplementación de hierro es necesario diversificar las sales ferrosas para mejorar la tolerancia y adherencia.

Actualizar competencias a obstetras en el manejo de la RPM; maduración cervical e Inducción del parto, nuevas normas del manejo de la anemia.

Propugnar en los entes administrativos del MINSA la subvención de investigaciones en salud maternoinfantil, dotar de personal obstetra suficiente para incrementar la educación grupal y visita domiciliaria.

Difundir masivamente en la población, especialmente en MEF la preparación preconcepcional, importancia del control prenatal y las medidas de prevención en RPM.

Se debe promover a nivel nacional el derecho de la gestante durante el trabajo de parto a la presencia permanente de un familiar que la apoye, ya que disminuye el uso de analgésicos, parto instrumental y cesárea, asimismo se incrementa en el RN una buena puntuación de Apgar al 5^{to} minuto como lo demuestran las investigaciones.

Incluir como estrategia no hospitalizar falsos trabajos de parto para no incrementar inducciones innecesarias, fomentando la observación en emergencia.

Incrementar servicios de Psicoprofilaxis obstétrica, difundir beneficios del parto vaginal y generalizar en los hospitales el manejo del dolor en el trabajo de parto.

Respetar las normas de alumnado en servicios de salud con adecuada supervisión de docentes.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Encuesta demográfica y de salud familiar. ENDES Instituto Nacional de Estadística e informática. 2016:cap 8 salud materna p. 249
file:///C:/Documents%20and%20Settings/personal/Escritorio/ana%20escritorio/rp
m/peru/endes%202016%20s.mater.pdf
2. Calderón J. et al. Guía de práctica clínica para la atención de emergencias obstétricas según niveles de capacidad resolutiva MINSA Sinco editores 2007.
3. Amaya J. et al. Guía de práctica clínica para la prevención, detección temprana y tratamiento de las complicaciones del embarazo, parto y puerperio: sección 3.Infecciones en el embarazo: ruptura prematura de membranas. Universidad nacional de Colombia – CINETS. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología. 2015;66(4):263-286 DOI: <http://dx.doi.org/10.18597/rcog.293>
4. Ávila J. Vigilancia epidemiológica de la mortalidad fetal y neonatal nacional en el Perú, Año 2016 MINSA Boletín SE 1-52. 2017; 26(1):1218–1222. ISSN versión electrónica: 2415-0762 Disponible en: www.dge.gob.pe/boletin.php
5. Ceriani J, Mariani G, Pardo A, et al. Nacimiento por cesárea al término en embarazos de bajo riesgo: efectos sobre la morbilidad neonatal Arch Argent Pediatr. 2010;108(1):17-23
6. Santoyo T. Rotura prematura de membranas a término: Influencia del momento de la Inducción en los resultados Obstétricos y perinatales. Facultad de Medicina. Universidad Miguel Hernandez de Helche. 2015. p. 29-104

7. Universidad Nacional de Colombia - Alianza CINETS. Guía de práctica clínica para la prevención, detección temprana y tratamiento de las complicaciones del embarazo, parto y puerperio: sección 3. infecciones en el embarazo: ruptura prematura de membranas (RPM) Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología. Oct-Dic 2015;66(4):263-286
DOI:<http://dx.doi.org/10.18597/rcog293>
<http://www.scielo.org.co/pdf/rcog/v66n4/v66n4a05.pdf>
8. Organización Mundial de la Salud. Declaración de la OMS sobre tasas de cesárea Ginebra OMS 2015:27 p1-8
9. Ministerio de Salud Pública. Atención del parto por cesárea: Guía de Práctica Clínica. Primera Edición: Quito: Dirección Nacional de Normatización 2015; p 9-16 disponible en <http://salud.gob.ec>
10. Hernández A, Pascual A, Baño A, et al. Diferencias en el número de cesáreas en los partos que comienzan espontáneamente y en los inducidos. Revista Española de Salud Pública. 2014;88(3):85-87
11. Barriga MA, Bautista SJ, Navarro VJ. Indicación de cesárea en el instituto materno infantil (IMI) Revista Facultad Medicina Bogotá - Colombia. Serie de casos 3. 2012;60(2):111-15
12. Bustamante ZC, Parra AG, Diaz Y, et al. Pronóstico perinatal de los fetos con circular de cordón en relación con la vía del parto Revisión de literatura. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología 2011;62(4):315-320.
13. Torres M. Rotura prematura de membranas en el Hospital Arzobispo Loayza (Tesis para título de segunda especialización) Universidad Privada de Ica. 2015

<http://repositorio.upica.edu.pe/bitstream/123456789/41/3/MAGALLY%20DEL%20PILAR%20TORRES%20-%20ROTURA%20PREMATURA%20DE%20MEMBRANAS.pdf>

14. Cabanillas CS. Características y complicaciones de gestantes con ruptura prematura de membranas pretérmino y a término San Juan de Lurigancho ISSN 1816-7713 2015
15. Patiño G. Factores determinantes de la cesárea en los hospitales de Tumbes. 2011;p1-8 http://www.uap.edu.pe/Investigaciones/Esp/Revista_15-02_Esp_03.pdf
16. Ticona M. & Huanco D. Risk factors of perinatal mortality in hospitals from the Health Ministry of Peru Hospital Hipólito Unanue de Tacna, Revista Cubana de 25. Obstetricia y Ginecología. Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann de Tacna, Perú. 2011; 37(3):441
17. Muñoz AG, Lévano J, Paredes J. Rotura prematura de membranas en gestantes a término: factores asociados al parto abdominal Rev Per Ginecol Obstet. 2010; 56:226-2310
18. Ministerio de Salud Norma Técnica Sistema de Referencia y Contrareferencia de los establecimientos del Ministerio de salud NTN°018 MINS/DGSP/V01. Lima 2005.
19. Ticona RD, Torres BL, Veramendi L, et al. Conocimientos y prácticas sobre signos de alarma de las gestantes atendidas en el Hospital Nacional Docente Madre- Niño San Bartolomé Lima Perú. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia Lima, Perú 2014:60(2)123-130

20. Alfaro J, et al. Instituto Nacional Materno Perinatal. Guías de práctica clínica y de procedimientos en obstetricia y perinatología 2014;p146-157 disponible en http://www.inmp.gob.pe/descargar_repositorio?archivo=2647t.pdf&nombre=2647t.pdf
21. Vallejo J. Fisiopatología de la Ruptura prematura de membranas y Marcadores
Revista médica de costa rica y Centroamérica. 2013;70(607) 543 – 549
22. MINSA. Guías de Práctica Clínica para la atención de emergencias obstétricas.
Hospital María Auxiliadora 2012 P1-237
<http://www.hma.gob.pe/calidad/GUIAS-PRAC/GUIAS-15/GUIAS-14/GUIA-DPTO-GINOBST-14.pdf>
23. FLASOG. Uso de misoprostol en obstetricia y ginecología-2013.Manual
FLASOG Canaval H & Ortiz E. editores 3ªedición .2013;cap.4;pp47-54
24. Ruiz SJ, Espino S, Vallejos PA, et al. Cesárea: Tendencias y Resultados, artículo de revisión. Perinatología Reproducción Humana 2014;28(1):33-40
25. Schnapp C, Sepúlveda E, Robert J. Operación cesárea. Revis med Clínica las condes Chile Unidad de medicina materno fetal. departamento de ginecología y obstetricia. 2014;25(6):987
26. Vázquez PJ. Abuso de la operación cesárea y el principio de beneficencia Revista Latinoamericana de Bioética, 2016; 16(1):60-71. Universidad Militar Nueva Granada Bogotá, Colombia ISSN: 1657-4702
<https://revistas.unimilitar.edu.co/index.php/rlbi/article/view/1441/1463>
27. Sedano C. Valor predictivo del test estresante en el diagnostico de circular de cordón umbilical en gestantes atendidas en el hospital departamental de

- Huancavelica. (Tesis de grado) Universidad de Huancavelica. 2,014
<http://repositorio.unh.edu.pe/bitstream/handle/UNH/616/TP%20-%20UNH%20OBST.%200005.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
28. Mercado PM. Distocias, Obstetricia integral Siglo XXI Editorial Bogotá Universidad Nacional de Colombia. 2010, Tomo II, capítulo 15 p.287
<http://www.bdigital.unal.edu.co/2795/17/9789584476180.15.pdf>
29. Ignacio K. Factores gíneco - obstétricos e infecciosos que condicionan la ruptura prematura de membranas en gestantes atendidas en el hospital Ventanilla Provincia Constitucional del Callao (Tesis). Lima Repositorio Académico Universidad San Martín de Porres 2014 <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>
30. Quintana E. Factores de riesgo maternos asociados a ruptura prematura de membranas en pacientes atendidas en el Hospital Regional de Loreto del año 2014 (Tesis). Universidad de la Amazonia peruana Iquitos Perú 2016
31. Bolzan A. & Lopez F. Incremento de la tasa de cesárea en la provincia de Buenos aires: posibles condicionantes. Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Editorial Fundación Femeba 2013: p.14
32. OPS. Vigilancia epidemiológica de las infecciones asociadas a la atención de salud. Módulo III Información para dirigentes y directivos Edición técnica Salvatierra Maria-Roxane. Washington DC 2012 IS BN 978-92-75-31688-7
33. Runmei M, Lao T, Yonghu S, et al. Auditorías de las prácticas para Reducir las Cesáreas en un Hospital de atención terciaria en el suroeste de China. Boletín de

la Organización Mundial de la Salud Recopilación de artículos. jul
2012;90(7)477-556

34. Tena G. Tema de interés A propósito de la Cesárea Reflexionar para decidir mejor. Boletín Informativo Colegio Mexicano de especialistas en Ginecología y Obstetricia AC editor Toro Calzado René 2015;12:1-18
35. Sáenz M., Rodríguez M, García V. Revisión de la evidencia sobre la rotura prematura de membranas: buena atención intrahospitalaria de la matrona Jerez de la Frontera (Cádiz), España ISSN: 1988-3439 - AÑO VII – N. 19 – 2013 Paraninfo Digital 2013. Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n19/376d.php>
36. Ley de trabajo de la obstetrix Ley N° 27853 casa de gobierno Lima 18752 2000